Όψεις ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα της κρίσης

Επιμέλεια:
Ιωάννα Τσίγκανου (ΕΚΚΕ)
Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Παρασκευή Καρακούλα, Αγγελική Κίτσιου (ΟΚΑΝΑ)

ΜΕΛΕΤΕΣ - ΕΡΕΥΝΕΣ ΕΚΚΕ
STUDIES - RESEARCH REPORTS
22

ΑΘΗΝΑ 2020

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH
ΕΚΚΕ

Όψεις ουσιοεξάρτησης
στην Ελλάδα της κρίσης

Copyright © 2020 ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ (ΕΚΚΕ)
Κρατίνου 9 & Αθηνάς, 105 52 Αθήνα
Τηλ.: 210 7491678, Fax: 210 7488435
www.ekke.gr

© 2020 NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH
9, Kratinou & Athinas, 105 52 Athens
Tel.: +30210 7491678, Fax: +30210 7488435

Επιμέλεια: Κατερίνα Σάββα, Χρυσούλα Κατωπόδη

Κεντρική διάθεση των εκδόσεων ΕΚΚΕ:
Κρατίνου 9 & Αθηνάς, 105 52 Αθήνα
Τηλ.: 210 7491705
e-mail: ekdosis@ekke.gr

ISBN: 978-960-6834-41-7

Σχεδίαση και παραγωγή: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΤΕΧΝΩΝ ΣΥΝΘΕΣΗ
Κιάφας 3 και Ακαδημίας, 106 78 Αθήνα, Τηλ.: 210 38 13 838, 210 38 10 502,
Fax: 210 38 39 713
e-mail: info@synthesi-print.gr
www.synthesi-print.gr

Όψεις ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα της κρίσης

Μια συνεργασία ΕΚΚΕ – ΟΚΑΝΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Ιωάννα Τσίγκανου (ΕΚΚΕ)

Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Παρασκευή Καρακούλα, Αγγελική Κίτσιου (ΟΚΑΝΑ)

NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

ΑΘΗΝΑ, **2020**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), διαδραματίζοντας κομβικό ρόλο στη χάραξη και στην υλοποίηση της Εθνικής Πολιτικής κατά των Ναρκωτικών, αξιολόγησε ως απαραίτητη συνθήκη για τη μεγιστοποίηση της εξωστρέφειας και αποτελεσματικότητάς του να εντάξει την έννοια των συνεργειών στο στρατηγικό του σχεδιασμό και στην εν γένει φιλοσοφία του. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του Οργανισμού σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) προέβησαν στην εκπόνηση κοινής ερευνητικής εργασίας και την έκδοση συλλογικού έργου στο θεματικό πεδίο των όψεων της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης.

Το παρόν ερευνητικό πόνημα βασίζεται στην πολύπλευρη θεώρηση των διαστάσεων του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα, εστιάζοντας στο εύρος και τις δυσάρεστες επιπτώσεις που η οικονομική κρίση προκάλεσε στη συγκεκριμένη ευάλωτη κοινωνική ομάδα, των ουσιοεξαρτώμενων.

Επιστημονικό προσωπικό και θεραπευτές του πεδίου από τον ΟΚΑΝΑ συνεργάστηκαν με ερευνητές/-τριες από το ΕΚΚΕ και παρουσιάζουν τις εργασίες τους στο παρόν συλλογικό έργο, ασχολούμενοι με μια σειρά θεματικών ενοτήτων που σχετίζονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η ερευνητική αυτή προσπάθεια αναδεικνύει την δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ επιστημονικών φορέων και χαρακτηρίζεται από ενδελεχή ανάλυση και τεκμηριωμένη ερμηνεία των θεματικών πεδίων της ουσιοεξάρτησης.

Ας είναι αυτή η αρχή για πολλές μελλοντικές ερευνητικές αναζητήσεις και μελέτες που θα αναδεικνύουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος των ναρκωτικών και θα προσθέτουν στην ολοένα και πιο ρεαλιστική αποτύπωσή του.

Αθανάσιος Θεοχάρης
Πρόεδρος ΟΚΑΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος 7
Αθανάσιος Θεοχάρης

Εισαγωγικό σημείωμα 11
Νίκος Δεμερτζής

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
Διερεύνηση των διαφορετικών χαρακτηριστικών στην επιδημιολογία της εξάρτησης μεταξύ μεταναστών και Ελλήνων χρηστών τοξικών ουσιών

Όψεις της ουσιοεξάρτησης μεταναστευτικών πληθυσμών στην Ελλάδα της κρίσης 17
Ιωάννα Τσίγκανου, Ανδρέας Αλεβίζος Πλουμίτης

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
Γυναίκα και ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα της κρίσης

Έμφυλες διαστάσεις της ουσιοεξάρτησης: Μια εισαγωγή 57
Μάνος Κουκίδης, Γιώργος Κολιός, Γεωργία Βλάχου

Βιωμένη εμπειρία και τροχιές ζωής ουσιοεξαρτημένων γυναικών στην Ελλάδα της κρίσης. Μια προκαταρκτική εμπειρική διερεύνηση 75
Ιωάννα Τσίγκανου

Η πορεία της εμπλοκής με τη χρήση και τη θεραπεία μέσα από τις αφηγήσεις εξαρτημένων γυναικών: Μια ποιοτική προσέγγιση 141
Αγγελική Κίτσιου, Παρασκευή Καρακούλα, Χαρίκλεια Τσατσαρώνη

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ
Έρευνες – Μελέτες για την ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα της κρίσης

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της Ελλάδας της κρίσης στο βίωμα του γονικού ρόλου των μητέρων σε απεξάρτηση 189
Άννα Κιαπόκα

Οικογένεια και οικονομική κρίση. Μελετώντας τον αντίκτυπο της κρίσης στις οικογένειες των εφήβων που προσέρχονται στη Μονάδα Απεξάρτησης Εφήβων-Νέων «Ατραπός» του ΟΚΑΝΑ 209
Δημήτρης Πετριλής, Ελευθερία Σούρμπα

Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ την εποχή της κρίσης 227
Μιχάλης Μιχαήλ, Βασιλική-Αναστασία Σύψα

Τραυματικές εγγραφές που συμβάλλουν στις αναπαραστάσεις του μητρικού ρόλου 245
Ευσταθία Λύτρα

Η αναγκαιότητα του μεταβατικού χώρου στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Από την κρίση της στέρησης στην επιλογή της αποχής 273
Γιάνης Ζάχος, Δέσποινα Ανδροπούλου

Θεραπευτική δικαιοσύνη: από τη συμμόρφωση στην αλλαγή. Η οιονεί-υποχρεωτική θεραπεία και η ψυχολογία κινήτρων 293
Ελευθερία Ζαμπουρίδου

Εκτίμηση της οικογενειακής λειτουργικότητας ουσιοεξαρτημένων γονέων στα Προγράμματα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ 329
Έλλη Δρακάκη, Χαρίσιος Ασημόπουλος

Διαχρονική αποτύπωση των χαρακτηριστικών ενεργών χρηστών που προσέρχονται για πρώτη φορά σε υπηρεσία άμεσης πρόσβασης και δεν αιτούνται θεραπεία 353
Μαρία Δημητροπούλου, Μένη Μαλλιώρη, Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Νικόλαος Στεφανής, Σωτήρης Ρούσσος, Κωνσταντίνος Κοκκώλης, Βασιλική-Αναστασία Σύψα

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η εξαρτητική χρήση ορισμένων ψυχοτρόπων ουσιών εδώ και έναν αιώνα περίπου έχει αναδειχθεί σε κοινωνικό πρόβλημα, καθώς αυτή καθαυτήν ορίζεται ως παραβατική συμπεριφορά και εκβάλλει σε παράγωγη εγκληματικότητα κατά, κυρίως, της ιδιοκτησίας. Ο ορισμός, ωστόσο, ενός ζητήματος σε κοινωνικό πρόβλημα δεν είναι ένα απλό λεκτικό ενέργημα – αν και οι λέξεις ποτέ δεν είναι «αθώες». Αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία κοινωνικής κατασκευής στην οποία εμπλέκονται κάθε είδους «διαχειριστές της ηθικής» και, βεβαίως, τα μέσα επικοινωνίας. Τουτέστιν, δεν είναι η καθαυτή βλαπτικότητα ή επικινδυνότητα μιας κατάστασης διά της οποίας αυτή μετατρέπεται αυτομάτως σε κοινωνικό πρόβλημα. Είναι μάλλον η δημόσια νοηματοδότησή της ως αποκλίνουσας από τα αυτονόητα και τις συμβάσεις της μεγάλης κοινωνίας και της πολιτείας.

Ορισμένα προβλήματα που προβάλλονται με δραματοποιημένο τρόπο λειτουργούν ως αρνήσεις άλλων προβλημάτων. Με την παντοειδή προβολή, παραδείγματος χάρη, των «ναρκωτικών» ως κοινωνικού προβλήματος αποσιωπούνται οι κοινωνικές συνθήκες που υποθάλπουν την τοξικοφιλία. Συχνά, όμως, συμβαίνει και κάτι άλλο: ποικίλα κοινωνικά προβλήματα κατασκευάζονται και προβάλλονται για να νομιμοποιηθούν εκ των υστέρων ως «λύσεις», αποφάσεις και πολιτικές που έχουν ήδη ληφθεί και εφαρμοσθεί από το πολιτικό προσωπικό, τη δημόσια διοίκηση, το στρατό κ.λπ. Από την έποψη αυτή, τα κοινωνικά προβλήματα κατασκευάζονται ως «αιτίες» για «λύσεις» που έχουν ήδη σχεδιασθεί και βρίσκονται στο στάδιο της υλοποίησης.

Μέσα από διαδικασίες κοινωνικού χαρακτηρισμού, αυτοί που λογίζονται και δεικνύονται ως φορείς και αίτιοι των εν λόγω προβλημάτων διαμορφώνουν την προσωπική τους ταυτότητα είτε με όρους αυτο-εκπληρούμενης προφητείας, είτε εντός της ευρείας περιοχής που οριοθετείται ανάμεσα σε αυτό που ο Enving Goffman έχει περιγράψει ως απαξιώσιμη και απαξιωμένη εικόνα εαυτού. Στο πλαίσιο

του κοινωνικού στιγματισμού, τα ουσιοεξαρτημένα εν προκειμένω άτομα προοικονομούν διά της φαντασίας τους τον/-ους τρόπο/-ους που τους φαντάζονται οι άλλοι, ο κοινωνικός περίγυρος. Σ' αυτήν την κατοπτρική αλληλεπίδραση, για να διατηρήσουν τμήματα (ή ψήγματα) της αυτο-εκτίμησής τους –για να περιορίσουν δηλαδή τη χάλαση που συντελείται εντός τους σε επίπεδο ιδεώδους εγώ– τα άτομα αυτά εμπειρώνται και διαπραγματεύονται διαρκώς ένα επώδυνο αυτο-στοχοποιητικό συναίσθημα: την ντροπή.

Όπως κάθε συναίσθημα, η φύση της ντροπής είναι σχεσιακή και καταστασιακή. Αιδώς προκαλείται υπό και από το βλέμμα του Ά(α)λλου όχι απλώς για κάτι που κάναμε αλλά για το τι είμαστε. Η ντροπή αφορά τον εαυτό «εν όλω» στον βαθμό που, μέσα απ' την κατοπτρική σχέση του με άλλα άτομα και προπαντός με σημαντικούς άλλους, το υποκείμενο εκτιμά ότι έχει αποτύχει να ανταποκριθεί στις νόρμες του κοινωνικού του περιβάλλοντος και στην εκ του ρόλου του αναμενόμενη συμπεριφορά. Ακριβώς επειδή δεν εστιάζει σε μια ενέργεια ή παράλειψη (όπως γίνεται με την ενοχή), η ντροπή υπονομεύει την υπαρξιακή ασφάλεια του υποκειμένου καθώς αμφισβητεί το είναι καθαυτό και όχι το πράττειν.

Προφανώς, η ντροπή γεννάται εφόσον το υποκείμενο έχει ήδη ενστερνιστεί το νόημα του κοινωνικού δεσμού και γι' αυτό ακριβώς του κοστίζει, όταν νοιώθει πως αποκόπτεται από αυτόν ως παρίας. Αναπτύσσει, λοιπόν, αμυντικούς μηχανισμούς για να αντέξει το πλήγμα, κυριότερος εκ των οποίων είναι η άρνηση/παράκαμψη της ντροπής και η υποκατάστασή της από θυμό, αγανάκτηση και υπεροψία. Πρόκειται για μια μορφή ανομολόγητης ή/και ανεπίγνωστης ντροπής που συχνά χαρακτηρίζει τους ουσιο-εξαρτημένους και τους οδηγεί, ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία, σε ακόμα μεγαλύτερη χρήση και εξάρτηση. Αυτό βέβαια έχει το όριό του, το οποίο εξαρτάται κάθε φορά από το βάθος και τη δύναμη της εξάρτησης. Από ένα σημείο και μετά ο ψυχισμός παραδίδεται στην αρνητικότητα και την ορμή του θανάτου. Όμως αυτό δεν είναι μοιραίο. Αν η ντροπή ομολογηθεί και καταστεί αντικείμενο εσωτερικού και εξωτερικού διαλόγου μπορεί να λειτουργήσει ως θεραπευτικό κίνητρο υπό την έννοια ότι το υποκείμενο θα θελήσει να συγχωρέσει τον εαυτό του αναλαμβάνοντας την ευθύνη της αυτονομίας του και αν οι τρίτοι απο-ηθικοποιήσουν την εξάρτησή του, πράγμα διόλου αυτονόητο.

Ανομολόγητη ή ομολογημένη, η ντροπή είναι αναπόσπαστο κομμάτι της φαινομενολογίας της εξάρτησης. Εν πρώτοις γιατί συχνά είναι η ίδια μία από τις ισχυρότερες αιτίες που οδηγούν στην εξάρτηση από την οποία κατόπιν ενισχύεται στο πλαίσιο ενός φαύλου κύκλου. Κατά δεύτερον, η βιωμένη ανεπάρκεια που υποδαυλίζεται από το κοινωνικό στίγμα αναζητά ανακούφιση όχι μόνο στις ουσίες αλλά και στη συμμετοχή σε ομάδα ή ομάδες χρηστών που λειτουργεί ως υποκατάστατο χαμένου κοινωνικού κεφαλαίου. Οι κοινωνικο-ψυχολογικές αυτές διαστάσεις είναι γνωστές στους υπευθύνους των θεραπευτικών σχημάτων, η προσοχή στις οποίες, ωστόσο, επ' ουδενί μπορεί να παρακάμψει το βαρύ και αμετάβατο παθολογικό φορτίο της ουσιο-εξάρτησης. Οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις δεν νοούνται ως κοινωνιολογισμός που αγνοεί τον σωματικό πόνο και κινείται ερήμην της παθολογίας της εξάρτησης, κατά τον ίδιο τρόπο που ο βιολογικός αναγωγισμός δεν εξαντλεί την πραγματικότητα της αρρώστιας.

Θεωρώ πως η συνεργασία του ΕΚΚΕ και του ΟΚΑΝΑ είναι μια επιτυχημένη συνάντηση δύο δημόσιων φορέων που χρόνια τώρα φροντίζουν να δώσουν υπεύθυνες απαντήσεις στο ζήτημα της ουσιοεξάρτησης και, συνεπώς, το βιβλίο αυτό είναι ένας ακόμα σταθμός στη μακρά αυτή πορεία προς τον συνάνθρωπο.

Καθηγητής Νίκος Δεμερτζής
Διευθυντής και Πρόεδρος του ΔΣ του ΕΚΚΕ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Ερευνητική συνεργασία
του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
και
του Οργανισμού καταπολέμησης των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

στο πλαίσιο
του ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΤΕ με τίτλο

«ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΩΝ», Ετήσιο Πρόγραμμα 2009, Προτεραιότητα 2, «Ανάπτυξη δεικτών και μεθοδολογιών αξιολόγησης με σκοπό την αποτίμηση της προόδου, την προσαρμογή πολιτικών και μέτρων και τη διευκόλυνση του συντονισμού της συγκριτικής μάθησης», Δράση 2.4/09.

Επιστημονικοί Υπεύθυνοι

Διονύσης Μπαλούρδος, *Δ/ντής Ερευνών ΕΚΚΕ*
Ιωάννα Τσίγκανου, *Δ/ντρια Ερευνών ΕΚΚΕ*

ΑΘΗΝΑ

ΕΚΚΕ – ΟΚΑΝΑ 2011

ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ιωάννα Τσίγκανου, Ανδρέας Αλεβίζος Πλουμίτης***

Εισαγωγικά

Το παρόν κείμενο βασίζεται σε δευτερογενή ανάλυση των δεδομένων της πρωτογενούς έρευνας, η οποία διεξήχθη από το ΕΚΚΕ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ κατά το έτος 2011.[1] Αντικείμενο του έργου ήταν η επιδημιολογική αποτύπωση της ουσιοεξάρτησης κατά τις αρχικές δεκαετίες του 21ου αιώνα στη χώρα και η αναγνώριση των διαφοροποιημένων ενδεχόμενα χαρακτηριστικών αλλά και αναγκών των μεταναστών ουσιοεξαρτημένων χρηστών σε σχέση με τους Έλληνες χρήστες, με στόχο την περισσότερο αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών αυτών. Η προβληματική ενός τέτοιου ερευνητικού έρ-

* Διευθύντρια Ερευνών, ΕΚΚΕ.

** ΠΜΣ «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογία», Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ.

1. Η παρούσα μελέτη βασίζεται στα αποτελέσματα ερευνητικού έργου (αδημοσίευτο) το οποίο εκπονήθηκε κατά το έτος 2011, στο πλαίσιο του ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΤΕ με τίτλο «ΑΛΛΗΛΕΓΥΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΩΝ», Ετήσιο Πρόγραμμα 2009, Προτεραιότητα 2, «Ανάπτυξη δεικτών και μεθοδολογιών αξιολόγησης με σκοπό την αποτίμηση της προόδου, την προσαρμογή πολιτικών και μέτρων και τη διευκόλυνση του συντονισμού της συγκριτικής μάθησης», Δράση 2.4/09. Το έργο υλοποίησαν από κοινού στελέχη του ΕΚΚΕ και του ΟΚΑΝΑ, υπό την επιστημονική ευθύνη των Διευθυντών Ερευνών του ΕΚΚΕ Διονύση Μπαλούρδου και Ιωάννας Τσίγκανου. Ως μέλη της ομάδας έργου εκ μέρους του ΕΚΚΕ συμμετείχαν οι: Ηλιού Κ., Μουρίκη Α., Σπυροπούλου Ν., Τζωρτζοπούλου Μ., Τραμουντάνης Α., Δήμου Κ., Γεωργακάκου Ε., Κιντή Π., Τσαντίλα Κ., Γκομόζιας Δ., Καββαδάς Σ. Εκ μέρους του ΟΚΑΝΑ συμμετείχαν οι: Μαλλιώρη Μ., Γαζγαλίδης Κ., Μίχα Κ., Κωτσικοπούλου Γ., Κερασιώτη Ε., Κλεφτοδήμου Μ., Τσαμαϊδη Μ., Τελεμέ Αγ., Κουτέλου Σ., Μαστραποστόλη Αγ., Κολοκυθά Γ., Αλεξανδράκος Ν., Κατρής Ν., Μαρινάκου Μ., Μαυριδόγλου Ελ., Τριανταφυλλοπούλου Μ., Αλεξοπούλου Ν.,

γου εντάσσεται στο πλαίσιο των πολιτικών για την ομαλή κοινωνική ένταξη των διαφορετικών ομάδων και υπο-ομάδων των μεταναστευτικών πληθυσμών, ιδιαίτερα των πολιτών τρίτων χωρών, που επιδιώκουν την περισσότερο ή λιγότερο μόνιμη εγκατάστασή τους στην Ελλάδα. Πρόκειται για την περίπτωση της κοινωνικής ένταξης *οικονομικών μεταναστών*, με κυρίαρχο πεδίο ένταξης, το πεδίο της υγείας, ευρωστίας και ευζωίας.

Η επιδημιολογία της ουσιοεξάρτησης έχει αρχίσει εδώ και δεκαετίες να κινητοποιεί το ενδιαφέρον της επιστημονικής και θεραπευτικής κοινότητας τόσο στη χώρα μας όσο και στην Ευρώπη, αλλά και διεθνώς. Διαρκώς πληθαίνουν οι σχετικές ερευνητικές προσπάθειες αναφορικά με σχετικές κοινωνικές και θεραπευτικές πρακτικές και η σχετική βιβλιογραφία είναι πλούσια. Μια προκαταρκτική βιβλιογραφική επισκόπηση της σχετικής με την επιδημιολογία της εξάρτησης των μεταναστών βιβλιογραφίας, κατά τον χρόνο της πρωτογενούς έρευνας[2] είχε καταδείξει συνοπτικά τα ακόλουθα:

Τόσο ο πληθυσμός μεταναστών όσο και ο πληθυσμός Ελλήνων χρηστών *ανδροκρατούνται*, καθώς οι άνδρες αντιπροσωπεύουν, και στις δύο ομάδες πληθυσμού, το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών. Ως προς τα λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και στους δύο πληθυσμούς η ηλικία χρήσης κυμαίνεται από 19-30 ετών με σημαντική τάση μείωσης της ηλικίας έναρξης κατά τα τελευταία χρόνια. Και οι δύο πληθυσμοί χρηστών, στην πλειονότητά τους έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, στη χώρα μας μάλιστα είναι απόφοιτοι Λυκείου.

Αλεξανδρή Σ., Βλάχος Α., Γκοτζίδης Ε., Δημητροπούλου Μ., Μαργαρίτης Ν., Παπαδάκη Μ., Τσούρα Β., Μιχαήλ Μ., Μπουρδούκης Σπ., Περίκου Χρ., Αποστολόπουλος Χρ., Δημάκη Κρ., Λέφα Αι., Χαρίτου Ζ., Γκιανέ Κλ., Χρύσανθου Ν., Ξηρού Κ., Νερολιάτσου Σ., Πετράκη Ευ., Τζαβέλλου Ε., Κωδωνά Ει., Μουρσελλάς Α., Καρανίκα Κ., Φούντας Στ., Παπαδόπουλος Σ., Γκομόζιας Δ., Μπερτάνη Ε., Μηνογιάννη Αι., Ξυφαράς Μ., Αβαριτσιώτη Ε., Μαϊσόγλου Άν., Μαγκλάρα Κ. Η παρούσα μελέτη εξετάζει δευτερογενώς τα δεδομένα της έρευνας όπως αυτά εκτίθενται στην Τελική Έκθεση του Έργου (αδημοσίευτη – πολυγραφημένη, Αθήνα, ΕΚΚΕ, 2011, με συντάκτες τα ανωτέρω μέλη της ομάδας έργου). Οι ιδέες και οι απόψεις που διατυπώνονται εκφράζουν τις ιδέες και τις απόψεις των συγγραφέων του παρόντος κειμένου.

2. Ενδεικτικά και αντί άλλων, βλ. Αλεκτορίδης κ.ά (2008)· Gatzounis (2010)· Γιαννάτος (2010)· Δήμα (2007)· Ζλατάνος κ.ά. (2008)· Ζλατάνος κ.ά. (1999)· Κυρίτση (2010)· Ναυρίδης (1997)· Ντάλλα κ.ά. (2007)· Τσερνέα (2010)· Πουλόπουλος (2009)· Τάκης κ.ά. (2008).

Οι μετανάστες χρήστες δηλώνουν μεγαλύτερη ηλικία έναρξης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά προχωρούν πιο γρήγορα σε ενδοφλέβια χρήση. Οι μετανάστες χρήστες αναφέρουν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη, ενώ οι Έλληνες χρήστες χρησιμοποιούν, επιπρόσθετα, μια ποικιλία ουσιών. Η *πολυτοξικομανία,* δηλαδή το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης, βέβαια, είναι κοινό και στους δύο πληθυσμούς χρηστών, ενώ η ουσία έναρξης της χρήσης και στους δύο πληθυσμούς είναι η κάνναβη.

Παρά το γεγονός ότι για την πλειονότητα των μεταναστών χρηστών δηλώνεται ότι διαθέτουν σταθερή στέγη και ότι διαβιούν με τη γονεϊκή οικογένειά τους, στοιχείο που παρατηρείται στην πλειονότητα των Ελλήνων χρηστών, παραμένουν αδιευκρίνιστες οι συνθήκες στέγασης καθώς και η ενδεχόμενη –πλην καθοριστικής σημασίας– φυσική πατρική ή μητρική απουσία, ή θάνατος μελών της οικογένειας.[3]

Παρά το γεγονός ότι τόσο οι Έλληνες όσο και οι μετανάστες χρήστες εμφανίζονται κατά κανόνα άνεργοι, θα πρέπει να συνυπολογίσουμε το γενικότερο –πέραν του επαγγελματικού– κοινωνικό αποκλεισμό του μετανάστη, σε συνδυασμό με τους ταυτοτικούς κραδασμούς στους οποίους υπόκειται στη χώρα υποδοχής.[4] Βέβαια, συχνά δεν συνεξετάζεται η παράμετρος του χρόνου παραμονής του μετανάστη χρήστη στην Ελλάδα, ούτε και οι όροι της παραμονής αυτής, με αποτέλεσμα να λείπουν βασικές πληροφορίες για την εξαγωγή κρίσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και την ιδιοπροσωπεία του εξαρτημένου μετανάστη χρήστη.

Η αλήθεια είναι πως, βιβλιογραφικά, δεν εντοπίζεται διαφορά στο προφίλ μεταναστών και Ελλήνων χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, η κατάσταση δε της ουσιοεξάρτησης των μεταναστευτικών πληθυσμών δεν εμφανίζεται περισσότερο επιβαρυμένη σε σύγκριση με αυτή των Ελλήνων χρηστών, ούτε εντοπίζονται μεγάλες διαφορές ως προς τις πρακτικές χρήσης ανάμεσα σε διαφορετικές μεταναστευτικές ομάδες.

Τέλος, με βάση τα επίσημα στοιχεία παρατηρούμε ότι οι παραβάσεις της νομοθεσίας περί ναρκωτικών καταγράφουν μια σταθερά, αν

---

3. Η Μάτσα έχει αποδώσει ιδιαίτερη σημασία στην παράμετρο αυτή. Βλ. σχετικά, Μάτσα (2012).

4. Βλ. ενδεικτικά και αντί άλλων, Βαρουξή, Σαρρής, Φραγκίσκου (2009)· Μπαλούρδος και Τσίγκανου (επιμ.) (2013)· Μαράτου – Αλιπράντη και Τσίγκανου (επιμ.) (2014).

και με ήσσονες διακυμάνσεις, ανοδική πορεία και προ της τρέχουσας οικονομικής κρίσης αλλά και μέσα στην κρίση. Τα 1.377 αδικήματα που καταγράφονται το 1987, φθάνουν τα 2.020 το 1991, τα 2.930 το 1995, τα 7.785 το 2000, τα 8.393 το 2005, ενώ το 2011, τα 7.516, το 2013, τα 11.426, το 2014, τα 11.832 και τα 12.070 το 2015. Είναι σαν το αδίκημα αυτό να μεγιστοποιήθηκε τα χρόνια της ευμάρειας και να γιγαντώθηκε στην κρίση. Η συμμετοχή των αλλοδαπών δραστών στη συνολική εικόνα φαίνεται περιορισμένη, ενώ των γυναικών δραματικά αυξημένη. Η κατανομή των ηλικιών καταγράφει μια εικόνα χρόνιων δραστών άνω των 35 ετών, ενώ οι νεότερες ηλικίες, ιδιαίτερα των ανηλίκων, καταγράφουν σχεδόν πτωτικές τάσεις. Η ερμηνεία των τάσεων αυτών αναγκαστικά διέρχεται από τη λογική τόσο των νομοθετικών μεταβολών της περιόδου, οι οποίες, αν και προέβλεψαν ηπιότερη μεταχείριση για τον εξαρτημένο χρήστη απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών, έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στην απαγόρευση και δίωξη της κατοχής και διακίνησης ακόμη και από τον εξαρτημένο διακινητή των ουσιών αυτών.[5] Η ερμηνεία των τάσεων αυτών διέρχεται, όμως, και από τη συμπεριφορά και την αποτελεσματικότητα των διωκτικών αρχών απέναντι σε συμπεριφορές που θεωρούνται ακόμη και σήμερα *μολυσματικές* για το κοινωνικό σύνολο αλλά και απέναντι σε ιδιαίτερα *θεατούς* δράστες, ιδιαίτερα της κατηγορίας των χρηστών. Τα αδικήματα αυτά, επίσης, διέρχονται και από τα αξιακά-ηθικά προτάγματα της εποχής, τα οποία, προφανώς, δεν είναι ελκυστικά για μια κατηγορία συμπολιτών μας, ενώ η διαδρομή των αδικημάτων μέσα στο χρόνο υποδεικνύει ότι η παθητική *φυγή* από μια εξαιρετικά δύσκολη και αδιέξοδη κοινωνική πραγματικότητα δεν σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με την οικονομική παράμετρο, αλλά κυρίως με την πολιτισμική-κοινωνική. Φαίνεται πως ο παγκόσμιος *πόλεμος κατά των ναρκωτικών* ελέγχεται ως προς την αποτελεσματικότητά του διεθνώς, ενώ παράλληλα και η εγκληματοποιημένη και ποινικοποιημένη χρήση ή/και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποδεικνύεται αλυσιτελής ως προς την αποτρεπτική της δύναμη. Αντιθέτως τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι πρακτικές αυτές συνιστούν ένα από τα *καταφύγια* κοινωνικών αδιεξόδων, στερήσεων, αποστερήσεων και αδικιών, τόσο εκτός, όσο και εντός οικονομικών κρίσεων, αν και κατά την

5. Βλ. σχετικά Χάιδου (2016). Επίσης, Ζαραφωνίτου και Τσίγκανου (επιμ.) (2002).

τρέχουσα οικονομική κρίση στη χώρα η *φυγή* δι' αυτού του τρόπου φαίνεται πως εντείνεται. Αυτή η τελευταία διαπίστωση επαναφέρει στη συζήτηση την κοινωνική μάλλον παρά την ιατρική φυσιογνωμία του ζητήματος των ναρκωτικών[6] καθώς διεθνώς οι αυξητικές τάσεις της χρήσης εντοπίζονται διαχρονικά σε περιόδους οικονομικών κρίσεων και όξυνσης των κοινωνικών αδιεξόδων.[7]

Από την άλλη πλευρά, οι περισσότερο επικεντρωμένες διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς χρηστών[8] αναδεικνύουν κάποιες επιπρόσθετες πληροφορίες, αναφορικά με την πραγματικότητα της ουσιοεξάρτησης, σε γηγενείς και μεταναστευτικούς πληθυσμούς.

Όπως η σχετική βιβλιογραφική επισκόπηση υποδεικνύει, τα επίπεδα ουσιοεξάρτησης σε πληθυσμούς μεταναστών είναι πιο περιορισμένα από τα αντίστοιχα των γηγενών πληθυσμών. Μάλιστα οι σχετικές τάσεις συρρικνώνονται, όταν οι γηγενείς χρήστες συγκρίνονται με τους μετανάστες χρήστες δεύτερης γενιάς. Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί φαίνεται να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ο οποίος τείνει να αυξάνεται όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στη χώρα υποδοχής. Τα πρότυπα χρήσης στους πληθυσμούς των μεταναστών δεν φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από αυτά των γηγενών πληθυσμών, καθώς οι πρώτοι τείνουν να υιοθετούν τα πρότυπα χρήσης που επικρατούν στις χώρες υποδοχής.

Οι καταγεγραμμένοι μετανάστες χρήστες εμφανίζουν χαμηλότερη μέση ηλικία και λιγότερα χρόνια εξάρτησης από τους αυτόχθονες. Στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όμως, παρατηρούνται σε υψη-

---

6. Ενδεικτικά, βλ. Κουκουτσάκη (2002).

7. Περισσότερα δεδομένα και αναλύσεις αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των δραστών των παραβάσεων της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά, βλ. στο Τσίγκανου κ.ά. (2016).

8. Ενδεικτικά, βλ. Bayard-Burfield et al. (2001)· Blake et al. (2001)· Borges et al. (2010)· Brown et al. (2005)· Calafat et al. (2009)· Carballo and Nerukar (2001)· Corr (2004)· ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου (2006, 2007, 2009)· ΕΚΠΝΤ, (2010)· Fountain (ed.) (2004)· Fountain (2009a)· Fountain (2009b)· Fountain (2009c)· Fountain (2009d)· Fountain (2009e)· Gfroerer and Tan (2003)· Hjern (2004)· Hordvin (ed.) (2008)· Isralowitz and Slonim-Nevo (2002)· Kokkevi. et al. (2007a)· Kokkevi et al. (2007b)· Kuntsche et al. (2009)· Mladovsky (2007)· Πανεπιστήμιο Λευκωσίας (2010)· Reimer et al. (2007)· Specka et al. (2010)· Turner et al. (2006)· Vega et al. (2002)· UNODC (2004)· UNODC (2010).

λότερο βαθμό συμπεριφορές χρήσης *υψηλού κινδύνου*. Η μεγαλύτερη συχνότητα ενέσιμης χρήσης και ο υψηλότερος επιπολασμός ηπατίτιδας και HIV/AIDS, σε συνδυασμό με τη μικρή διάρκεια χρήσης, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι μετανάστες χρήστες κάνουν συχνότερη κοινή χρήση συριγγών. Και στους δύο πληθυσμούς (μεταναστευτικούς και γηγενείς), οι άνδρες χρήστες υπερτερούν των γυναικών. Υπερτερούν, επίσης, ως προς την προσφυγή τους σε θεραπευτικά κέντρα και προγράμματα θεραπείας. Ένα τέτοιο εύρημα βέβαια επιδέχεται πολλαπλών αναγνώσεων, καθώς ενδεχομένως να οφείλεται σε μεγαλύτερη απροθυμία εκ μέρους των ουσιοεξαρτημένων γυναικών να αποκαλύψουν αυτήν την απαγορευμένη *συνήθειά τους* ("drug habit") εξαιτίας της μεγαλύτερης ευαλωτότητας, στιγματισμού και θυματοποίησης που αντιμετωπίζουν. Γενικότερα, ο πληθυσμός των ουσιοεξαρτημένων γυναικών φέρεται να εμφανίζει σοβαρότερη εξάρτηση από τους άνδρες (ποιοτική παράμετρος). Οπωσδήποτε, τα θέματα αυτά δεν έχουν εμπειρικά διευκρινιστεί πλήρως και άρα παραμένουν σε επίπεδο εικασιών.

Η επίδραση των δυσμενών κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών στην ουσιοεξάρτηση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Ως προς τις παραμέτρους αυτές, οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτοι. Συχνά η χρήση εκλαμβάνεται και ως τρόπος αντιμετώπισης του άγχους, αλλά και δημιουργίας κοινωνικού κύκλου. Στους νέους μετανάστες, και δη δεύτερης γενιάς, όπως άλλωστε και στους γηγενείς πληθυσμούς, τα δίκτυα φίλων ασκούν μεγάλη πίεση για χρήση ουσιών. Σημαντικό ζήτημα αναδεικνύεται η δυσκολία ή/και απροθυμία προσέγγισης θεραπευτικών δομών εκ μέρους των μεταναστών ουσιοεξαρτημένων. Η δυσκολία επικοινωνίας, η έλλειψη ενημέρωσης, το στίγμα και η έλλειψη ευαισθησίας στα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των μεταναστών εκ μέρους των αρμοδίων φορέων, αναφέρονται ως κύριοι λόγοι απροθυμίας προσέγγισης θεραπευτικών δομών και προγραμμάτων εκ μέρους των μεταναστευτικών ουσιοεξαρτημένων πληθυσμών.

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση προκύπτουν ήδη σημαντικά ευρήματα αλλά και αναδιατυπώνονται διαρκή ερευνητικά ερωτήματα τα οποία και η συγκεκριμένη έρευνα προσπάθησε να απαντήσει. Ειδικότερα:

Κατά κανόνα οι γηγενείς άνδρες χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών συνιστούν τον μεγαλύτερο πληθυσμό. Ο πληθυσμός των γυναι-

κών ακολουθεί μια ανοδική πορεία με την πάροδο των ετών, ενώ η συμμετοχή των μεταναστευτικών πληθυσμών στην ουσιοεξάρτηση παραμένει περιορισμένη. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι μετανάστες χρήστες αναδεικνύονται ως περισσότερο ευάλωτοι από τους άνδρες χρήστες, όχι μόνο λόγω κοινωνικο-οικονομικών και πολιτισμικών παραμέτρων, αλλά και λόγω της απροθυμίας τους να προσεγγίσουν τις διαθέσιμες κάθε φορά θεραπευτικές δομές και προγράμματα. Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί, παρά το γεγονός ότι δεν εμφανίζουν μια αυξητική σχέση με τη χρήση, όταν εντάσσονται στο χώρο της ουσιοεξάρτησης, εντάσσονται πιο βαριά και πιο βαθειά (μεγαλύτερη συχνότητα ενέσιμης χρήσης, υψηλότερος επιπολασμός ηπατίτιδας και HIV/AIDS, συχνότερη κοινή χρήση συριγγών). Αυτή η τελευταία διαπίστωση φαίνεται να υποδεικνύει ένα σημαντικό ερευνητέο ερώτημα: το κατά πόσον, δηλαδή, η περίπτωση των ουσιοεξαρτημένων μεταναστών παραβατών της σχετικής νομοθεσίας διαφοροποιείται από άλλες περιπτώσεις παραβατών μεταναστών, οι οποίοι φαίνεται να εντάσσονται και με ανοδική τάση στις ήδη υπάρχουσες δομές της παραβατικής δραστηριότητας στη χώρα υποδοχής, *παρακολουθώντας* και *ακολουθώντας* τις αντίστοιχες συμπεριφορές του γηγενούς πληθυσμού.[9] Τα επίσημα στοιχεία αποδεικνύουν ότι αναφορικά με την ουσιοεξάρτηση δεν έχει διαπιστωθεί κάποια αυξητική τάση εμπλοκής μεταναστευτικών πληθυσμών, ενώ, αντιθέτως, σύμφωνα με τα δεδομένα για μετανάστες δεύτερης γενιάς, οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί αγωνίζονται περισσότερο για την επιβίωσή τους και την κοινωνική τους ένταξη στη χώρα υποδοχής, ιδιαίτερα μάλιστα σε συνθήκες κρίσης, γεγονός που, ενδεχομένως, επιδρά αποτρεπτικά από την εμπλοκή τους σε περαιτέρω αποκλειστικές πρακτικές, κοινωνική περιθωριοποίηση και στιγματισμό.[10]

Επιπρόσθετα, καθώς τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η παράμετρος *του χρόνου παραμονής μεταναστευτικών πληθυσμών στη χώρα υποδοχής* φαίνεται πως σχετίζεται ισχυρά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους πληθυσμούς αυτούς, θα μπορούσε να διατυπωθεί και μια δεύτερη θεωρητική υπόθεση: ερευνητέο, δηλαδή, είναι το κατά πόσον το πεδίο της ουσιοεξάρτησης αποτελεί ένα σχετικά *αυτό-*

9. Βλ. περισσότερο αναλυτικά, Τσίγκανου κ.ά (2010).
10. Βλ. σχετικά, Μπαλούρδος και Χρυσάκης (επιμ.) (2014).

νομο πεδίο εντός του κοινωνικού σχηματισμού της χώρας υποδοχής, με τους γηγενείς άνδρες ουσιοεξαρτημένους να καταλαμβάνουν τις ιεραρχικά ανώτερες και ανώτατες κοινωνικές θέσεις στην κοινωνική πυραμίδα της ουσιοεξάρτησης και με τους μετανάστες άνδρες ουσιοεξαρτημένους να καταλαμβάνουν την ιεραρχικά *κατώτατη θέση,* δηλαδή τη θέση ενός *κοινωνικού υποστρώματος* πολύ κοντά ή/και κάτω από τη βάση της πυραμίδας αυτής. Μια τέτοια θεωρητική *ιδέα* για την κοινωνική θέση και κατάσταση των ουσιοεξαρτημένων πληθυσμών βασίζεται και στους τρόπους και όρους της χρήσης αλλά και της απεξάρτησης, δηλαδή, ανάγεται στο θέμα της διαπίστωσης όχι μόνο της *δομικού τύπου κοινωνικής ένταξης* ή *αποκλεισμού και περιθωριοποίησης* των ουσιοεξαρτημένων πληθυσμών με όρους ταξικής διευθέτησης, αλλά και με όρους μιας *ειδικής κουλτούρας ή υποκουλτούρας* της ουσιοεξάρτησης[11] που όλα μαζί σηματοδοτούν την ύπαρξη ενός *σχετικά αυτόνομου κοινωνικού πεδίου,* ενός παράλληλου *κόσμου ή σύμπαντος,* που *επισυμβαίνει* εντός/εκτός κοινωνικών συνόρων του υφιστάμενου κοινωνικού σχηματισμού.

Η εμπειρική διερεύνηση

Στο πλαίσιο του εν λόγω έργου, η εμπειρική διερεύνηση συμπεριέλαβε ποσοτική και ποιοτική έρευνα, με στόχο τη συγκριτική διερεύνηση και αποτύπωση των χαρακτηριστικών της ουσιοεξάρτησης στους πληθυσμούς Ελλήνων και μεταναστών ουσιοεξαρτημένων. Τα κύρια ερευνητέα θέματα και στις δύο έρευνες, οι οποίες διεξήχθηκαν παράλληλα και κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (2011), γύρω από τα οποία διαρθρώθηκαν τόσο το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας όσο και ο οδηγός συνέντευξης της ποιοτικής έρευνας ήταν τα εξής:

1. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών χρηστών και οι όποιες διαφοροποιήσεις από Έλληνες χρήστες.
2. Ομοιότητες και διαφορές στην κουλτούρα και τις πρακτικές της ουσιοεξάρτησης ανάμεσα στους δύο παραπάνω πληθυσμούς.

11. Βλ. σχετικά και Joung (1971)· Becker (1966).

3. Το θεραπευτικό αίτημα και το θεραπευτικό ιστορικό των μεταναστών χρηστών που προσεγγίζουν ή προσεγγίζονται από τους φορείς απεξάρτησης.

Οι πληθυσμοί της έρευνας

Η ποσοτική έρευνα διεξήχθη σε πληθυσμό μεταναστών χρηστών που είχε προσφύγει για θεραπεία στις θεραπευτικές δομές αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης της χώρας. Ο προσδιορισμός του δείγματος της ποσοτικής έρευνας ήταν μια σύνθετη διαδικασία καθώς ο εν γένει πληθυσμός των μεταναστών χρηστών είναι ένα αόριστο και απροσδιόριστο μέγεθος που χαρακτηρίζεται από μεγάλο *σκοτεινό αριθμό*.[12] Έτσι το δείγμα της έρευνας –στη βάση δειγματοληπτικού *πλαισίου ορατών μεταναστών χρηστών*– συμπεριέλαβε μετανάστες χρήστες προερχόμενους από χώρες εκτός της ΕΕ (πολίτες τρίτων χωρών, κατά τις προδιαγραφές του χρηματοδοτικού πλαισίου της έρευνας) με προβλήματα ουσιοεξάρτησης, που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της εξάρτησης της χώρας, εντός θεραπευτικών δομών αλλά και φυλακών. Σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας, η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν αυτή της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας, με τα στρώματα να διαρθρώνονται στη βάση των παραμέτρων της υπηκοότητας, του φύλου, της ηλικίας και της γεωγραφικής περιοχής προέλευσης.

Το δειγματοληπτικό πλαίσιο της έρευνας αποτέλεσε ο κατάλογος που διαμορφώθηκε κατά το διάστημα 21/4-2/5 του 2011 με βάση τα στοιχεία για τον αριθμό και την υπηκοότητα των μεταναστών που λάμβαναν υπηρεσίες από τις μονάδες του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ, του ΨΝΑ και του ΨΝΘ. Με βάση τις έγγραφες αναφορές των προγραμμάτων των φορέων αυτών, κατά την περίοδο από 9 έως 26/5/11, διαμορφώθηκε ένας τελικός κατάλογος. Ο συνολικός αριθμός των μεταναστών της ομάδας στόχου ανήλθε στα 646 άτομα κατανεμημένος ως εξής:

α. Στα προγράμματα θεραπείας, λόγω του μικρού αριθμού θεραπευόμενων μεταναστών, δεν πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία αλλά

12. Για τη σημασία του σκοτεινού αριθμού βλ., ενδεικτικά, Maguire (1994)· Coleman and Moynihan (2004).

συμπεριλήφθηκαν όλοι. Σε σύνολο περίπου 172 ατόμων, το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε στα 165 άτομα.

β. Στα προγράμματα άμεσης πρόσβασης, περιλήφθηκαν τα άτομα που έλαβαν υπηρεσίες μείωσης της βλάβης εντός και εκτός δομής κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας. Η επιλογή του δείγματος εκτός δομής πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητα (δείγμα ευχέρειας). Το ενδεχόμενο των διπλοεγγραφών, λόγω της ιδιαιτερότητας του πλαισίου λειτουργίας των μονάδων άμεσης πρόσβασης, αντιμετωπίστηκε με τη δημιουργία ενιαίου κοινού πλάνου δειγματοληψίας. Ο επιθυμητός αριθμός του δείγματος ήταν 70 άτομα.

γ. Στα προγράμματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε σωφρονιστικά καταστήματα, στο δειγματοληπτικό πλαίσιο περιλήφθηκαν όλα τα άτομα που προσέγγισαν τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης με αίτημα βοήθειας (περίπου 170) και το επιθυμητό δείγμα ορίστηκε στα 70 άτομα.

Όλοι οι μετανάστες που συμμετείχαν σε προγράμματα αντιμετώπισης της εξάρτησης ενημερώθηκαν για το σκοπό και τη χρησιμότητα της μελέτης και, όπου κρίθηκε απαραίτητο, λήφθηκε έγγραφη συγκατάθεση συμμετοχής τους. Ένας σημαντικός αριθμός μελών των προγραμμάτων θεραπείας (94 συνολικά περιπτώσεις, ποσοστό 55%) δεν έλαβε τελικά μέρος στην έρευνα. Οι κυριότεροι λόγοι μη συμμετοχής ήταν: 1) αδυναμία επαφής των προσώπων αναφοράς με τους θεραπευόμενους, κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας, διότι οι δεύτεροι είτε βρίσκονταν στη φάση της κοινωνικής επανένταξης (20 άτομα) είτε απουσίαζαν (30 άτομα), 2) άρνηση ή επανειλημμένη μη τήρηση ραντεβού (13 άτομα), 3) διακοπή του προγράμματος (10 άτομα), και 4) αδυναμία επικοινωνίας με τα πρόσωπα αναφοράς των θεραπευόμενων σε 8 περιπτώσεις. Τέλος, 13 άτομα δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις ένταξης στο δείγμα, διότι είχαν άλλη υπηκοότητα από αυτή που δηλώθηκε αρχικά από τη μονάδα θεραπείας.

Μειωμένη συγκριτικά με την αρχική εκτίμηση ήταν η προσέλευση μεταναστών στις Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης καθώς και η προσέγγισή τους από την Ομάδα Δουλειάς στο Δρόμο (street-work), κατά την πρώτη εβδομάδα διεξαγωγής της έρευνας, για λόγους συμπτωματικούς και συγκυριακούς: κατά τον χρόνο της έρευνας επικρατούσε

ένα αρνητικό και δυσμενές *κλίμα* κατά των μεταναστών στη χώρα, με εκδήλωση φαινομένων ρατσιστικής βίας εις βάρος τους αλλά και εκτεταμένους αστυνομικούς ελέγχους που *αποκάλυψαν* αυξημένη εμπλοκή μεταναστών σε εγκληματικές δραστηριότητες στην περιοχή του Ιστορικού Κέντρου της Αθήνας, μία από τις βασικές περιοχές διενέργειας των παραπάνω δράσεων. Ως αποτέλεσμα, στα προγράμματα άμεσης πρόσβασης το ποσοστό άρνησης συμμετοχής στην έρευνα ανήλθε στο 20%.

Τέλος, από τους εξαρτημένους μετανάστες στο πλαίσιο των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στις φυλακές, δεν υπήρξε καμία άρνηση συμμετοχής στην έρευνα, στο σύνολο όσων προσήλθαν στο χώρο διεξαγωγής της, δηλαδή το 60% όσων κλήθηκαν. Αντίθετα, σε 8 περιπτώσεις οι ερευνητές έκριναν ότι η συνέντευξη δεν ήταν δυνατή λόγω γλώσσας.

Συνολικά έλαβαν μέρος στην έρευνα 324 άτομα: 84 από τα θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ και του ΨΝΑ, 101 από προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στις φυλακές του 18 Άνω και 139 από τα προγράμματα άμεσης πρόσβασης του ΟΚΑΝΑ. Πάνω από το 90% του δείγματος προέρχεται από προγράμματα της Αττικής. Στην έρευνα συμμετείχαν 302 άνδρες και μόνο 22 γυναίκες, συνεπώς τα αποτελέσματα της ανάλυσης κατά φύλο θα πρέπει να εξετάζονται με επιφύλαξη. Το στοιχείο αυτό βέβαια αντανακλά την *απόσταση* που κρατούν οι γυναίκες ουσιοεξαρτημένες από τα προγράμματα και τις δομές θεραπείας, όπως εντοπίζεται και στη σχετική βιβλιογραφία. Συνολικά οι ερωτώμενοι μετανάστες προέρχονται από 36 διαφορετικές χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κυρίως (κατά 80% περίπου) από την Αλβανία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ, το Ιράν, τη Γεωργία, τη Τυνησία, τη Νιγηρία, την Ουκρανία και το Πακιστάν. Δεν μπορούμε στο σημείο αυτό να μη σημειώσουμε πως διαφαίνεται μια αντιστοιχία του πληθυσμού του δείγματός μας με τα αντίστοιχα μεγέθη του γενικού μεταναστευτικού πληθυσμού στην Ελλάδα ανά χώρα προέλευσης κατά τον χρόνο της έρευνας.

Η ποιοτική έρευνα διεξήχθη σε πληθυσμό εκπροσώπων/στελεχών των προγραμμάτων και δομών αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης στη χώρα που παρέχουν υπηρεσίες σε μετανάστες χρήστες. Η επιλογή των προνομιακών αυτών πληροφορητών καθορίστηκε με κριτήρια το φορέα, τη μονάδα θεραπείας, το είδος/δομή του προ-

γράμματος, τον αριθμό των εξυπηρετούμενων μεταναστών, τη θέση και την ειδικότητα.

Ο αριθμός των ερωτωμένων ανά φορέα ήταν 11 άτομα από τον ΟΚΑΝΑ (5 από Μονάδες Υποκατάστασης, 1 από τη Μονάδα Εφήβων «Ατραπός», 2 από τη ΜΑΒΥ και 3 από το ΣΦΕΑ), 11 από το ΚΕΘΕΑ (4 από το Π. Mosaic, 2 από το Π. Διάβαση, 2 από το Π. Νόστος, 1 από το Π. Παρέμβαση και 2 από το Ανοιχτό Π. Θεσσαλονίκης), 7 από το ΨΝΑ (2 από το Π. Φυλακών, 5 από δομές της Μονάδας όπως αυτές του ΣΣ Ενηλίκων και του ΣΣ Γυναικών) και 1 από το ΨΝΘ (Π. Ιανός). Όσον αφορά τη γεωγραφική διασπορά, οι εκπρόσωποι των φορέων ήταν 26 άτομα από προγράμματα της Αττικής και 4 από αντίστοιχα προγράμματα στη Θεσσαλονίκη. Ως προς το είδος προγραμμάτων, ο αριθμός των εκπροσώπων που επιλέχθηκε ήταν 21 άτομα από θεραπευτικά προγράμματα, 4 από θεραπευτικά προγράμματα/προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης, στο πλαίσιο των σωφρονιστικών καταστημάτων, και 5 από προγράμματα άμεσης πρόσβασης. Με βάση την ειδικότητα των εκπροσώπων, η επιλογή αφορούσε 4 ψυχίατρους, 18 ψυχολόγους-ψυχοθεραπευτές, 2 κοινωνιολόγους, 2 κοινωνικούς λειτουργούς, 1 κοινωνικό ανθρωπολόγο, 1 κοινωνιοθεραπευτή, 1 σύμβουλο τοξικοεξάρτησης και 1 νοσηλευτή. Τέλος, 11 από τους 30 ερωτώμενους/-νες είχαν θέση υπευθύνων σε μονάδες και δομές των προγραμμάτων: 4 από τον ΟΚΑΝΑ, 5 από το ΚΕΘΕΑ, 2 από το ΨΝΑ και 1 από το ΨΝΘ.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, ο πληθυσμός απαρτίζεται από εξειδικευμένα στελέχη των επίσημων θεραπευτικών φορέων της χώρας, οι οποίοι, όχι μόνο εμπλέκονται στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά, παράλληλα, έχουν *εικόνα* των χρηστών που προσεγγίζουν τα προγράμματα για αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας ή/και αυτών που τα προγράμματα προσεγγίζουν με τις υπηρεσίες που προσφέρονται και υλοποιούνται *στο δρόμο*. Βασικό κριτήριο για την επιλογή των στελεχών υπηρεσιών απεξάρτησης ήταν η εκπροσώπηση όλου του εύρους διαφορετικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων ως προς το είδος του επίσημου θεραπευτικού φορέα, ως προς το είδος του θεραπευτικού προγράμματος και ως προς την επαγγελματική ειδικότητα του συμμετέχοντος. Τα κριτήρια αυτά καλύφθηκαν ικανοποιητικά.[13]

13. Αυτό αποδεικνύεται από τη συμμετοχή των στελεχών η οποία είχε ως εξής: Οι συμμετέχοντες προήλθαν από όλους τους επίσημους φορείς απεξάρτησης: ΟΚΑΝΑ

Βασικά ευρήματα της ποσοτικής έρευνας

Τα γενικά χαρακτηριστικά της ουσιοεξάρτησης τόσο στον πληθυσμό των Ελλήνων χρηστών όσο και στον πληθυσμό των μεταναστών χρηστών κατά τον χρόνο της έρευνας μάλλον προσομοιάζουν παρά αφίστανται. Και οι δύο πληθυσμοί χρηστών είναι στην πλειονότητά τους άνδρες με μέση ηλικία κοντά στα 30 έτη. Διαφοροποιημένο φαίνεται να είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ουσιοεξαρτημένων μεταναστών του δείγματος σε σύγκριση με αυτό των χρηστών σε συγχρονική έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2010), αφού σχετικά υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό των μεταναστών που δεν ολοκλήρωσαν βαθμίδα της εκπαίδευσης αντίστοιχης του δημοτικού ή είναι αναλφάβητοι.

Τόσο οι μετανάστες χρήστες που συμμετείχαν στην έρευνα όσο και οι χρήστες που καταγράφονται στην έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2010) για την επιδημιολογία της εξάρτησης στη χώρα δηλώνουν άνεργοι σε υψηλό ποσοστό, με τους μετανάστες χρήστες να καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά περιστασιακής απασχόλησης. Πρόκειται για μεγαλύτερου βαθμού εργασιακή επισφάλεια, η οποία καταγράφεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από την αντίστοιχη επισφάλεια του συνολικού αριθμού των χρηστών. Πρόκειται για μια ακόμη δομικού τύπου υστέρηση των μεταναστευτικών πληθυσμών αναφορικά με τον αποκλεισμό ή την ομαλή ένταξή τους στην ελληνική αγορά εργασίας.

Ομοιότητες εντοπίζονται μεταξύ μεταναστών χρηστών της έρευνας και του γενικότερου πληθυσμού χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στη χώρα αναφορικά και με την κύρια ουσία χρήσης. Η πλειονότητα των μεταναστών χρηστών της έρευνας αναφέρει συχνότερα την ηρωίνη ως κύρια ουσία χρήσης και δευτερευόντως την κάνναβη και την κοκαΐνη. Αντίστοιχες πρακτικές εντοπίζονται και στον γενικό πληθυσμό των χρηστών. Απόκλιση εμφανίζεται αναφορικά με τον συνήθη τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας, με την ενέσιμη χρήση να αναφέρεται συχνότερα από τους μετανάστες της έρευνας, ενώ για το γενικότερο

(N=12), ΚΕΘΕΑ (N=10), ΨΝΑ (N=7), ΨΝΘ (N=1). Εκπροσωπήθηκαν όλοι οι τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων: εφήβων (N=1), άμεσης πρόσβασης (N=5), υποκατάστασης (N=6), στεγνό (N=14) και πρόγραμμα φυλακών (N=4). Αντιπροσωπεύτηκαν ποικίλες επαγγελματικές εξειδικεύσεις: ψυχολόγοι (N=9), θεραπευτές (7), ψυχίατροι (N=5), υπεύθυνοι προγράμματος (N=4), κοινωνικοί λειτουργοί (N=2), νοσηλευτές (N=1), κοινωνιολόγοι (N=1), κοινωνικοί ανθρωπολόγοι (N=1).

πληθυσμό των χρηστών ο πιο δημοφιλής τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας είναι η χρήση διά της εισπνοής. Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης είναι ανάλογη και στους δύο πληθυσμούς, και κυμαίνεται μεταξύ των 16 και των 19 ετών. Σύγκλιση παρατηρείται και σχετικά με την ουσία έναρξης της απαγορευμένης χρήσης. Για την πλειονότητα των χρηστών πρόκειται για την κάνναβη. Για τους μετανάστες χρήστες η μέση ηλικία έναρξης χρήσης της κάνναβης είναι τα 17-18 έτη και για τους χρήστες γενικότερα τα 15-16 έτη. Και στους δύο πληθυσμούς απαντάται πολυεξάρτηση σε περισσότερες της μίας εξαρτητικές ουσίες, με την πλειονότητα των μεταναστών χρηστών να κάνει παράλληλη χρήση και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικότερο πληθυσμό των χρηστών. Οι συνηθέστερες δευτερεύουσες ουσίες για τους μετανάστες χρήστες είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και λοιπά διεγερτικά. Ακολουθούν υπνωτικές και κατασταλτικές ουσίες και τελευταία, η κάνναβη. Διαφορετική είναι η εικόνα για τον πληθυσμό των χρηστών στην έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2010), όπου στις δευτερεύουσες ουσίες χρήσης προηγείται η κάνναβη, με τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά και ακόμη μικρότερη να είναι η χρήση της κοκαΐνης.

Αναφορικά με τα ερωτήματα και τις υποθέσεις τα οποία διατυπώσαμε παραπάνω, αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθούν τα ακόλουθα: με βάση τα δεδομένα της ποσοτικής διερεύνησης, η κοινωνική θέση και κατάσταση των μεταναστών χρηστών είναι περισσότερο επιβαρυμένες και μάλιστα με δομικούς όρους, από εκείνες των Ελλήνων χρηστών. Στον πληθυσμό των μεταναστών χρηστών εντοπίζονται σημαντικοί επιβαρυντικοί δομικοί παράγοντες που παρεμποδίζουν την ομαλή κοινωνική τους ένταξη (πρόσβαση στην αγορά εργασίας, πρόσβαση στην εκπαίδευση, δυσμενείς όροι διαβίωσης) σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τον πληθυσμό των Ελλήνων χρηστών. Επιπρόσθετα, όμως, στον πληθυσμό των μεταναστών χρηστών εντοπίζεται και η διαμόρφωση μιας ειδικής *κουλτούρας χρήσης*, εντός του πεδίου της ουσιοεξάρτησης. Μάλιστα η *ειδική αυτή κουλτούρα χρήσης* διαμορφώνεται κυρίως με όρους *παράδοσης* παρά με όρους *εκσυγχρονισμού ή/και επιπολιτισμού*,[14] καθώς, ως προς τους μετανάστες χρήστες, πα-

14. Όπως έχουμε τονίσει και αλλού το *εκσυγχρονιστικό υπόδειγμα* έλκει την καταγωγή του από τους ισχυρισμούς του Durkheim για τη διαδικασία μετάβασης από την

ρατηρείται μια προσήλωση σε παραδοσιακούς τρόπους και πρακτικές χρήσης, οι οποίες σημειώνονταν στη χώρα μας κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, αλλά και μια υστέρηση στην *παρακολούθηση εκσυγχρονιστικών πρακτικών* χρήσης.

Αυτή η τάση παρατηρείται σε κοινωνικές πρακτικές, φαινόμενα και συμπεριφορές που συνδέονται με την πολιτισμική σκευή των κοινωνικών υποκειμένων και τις τροχιές ζωής τους. Στην περίπτωση, δηλαδή, των μεταναστών χρηστών, συνδέονται με την μεταναστευτική τους ιδιότητα και αυτήν την ίδια τη μεταναστευτική εμπειρία. Όπως έχουμε τονίσει και αλλού, η μεταναστευτική εμπειρία διακρατεί τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κοινωνικές θέσεις *ασταθείς*, παρεμποδίζοντας έτσι την ουσιαστική κοινωνική τους ένταξη και την ομαλή και ανεμπόδιστη συμμετοχή τους στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας.[15] Επιπρόσθετα, θεωρούμε ότι η παραπάνω προσήλωση στην *παράδοση* υπαγορεύεται και από τη δομική παράμετρο της απουσίας, σχεδόν, συμμετοχής των μεταναστών χρηστών στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας, αλλά και της υποδεέστερης

παραδοσιακή στη μοντέρνα κοινωνία. Σημαντική ερμηνευτική παράμετρος στην προσέγγιση αυτή είναι το επιχείρημα ότι οι χώρες εξελίσσονται στη βάση μιας ανάλογης αναπτυξιακής διαδικασίας, καθώς οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες υιοθετούν σταδιακά τα χαρακτηριστικά των ήδη ανεπτυγμένων χωρών. Οι διαδικασίες κοινωνικού μετασχηματισμού στις ανεπτυγμένες χώρες διενεργούνται στη βάση ενός πιο σύνθετου καταμερισμού της εργασίας, ο οποίος αδυνατίζει τη *συλλογική συνείδηση* και δημιουργεί μια *αυξητική κοινωνική διαφοροποίηση ανάμεσα στα κοινωνικά υποκείμενα*. Με αυτόν τον τρόπο παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να προκαλούν τις κυρίαρχες πολιτισμικές αξίες και τους κυρίαρχους κανόνες του κοινωνικού διακανονισμού. Κατά τις θεωρίες του εκσυγχρονισμού, η απάντηση βρίσκεται στην *ακολουθία,* ή την *παρακολούθηση:* παρά τις διαφορές που ενυπάρχουν ανάμεσα στα ανεπτυγμένα βιομηχανικά κράτη και στις υπό ανάπτυξη χώρες, παγκοσμίως *ακολουθείται το ίδιο παραδοσιακό - μοντέρνο συνεχές* και άρα οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται στις υπό-ανάπτυξη χώρες θα *παρακολουθήσουν* το παράδειγμα των ανεπτυγμένων χωρών, τόσο ως προς την τάση, όσο και ως προς το είδος των συμπεριφορών, νόμιμων και παράνομων. Όπως επίσης, όμως, έχουμε σημειώσει και αλλού, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσεων και αβεβαιοτήτων, οι συμπεριφορές επηρεάζονται καθοριστικά από μια *καθησυχαστικού τύπου αναδίπλωση σε εθνικά κανονιστικά αξιακά συστήματα και ταυτοτικά ψυχολογικά πλαίσια*. (Βλ. Τσίγκανου κ.ά., 2016· Βούλγαρης, 2007). Επίσης έχει ήδη διαπιστωθεί πως σε κάποιες περιπτώσεις συμπεριφορών, η ελληνική περίπτωση έχει ήδη μπει σε τροχιά προσφυγής στις έννοιες της προόδου και του ορθολογισμού, οι οποίες καθοδηγούν τις αναλογούσες κοινωνικές πρακτικές σε βάρος των επιταγών της παράδοσης και του εθίμου (Τσίγκανου κ.ά., 2016).

15. Βλ., σχετικά, Tsiganou (2015).

με κοινωνικο-οικονομικούς όρους διαβίωσής τους σε σχέση με τους Έλληνες χρήστες (ενδεικτικά μεγαλύτερα ποσοστά υλικής αποστέρησης –"material deprivation index", μεγαλύτερα ποσοστά κινδύνου φτώχιας και κοινωνικού αποκλεισμού– "risk of poverty and social exclusion index", κ.λπ.[16]). Στη συνέχεια, κρίνουμε πως υπερισχύει η πολιτισμική παράμετρος, καθώς οι Έλληνες χρήστες μπορεί να διαθέτουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και υποστηρικτικών δικτύων (ενδεικτικά, οικογένειας), συμμετέχουν όμως και αυτοί ελάχιστα στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας.

Σε κάθε περίπτωση, όλα τα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι μετανάστες χρήστες βρίσκονται σε κοινωνική θέση *υστέρησης* και εξαιρετικά ευάλωτη. Αυτό επιβεβαιώνεται από όσα υποστηρίχθηκαν και από τους προνομιακούς πληροφορητές της ποιοτικής έρευνας, οι οποίοι με τη σειρά τους επιβεβαιώνουν και σχετικά βιβλιογραφικά ευρήματα, καθόσον πιστεύουν ότι οι μετανάστες χρήστες εμφανίζουν συμπεριφορά *υψηλού κινδύνου* σε μεγαλύτερο βαθμό από τους χρήστες, γενικότερα, λόγω της περισσότερο ευάλωτης κοινωνικής τους θέσης και των δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών παραμέτρων που συνδέονται με την μεταναστευτική εμπειρία (συνθήκες στέγασης, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα υγείας, ελλιπής ενημέρωση, διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα).

Οι παραπάνω παραδοχές επιβεβαιώνονται και στη βάση δεδομένων που αναδεικνύουν τις διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται ανάμεσα στους δύο πληθυσμούς (μεταναστών χρηστών της έρευνας και συνολικού αριθμού χρηστών στη χώρα) και αφορούν δομικές παραμέτρους που σχετίζονται με την κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην Ελλάδα –όπως οι συνθήκες διαβίωσης– με τους μετανάστες χρήστες να εμφανίζονται σε *σημαντική υστέρηση*. Το ίδιο ισχύει και ως προς την παρουσία *υποστηρικτικού πλαισίου οικογένειας*. Όπως διαπιστώθηκε κατά την έρευνα, τα δεδομένα αυτά εκπηγάζουν, κυρίως, από τη μεταναστευτική ιδιότητα των χρηστών που συμμετείχαν στην έρευνα, παρά από την πορεία τους στη χρήση. Ωστόσο, οι πολιτισμικοί παράγοντες είναι *«πανταχού παρόντες»*. Όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήμα-

16. Είναι συχνή η προσφυγή στη χρησιμότητα των δεικτών αυτών για την επιμέτρηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Βλ. σχετικά και ενδεικτικά, Γιαννίτσης και Ζωγραφάκης (2016). Επίσης, EU SILC, Database (2008) onwards. Ειδικά για τις γυναίκες, βλ., ενδεικτικά, Καραμεσίνη και Rubery (επιμ.) (2015).

τα της ποσοτικής έρευνας, η μη επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας και οι ιδιαίτερες πολιτισμικές συνήθειες συνιστούν σημαντικούς διαφοροποιητικούς παράγοντες μεταξύ των μεταναστών χρηστών της έρευνας και των χρηστών γενικότερα. Λόγω της διαφοροποίησης αυτής διαπιστώθηκε ότι οι μετανάστες χρήστες αντιμετωπίζουν αυξημένες δυσκολίες προσέγγισης και προσαρμογής στα υφιστάμενα κατά τον χρόνο της έρευνας θεραπευτικά προγράμματα.

Στη συνέχεια, διαφοροποιήσεις εμφανίζονται και ως προς τη συμπεριφορά των μεταναστών χρηστών απέναντι στη θεραπεία από την ουσιοεξάρτηση. Οι μετανάστες χρήστες της έρευνας δήλωσαν ότι ενημερώνονται για τα θεραπευτικά προγράμματα από κάποιον άλλο χρήστη ή φίλο, ενώ οι χρήστες που καταγράφονται στην έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2010) έχουν προσωπική ενημέρωση ή ενημερώνονται από την οικογένεια και φίλους. Η διαφοροποίηση ως προς τις πηγές πληροφόρησης των μεταναστών χρηστών αποδίδεται από τους ερωτώμενους της ποιοτικής έρευνας στις δυσκολίες που έχουν οι μετανάστες στην επικοινωνία λόγω γλώσσας, αλλά και στο δισταγμό που έχουν να προσεγγίσουν θεραπευτικά προγράμματα λόγω της μεταναστευτικής τους ιδιότητας, την εθνοτική τους προέλευση και την κουλτούρα. Μάλιστα, οι προνομιακοί πληροφορητές της ποιοτικής έρευνας τόνισαν ότι οι μετανάστες χρήστες που εντάσσονται στα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες και προβλήματα επικοινωνίας με τους άλλους χρήστες αλλά και με το θεραπευτικό προσωπικό, ενώ, παράλληλα, πολιτισμικές διαφορές δυσκολεύουν την αλληλοκατανόηση. Επιπρόσθετα, η φυσική απουσία της οικογένειας στην περίπτωσή τους συνεπάγεται και την απουσία των οικογενειακών μελών από τη θεραπευτική διαδικασία.

Ωστόσο, εντοπίζονται και κάποιες ομοιότητες ανάμεσα στη συμπεριφορά μεταναστών χρηστών και χρηστών γενικότερα ως προς την *προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης*. Και στις δύο περιπτώσεις, περίπου οι μισοί χρήστες δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ στο παρελθόν να διακόψουν τη χρήση. Αυτό το εύρημα, σε συνδυασμό και την ιχνηλάτηση των ομοιοτήτων ανάμεσα σε διαφοροποιημένους ως προς λοιπά –πλην της χρήσης– πληθυσμούς, ενισχύει το επιχείρημα ότι ανεξάρτητα από τα διαφοροποιητικά ιδιοχαρακτηριστικά των ουσιοεξαρτημένων, η χρήση δημιουργεί έναν διακριτό τόπο, έναν παράλληλο κόσμο, μια ιδιάζουσα νέα κουλτούρα, αυτήν της ουσιοεξάρτησης,

όπου οι πρακτικές συναντιούνται και εν πολλοίς τέμνονται. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική προσέγγιση για να είναι αποτελεσματική πρέπει να απευθύνεται πρωτίστως στην καταπολέμηση αυτής της κουλτούρας, ανεξάρτητα από τις κατ' ιδίαν θεραπευτικές παρεμβάσεις, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των θεραπευομένων. Αυτό φαίνεται πως το έχει λάβει υπόψη της –και σωστά– η θεραπευτική προσέγγιση, η οποία ακολουθείται στη χώρα, όπως υποδεικνύει και η ποιοτική διερεύνηση του εν λόγω έργου που εκτίθεται κατωτέρω. Όπως το έθεσε ένας από τους προνομιακούς πληροφορητές της έρευνας, οι μετανάστες χρήστες *«δεν έχουν αναγκαστικά διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τους Έλληνες, αλλά είναι σε μειονεκτικότερη κοινωνική θέση»*.

Βασικά αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας

Η αντίληψη των προνομιακών πληροφορητών της έρευνας ως προς την *επιδημιολογία της εξάρτησης των μεταναστών χρηστών*, μέσα από την εμπειρία τους στις θεραπευτικές δομές και τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας, επιβεβαιώνει τα περισσότερα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας του εν λόγω έργου, και ειδικότερα:

Κατά την αντίληψη των ειδικών, ομοίως με τα ευρήματα της ποσοτικής διερεύνησης, οι μετανάστες χρήστες στη συντριπτική τους πλειονότητα θεωρείται ότι είναι άντρες, ηλικίας 25-45 ετών, προερχόμενοι από χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, την Αλβανία, αφρικανικές ή ασιατικές χώρες. Τα χρόνια παραμονής των μεταναστών χρηστών στην Ελλάδα συνδέονται με τη χώρα προέλευσής τους, καθώς οι μετανάστες από την Αλβανία, τις βαλκανικές ή χώρες της πρώην ΕΣΣΔ διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερα χρόνια. Κάποιοι μάλιστα είναι και μετανάστες δεύτερης γενιάς. Υπάρχει η αντίληψη ότι οι μετανάστες χρήστες είναι συχνά και άστεγοι, με προβλήματα ένταξης στην αγορά εργασίας, χαμηλό βιοτικό επίπεδο και εν γένει οικονομικές δυσκολίες. Στις απαντήσεις των ειδικών τονίζεται ο καθοριστικός ρόλος της ύπαρξης, της φυσικής παρουσίας και της υποστήριξης της οικογένειας του χρήστη στη θεραπευτική διαδικασία. Βασικός παράγοντας διαφοροποίησης από τους Έλληνες χρήστες είναι η επαγγελματική/οικονομική κατάσταση των μεταναστών χρηστών, καθώς *«μπορούν πιο εύκολα να βρεθούν στο δρόμο»* και αντιμετωπίζουν *«δυσκολία στην εύρε-*

ση εργασίας» ή, αλλιώς, βιώνουν μια *«ανεπαρκή επαγγελματική ένταξη»*. Έτσι, κατά τους ερωτώμενους, οι μετανάστες χρήστες *«δίνουν προτεραιότητα στη δουλειά για να επιβιώσουν και όχι στη θεραπεία»*.

Κατά τους ειδικούς, κεντρικό σημείο που διαφοροποιεί τους μετανάστες χρήστες από τους Έλληνες είναι η διαφορετική κουλτούρα που φέρουν, με εκφάνσεις σε όλους τους τομείς του κοινωνικού τους βίου που συναρτάται άμεσα με τη δομική συγκρότηση του κοινωνικού μας σχηματισμού αλλά και του σχηματισμού των χωρών προέλευσης. Όπως χαρακτηριστικά δηλώθηκε, *«συγκριτικά με τους Έλληνες, διακρίνονται από έλλειψη εμπιστοσύνης λόγω νοοτροπίας, φιλοσοφίας, κουλτούρας, (αλλά και) φόβου απέλασης»*. Επίσης, όπως αναφέρθηκε, οι μετανάστες χρήστες *«είναι δύσκολο να εμπιστευτούν και να ανοίξουν θέματα μέσα στην ομάδα»*, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Κάποιες υπο-κατηγορίες μεταναστών, όπως μετανάστες από την Ασία, σε αντίθεση με άλλες μεταναστευτικές ομάδες από την Ευρώπη ή την Αφρική, *«έχουν ζήσει σε εμπόλεμες ζώνες και έτσι δεν εμπιστεύονται... και είναι δύσκολο να τους προσεγγίσεις»*.

Άλλο κομβικό σημείο, το οποίο μάλιστα υπερτονίζεται, είναι η ελλιπής γνώση και χρήση της ελληνικής γλώσσας, κυρίως από μετανάστες χρήστες που προέρχονται από χώρες της Αφρικής και της Ασίας, με συνέπεια όχι μόνο προβλήματα στην επικοινωνία, αλλά και δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και απεξάρτησης. Κατά τους ειδικούς, υπάρχει σαφές έλλειμμα ενημέρωσης των μεταναστών, και ιδιαίτερα των αστέγων, όσον αφορά τους κινδύνους που απορρέουν από τη χρήση αλλά και τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν.

Άλλες διαφορές αφορούν το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες είναι σε μεγαλύτερο βαθμό πολυ-χρήστες (π.χ. ηρωίνη με κοκαΐνη) και καταφεύγουν και σε άλλες ουσίες όπως τα χάπια, ενδεχομένως λόγω της ευχερέστερης συνταγογράφησης από γιατρούς, κατά δε το στάδιο της απεξάρτησης από τις εξαρτησιογόνες ουσίες συχνά καταφεύγουν στο αλκοόλ. Οι μετανάστες χρήστες κάνουν κυρίως ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης, συχνά με κοινή χρήση σύριγγας, και γενικά υιοθετούν πιο *«επικίνδυνες συμπεριφορές»* από τους Έλληνες. Έχουν πρόσβαση κατά κανόνα σε πιο φτηνές ουσίες, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, γι' αυτό και αποφεύγουν την κοκαΐνη, που είναι αρκετά δημοφιλής μεταξύ των Ελλήνων χρηστών.

Επίσης, δοκιμάζουν πιο δύσκολα καινούργια ναρκωτικά, συγκριτικά με τους Έλληνες. Ορισμένοι μετανάστες κάνουν παράλληλη χρήση ουσιών και αλκοόλ, γεγονός που τους καθιστά *«πιο επιθετικούς, και συχνά πιο βίαιους»*. Σε σχέση με αυτό το τελευταίο συχνά τονίζεται ότι ένα στοιχείο που διαφοροποιεί τους μετανάστες χρήστες από τους Έλληνες χρήστες είναι το ότι εμφανίζονται *«πιο απαιτητικοί και περισσότερο επιθετικοί»*, γεγονός που, όπως σημειώθηκε, μπορεί να οφείλεται, πέρα από τη διαφορετική κουλτούρα, και στην ανεπαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας. *«Διαφορές υπάρχουν αναφορικά με τη γλώσσα και την κουλτούρα που έχουν και τη μεταφέρουν σε άλλο κοινωνικό πλαίσιο, όπου καλούνται να συνυπάρξουν με άλλους»*. Όπως συχνά τονίστηκε, *«υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής κουλτούρας»*. Στην ίδια λογική, θεωρείται ότι οι μετανάστες χρήστες *«εμπλέκονται συχνά σε καυγάδες λόγω διαφορετικής κουλτούρας»*. Για τους μετανάστες χρήστες, μάλιστα, που προέρχονται από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, σημειώθηκε ότι εμφορούνται από μια διαφορετική κουλτούρα σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες χρηστών, όχι μόνο σε σχέση με θρησκευτικές και πολιτισμικές παραμέτρους, αλλά και ως προς την αντίληψή τους για τις υποχρεώσεις του κράτους απέναντι στους πολίτες. Γι' αυτούς τους μετανάστες χρήστες *«το κράτος πρέπει να φροντίζει για όλα... και... έχουν αιτήματα σχετικά με τις κοινωνικές παροχές»*. Στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι οι παραπάνω αναφορές των ειδικών δεν φαίνονται απαλλαγμένες στερεοτυπικών προσλήψεων, τόσο για τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όσο και για την ουσιοεξάρτηση. Προσλήψεων που εμφιλοχωρούν στο λόγο των ερωτώμενων συχνά υπόρρητα, εκφέρονται αυτόματα και ασυνείδητα και αντανακλούν κυρίαρχες προσλήψεις της ελληνικής κοινωνίας.

Κατά τους προνομιακούς πληροφορητές της έρευνας, το προφίλ του μετανάστη χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα κατά τον χρόνο της έρευνας (2011, στη στροφή της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα) υποδεικνύει ότι πρόκειται για χρήστη, ο οποίος ξεκίνησε τη χρήση στη χώρα καταγωγής του σε αρκετά νεαρή ηλικία, με διαφορετικές ουσίες από αυτές που *κυκλοφορούν* στην Ελλάδα, ο οποίος καταφεύγει κυρίως στα φτηνά ναρκωτικά, υιοθετεί συχνά ριψοκίνδυνες συμπεριφορές που στρέφονται κατά του εαυτού του, κυρίως, και δευτερευόντως προς τρίτους, και ο οποίος στερείται οικογενειακής στήριξης, ενώ πάσχει και από σοβαρό έλλειμμα ενημέρωσης, τόσο

για τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση, όσο και τις δυνατότητες θεραπείας και απεξάρτησης. Όπως συχνά τονίστηκε, η έλλειψη της φυσικής παρουσίας της οικογένειας ή της μη επιτέλεσης των υποστηρικτικών λειτουργιών της είναι μια σημαντική διαφοροποίηση από τους Έλληνες χρήστες. *«Οι μετανάστες, ιδίως από την Αφρική και την Ασία, είναι μόνοι τους στην Ελλάδα… Λείπει ως εκ τούτου το υποστηρικτικό τους πλαίσιο, το οποίο αναλαμβάνουν να καλύψουν άλλοι χρήστες και παράνομοι μετανάστες»*. Εκφράζεται, επίσης, η άποψη ότι *«η χρήση δεν είναι το κύριο πρόβλημα, αλλά η επιβίωση και η στήριξη της οικογένειας στην πατρίδα που περιμένει από αυτούς»*. Όπως επισημάνθηκε, οι μετανάστες χρήστες μπορεί να είναι στην Ελλάδα με την οικογένειά τους, αλλά η οικογένεια να αντιμετωπίζει *«οικονομική αδυναμία να στηρίξει τη θεραπεία»*. Το προφίλ αυτό, όσο σχηματικά κι αν διαγράφεται, υποδεικνύει ότι ακόμη και στη χρήση εξαρτητικών ουσιών, οι μετανάστες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση από τους Έλληνες και καθίστανται επομένως περισσότερο ευάλωτοι.

Αναφορικά με τις *υψηλότερου κινδύνου συμπεριφορές*, οι οποίες επιδεικνύονται από τους μετανάστες χρήστες σε σχέση με Έλληνες χρήστες, κατά την επικρατέστερη απάντηση των ειδικών, αυτές αποδίδονται στις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής στις οποίες ζουν, στην οικονομική αδυναμία που δυσκολεύει την πρόσβασή τους σε εξαρτησιογόνες ουσίες, σε ιατρικά προβλήματα, στη λιγότερη ενημέρωση αλλά και σε διαφορές κουλτούρας. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ειδικοί θεωρούν ότι η «*συμπεριφορά υψηλού κινδύνου*» ταυτίζεται με την παραβατική συμπεριφορά, στην οποία οι μετανάστες χρήστες εμπλέκονται ευκολότερα από τους Έλληνες χρήστες λόγω οικονομικών δυσχερειών που τους «*ρίχνουν*» γρηγορότερα στο παράνομο εμπόριο εξαρτησιογόνων ουσιών. Μάλιστα, αναφορικά με το ζήτημα της εμπλοκής των μεταναστών χρηστών με το νόμο, έγινε λόγος για τη δυσκολία που εμφανίζεται στο πεδίο της απεξάρτησης λόγω και του ζητήματος του παράνομου καθεστώτος υπό το οποίο βρίσκονται κάποιοι μετανάστες χρήστες στην Ελλάδα. Μεγάλο ρόλο διαδραματίζει η *«δυσκολία νομιμοποίησης»*. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι «*υπάρχει φόβος ότι με την έξοδό τους από την κοινότητα θα έχουν πρόβλημα με την αστυνομία»*. Μάλιστα, μετανάστες χρήστες από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ *«είναι καχύποπτοι, καθώς πιστεύουν ότι τα στοιχεία τους θα δοθούν στην αστυνομία»*. Παρατηρείται, επίσης, ότι «*καταδικάζονται ή είναι*

υπόδικοι για ναρκωτικά πιο εύκολα από τους Έλληνες», ενώ αντιμετωπίζουν και «*προβλήματα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω έλλειψης χαρτιών*». Όπως σημειώθηκε, ανασταλτικό παράγοντα στην αναζήτηση θεραπείας εκ μέρους των μεταναστών χρηστών συνιστά και ο διπλός ρατσισμός που βιώνουν, τόσο ως μετανάστες όσο και ως ουσιοεξαρτημένοι. Όπως επισήμανε ένας ερωτώμενος, «*φοβούνται να ζητήσουν βοήθεια εξαιτίας αυτού του ρατσισμού*».

Διαφορές εντοπίζονται αναφορικά και με τη συμμετοχή των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα. Έτσι, διατυπώνεται η άποψη ότι οι μετανάστες χρήστες «*πιο δύσκολα προσεγγίζουν ή/και παραμένουν στο πρόγραμμα*». Χρήστες από την πρώην ΕΣΣΔ δύσκολα μπαίνουν σε συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία, ενώ «*πιστεύουν ότι όλα τα προβλήματα είναι αποκλειστικά ιατρικά*». Επίσης, οι μετανάστες χρήστες σε σχέση με τους Έλληνες χρήστες διαφέρουν ως προς το κίνητρο και το αίτημα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα. «*Οι μετανάστες συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα… για να πάρουν κάποιο χαρτί, ώστε να έχουν καλύτερη μεταχείριση στα δικαστήρια*». Ενδιαφέρον στοιχείο είναι πως παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στη στάση των μεταναστών ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες, ανάλογα με την εθνικότητα. Έτσι, «*Αλβανοί, Βούλγαροι, Ουκρανοί, Ρώσοι δεν διαφοροποιούνται από τους Έλληνες, οι Σομαλοί έχουν θετική στάση και οι Αφγανοί προσεγγίζουν αλλά δεν έχουν πετύχει θετικά αποτελέσματα*».

Ως προς τις διαφοροποιήσεις αναφορικά με την *κατάσταση υγείας* των μεταναστών χρηστών σε σχέση με τους Έλληνες χρήστες διαπιστώθηκαν συνοπτικά τα εξής: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην ποιοτική έρευνα δεν αναφέρονται σε άλλα ιατρικά προβλήματα των μεταναστών χρηστών πλην εκείνων που σχετίζονται με την επισφαλή χρήση. Ωστόσο, όσοι ειδικοί κάνουν κάποια σχετική αναφορά, επισημαίνουν ότι οι μετανάστες χρήστες έχουν σοβαρά ιατρικά προβλήματα και άρα κακή κατάσταση σωματικής υγείας. Η δεινότερη κατάσταση υγείας των μεταναστών χρηστών σε σχέση με τους Έλληνες αποδίδεται στους εξής παράγοντες: μη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης ασφάλισης που οδηγεί στην απουσία τακτικών ιατρικών ελέγχων, έλλειψη στέγης, κακή σίτιση, κακουχίες φυλάκισης, παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ.

Συνολικά, αναφορικά με το ζήτημα της «*εκδήλωσης συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου και την κατάσταση υγείας των μεταναστών χρηστών*», συ-

νάγουμε, με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, τα εξής: Η «*συμπεριφορά υψηλού κινδύνου*» των μεταναστών προσδιορίζεται κυρίως από την «*ενδοφλέβια χρήση*» και σε μικρότερο βαθμό από την «*κοινή χρήση σύριγγας με άλλους χρήστες*». Όταν οι ερωτώμενοι αναφέρονται συγκριτικά στις δύο ομάδες πληθυσμού (Ελλήνων χρηστών και μεταναστών χρηστών) οι απαντήσεις τους αποκαλύπτουν μία μάλλον στερεοτυπική θεώρηση των μεταναστών χρηστών που τους τοποθετεί σε χειρότερη θέση από τους Έλληνες χρήστες. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι περισσότεροι συμφωνούν πως οι μετανάστες εμφανίζουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου σε μεγαλύτερο βαθμό από τους Έλληνες, ενώ κάποιες φορές αυτή η συμπεριφορά συνδέεται και με την παραβατικότητα. Μάλιστα, η αυξημένη αυτή εκδήλωση επικίνδυνης συμπεριφοράς από τους εξαρτημένους μετανάστες αποδίδεται σε ένα σύνολο παραγόντων που προσδιορίζουν τον εν λόγω πληθυσμό και πηγάζουν από τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής, όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα από την εμπειρία της μετανάστευσης. Παράγοντες όπως η διαβίωση, η οικονομική κατάσταση και οι ιδιαιτερότητες κουλτούρας τοποθετούν τους ίδιους τους μετανάστες και τον καθημερινό τους βίο στο επίκεντρο της αναζήτησης των παραγόντων εκδήλωσης συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου. Χαρακτηριστικό είναι ότι απουσιάζουν αναφορές σε άλλους εξωγενείς παράγοντες, κοινωνικούς, πολιτικούς ή και θεραπευτικούς (όπως οι λίστες αναμονής για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ή η πληροφόρηση για τα προγράμματα).

Οι μετανάστες, αν και παρουσιάζονται ως πληθυσμός που δεν διαφέρει από τους Έλληνες χρήστες στην προσβολή από ασθένειες, όπως το AIDS και η ηπατίτιδα, ταυτόχρονα παρουσιάζονται και ως πληθυσμός με ιδιαίτερα ιατρικά προβλήματα. Η φυματίωση, τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα, η πνευμονία, τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα προσδιορίζονται ως ιατρικά προβλήματα που αφορούν ειδικά εκείνους. Και σε αυτή την περίπτωση, η αιτιολόγηση των ιδιαίτερων και πρόσθετων θεραπευτικών αναγκών των μεταναστών αποδίδεται σε παράγοντες που τους τοποθετούν, λόγω της μεταναστευτικής τους ιδιότητας σε κοινωνικά μειονεκτική θέση (και εδώ γίνεται αναφορά σε συνθήκες διαβίωσης και στέγασης, στην άγνοια της ελληνικής γλώσσας, στη μη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας).

Τέλος, οι ερωτώμενοι περιγράφουν τους μετανάστες χρήστες σε χειρότερη κατάσταση υγείας από τους Έλληνες χρήστες λόγω των ιδι-

αίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όχι ως «*χρήστες*», αλλά ως «*μετανάστες*». Μάλιστα, ως προς τυχόν διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται στο «*θεραπευτικό αίτημα και το θεραπευτικό ιστορικό των μεταναστών χρηστών*» διαπιστώνονται τα εξής:

Οι πηγές πληροφόρησης των μεταναστών χρηστών για τα υφιστάμενα θεραπευτικά προγράμματα όχι μόνο διαφέρουν από αυτές των Ελλήνων χρηστών, αλλά φαίνεται ότι επηρεάζονται και από τις ιδιαιτερότητες των μεταναστών. Πιο συγκεκριμένα, οι *δυσκολίες στη γλωσσική επικοινωνία* και *ο φόβος των μεταναστών να προσεγγίσουν από μόνοι τους τις θεραπευτικές δομές* στρέφουν τη συγκεκριμένη ομάδα στην αναζήτηση ενημέρωσης από προσωπικά δίκτυα, όπως οι φίλοι-γνωστοί και τα μέλη της «πιάτσας». Οι επιφυλάξεις των ειδικών για το είδος πληροφόρησης που λαμβάνουν είναι σε αυτό το σημείο προφανείς. Οι ερωτώμενοι διατυπώνουν την άποψη ότι οι μετανάστες εξαρτημένοι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες σε σχέση με τους Έλληνες ως προς την πρόσβαση στην πληροφορία. Ως επικρατέστερος ανασταλτικός παράγοντας αναδεικνύεται η γλώσσα, αλλά και ο βαθμός κοινωνικής ενσωμάτωσης, ο οποίος δίδει έμφαση στα κοινωνικά δίκτυα. Έτσι, επισημαίνεται ότι συγκεκριμένες υπο-ομάδες μεταναστών χρηστών (όπως οι Αλβανοί, οι οποίοι κατά κανόνα διαβιούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη χώρα) έχουν ευκολότερη και ποιοτικότερη πρόσβαση στην πληροφορία από άλλες υπο-ομάδες (Αφρικανοί και Άραβες). Η δυσχέρεια πρόσβασης στην πληροφορία, όμως, μπορεί να ενισχύεται και από το γεγονός ότι οι φορείς απεξάρτησης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, δεν αναπτύσσουν συστηματικά στοχευμένες ενημερωτικές δράσεις για μετανάστες χρήστες τοξικών ουσιών.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων επισημαίνει την απουσία ειδικών προγραμμάτων για μετανάστες χρήστες εντός των επίσημων θεραπευτικών δομών. Τονίζουν, μάλιστα, ότι τέτοιου είδους ειδικές προσεγγίσεις θα πρέπει να γίνονται μέσα στο πλαίσιο της ευρύτερης θεραπευτικής ομάδας και όχι υπό μορφή διακριτών δράσεων για μετανάστες που καλλιεργούν τάσεις διαχωρισμού τους από τους υπόλοιπους θεραπευόμενους και με αυτόν τον τρόπο επιδεινώνουν και τον κοινωνικό τους διαχωρισμό. Ακόμα, όμως, και εντός των θεραπευτικών προγραμμάτων, οι μετανάστες χρήστες αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα στη θεραπεία. Σε αυτό το σημείο οι ερωτώμενοι

αναδεικνύουν μια σειρά από σημαντικούς παράγοντες που έχουν άμεση επίδραση στη θεραπευτική διαδικασία (κυρίως ενδογενείς). Αν και κάποιοι πηγάζουν από τους ίδιους τους μετανάστες χρήστες (ενδεικτικά, διαφοροποιήσεις κουλτούρας και δυσκολίες στη γλώσσα), η παράμετρος των ρατσιστικών συμπεριφορών εις βάρος τους ρίχνει το βάρος της στο σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας ομάδας. Οι δυσκολίες των μεταναστών χρηστών στη θεραπεία, όμως, μπορεί να αυξάνονται και από παράγοντες εκτός του θεραπευτικού προγράμματος (εξωγενείς) οι οποίοι αφορούν όλες τις παραμέτρους που περιβάλλουν την κοινωνική κατάσταση του μετανάστη (κοινωνικο-οικονομικές, διαβίωσης, νομιμότητας, πρόσβασης, κοινωνικής ενσωμάτωσης). Τέλος, ως προς το θέμα της ύπαρξης ιδιαιτεροτήτων στις θεραπευτικές ανάγκες των μεταναστών χρηστών, οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν πως πράγματι υπάρχουν τέτοιες διαφορετικές ανάγκες, ωστόσο, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι οι ιδιαιτερότητες των μεταναστών αφορούν σε γενικότερες, κοινωνικές μάλλον, παρά ειδικότερες θεραπευτικές ανάγκες. Αν και οι περισσότεροι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα καλύπτουν τις ιδιαίτερες θεραπευτικές ανάγκες των μεταναστών χρηστών, παράλληλα επισημαίνουν ότι αυτό εξαρτάται από το βαθμό ενσωμάτωσής τους στην ελληνική κοινωνία. Οι αυξημένες ανάγκες των μεταναστών για κοινωνική φροντίδα επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τη θέση όσων μεταναστών είναι λιγότερο ενταγμένοι (όπως οι μη νόμιμοι και όσοι διαβιούν στο περιθώριο). Παρόμοια έμφαση στις αυξημένες ανάγκες των μεταναστών για *κοινωνική φροντίδα* αποδίδεται και από τους ερωτώμενους που τονίζουν ότι δεν χρειάζεται ανάπτυξη ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων για τους μετανάστες, καθώς δεν διαφέρουν οι θεραπευτικές τους ανάγκες από εκείνες των Ελλήνων. Κατ' αυτούς, η ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για μετανάστες θα επιτείνει τον διαχωρισμό, την κοινωνική απομόνωση και τον στιγματισμό τους. Ωστόσο, οι υφιστάμενες θεραπευτικές δομές θα πρέπει να είναι σε θέση να καλύπτουν όχι μόνο τις θεραπευτικές αλλά και τις κοινωνικές τους ανάγκες.

Συμπερασματικά, ο παράγοντας των αυξημένων αναγκών των μεταναστών χρηστών για κοινωνική φροντίδα με σκοπό την ομαλή κοινωνική τους ένταξη φαίνεται να αναδεικνύεται ως κυρίαρχος στον λόγο των ατόμων που εμπλέκονται στη θεραπευτική παρέμβαση,

ακόμα περισσότερο και από τις καθαυτό θεραπευτικές τους ανάγκες. Αναδεικνύεται, έτσι, η άποψη ότι η κοινωνική κατάσταση των μεταναστών χρηστών είναι εκείνη που επηρεάζει σημαντικά τη θεραπευτική τους δυνατότητα και κατά συνέπεια και τις πιθανότητες που έχουν για αποτελεσματική απεμπλοκή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Συνολικά και συνοπτικά θεωρούμενα τα αποτελέσματα της ποιοτικής διερεύνησης υποδεικνύουν ότι οι μετανάστες χρήστες εμφανίζουν παρόμοια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά με τους Έλληνες χρήστες, διαφοροποιούνται, όμως, ως προς ειδικά χαρακτηριστικά, τα οποία πηγάζουν κυρίως από την ιδιότητά τους, του «μετανάστη» και όχι του «χρήστη».

Τα ευρήματα της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας συγκριτικά θεωρούμενα

Στο σημείο αυτό θα επιχειρήσουμε την ένταξη των ευρημάτων των δύο ερευνών του έργου στη γενικότερη συζήτηση για την ουσιοεξάρτηση όχι μόνο σε σύνολα αλλά και υποσύνολα πληθυσμών στις σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου κατέδειξαν ότι τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τόσο των Ελλήνων χρηστών όσο και των μεταναστών χρηστών προσομοιάζουν ως προς το φύλο και την ηλικία καθώς και τα δύο αυτά σύνολα πληθυσμών *ανδροκρατούνται,* οι περισσότεροι δε χρήστες βρίσκονται στην κατηγορία της απόλυτα παραγωγικής ηλικίας (24-45 ετών). Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε αντιστοιχία, αφενός, με τα συγχρονικά με την έρευνα στατιστικά δεδομένα που αφορούν τη μετανάστευση στη χώρα και τα οποία πιστοποιούν την υπερεκπροσώπηση αυτής της ηλικιακής κατηγορίας στο σύνολο των μεταναστών, αφετέρου, συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την ισχνή ορατή γυναικεία παρουσία στο γενικότερο τοπίο της ουσιοεξάρτησης. Βεβαίως, το γεγονός ότι η γυναικεία παρουσία γίνεται συνεχώς πιο ορατή με βάση τις επίσημες στατιστικές για την αυξημένη δραστηριοποίηση και των γυναικών σε παραβάσεις του νόμου κατά των ναρκωτικών υποδεικνύει ότι οι γυναίκες χρήστριες εμφανίζονται περισσότερο καχύποπτες και επιφυλακτικές απέναντι στο επίσημο θεραπευτικό σύστημα της χώρας

για την ουσιοεξάρτηση και για το λόγο αυτό εμφανίστηκαν σε μικρά ποσοστά και στην εν λόγω έρευνα. Επίσης, οι γυναίκες μετανάστριες που μετακινήθηκαν στη χώρα μας, η λεγόμενη *θηλυκοποίηση της μετανάστευσης,*[17] φαίνεται πως δεν τροφοδότησαν το τοπίο της ουσιοεξάρτησης στον βαθμό που το τροφοδότησαν οι άνδρες μετανάστες κατά τον χρόνο της έρευνας. Ως εκ τούτου κρίνεται πως η κατά φύλο διερεύνηση της ουσιοεξάρτησης τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στον μεταναστευτικό πληθυσμό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν ότι ως προς τα πρότυπα χρήσης που ακολουθούνται εμφανίζονται διαφοροποιήσεις, οι οποίες συνδέονται τόσο με την δομικού τύπου κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των χρηστών, όσο και με πολιτισμικούς κώδικες συμπεριφοράς, όπως ήδη τονίσαμε παραπάνω. Ο πληθυσμός των Ελλήνων χρηστών φαίνεται πως έχει ήδη εισέλθει σε μια φάση εκσυγχρονισμού των συναφών πρακτικών παρακολουθώντας τις παγκόσμιες τάσεις, κυρίως εκείνες που σημειώνονται στις δυτικού τύπου οργανωμένες καπιταλιστικές κοινωνίες και μητροπόλεις, ενώ ο πληθυσμός των μεταναστών χρηστών παραμένει προσηλωμένος (κατά τον χρόνο της έρευνας) σε περισσότερο παραδοσιακές πρακτικές χρήσης, οι οποίες συνοδεύονται από ήδη γνωστές πρακτικές στις χώρες προέλευσης και την οικονομική δυσκολία παρακολούθησης των εγχώριων περισσότερο κοστοβόρων προτύπων. Η περισσότερο παραδοσιακή κουλτούρα της χρήσης στον μεταναστευτικό πληθυσμό υποδεικνύεται και από τους διαφοροποιημένους τρόπους χρήσης καθώς στον μεταναστευτικό πληθυσμό των χρηστών η ουσιοεξάρτηση εξυπηρετείται κυρίως με ενδοφλέβια χορήγηση ηρωίνης. Το πολιτισμικό αποτύπωμα αναδείχθηκε και αναφορικά με τη γεωγραφική περιοχή προέλευσης των μεταναστών χρηστών καθώς διαφοροποιήσεις στα πρότυπα χρήσης εντοπίστηκαν στο εσωτερικό του μεταναστευτικού πληθυσμού των χρηστών ανά γεωγραφική περιοχή προέλευσης. Αναδείχθηκε, επίσης αναφορικά και με τα *χρόνια παραμονής στη χώρα υποδοχής* καθώς τα λιγότερα χρόνια παραμονής στη χώρα υποδοχής σχετίζονται με περισσότερο ήδη γνωστές και παραδοσιακές πρακτικές χρήσης.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός των χρηστών διαθέτει χαμηλότερο

17. Βλ. ενδεικτικά και αντί άλλων Willis and Yeoh (eds.).

μορφωτικό επίπεδο από εκείνο των Ελλήνων χρηστών και μεγαλύτερη εργασιακή επισφάλεια κατά τον χρόνο της έρευνας. Ως αποτέλεσμα αυτής της καταγεγραμμένης σε πολλές έρευνες[18] πραγματικότητας, οι μετανάστες, ιδιαίτερα οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αντιμετωπίζουν οξύ οικονομικό πρόβλημα, πρόβλημα επιβίωσης. Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων είναι άστεγοι, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ποιοτικής και της ποσοτικής έρευνας, ενώ επισημαίνονται και διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων υπο-ομάδων υπηκοοτήτων, καθώς ενδεικτικά κάποιες κατηγορίες, όπως οι μετανάστες χρήστες από την Ασία, οι οποίοι ζουν σε *«γκέτο»*.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν ότι, αναφορικά με την απεξάρτηση η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερα η οικογένεια, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου κατέδειξαν το ρόλο της ικανοποιητικής ή μη *χρήσης της ελληνικής γλώσσας* (γενικότερα τη χρήση της γλώσσας στη χώρα υποδοχής) στην επικοινωνία και την απεξάρτηση. Να υπενθυμίσουμε ότι από την ποσοτική έρευνα του έργου προκύπτει ότι οι μετανάστες χρήστες σε σημαντικό ποσοστό θεωρούν τη μη κατανόηση της γλώσσας βασικό εμπόδιο στην παρακολούθηση κάποιου θεραπευτικού προγράμματος.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν την αναγκαιότητα της υποστήριξης των μεταναστών γενικά και των μεταναστών χρηστών ειδικότερα σε νομικό επίπεδο. Το καθεστώς του παράτυπου μετανάστη αναδεικνύεται βασικός ανασταλτικός παράγοντας για την αναζήτηση εκ μέρους του μετανάστη χρήστη θεραπείας, αλλά και για την εν γένει κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας.

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου κατέδειξαν ότι υφίστανται *διαφορές* ανάμεσα στα πρότυπα συμπεριφοράς και τις πρακτικές χρήσης ανάμεσα στους Έλληνες και μετανάστες χρήστες, αλλά και εντός του πληθυσμού των μεταναστών διαφορετικής εθνικότητας, οι οποίες ανάγονται σε θέματα κουλτούρας αλλά και ταυτότητας. Καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης εκ μέρους του πληθυσμού των μεταναστών χρηστών παρεμποδίζει την αναζήτηση και αξιοποίηση των υφιστάμενων υποστηρικτικών δομών και δικτύων. Το ίδιο

18. Βλ. ενδεικτικά, Μπαλούρδος και Τσίγκανου (επιμ.) (2013).

ισχύει και εξαιτίας ρατσιστικών συμπεριφορών και φαινομένων αποκλεισμού τις οποίες υφίσταται ο πληθυσμός αυτός και μάλιστα εις διπλούν (πολλαπλή βάση διακριτικής εις βάρος τους μεταχείρισης),[19] και ως «ξένοι» και ως χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Η μοναξιά που βιώνει σημαντικός αριθμός μεταναστών ιδίως από την Αφρική και την Ασία, οι οποίοι ζουν στην πλειονότητά τους μόνοι, στερεί από τον πληθυσμό αυτό την απαραίτητη υποστηρικτική βάση. Τέλος, η περισσότερο περιθωριακή κοινωνικο-οικονομική θέση του πληθυσμού αυτού στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας και η *άδηλη* κοινωνική τους κατάσταση, δρουν επιβαρυντικά τόσο στην επιδημιολογία της εξάρτησης του πληθυσμού αυτού όσο και στην θεραπεία.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν ότι οι μετανάστες χρήστες επιδεικνύουν συμπεριφορές *υψηλότερου κινδύνου* σε σχέση με τους Έλληνες χρήστες, κυρίως λόγω κακών συνθηκών υγιεινής, χρήση υψηλού ρίσκου, έλλειψης ενημέρωσης και δεινής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης που σε αρκετές περιπτώσεις τους *οδηγούν στην παρανομία*. Από την έρευνα προέκυψε ότι η πλειονότητα των μεταναστών χρηστών έχει συλληφθεί τουλάχιστον μία φορά για παράβαση της νομοθεσίας κατά των ναρκωτικών. Σε αυτό βέβαια συντελεί και η μεγαλύτερη θεατότητα του συγκεκριμένου πληθυσμού. Και ενώ ως προς την *κατάσταση της υγείας των ουσιοεξαρτημένων πληθυσμών*, από την έρευνα δεν προκύπτουν *διαφορές* μεταξύ των πληθυσμών των Ελλήνων και των μεταναστών χρηστών, ως προς τη συχνότητα προσβολής τους από ασθένειες όπως, ενδεικτικά, το AIDS, ο πληθυσμός των μεταναστών χρηστών εμφανίζεται περισσότερο ευάλωτος σε ασθένειες όπως η φυματίωση και η πνευμονία, η ηπατίτιδα (η οποία συναντάται ιδιαίτερα σε ορισμένες εθνοτικές ομάδες μεταναστών) επιδεικνύουν σε μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογικά νοσήματα, οδοντιατρικά προβλήματα και σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, κυρίως λόγω της μη πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας, την κακή σίτιση, την παράλληλη χρήση αλκοόλ, κ.λπ. Μάλιστα, πρόκειται για *πολλαπλή και σωρευτική ευαλωτότητα*.[20]

---

19. Αυτή η διαπίστωση έχει διατυπωθεί και σε έρευνες για την καταπολέμηση των διακρίσεων. Βλ., ενδεικτικά, Μπαλούρδος κ.ά. (επιμ.) (2014)· Μπαλούρδος και Χρυσάκης (επιμ.) (2012).

20. Balourdos et al. (2018).

Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα του έργου ανέδειξαν ότι ως προς τη *λειτουργία ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων* για μετανάστες χρήστες στη χώρα μας κατά τον χρόνο της έρευνας, η υιοθετηθείσα γενική πολιτική δεν προέβλεπε τη διαφοροποιητική θεραπευτική μεταχείριση των μεταναστών χρηστών, και, όπως τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν, δικαίως. Ωστόσο, με βάση και τα σχετικά υποδείγματα καλών πρακτικών που ακολουθούνται διεθνώς,[21] υλοποιούνται και στη χώρα μας, κατά περίπτωση, ειδικά στοχευμένα προγράμματα από τους επίσημους φορείς, τα οποία αποσκοπούν όχι μόνο στην απεξάρτηση και την αποχή των μεταναστών χρηστών από τη χρήση, αλλά κυρίως στην κοινωνική τους ένταξη. Η συμμετοχή των μεταναστών χρηστών σε θεραπευτικές δομές και προγράμματα όμως δεν είναι απαλλαγμένη δυσκολιών και ιδιαίτερων προβλημάτων, όπως, ενδεικτικά, προκαταλήψεις από την πλευρά του προσωπικού, η διαφορετική κουλτούρα και θρησκεία, η κοινωνική και οικονομική περιθωριοποίηση, αλλά και η διακοπή της χρήσης, η τήρηση των υποχρεώσεων του προγράμματος, η κατανόηση της γλώσσας, η επικοινωνία με άλλους χρήστες μέσα στο πρόγραμμα, αλλά και με τους θεραπευτές. Κάποιες από αυτές τις δυσκολίες (όπως, ενδεικτικά, η διακοπή της χρήσης, η τήρηση των υποχρεώσεων του προγράμματος, η συνέπεια με το θεραπευτικό πρωτόκολλο κ.λπ.), είναι κοινές για όλους τους πληθυσμούς των χρηστών.

Αντί επιλόγου

Τα ευρήματα του ερευνητικού έργου κατέδειξαν ότι η κοινωνική θέση και η κοινωνική κατάσταση των μεταναστών χρηστών εντός του κοινωνικού σχηματισμού της χώρας υποδοχής επηρεάζουν σημαντικά τις πρακτικές χρήσης και τις θεραπευτικές δυνατότητες και κατά συνέπεια τις όποιες πιθανότητες για απεμπλοκή από την ουσιοεξάρτηση και την ομαλή κοινωνική τους ένταξη.

Τα ευρήματα τόσο της ποσοτικής όσο και της ποιοτικής έρευνας του έργου, συνολικά θεωρούμενα, επιβεβαιώνουν τις βασικές θεωρητικές υποθέσεις, οι οποίες τέθηκαν στην εισαγωγή του παρόντος.

21. Ενδεικτικά και αντί άλλων, βλ. Fountain, Wouters and Korf (eds) (2013).

Η θεωρητική υπόθεση ότι οι μετανάστες χρήστες καταλαμβάνουν μια περιθωριακή και *άδηλη* κοινωνική θέση, μια θέση στη βάση της ιεραρχικής πυραμίδας του *κοινωνικού πεδίου της ουσιοεξάρτησης*, ως ένα *υπο-ταξικό υπόστρωμα*[22] επιβεβαιώνεται και μάλιστα στη βάση πληθώρας δεδομένων και πληροφοριών.[23] Πρόκειται για έναν πληθυσμό *πολλαπλά ευάλωτο*, ο οποίος υφίσταται *πολλαπλή διακριτική μεταχείριση* λόγω της σύμπτωσης των ιδιοτήτων του μετανάστη και του χρήστη. Πρόκειται για έναν πληθυσμό με ιδιαίτερα αυξημένες κοινωνικές ανάγκες όχι μόνο λόγω ανεπιτυχούς κοινωνικής ένταξης, αλλά και πλήρους περιθωριοποίησης στον κρατούντα κοινωνικό σχηματισμό. Οι θεραπευτικές μάλιστα ανάγκες του πληθυσμού αυτού εμφανίζουν εγγενείς δυσκολίες αντιμετώπισης κατά τη θεραπευτική διαδικασία και ιδιαίτερα κατά το στάδιο της *κοινωνικής επανένταξης* (τελικό στάδιο της θεραπευτικής διαδρομής). Οι ανάγκες αυτές δύσκολα μπορούν να εξυπηρετηθούν σε περιόδους κρίσης ή κρίσεων, οι οποίες ενισχύουν τις ήδη διαπιστωμένες ανισότητες και τη διακριτική μεταχείριση ατόμων και ομάδων.[24]

Είναι εμφανές, τέλος, από τα δεδομένα της έρευνας ότι και στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης η ιδιότητα του μετανάστη, και μάλιστα του παράτυπου, είναι εκείνη που υπερτερεί και συμπαρασύρει την ιδιότητα του ουσιοεξαρτημένου ατόμου προς την χαμηλότερη κοινωνική θέση και κατάσταση έστω και μιας *χαλαρής* πυραμίδας διαστρωμάτωσης,[25] αν όχι εκτός αυτής.[26]

---

22. Ή, διαφορετικά, «κατώτατης τάξης», κατά την Ιωάννα Λαμπίρη – Δημάκη. Βλ. σχετικά εκτενή ανάλυση στο Τσίγκανου (1998).

23. Βλ. σχετικά και *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* (2013) Ειδικό Τεύχος, «Μετανάστευση, φύλο και επισφάλειες σε συνθήκες κρίσης», 140-141.

24. Ενδεικτικά βλ. Αφουξενίδης (επιμ.) (2012)· Παπαδόπουλος (2017).

25. Ως γνωστόν, στην Ελλάδα δεν μπορούμε να εξαγάγουμε ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με την κοινωνική δομή και ταξική διάρθρωση, λόγω ανυπαρξίας σχετικής έρευνας πανελλαδικής εμβέλειας, και άρα μόνο χαλαρού τύπου κατηγοριοποιήσεις μπορούν να διατυπωθούν, και αυτές με επιφύλαξη.

26. Βλ., σχετικά, Tsiganou (2015).

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αλεκτορίδης, Π., Κρανιώτη, Ε., Ζλατάνος, Δ., Παπαπαναγιώτου, Ο., Καρατσιάλη, Α., Μελεούνη, Δ., Χαριτάντη, Μ., Μπασδάρα, Ε., Γκρανόπουλος, Ι., Νέδας, Δ., Ξούπα, Ι., Νικολάου, Κ. και Ρογκότης, Χ. (2008). Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά χρήσης των προσερχομένων στο Τμήμα Αποκατάστασης εξαρτημένων του ΨΝΘ και των άλλων θεραπευτικών προγραμμάτων της Ελλάδας κατά το έτος 2006. 20ό Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κρήτη, 14-18 Μαΐου 2008, στο *ΕΚΤΕΠΝ (2010), Συμπλήρωμα στην ελληνική βιβλιογραφία για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ 2007-2010*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Αφουξενίδης, Α. (επιμ.) (2012). *Ανισότητα στην εποχή της κρίσης*. Αθήνα: Προπομπός.

Βαρουξή, Χρ., Σαρρής, Ν. και Φραγκίσκου, Α. (2009). *Όψεις μετανάστευσης και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Βούλγαρης, Γ. (2007). Η Ελλάδα στον καθρέφτη της Ευρώπης. Εθνικές πολιτισμικές τάσεις και παγκοσμιοποίηση. Στο Π. Καφετζής, Θ. Μαλούτας και Ι. Τσίγκανου. κ.ά. (επιμ.), *Πολιτική, κοινωνία πολίτες. Ανάλυση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας* (σελ. 39-62). Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Γιαννάτος, Δ. (2010). Εξαρτημένοι μετανάστες – πρόσφυγες: Η ενσωμάτωση της θεραπευτικής υποστήριξης. *Ανοικτές Διαλέξεις Απόψεις Ειδικών*, iv (σελ. 23-28). Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Γιαννίτσης, Τ. και Ζωγραφάκης, Στ. (2016). *Ανισότητες, φτώχια, οικονομικές ανατροπές στα χρόνια της κρίσης*. Αθήνα: Πόλις.

Δήμα, Κ. (2007). Πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο-streetwork από το Κέντρο Πρόληψης του Δήμου Αθηναίων σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ. 7η Πανελλήνια συνάντηση φορέων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, Λάρνακα, 7-10 Νοεμβρίου 2007. Στο *ΕΚΤΕΠΝ (2010), Συμπλήρωμα στην ελληνική βιβλιογραφία για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ 2007-2010*, Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

ΕΚΠΝΤ (2010). *Ετήσια Έκθεση 2010: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΕΚΤΕΠΝ (2008). *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα (2006)*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

ΕΚΤΕΠΝ (2009). *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρ-*

κωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2009. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

ΕΚΤΕΠΝ (2010). *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου (2006). *Ετήσια Έκθεση 2006,* Λευκωσία: ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου.

ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου (2007), *Ετήσια Έκθεση 2007,* Λευκωσία: ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου.

ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου (2009). Μετανάστες και χρήση παράνομων ουσιών εξάρτησης. *Σκιαγράφηση,* 27, σελ. 2-4.

Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών (2013). Ειδικό Τεύχος. «Μετανάστευση, φύλο και επισφάλειες σε συνθήκες κρίσης», Β΄-Γ΄, 140-141. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Ζαραφωνίτου, Χρ. και Τσίγκανου, Ι. (επιμ.) (2002). *Ναρκωτικά. Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ζλατάνος, Δ., Αδαμοπούλου, Α., Αλεκτορίδης, Π., Αθανασίου, Α., Κοτανίδης, Α., Τσιφίδα Σ. και Γαρύφαλλος, Γ. (1999). Συγκριτική μελέτη πληθυσμού παλιννοστούντων χρηστών ενός κέντρου ψυχικής υγείας (σελ. 219-226). *Κοινωνική Εργασία*, 56.

Ζλατάνος, Δ., Αλεκτορίδης, Π., Κρανιώτη, Ε., Ο., Π., Καρατσιάλη, Α., Ανδρέου, Α., Μπασδάρα, Ε., Γκρανόπουλος, Ι., Νέδας, Δ., Ξούπα, Ι., Νικολάου, Κ. και Ρογκότης, Χ. (2008). Μετανάστες και χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Συγκριτική μελέτη των ετών 1993-1994 και 2006-2007. 20ό Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κρήτη, 14-18 Μαΐου 2008. *ΕΚΤΕΠΝ (2010), Συμπλήρωμα στην ελληνική βιβλιογραφία για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ 2007-2010*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Καραμεσίνη, Μ. και Rubery, J. (επιμ.) (2015). *Γυναίκες και λιτότητα. Η οικονομική κρίση και το μέλλον της ισότητας των φύλων*. Αθήνα: Νήσος, Εργαστήριο Σπουδών Φύλου, Πάντειο Παν/μιο.

Κουκουτσάκη, Α. (2002). *Χρήση ναρκωτικών. Ομοφυλοφιλία. Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου*. Αθήνα: Κριτική.

Κυρίτση, Ι. (2010). Παιδιά μεταναστών και πρόληψη της χρήσης ουσιών στο σχολείο: επιτυχίες και ματαιώσεις. *Ανοικτές Διαλέξεις: Απόψεις Ειδικών* iv (σελ. 35-40), Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Μαράτου-Αλιπράντη, Λ. και Τσίγκανου, Ι. (επιμ.) (2014). *Γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα. Οδικός χάρτης πολιτικών κοινωνικής ένταξης*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μάτσα, Κ. (2012). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη. Ο τοξικομανής και ο θάνατος*. Αθήνα: Άγρα.

Μπαλούρδος, Δ. και Χρυσάκης, Μ. (επιμ.) (2014). *Η δεύτερη γενιά μεταναστών στην Ελλάδα. Κοινωνικά χαρακτηριστικά, προβλήματα και πολιτικές ενσωμάτωσης*. Αθήνα: ΕΚΚΕ-Παπαζήσης.

Μπαλούρδος, Δ., Σαρρής, Ν., Τραμουντάνης, Ά. και Χρυσάκης, Μ. (επιμ.) (2014). *Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες (ΕΚΟ) και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Μπαλούρδος, Δ. και Τσίγκανου, Ι. (επιμ.) (2013). *Μετα-ανάλυση ερευνών για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μπαλούρδος, Δ. και Τσίγκανου, Ι. (επιμ.) (2013*). Μετα-ανάλυση ερευνών για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μπαλούρδος, Δ. και Χρυσάκης, Μ. (επιμ.) (2012). *Καταπολέμηση των Διακρίσεων, Τάσεις -Προκλήσεις – Πολιτικές*. Αθήνα: ΕΚΚΕ-Παπαζήσης.

Ναυρίδης, Κ. (1997). Ταυτότητες και ετερότητες στο κλινικό ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η εμπειρία των προσφύγων. Στο Κ. Ναυρίδης και Ν. Κλεφταράς (επιμ), *Ταυτότητες. Ψυχοκοινωνική ταυτότητα* (σελ. 329-343). Αθήνα: Καστανιώτης Ψυχολογία.

Ντάλλα, Μ., Πράπας, Χ. και Μάτσα, Κ. (2007). Μετανάστευση και ουσιοεξάρτηση. Αποτελέσματα μελέτης στο Συμβουλευτικό Σταθμό 18 Άνω για τη χρήση ουσιών από τους μετανάστες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 97, σελ. 149-162.

Ντάλλα, Μ., Τάκης, Ν., Πράπας, Χ. και Μάτσα, Κ. (2008). Η εξαρτητική συμπεριφορά σε μετανάστες και πρόσφυγες μέσα από την κλινική εμπειρία στο Συμβουλευτικό Σταθμό 18 ΑΝΩ. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 102 (2), σελ. 149-159.

Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, (2010). *Παγκύπρια επισκόπηση γενικού πληθυσμού για το κάπνισμα, το αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες: Τελική αναφορά*. Αδημοσίευτη αναφορά.

Παπαδόπουλος, Α. (2017). Η «μεταναστευτική κρίση» στην Ελλάδα της οικονομικής ύφεσης: αναζητώντας ένα νέο πλαίσιο για την προσέγγιση του φαινομένου. Στο Δεμερτζής κ.ά. (επιμ.), *Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας, 2016-17*. Αθήνα: ΕΚΚΕ-Ίων, σελ. 37-60.

Τσίγκανου, Ι. (1998). Παραβατικότητα και πραγματικότητα: η έννοια του «κοινωνικού υπο-στρώματος» ή διαφορετικά «υπο-τάξης». Στο συλλογικό τόμο, *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός* (σελ. 391-401). Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα.

Τσίγκανου, Ι., Κουτσούκου, Η., Λαμπράκη, Ι. και Λεμπέση, Μ. (2016). *Το εγκληματικό φαινόμενο στην Ελλάδα σήμερα. Δεδομένα και αναγνώσεις*. Αθήνα: ΕΚΚΕ – Παπαζήσης.

Τσίγκανου, Ι., Λαμπράκη, Ι., Φατούρου, Ι. και Χαϊνάς, Ευ. (2010). *Μετανάστευση και εγκληματικότητα. Μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Χάιδου, Α. (2016). *Ναρκωτικά: Χρήση, εξάρτηση, επίσημος κοινωνικός έλεγχος*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ξενόγλωσση

Balourdos, D. et al. (2018). *Tackling multiple descrimination in Greece*. Athens: EKKE-Papazisis.

Bayard-Burfield, L., Sundquist, J. and Johansson, S.E. (2001). Ethnicity, self-reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 55, pp. 657-664.

Becker, H. (1966). *Outsiders*. New York: Free Press.

Blake, S.M., Ledsky, R., Goodenow, C. and O' Donnell, L. (2001). Recency of immigration, substance use, and sexual behavior among Massachusets adolescents. *American Journal of Public Health,* 91, pp. 794-798.

Borges, G., Breslau, J., Orozco, R., Tancredi, D.J., Anderson, H., Aquilar-Gaxiola, S. and Medina-Mora, M.E. (2010). A cross-national study on Mexico-US migration, substance use and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence,* doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.12.022.

Brown, J.M., Council, C.L., Penne, M.A. and Gfroerer, J.C. (2005). *Immigrants and Substance Use: Findings from the 1999–2001 National Surveys on Drug Use and Health*. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Calafat, A., Cajal, B., Mendes, F., Kokkevi, A., Blay, N., Palmer, A. and Duch, M. (2009). The influence of personal networks on the use and abuse of alcohol and drugs. *Addiciones,* 22 (2), pp. 147-154.

Carballo, M., Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases,* 7 (Suppl. 3), pp. 556-560.

Coleman, C., Moynihan, J. (2004). *Understanding Crime Data. Haunted by the dark figure*. U.K.: Open University Press.

Corr, C. (2004). *Drug use among new communities in Ireland: an explanatory study*. Dublin: Merchants Quay Ireland.

EGGSI (2011). The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on Gender Equality Policies. *Synthesis Report*, prepared by Francesca Bettio et al., http://ec.europa.eu/justice/genderequality/files/documents/130410_crisis_report_en.pdf.

Fountain, J., Wouters, M. and Korf, D.J. (eds.) (2013). *Snapshots of social drug research in Europe*. Lengerich: Pabst Science, Publishers.

Fountain, J. (2009a). *Issues surrounding drug use and drug services among the South Asian communities in England*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Fountain, J. (2009b). *Issues surrounding drug use and drug services among Black African communities in England*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Fountain, J. (2009c). *Issues surrounding drug use and drug services among Black Caribbean communities in England*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Fountain, J. (2009d). *Issues surrounding drug use and drug services among the Kurdish, Turkish Cypriot and Turkish communities in England*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Fountain, J. (2009e). *Issues surrounding drug use and drug services among the Chinese and Vietnamese communities in England*. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Fountain, J. (ed.) (2004). *Young refugees and asylum seekers in Greater London: Vulnerability to problematic drug use*. London: Greater London Authority.

Gatzounis, I. (2010). *Profiling drug users on Crete: A comparison between native Greeks and immigrants*. Maastricht University: Unpublished Minor Thesis.

Gfroerer, J.C. and Tan, L.L. (2003). Substance use among foreign-born youths in the United States: Does the length of residence matter? *American Journal of Public Health,* 93 (11), pp. 1892-1895.

Hjern, A. (2004). Illicit drug abuse in second-generation immigrants: A register study in a national cohort of Swedish residents. *Scandinavian Journal of Public Health,* 32, pp. 40-46.

Hordvin, O. (ed.) (2008). *The Drug Situation in Norway: Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Oslo: SIRUS.

Isralowitz, R.E. and Slonim-Nevo, V. (2002). Substance use patterns and problem behavior among immigrant and native-born juvenile offenders in Israel. *Addiction Research and Theory,* 10 (4), pp. 399-414.

Joung, J. (1971), *The drugtakers*. London: Granada.

Kokkevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. and Stergar, E. (2007a). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence,* 88, pp. 308-312.

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. and Stergar, E. (2007b). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence,* 86, pp. 67-74.

Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., ter Bogt, T. and Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North America

countries and regions. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 163 (2), pp. 119-125.

Maguire, M. (1994). Crime statistics, patterns and trends: Changing perceptions and their implications. In Maguire, M., Morgan, R. and Reiner, R. (eds.). *The Oxford Handbook of Criminology* (pp. 233-291). Oxford.

Mladovsky, P. (2007). *Migration and Health in the EU*. Research Note for the European Commision, DG Employment and Social Affairs.

Reimer, J., Lorenzen, J., Baetz, B., Fischer, B., Rehm, J., Backmund, M. and Haasen, C. (2007). Injection drug use, multiple Hepatitis Virus infections, and migration: A German study. *Substance Use & Misuse,* 42, pp. 1353-1365.

Specka, M., Buchholz, A., Kuhlman, T., Haasen, C. and Scherbaum, N. (2010). Outcome of inpatient opiate detoxification treatment in immigrants as compared to native Germans. *European Psychiatry,* 25, pp. 242-248.

Tsiganou, J. (2015). Crossing borders: Limits and 'spaces' for mobility of migrant populations. *Conference Proceedings, 10th International Congress of the Hellenic Geographical Society*. Thessaloniki, December 2015 (pp. 1232-1243) (http://www.geo.auth.gr/10GeographyConf/).

Turner, R.J., Lloyd, D.A. and Taylor, J. (2006). Stress burden, drug dependence and the nativity paradox among U.S. Hispanics. *Drug and Alcohol Dependence,* 83, pp. 76-89.

UNODC (2004). Drug *abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities*. New York: United Nations Publications.

UNODC (2010). *World Drug Report 2010*. New York, United Nations Pubication.

Vega, W.A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D.J., Heeringa, S.G., Kessler, R.C., Kolody, B., Merikangas, K.R., Molnar, B.E., Walters, E.E., Warner, L.A. and Wittchen, H.U. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international *sites*: Results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence,* 68, pp. 285-297.

Willis, K. and B. Yeoh (eds.) (2000). *Gender and migration*. U.K.: Cambridge.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

……..

ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

……..

Ερευνητική συνεργασία
του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
και
του Οργανισμού Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

……..

Υπεύθυνη Ομάδα Έργου

Δρ Ιωάννα Τσίγκανου
(Διευθύντρια Ερευνών, ΕΚΚΕ)

Δρ Κατερίνα Ηλιού
(Κύρια Ερευνήτρια, ΕΚΚΕ)

Δρ Χαρίκλεια Τσατσαρώνη
(Προϊσταμένη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ)

Δρ Παρασκευή Καρακούλα
(Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ)

Δρ Αγγελική Κίτσιου
(Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ)

Μάνος Κουκίδης
(M.Sc., Τμήμα Τεκμηρίωσης ΟΚΑΝΑ)

ΑΘΗΝΑ

ΕΚΚΕ – ΟΚΑΝΑ 2020

ΕΜΦΥΛΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μάνος Κουκίδης[*], *Γιώργος Κολιός*[**], *Γεωργία Βλάχου*[***]

Εισαγωγή

Αναζητώντας τις έμφυλες διαστάσεις της ουσιοεξάρτησης σε μια περίοδο κρίσης, όπως αυτή που περνάει τα τελευταία χρόνια η χώρα μας, αναμφισβήτητα γεννιούνται κάποια κεντρικά ερωτήματα. Τα ερωτήματα απορρέουν τόσο από τους ίδιους τους όρους που θέτουμε στο συγκεκριμένο αντικείμενο διερεύνησης στην εν λόγω μελέτη όσο και από τις όψεις του φαινομένου, οι οποίες ενέχουν πάντα και μια λανθάνουσα διάσταση σε σχέση με την ορατότητά τους. Με άλλα λόγια, οι όροι έμφυλη διάσταση και ουσιοεξάρτηση ορίζονται με κριτήρια που αφορούν αφενός, τον προσδιορισμό του ίδιου του φαινομένου και αφετέρου, την τεκμηρίωσή του με συγκεκριμένα μεθοδολογικά εργαλεία. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να προσδιορίσουμε τη σημασία των όρων σύμφωνα με τη χρήση τους για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας.

Τα τελευταία χρόνια ο όρος «έμφυλος λόγος» έχει αποκτήσει μια αρκετά διαφορετική διάσταση από το απλό ερμηνευτικό δίπολο αρσενικό-θηλυκό που είχε ως βάση του τον κοινωνικό διαχωρισμό των φύλων (Evans, 2004). Η διάσταση του φύλου στις περισσότερες μελέτες για τις εξαρτήσεις φαίνεται να ακολουθεί τον παραπάνω διαχωρισμό για δύο λόγους:

* Τμήμα Τεκμηρίωσης ΟΚΑΝΑ.
** Τμήμα Τεκμηρίωσης ΟΚΑΝΑ.
*** Τμήμα Τεκμηρίωσης ΟΚΑΝΑ.

α. ο πληθυσμός αναφοράς τους καταγράφεται με αυτούς τους ταξινομητικούς όρους (άνδρας-γυναίκα).
β. ο ανδρικός πληθυσμός υπερτερεί σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον για τη γυναικεία εκπροσώπηση να είναι μεγαλύτερο.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ, 2019), οι γυναίκες αποτελούν περίπου το 25% του συνόλου των ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με τις ουσίες, και περίπου 20% του συνόλου των νεοεισερχομένων σε κάποια θεραπεία. Σε σχέση με τους άντρες, είναι πιο πιθανό να βιώσουν στίγμα, οικονομικές δυσκολίες και να έχουν μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, ειδικότερα όταν υφίστανται και περαιτέρω επιβαρυντικές συνθήκες στη ζωή τους, όπως για παράδειγμα σύντροφος χρήστης, παιδιά και σεξουαλική ή και σωματική κακοποίηση.

Στην Ελλάδα της τελευταίας δεκαετίας, ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα συλλογικής κακοποίησης γυναικών αποτελεί η περίπτωση των 32 οροθετικών που κατηγορήθηκαν δημόσια για το κακούργημα της «βαριάς σκοπούμενης και τετελεσμένης σωματικής βλάβης». Μια μεγάλη ιστορία αποτελούμενη από μικρότερες ιστορίες ζωής εξαρτημένων γυναικών.

Μέσα, λοιπόν, σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν τα κύρια σημεία που αφορούν στο φαινόμενο της χρήσης ουσιών από το γυναικείο πληθυσμό, όπως:

- Ψυχική υγεία
- Στίγμα
- Κύηση και παιδιά
- Κοινωνικο-οικονομικές επιβαρύνσεις
- Συντροφικές σχέσεις
- Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση
- Γυναίκες στη φυλακή.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σε σχέση με την ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα, οι επίσημες καταγραφές για τον πληθυσμό των χρηστών, όπως τεκμηριώνονται από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), αφορούν άτομα που εντάχθηκαν ή ήρθαν σε επαφή με κάποιο επίσημο θεραπευτικό πλαίσιο, καθώς και με το τμήμα του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών που δεν παρουσιάστηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του έτους καταγραφής.

Από τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης του ΕΚΤΕΠΝ (2018), για το έτος 2017 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου, ηλικίας 15-64 ετών, με κύρια ουσία τα οπιοειδή, είναι 14.462 άτομα. Σε σχέση με το μέγεθος του γενικού πληθυσμού αυτής της ηλικίας, αντικατοπτρίζεται μία αναλογία 2,10 τοις χιλίοις (95% δ.ε. 1,80-2,47). Ο αριθμός των γυναικών ήταν 1.648.

Ανεξαρτήτως κύριας ουσίας χρήσης, τα άτομα που εισήλθαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών το 2017 ήταν 4.283. Το ποσοστό των ανδρών ήταν 84,5%, ενώ υπήρχε αύξηση του ποσοστού των γυναικών που εντάχθηκαν σε κάποιο θεραπευτικό πλαίσιο.

Συγκριτικά με τα στοιχεία του 2011, στα άτομα που εισήλθαν σε θεραπεία από τη χρήση αλκοόλ το 2017, αυξήθηκε άνω του 10% η προτίμηση του κύριου ποτού, δηλαδή των εγχώριων αλκοολούχων υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλη (ούζο, τσίπουρο, ρακί), ενώ σταθεροποιήθηκε η τάση μείωσης στη μέση ημερήσια κατανάλωση (σε μονάδες αλκοόλης) σε σχέση με τα τρία τελευταία χρόνια (ΕΚΤΕΠΝ, 2018). Το ίδιο διάστημα, η χρήση αλκοόλ, παράλληλα με άλλες ουσίες, δεν σημειώνει παρά μικρή αυξητική τάση. Την ίδια χρονιά έλαβαν θεραπεία σε αλκοολογικά ιατρεία πεντακόσια πενήντα επτά (557) άτομα. Την τριετία 2015-2017 το ποσοστό των υπό θεραπεία ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα είναι διαρκώς αυξανόμενο, ενώ η οικειοθελής αποχώρηση συνιστούσε την κύρια αιτία εξόδου από τα προγράμματα θεραπείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Τέλος, το 2017 αυξήθηκε το ποσοστό των εξόδων από τη θεραπεία στο 49,5% σε σχέση με τα δύο προηγούμενα έτη. Την ίδια χρονιά καταγράφηκαν 169 δηλητηριάσεις με αιθανόλη/αιθυλική αλκοόλη, 83 θανατηφόρα περιστατικά σχετιζόμενα με τη χρήση οινοπνεύματος και 93 θανατηφόρα τροχαία οφειλόμενα σε μέθη (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά που εκδόθηκε το 2019 από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2018), στην Ευρωπαϊκή Ένωση η *κάνναβη* είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία, η οποία κατά βάση καπνίζεται αναμεμειγμένη με καπνό και οι τάσεις χρήσης είναι σταθερές είτε ανοδικές κατά βάση σε νεαρούς ενήλικες. Οι γυναίκες αποτελούν το 17% των χρηστών που ξεκινούν τη χρήση, με μέσο όρο έναρξης την ηλικία των 17 ετών. Όσον αφορά στην εισαγωγή σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ο μέσος όρος έναρξης της θεραπείας είναι τα 25 έτη με το ποσοστό να είναι στο 58% (83.000 γυναίκες) των χρηστών.

Η χρήση *κοκαΐνης* παρουσιάζει αύξηση στην Ευρώπη, η οποία πραγματοποιείται με διαφορετικούς τρόπους ή σε συνδυασμό και συνιστά την ευρύτερα διαδεδομένη παράνομη διεγερτική ουσία. Οι γυναίκες αποτελούν το 15% των χρηστών που ξεκινούν τη χρήση με μέσο όρο έναρξης την ηλικία των 23 ετών. Όσον αφορά την εισαγωγή σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ο μέσος όρος έναρξης της θεραπείας είναι τα 34 έτη, με το ποσοστό να είναι στο 48% (33.500 γυναίκες) των χρηστών (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Αντιφατικές τάσεις (πτωτική ή μη μεταβαλλόμενη) δείχνουν τα στοιχεία για τη χρήση *MDMA* (μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνη) συγκριτικά με στοιχεία από το 2000 μέχρι σήμερα. Η χρήση γίνεται από στόματος ή μύτης σε μορφή κρυστάλλων, δισκίων ή σκόνης, ενώ συχνά συνδυάζεται με κατανάλωση αλκοόλ. Τα ποσοστά χρήσης είναι 1,7% (2,1 εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας 15-34) τον τελευταίο χρόνο, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών το ποσοστό είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται στο 2,3% (1,3 εκατομμύρια) του αριθμού των χρηστών. Σπάνια η χρήση MDMA συνιστά την πρωτεύουσα αιτία για έναρξη θεραπείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Οι *αμφεταμίνες* παρουσιάζουν μια σταθερή τάση χρήσης στην Ευρώπη συνολικά, χορηγούνται από το στόμα (14% των χρηστών), από τη μύτη (65%) και με ενέσιμη χρήση (9%). Οι γυναίκες χρήστριες αποτελούν το 26% με μέσο όρο ηλικίας έναρξης της χρήσης τα 20 έτη και μέσο όρο ηλικίας έναρξης της θεραπείας τα 30 έτη. Συνολικά, 1 στους 4 χρήστες αμφεταμινών ή μεθαμφεταμινών σε θεραπεία είναι γυναίκα (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Μεγάλο ποσοστό κατέχει στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) η χρήση οπιοειδών με κυριότερη (συχνότερη) την ηρωίνη. Οι υπόλοιπες ου-

σίες οπιοειδών είναι η βουπρενορφίνη, η μεθαδόνη και παράγωγα της φαιντανύλης. Η *ηρωίνη* αποτελεί το πιο διαδεδομένο οπιοειδές ναρκωτικό στην Ευρώπη, με οδούς χορήγησης το κάπνισμα, τη μύτη και την ενδοφλέβια ένεση. Η ενέσιμη χρήση άλλωστε συνδέεται με τη χρήση οπιοειδών κατά βάση. Έχουν καταγραφεί μεγάλα κύματα εθισμού τις δεκαετίες 1970 έως 1990, ενώ το 2017 η χρήση οπιοειδών δηλώθηκε ως η πρωτεύουσα αιτία έναρξης θεραπείας σε εξειδικευμένο θεραπευτικό κέντρο από το 35% (171.000 χρήστες) των χρηστών που ξεκίνησαν θεραπεία. Μεγάλος αριθμός ατόμων που κάνουν προβληματική χρήση ουσιών εντοπίζεται τα τελευταία χρόνια με το 78% αυτών, το 2017, που ξεκίνησαν θεραπεία να παρουσιάζουν εθισμό στην ηρωίνη. Οι χρήστες ηρωίνης που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά συνιστούν το 17% (23.500 άντρες και γυναίκες), ενώ αυτοί που έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα στο παρελθόν συνιστούν το 83% (115.000). Οι γυναίκες αποτελούν το 20% των χρηστών ηρωίνης με μέσο όρο έναρξης της χρήσης τα 24 έτη και μέσο όρο ηλικίας έναρξης της θεραπείας τα 35 έτη ((ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Τέλος, η χρήση κεταμίνης, GHB, παραισθησιογόνων, καθώς και νέων ψυχοδραστικών ουσιών, βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα ή με πτωτικές τάσεις επί σειρά ετών (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά στοιχεία, περίπου 96 εκατομμύρια ενήλικες ή ποσοστό 29% των Ευρωπαίων ηλικίας 15-64 ετών, εκτιμάται ότι έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της ζωής του. Δοκιμή χρήσης ουσιών αναφέρεται πιο συχνά από άνδρες (57,8 εκατομμύρια) παρά από γυναίκες (38,3 εκατομμύρια). Η πιο διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη (55,4 εκατομμύρια άνδρες και 36,1 εκατομμύρια γυναίκες), ενώ οι εκτιμήσεις για χρήση άλλων ουσιών –τουλάχιστον μία φορά– κινούνται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα: 12,4 εκατομμύρια άνδρες και 5,7 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση κοκαΐνης, 9,3 εκατομμύρια άνδρες και 4,6 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση MDMA και 8,3 εκατομμύρια άνδρες και 4,1 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν χρήση αμφεταμινών (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Βασικό στοιχείο στη μελέτη αποτελεί η εμφάνιση νέων ψυχοδραστικών ουσιών παράγωγων της κοκαΐνης και των οπιοειδών. Εκτιμάται ότι 18 εκατομμύρια ενήλικες (ηλικίας 15-64 ετών) στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ήτοι 5,4% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, δοκίμασαν κοκαΐνη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Εξ αυτών, περίπου

2,6 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες ηλικίας 15 έως 34 ετών (2,1% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας) έκαναν χρήση της συγκεκριμένης ουσίας τον τελευταίο χρόνο.

Θάνατοι λόγω χρήσης

Οι γυναίκες χρήστριες που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης για οπιοειδή συνιστούν το 25% του πληθυσμού χρήσης, με το μεγαλύτερο ποσοστό φαρμακευτικού σκευάσματος θεραπείας (της τάξεως του 63%) να αποτελεί η μεθαδόνη. Το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται στη χρήση ουσιών ανέρχεται στο 22% στις γυναίκες, ενώ 78% στους άντρες, κι ο μέσος όρος ηλικίας των θυμάτων είναι τα 39 έτη (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Ψυχική υγεία

Κατά κύριο λόγο, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία, συγκριτικά με τους άντρες χρήστες (Niccols κ.ά., 2010). Οι Luthar, Cushing, Merikangas και Rounsaville (1998) βρήκαν πως η συντριπτική πλειονότητα των εξαρτημένων γυναικών έχει διαγνωσθεί με τουλάχιστον μία συναισθηματική ή αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αντιστοίχως, οι Fallot και Harris (2005) διαπίστωσαν ότι πάνω από το 50% των γυναικών με προβλήματα ψυχικής υγείας κάνουν χρήση ουσιών και σχεδόν πάντοτε η χρήση αυτή σχετίζεται με πρότερα τραυματικά γεγονότα.

Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες κάνουν χρήση ουσιών, προκειμένου να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις στις ζωές τους, όπως συναισθηματικός πόνος, βία και τραυματικά γεγονότα (Niccols et al., 2010· Κασσέρη και Αυδή, 2008). Το γεγονός δε αυτό σημαίνει ότι παρόμοιες στρεσογόνες καταστάσεις δεν μπορούν να οδηγήσουν και τους άντρες στη χρήση ουσιών, εντούτοις οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν σωματική κακοποίηση (Brown, Recupero and Stout, 1995· Hien, Nunes, Levin and Fraser, 2000· Najavits et al., 2003) ή σεξουαλική κακοποίηση όταν βρίσκονταν

σε μικρή ηλικία (Clark, Masson, Delucchi, Hall and Sees, 2001· Rice et al., 2001). Από τα παραπάνω καθίσταται εμφανής ο λόγος για τον οποίο τα ποσοστά μετατραυματικής διαταραχής, κατάθλιψης και άγχους είναι υψηλότερα ανάμεσα στις γυναίκες που απευθύνονται σε προγράμματα θεραπείας των εξαρτήσεων (Beckwith, Rozga and Sigman, 2003· Luthar et al., 1998· Najavits, Weiss and Shaw, 1997· Singer et al., 1997).

Διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται πως επηρεάζουν με ποικίλους τρόπους τη χρήση ουσιών και την εξάρτηση από αυτές, με τα δύο φύλα να παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της κατάχρησης ουσιών από τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, παρόλο που επιπολασμός της οριακής διαταραχής προσωπικότητας δεν διαφέρει ανάμεσα στα φύλα (Goldstein, Smith, Dawson and Grant, 2015). Ταυτόχρονα, ενώ η αποφευκτική και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν αρνητικούς προβλεπτικούς παράγοντες όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών από άντρες, στις γυναίκες δεν παρουσιάζεται το ίδιο προβλεπτικό μοτίβο (Goldstein et al., 2015). Άλλες διαταραχές, όπως οι διατροφικές διαταραχές που παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση και επιπολασμό στο γυναικείο πληθυσμό, συνδυαστικά με μετατραυματικό στρες δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες θεραπείας και μείωσης της βλάβης για τις γυναίκες χρήστριες (Greenfield et al., 2011).

Χρήση και στίγμα

Εκτός από το επιβαρυμένο ψυχολογικό υπόβαθρο, οι γυναίκες χρήστριες έχουν να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και σε πολλούς κοινωνικούς τομείς της καθημερινότητάς τους και της ζωής τους εν γένει. Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τη χρήση ουσιών φαίνεται να έχει ισχυρότερο αντίκτυπο στις γυναίκες χρήστριες, καθώς η χρήση δεν ταιριάζει με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που καθορίζουν τον κοινωνικό ρόλο του γυναικείου φύλου (Μάτσα, 1998). Αυτό έχει ως άμεσο αποτέλεσμα οι χρήστριες να αντιμετωπίζουν εμπόδια σε σχέση με την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική τους φροντίδα, είτε επειδή φοβούνται συνέπειες, όπως

την εξαναγκαστική θεραπεία, την ποινική δίωξη, την απώλεια επιμέλειας παιδιού, είτε επειδή αισθάνονται ενοχή, άρνηση ή ντροπή για τη χρήση ή γιατί δεν είναι ακόμη έτοιμες για θεραπεία (Curet and Hsi, 2002· Howell and Chasnoff, 1999).

Ο στιγματισμός των ουσιοεξαρτημένων γυναικών λειτουργεί σε δύο επίπεδα. Πρώτον, σε επίπεδο στιγματισμού της χρήσης, εφόσον η χρήση θεωρείται αποκλίνουσα συμπεριφορά και οι χρήστες/χρήστριες καθίστανται «απόβλητοι-ες» από το κοινωνικό σύνολο. Και δεύτερον, σε επίπεδο φύλου, όπου η χρήση αντιτίθεται στις στερεοτυπικές αντιλήψεις για το γυναικείο φύλο, καθώς η γυναίκα χρήστρια παρουσιάζεται να απομακρύνεται από τους παραδοσιακούς ρόλους της συντρόφου και της μητέρας (Verissimo, Gee, Ford and Iguchi, 2014· Μάτσα, 2001, 2002). Με αυτόν τον τρόπο, ο χαρακτηρισμός για τις γυναίκες χρήστριες ως διπλά στιγματισμένες (Κασσέρη και Αυδή, 2008) δείχνει με πολλή ευστοχία το μέγεθος του ψυχολογικού βάρους και του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν οι γυναίκες χρήστριες.

Στην περίπτωση που αυτές οι γυναίκες είναι και μέρος φυλετικής, πολιτισμικής ή θρησκευτικής μειονότητας, ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση μπορούν να λάβουν ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις. Και τούτο γιατί οι πολλαπλές ταυτότητες χαμηλού κύρους είναι δυνατόν να αποφέρουν ιδιαίτερα και μοναδικά μειονεκτήματα, όπως διαφορετικού τύπου έκθεση σε διακρίσεις και άλλους μηχανισμούς άμυνας και αντίστασης στη διάκριση (Viruell-Fuentes, Miranda and Abdulrahim, 2012). Αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει πως η κατάχρηση ουσιών είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης του άγχους και του στρες (Gil, Wagner and Vega, 2000· Wagner, Myers and McIninch, 1999), ενώ ταυτόχρονα έχει διαπιστωθεί ερευνητικά το αυξημένο άγχος και στρες που βιώνουν διάφορες μειονότητες λόγω των διακρίσεων που υφίστανται εξαιτίας του χαμηλού κύρους της ταυτότητάς τους (Krieger, 1999). Οι πολλαπλές μειονοτικές ταυτότητες που μπορούν να συνυπάρξουν σε ένα άτομο έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους και του στρες, γεγονός το οποίο είναι δυνατό να οδηγήσει στη χρήση ουσιών προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτό το στρες (Lehavot and Simoni, 2011). Με τη σειρά της, η χρήση ουσιών οδηγεί σε διευρυμένες στερεοτυπικές αντιλήψεις και κοινωνικές αναπαραστάσεις με αρνητικό περιεχόμενο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύ-

λος κύκλος μειονοτικού στάτους–στρες–χρήσης ουσιών που συνεχώς ανατροφοδοτείται (Verissimo et al., 2014). Βάσει των παραπάνω, οι γυναίκες που είναι πολλαπλά στιγματισμένες αποτελούν ένα κομμάτι του πληθυσμού που, αν μη τι άλλο, έχει ανάγκη εξειδικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων, που λαμβάνουν υπόψη τους όλες εκείνες τις ψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητες που φέρουν μαζί τους, καθώς και το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτές αναδύονται.

Κύηση και τεκνοποιία

Εφόσον η χρήση ουσιών ξεκινάει από μικρή ηλικία, είναι αναμενόμενο πως πολλές γυναίκες χρήστριες θα μείνουν έγκυες, συνεχίζοντας ταυτόχρονα τη χρήση ουσιών. Οι γυναίκες που συμμετέχουν στη θεραπεία είναι πιθανότερο να ζουν με τα παιδιά τους συγκριτικά με τους άνδρες (ΕΚΠΝΤ, 2019). Αν και συνήθως η χρήση ουσιών μειώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένα μη ευκαταφρόνητο ποσοστό εγκύων συνεχίζει τη χρήση ή οδηγείται σε υποτροπή μετά τον τοκετό (SAMHSA, 2009). Ταυτόχρονα, ένα μέρος του πληθυσμού των εγκύων χρηστριών παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και έχουν διαγνωσθεί με ψυχιατρικές διαταραχές (Compton, Thomas, Stinson and Grant, 2007). Η συννοσηρότητα αυτή έχει συνδεθεί με φτωχή υγεία, όσον αφορά τις μητέρες, ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα, καθώς και επιβλαβείς συνέπειες για τη σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού (Vesga-López et al., 2008).

Τα στοιχεία του EMCDDA (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών) για το 2012 αποδεικνύουν ότι η χρήση ουσιών προκαλεί επιπτώσεις στην κύηση προγεννητικά, κατά τη διάρκεια αυτής και περιγεννητικά. Συγκεκριμένα, οι επιπτώσεις προκαλούνται από όλες ανεξαιρέτως τις ψυχοτρόπες ουσίες, το αλκοόλ, τον καπνό (κάπνισμα προϊόντων καπνού), καθώς και από ορισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΟΚΑΝΑ, 2013).

Πιο αναλυτικά, η κάνναβη μπορεί να συντελέσει σε αποβολή, χαμηλό βάρος του νεογνού, νοσηρότητα του εμβρύου, όπως για παράδειγμα μειωμένη ανάπτυξη, αναπτυξιακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία. Η κοκαΐνη προκαλεί διακοπή της κύησης στα πρώιμα στάδια, ρήξη του πλακούντα κατά το τρίτο εξάμηνο, περιπτώσεις

θνησιγένειας (stillbirth), νεογνικού θανάτου και βρεφικού συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου, ενδομήτριο θάνατο και πρόωρο τοκετό. Η χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών οδηγεί σε ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου και κυρίως του σκελετού, ενδομήτριο θάνατο, πρόωρο τοκετό, αναπνευστικά προβλήματα, ανωμαλίες στις αντανακλαστικές κινήσεις, καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του βρέφους κατά το πρώτο έτος ζωής. Στην κύηση με παράλληλη χρήση ουσιών, είναι μεγάλη η πιθανότητα γέννησης του βρέφους με στερητικό σύνδρομο (withdrawal syndrome). Τα στοιχεία του Εθνικού Ινστιτούτου για τη Χρήση Ναρκωτικών της Αμερικής έδειξαν ότι στο χρονικό διάστημα 2004-2014 γεννήθηκαν 32.000 νεογνά με στερητικό σύνδρομο νεογνού από οπιοειδή ή σύνδρομο νεογνικής αποχής (neonatal abstinence syndrome or neonatal opioid withdrawal syndrome) (National Institute on Drug Abuse, 2019). Η εμφάνισή τους αυξάνεται δραματικά στην Αμερική με αποτέλεσμα κάθε 15 λεπτά να γεννιέται ένα παιδί με αυτό το σύνδρομο (NIDA, 2019).

Χρήση και κοινωνικο-οικονομική επιβάρυνση

Οι ευθύνες και η κοινωνικο-οικονομική επιβάρυνση είναι εντονότερες σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες, επειδή έχουν χαμηλότερα επίπεδα απασχόλησης και εισοδήματος. Το κόστος της θεραπείας των ουσιών μπορεί να αποτελέσει φραγμό, όταν οι υπηρεσίες δεν παρέχονται από το κράτος και δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη, ενώ το κόστος μεταφοράς μπορεί να παρεμποδίσει την πρόσβαση στη θεραπεία (ΕΚΠΝΤ, 2019).

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από τους άνδρες, επειδή είναι πιθανότερο να προέρχονται από οικογένειες με προβλήματα χρήσης ουσιών και να έχουν σύντροφο που χρησιμοποιεί επίσης ουσίες. Στα στοιχεία του ΕΚΠΝΤ (2019), τα 3/4 των γυναικών είχαν συντρόφους που κάνουν χρήση ουσιών έναντι 2/5 των ανδρών. Ένας σύντροφος που χρησιμοποιεί ουσίες μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην έναρξη, τη συνέχιση και την υποτροπή της χρήσης αυτών. Επηρεάζει, επίσης, σε μεγάλο βαθμό την έκθεση μιας γυναίκας σε λοιμώξεις από ιούς. Οι άντρες που χρησιμοποιούν ουσίες μπορεί να μην υποστηρί-

ζουν τη θεραπεία και οι γυναίκες μπορεί να φοβούνται ότι θα χάσουν τη σχέση τους εάν σταματήσουν τη χρήση (ΕΚΠΝΤ, 2019).

Αντιμετώπιση των γυναικών από το σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης

Η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ είναι ένας από τους κυριότερους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωπες με τη δικαιοσύνη και το δικαστικό σύστημα (Zurhold and Haasen, 2005). Ειδικότερα, οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και κοκαΐνης είναι πολύ πιθανότερο να γίνουν δέκτριες, αλλά και δράστριες, διαφόρων μορφών βίαιης συμπεριφοράς από και προς τους/τις συντρόφους τους, αυξάνοντας έτσι το ρίσκο να αντιμετωπίσουν ποινικές διώξεις (Stuart et al., 2014). Επιβαρυντικές συνθήκες, όπως το κακοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον, η διαμονή για εκτενείς περιόδους σε συγγενείς, ανάδοχες οικογένειες ή ιδρύματα –συνθήκες που είτε οδηγούν στη χρήση είτε αναδύονται μαζί με αυτή– αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για τις γυναίκες, όσον αφορά την τέλεση εγκληματικών πράξεων και την κατάληξή τους σε σωφρονιστικά ιδρύματα (Caspi, Lynam, Moffitt and Silva, 1993· Meyer, Springer and Altice, 2011). Το σωφρονιστικό σύστημα εξαιτίας της δομής του επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση των γυναικών αυτών, με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματά τους να διογκώνονται και συνεπώς να δυσκολεύει ακόμα περισσότερο όχι μόνο τη διαδικασία της ομαλής κοινωνικής επανένταξης, αλλά και την ίδια τη διαδικασία της θεραπείας και μείωσης της βλάβης (Shechory, Perry and Addad, 2011).

Υποεκπροσώπηση γυναικών σε προγράμματα θεραπείας

Από τη στιγμή που, όπως διαπιστώνεται ερευνητικά και εμπειρικά, οι γυναίκες χρήστριες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά, σε σχέση με τους άντρες, όσον αφορά συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές, ιστορικό σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, βίαιης συμπεριφοράς από τους συντρόφους τους και ανατροφή παιδιών χωρίς βοήθεια από άλλους, εύλογα τίθεται το ερώτημα σχετικά με το γιατί

οι γυναίκες χρήστριες δεν έχουν αναλογικά μεγαλύτερη ή τουλάχιστον ισόποση εκπροσώπηση στα προγράμματα θεραπείας σε σχέση με τους άντρες χρήστες.

Η πραγματικότητα είναι ότι αυτό το ερώτημα δεν είχε διατυπωθεί αναλυτικά μέχρι και μερικά χρόνια πριν, γεγονός το οποίο διαπιστώνεται από τη συντριπτική πλειονότητα των μέχρι τότε κλινικών μελετών, στις οποίες τα ερευνητικά δείγματα του πληθυσμού χρηστών αποτελούνταν σχεδόν αποκλειστικά από άντρες (Back, Payne, Simpson and Brady, 2010· Back κ.ά., 2011). Ακόμα και όταν αυτή η προβληματική άρχισε να ψηλαφείται ερευνητικά και να γίνεται αναφορά στα συγκεκριμένα εμπόδια που δυσκολεύουν τις γυναίκες χρήστριες να απευθυνθούν και να παραμείνουν σε θεραπευτικά προγράμματα, το ερευνητικό έργο για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων σε σχέση με τις γυναίκες χρήστριες παραμένει ακόμα ελλιπές (Ashley, Marsden and Brady, 2003).

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες χρήστριες υποεκπροσωπούνται στα προγράμματα θεραπείας (Νικολάου, 2001), αν και σταδιακά το φαινόμενο αυτό φαίνεται να μειώνεται. Διάφοροι λόγοι ψυχοκοινωνικής φύσεως μπορεί να ευθύνονται για αυτό το γεγονός. Αρχικά, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τη χρήση και την εξάρτηση. Παρόλο που και οι άντρες και οι γυναίκες αντιμετωπίζουν αποκλεισμούς λόγω του στίγματος, οι γυναίκες φαίνεται ότι επηρεάζονται περισσότερο από τις συνέπειές του (Brady and Ashley, 2005), καθώς, για παράδειγμα, είναι πιο πιθανό να αναφέρουν αισθήματα ντροπής, εξαιτίας της συμμετοχής τους σε προγράμματα θεραπείας (Thom, 1987). Στη συνέχεια, οι υποχρεώσεις των χρηστριών μητέρων ως προς την ανατροφή του παιδιού τους, οι οποίες απαιτούν οικονομικές θυσίες, αφοσίωση μεγάλου μέρους των ψυχοκοινωνικών τους πόρων και περιορίζουν σημαντικά τον αυστηρά προσωπικό τους χρόνο, δημιουργούν αναχώματα στην αναζήτηση βοήθειας και θεραπείας (Marsh and Miller, 1985), ειδικότερα από τη στιγμή που μέχρι πρότινος τα θεραπευτικά προγράμματα δεν έδιναν σημασία και βάρος σε αυτές τις ιδιαίτερες συνθήκες.

Κρίνεται απαραίτητο λοιπόν, ο προασανατολισμός των όποιων παρεμβάσεων, –θεραπευτικών ή και προληπτικών– να εμπεριέχει τη διάσταση του φύλου, ακολουθώντας τις κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα αυτόν

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

ΕΚΠΝΤ (2019). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2019: Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. https://doi.org/10.2810/808664

ΕΚΤΕΠΝ (2018). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα - Ετήσια έκθεση 2017*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Evans, M. (2004). *Φύλο και κοινωνική θεωρία*. Μεταίχμιο.

Κασσέρη, Ζ. και Αυδή, Ε. (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: Αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology, 5* (1), σελ. 1-32.

Μάτσα, Κ. (1998). Έχει πραγματικά ανάγκη η ελληνική κοινωνία από ένα ειδικό για γυναίκες πρόγραμμα απεξάρτησης; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 61, σελ. 85-91.

Μάτσα, Κ. (2001). Γυναίκα τοξικομανής. Χειραφέτηση και κοινωνική επανένταξη. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 76*, σελ. 18-34.

Μάτσα, Κ. (2002). Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 82*, σελ. 8-17.

Νικολάου, Κ. (2001). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών: μια ομάδα με διαφορετικές ανάγκες που δεν καλύπτονται από το υπάρχον σύστημα. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 76*, σελ. 4-6.

ΟΚΑΝ (2013). *Κύηση και χρήση ουσιών* (επιμ.: Χ. Τσατσαρώνη). Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Ashley, O.S., Marsden, M.E. and Brady, T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29* (1), pp. 19-53. https://doi.org/10.1081/ADA-120018838

Back, S.E., Payne, R.L., Simpson, A.N. and Brady, K.T. (2010). Gender and prescription opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Addictive Behaviors, 35* (11), pp. 1001-1007. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.018

Back, S.E., Payne, R.L., Wahlquist, A.H., Carter, R.E., Stroud, Z., Haynes, L. and Ling, W. (2011). Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial.

American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37 (5) pp. 313-323. https://doi.org/10.3109/00952990.2011.596982

Beckwith, L., Rozga, A. and Sigman, M. (2002). Maternal sensitivity and attachment in atypical groups. *Advances in Child Development and Behavior, 30,* pp. 231-274. https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80043-X

Brady, T. M. and Ashley, OS. (eds.). (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Brown, P.J., Recupero, P.R. and Stout, R. (1995). PTSD Substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors, 20* (2), pp. 251254 https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00060-3

Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T.E. and Silva, P.A. (1993). Unraveling girls' delinquency: Biological, dispositional and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology, 29*, pp. 19–30. https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.19

Clark, H.W., Masson, C.L., Delucchi, K.L., Hall, S.M. and Sees, K.L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20* (2), pp. 121-127. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00156-2

Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S. and Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry, 64* (5), pp. 566-576. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566

Curet, L.B. and Hsi, A.C. (2002). Drug abuse during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 45* (1), pp. 73-88 https://doi.org/10.1097/00003081-200203000-00009

Fallot, R.D. and Harris, M. (2005). Integrated trauma services teams for women survivors with alcohol and other drug problems and co-occurring mental disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly, 22* (3-4), pp. 181-199. https://doi.org/10.1300/J020v22n03_10

Gil, A.G., Wagner, E.F. and Vega, W.A. (2000). Acculturation, familism, and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology, 28* (4), pp. 443-458. https://doi.org/10.1002/1520-6629(200007)28:4<443::AID-JCOP6>3.0.CO;2-A

Goldstein, R.B., Smith, S.M., Dawson, D.A. and Grant, B.F. (2015). Sociodemographic and Psychiatric Diagnostic Predictors of 3-Year Incidence of DSM-IV Substance Use Disorders among Men and Women in the Nation-

al Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, *29* (4), pp. 924-932. https://doi.org/10.1037/adb0000080

Greenfield, S.F., Rosa, C., Putnins, S.I., Green, C.A., Brooks, A.J., Calsyn, D.A. and Winhusen, T. (2011). Gender research in the national institute on drug abuse national treatment clinical trials network: A summary of findings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37* (5), pp. 301-312. https://doi.org/10.3109/00952990.2011.596875

Hien, D.A., Nunes, E., Levin, F.R. and Fraser, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 19 (1), pp. 31-37. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00088-4

Howell, E.M. and Chasnoff, I.J. (1999). Perinatal substance abuse treatment: Findings from focus groups with clients and providers. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 17 (1–2), pp. 139-148. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00069-5

Krieger, N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services,* 29 (2), pp. 295-352. https://doi.org/10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q

Lehavot, K. and Simoni, J.M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 79 (2), pp. 159-170. https://doi.org/10.1037/a0022839

Luthar, S.S., Cushing, G., Merikangas, K.R. and Rounsaville, B.J. (1998). Multiple jeopardy: Risk and protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and Psychopathology,* 10 (1), pp. 117-136. https://doi.org/10.1017/S0954579498001333

Marsh, J.C. and Miller, N.A. (1985). Female clients in substance abuse treatment. *Substance Use and Misuse,* 20 (6–7), pp. 995-1019. https://doi.org/10.3109/10826088509047762

Meyer, J.P., Springer, S.A. and Altice, F.L. (2011). Substance abuse, violence, and HIV in women: A literature review of the syndemic. *Journal of Women's Health,* 20 (7), pp. 991-1006. https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2328

Najavits, L.M., Runkel, R., Neuner, C., Frank, A. F., Thase, M. E., Crits-Christoph, P. and Blaine, J. (2003). Rates and symptoms of PTSD among cocaine-dependent patients. *Journal of Studies on Alcohol,* 64 (5), pp. 601-606. https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.601

Najavits, L.M., Weiss, R.D. and Shaw, S.R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review. *The American Journal on Addictions*, 6 (4), pp. 273-283. https://doi.org/10.3109/10550499709005058

National Institute on Drug Abuse (2019). Dramatic Increases in Maternal Opioid Use and Neonatal Abstinence Syndrome | National Institute on Drug Abuse (NIDA). Ανακτήθηκε 12 Δεκέμβρίου 2019, από https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/infographics/dramatic-increases-in-maternal-opioid-use-neonatal-abstinence-syndrome

Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A. and Jack, S. (2010). Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24 (3), pp. 466-474. https://doi.org/10.1037/a0020139

Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, F. K., Mattson, M. E., Young, L., Brady, K. and Nickless, C. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (1), pp. 114-123. https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.114

SAMHSA (2009). Substance use among women during pregnancy and following childbirth. Στο *The NSDUH Report*. Rockville, MD.

Shechory, M., Perry, G. and Addad, M. (2011). Pathways to women's crime: Differences among women convicted of drug, violence and fraud offenses. *Journal of Social Psychology*, 151 (4), pp. 399-416. https://doi.org/10.1080/00224545.2010.503721

Singer, L., Arendt, R., Farkas, K., Minnes, S., Huang, J. and Yamashita, T. (1997). Relationship of prenatal cocaine exposure and maternal postpartum psychological distress to child developmental outcome. *Development and Psychopathology*, 9 (3), pp. 473-489. https://doi.org/10.1017/s0954579497001259

Stuart, G.L., Moore, T.M., Elkins, S.R., Timothy, J., Farrell, O., Temple, J.R. and Shorey, R.C. (2014). The temporal association between substance use and intimate partner violence among women arrested for domestic violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81 (4), pp. 681-690. https://doi.org/10.1037/a0032876.The

Thom, B. (1987). Sex differences in help-seeking for alcohol problems—2. Entry into treatment. *British journal of addiction*, 82 (9), pp. 989-997. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01559.x

Verissimo, A.D.O., Gee, G.C., Ford, C.L. and Iguchi, M.Y. (2014). Racial discrimination, gender discrimination, and substance abuse among latina/

os nationwide. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology,* 20 (1), pp. 43-51. https://doi.org/10.1037/a0034674

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F. and Hasin, D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry,* 65 (7), pp. 805-815. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805

Viruell-Fuentes, E.A., Miranda, P.Y. and Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science and Medicine,* 75 (12), pp. 2099-2106. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037

Wagner, E.F., Myers, M.G. and McIninch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors,* 24 (6), pp. 769-779. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00058-1

Zurhold, H. and Haasen, C. (2005). Women in prison: Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health,* 1 (2/3/4), pp. 127-141. https://doi.org/10.1080/17449200600553019

ΒΙΩΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΧΙΕΣ ΖΩΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. ΜΙΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

*Ιωάννα Τσίγκανου**

Το αντικείμενο του έργου

Ερευνητικές προσπάθειες, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, έχουν υποδείξει ότι στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης η παράμετρος του φύλου χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπως έχει τονιστεί παραπάνω, έρευνα που διεξήχθη με την έναρξη της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είχε καταδείξει ότι η επιδημιολογία της εξάρτησης στον πληθυσμό των γυναικών εμφανίζει πολλά κενά, καθώς ο πληθυσμός των ουσιοεξαρτημένων γυναικών χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο *σκοτεινό αριθμό,* είναι και παραμένει σχετικά *αόρατος* –και σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες ουσιοεξαρτημένους– τόσο για το επίσημο σύστημα ποινικού ελέγχου αλλά, κυρίως, για το σύστημα του ιατρικού-θεραπευτικού ελέγχου.[1] Στη βάση των ευρημάτων αυτών, ως στελέχη του ΕΚΚΕ και του ΟΚΑΝΑ από κοινού αποφασίσαμε να συνεχίσουμε την προγενέστερη συνεργασία των δύο φορέων σε ερευνητικό επίπεδο και να διερευνήσουμε, έστω και προκαταρκτικά, συγκεκριμένα ερωτήματα, τα οποία είχαν ήδη αναδειχθεί κατά την προγενέστερη ερευνητική μας συνεργασία. Στο πλαίσιο αυτό αποφασίσαμε να ασχοληθούμε ερευνητικά με το τοπίο της ουσιοεξάρτησης των γυναικών στη χώρα. Επιπλέον, αποφασίσαμε να ιχνηλατήσουμε

* Διευθύντρια Ερευνών ΕΚΚΕ.

1. Βλ. σχετικά και το Μέρος Πρώτο του παρόντος.

τις όποιες επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στο τοπίο αυτό, καθώς η Ελλάδα βρέθηκε στο *μάτι αυτού του κυκλώνα* κατά την τελευταία δεκαετία.[2]

Στη βάση της συνεργασίας των δύο φορέων (ΕΚΚΕ – ΟΚΑΝΑ) εντάσσεται και η παρούσα ερευνητική πρωτοβουλία, που αφορά τη διενέργεια μιας μικρής εμβέλειας προκαταρκτική ποιοτική έρευνα, υπό τη μορφή της μελέτης περίπτωσης, σε πληθυσμό ουσιοεξαρτημένων γυναικών, οι οποίες έχουν αναζητήσει θεραπευτική στήριξη στις δομές του ΟΚΑΝΑ και βρίσκονται ήδη στο τελευταίο στάδιο της αποθεραπείας και της κοινωνικής τους επανένταξης.[3] Οι λόγοι που υπαγόρευσαν αυτήν την επιλογή συμπυκνώνονται στα εξής: η ποιοτική μεθοδολογία προσφέρεται με μοναδικό τρόπο για τη διερεύνηση σε βάθος περιοχών γνώσης και κοινωνικής εμπειρίας εν πολλοίς αδιευκρίνιστων, κρυφών, και ως εκ τούτων ερευνητικά σχετικά απαραβίαστων. Ο προκαταρκτικός χαρακτήρας της διερεύνησης, αφενός, και η επικέντρωση της ερευνητικής μας προσοχής σε ένα βασικό υπόδειγμα θεραπευτικής αντιμετώπισης –αυτό του ΟΚΑΝΑ– αφετέρου, στο οποίο άλλωστε είχε εξασφαλιστεί απρόσκοπτη πρόσβαση, μας υπαγόρευσαν την επιλογή της μελέτης περίπτωσης.[4] Εκ των λόγων αυτών τα πορίσματα της ερευνητικής μας εργασίας δεν υπακούουν στη ρήτρα της γενίκευσης.

Στη συνέχεια, η επιλογή του πληθυσμού των ουσιοεξαρτημένων γυναικών, και μάλιστα εκείνων που είχαν αποφασίσει να *εξέλθουν από την αφάνεια* και να αναζητήσουν θεραπευτική φροντίδα σε επίσημο φορέα απεξάρτησης, ως πληθυσμού της ερευνητικής μας προσπάθει-

---

2. Βλ., ενδεικτικά και αντί άλλων, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* (2011), Ειδικό τεύχος «Η Ελλάδα σε κρίση», 134-135· *Επιστήμη και Κοινωνία* (2013-14), Ειδικό θεματικό αφιέρωμα «Αιτίες της κρίσης», 31· *Κοινωνιολογική Επιθεώρηση* (2014), Ειδικό θεματικό τεύχος «Η κρίση», 1· Αφουξενίδης (επιμ.) (2012).

3. Η ερευνητική ομάδα συγκροτήθηκε με την συμμετοχή ερευνητών/τριών από το ΕΚΚΕ και τον ΟΚΑΝΑ ως εξής: εκ μέρους του ΕΚΚΕ στην υπεύθυνη ομάδα έργου συμμετείχαν οι Δρ Ιωάννα Τσίγκανου (Διευθύντρια Ερευνών, ΕΚΚΕ) και η Δρ Κατερίνα Ηλιού (Κύρια Ερευνήτρια, ΕΚΚΕ). Εκ μέρους του ΟΚΑΝΑ συμμετείχαν οι Δρ Χαρίκλεια Τσατσαρώνη (Προϊσταμένη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ), Δρ Παρασκευή Καρακούλα (Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ), Δρ Αγγελική Κίτσιου (Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ), Μάνος Κουκίδης (M.Sc., Τμήμα Τεκμηρίωσης, ΟΚΑΝΑ).

4. Βλ., ενδεικτικά και αντί άλλων, Becker (1992)· Stake (2003).

ας, διήγειρε την επιστημονική μας φαντασία σε μια προσπάθεια κατανόησης του άδηλου, του μη γνωστού, του αόρατου και αδιευκρίνιστου. Με στόχο λοιπόν ένα αρχικό ερευνητικό *πλησίασμα* της βιωμένης εμπειρίας και της τροχιάς ζωής ουσιοεξαρτημένων γυναικών στη χώρα μας εν μέσω κρίσης, προσεγγίσαμε το ερευνητικό μας πεδίο. Μας ενδιέφερε, κυρίως, να κατανοήσουμε, όχι μόνο τη σχέση του φύλου με την ουσιοεξάρτηση, αλλά και την ουσιοεξάρτηση των γυναικών υπό συνθήκες παρατεταμένης οικονομικής κρίσης. Πρόκειται, δηλαδή, τελικά για τη διερεύνηση μιας αλληλουχίας κρίσεων: κρίσεων ταυτότητας και φύλου, κρίσεων ουσιοεξάρτησης και θεραπείας, κρίσεων ανθρωπιστικών, ηθικών αξιών και οικονομικών.

Η μεθοδολογία και τα εργαλεία της έρευνας

Όλα τα παραπάνω καθόρισαν τόσο την ερευνητική στρατηγική μας όσο και τα ερευνητέα θέματα. Λόγω του προκαταρκτικού χαρακτήρα της ερευνητικής μας προσπάθειας, αλλά και τη διάθεση όλων των μελών της ερευνητικής ομάδας για μια προσωπική εμπλοκή στο ερευνητικό πεδίο, αναζητήσαμε τις βιωμένες εμπειρίες των κοινωνικών υποκειμένων της έρευνάς μας γυναικών στη βάση ενός αρκετά δομημένου οδηγού συνέντευξης. Το προσφορότερο εργαλείο για την διερεύνηση την οποία επιχειρήσαμε θα ήταν η αφήγηση ζωής ή η βιογραφική συνέντευξη. Εμείς επιλέξαμε τη διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων σε βάθος, στη βάση της διαμόρφωσης ενός κοινού και αρκετά δομημένου οδηγού συνέντευξης, ο οποίος βοηθάει στην ομογενοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας, όταν η ποιοτική διερεύνηση συντελείται από περισσότερους του ενός ερευνητές. Από την άλλη πλευρά, οι διαφορετικές ειδικότητες και επαγγελματικές εμπειρίες των εμπλεκομένων ερευνητών/τριών στην έρευνα και η δι-υποκειμενική επεξεργασία του συλλεγέντος υλικού διασφάλισε έναν πολύ ικανοποιητικό βαθμό τριγωνισμού, ο οποίος και μας επιτρέπει να διακινδυνεύσουμε τον ισχυρισμό μιας μεγαλύτερης αντικειμενικής διάστασης των πορισμάτων που εκτίθενται στην παρούσα μελέτη καθώς και σε λοιπές μελέτες του παρόντος τόμου, οι οποίες έχουν συνταχθεί από συμμετέχοντες/-ουσες στην έρευνα και βασίζονται σε αποτελέσματα της ερευνητικής μας προσπάθειας. Επιπρόσθετα, ο δομημένος οδη-

γός συνέντευξης που διαμορφώσαμε ήταν δομημένος μόνο ως προς την ακολουθία των θεμάτων που θίγονταν, έτσι ώστε να διασφαλιστεί σε κάθε περίπτωση ο ίδιος βαθμός *παρέμβασης* –οπωσδήποτε περιορισμένης– του ερευνητή στην ανακλητική πορεία της μνήμης και των βιωμένων εμπειριών των υποκειμένων της έρευνάς μας. Με αυτόν τον τρόπο, η προσωπική συνέντευξη παρείχε ένα ευρύ πλαίσιο αφηγηματικής προσέγγισης και προοπτικής στην ερευνητική διαδικασία, η δε έναρξη της συνέντευξης σημαινόταν από μια έκκληση στις αφηγήτριες/ερωτώμενες να αναφερθούν με τρόπο ελεύθερο και ανεμπόδιστο στις σημαντικές στιγμές της ζωής τους και μάλιστα με οποιαδήποτε χρονική αλληλουχία εκείνες επέλεγαν. Επρόκειτο για μια αβίαστη επίκληση στα ορόσημα της τροχιάς ζωής τους, κατά τις ερωτώμενες, τόσο εντός όσο και εκτός χρήσης. Τέλος, η συγκεκριμένη αυτή ερευνητική στρατηγική την οποία ακολουθήσαμε καθορίστηκε εν μέρει και από το γεγονός ότι ο πληθυσμός μας αποτελείτο από *αποθεραπευόμενα ακόμη* πρώην ουσιοεξαρτημένα άτομα. Στην περίπτωση αυτή, όπως και σε άλλες περιπτώσεις που τα κοινωνικά υποκείμενα της έρευνας τελούν υπό ένα κάποιο είδος θεραπευτικής αγωγής ή μέριμνας, η υιοθέτηση ενός περισσότερο ή λιγότερο δομημένου οδηγού συνέντευξης περιορίζει τις πιθανότητες μεθοδολογικών ολισθημάτων κατά την ερευνητική διαδικασία της συνέντευξης, όπως, ενδεικτικά, απροσδόκητη και απροσδιόριστη *χαλάρωση* της συνέντευξης, αλληλοδρασιακή *καθοδήγηση* ερευνητών και ερευνώμενων, συναισθηματικοί και ψυχολογικοί *κίνδυνοι και διακινδυνεύσεις* (μη αποδεκτό *ρίσκο*), κ.λπ. Οπωσδήποτε, η επαγγελματική και η ερευνητική εμπειρία των μελών της ομάδας έργου προσέφερε *εγρήγορση* ως προς τα ζητήματα αυτά, αλλά και ως προς την ερευνητική τους διαχείριση και μεταχείριση. Το γεγονός μάλιστα ότι τόσο οι ερευνήτριες όσο και οι ερωτώμενες ήταν γυναίκες διευκόλυνε την ερευνητική *μυσταγωγία* της προσωπικής συνέντευξης.

Εκτός από τις σημαντικές στιγμές του βίου των ουσιοεξαρτημένων γυναικών της έρευνάς μας, μάς απασχόλησαν έντονα και λοιπά θέματα, όπως, η τροχιά ζωής των γυναικών αυτών προ χρήσης, εντός χρήσης, εντός της θεραπείας, όνειρα, ελπίδες και μελλοντικές προοπτικές του βίου. Κάποια θέματα αναδύθηκαν αυτόματα στις προσωπικές αφηγήσεις των ερωτώμενων γυναικών, αν και δεν τέθηκαν ρητά, όπως η σχέση ουσιοεξάρτησης και οικογένειας, ιδιαίτερα της μητρό-

τητας, η σχέση ουσιοεξάρτησης, εκπαίδευσης και εργασίας, η σχέση ουσιοεξάρτησης και ποινικής ή/και θεραπευτικής αντιμετώπισης στη χώρα, η σχέση ουσιοεξάρτησης και κρίσεων.

Ο πληθυσμός της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη κατά τους μήνες Μάρτιο -Μάιο του 2019 με τη συμμετοχή δέκα (10) γυναικών, οι οποίες βρίσκονταν υπό θεραπεία στις Μονάδες του ΟΚΑΝΑ, και μάλιστα στη Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας, σύμφωνα με το Πλαίσιο Λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ (2012). Οι έξι (6) εξ αυτών είχαν κατά τον χρόνο της έρευνας διακόψει σταδιακά τη χορήγηση υποκατάστατων και βρίσκονταν σε θεραπεία στη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης. Η διάρκεια του προγράμματος αυτού κυμαίνεται από δώδεκα 12 έως 24 μήνες. Οι τέσσερις (4) ερωτώμενες τελούσαν υπό χαμηλή δοσολογία υποκατάστατου για μεγάλο χρονικό διάστημα και βρίσκονταν σε θεραπεία στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΜΕΨΥ Αθήνας (στάδιο προεπανένταξης). Η διάρκεια του προγράμματος αυτού κυμαίνεται από 6 έως 18 μήνες. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν με όσες θεραπευόμενες το επιθυμούσαν και βρίσκονταν στο στάδιο της επανένταξης, πλην μίας περίπτωσης η οποία υπαναχώρησε. Αυτός ήταν ο τρόπος διαμόρφωσης του παραπάνω αριθμού των δέκα συνεντεύξεων και όχι βάσει κάποιας άλλης προκαθορισμένης επιλογής ή κριτηρίου.

Ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού της έρευνας, οι ηλικίες των ερωτώμενων γυναικών κυμαίνονται από τα 25 μέχρι τα 60 έτη. Επτά (7) εκ των ερωτώμενων γυναικών είναι άγαμες, δύο (2) σε διάσταση και μία (1) διαζευγμένη. Ωστόσο, τρεις (3) εκ των επτά (7) άγαμων ερωτώμενων γυναικών συμβιώνουν με τον σύντροφό τους. Τέσσερις (4) εκ των ερωτώμενων είναι μητέρες. Δύο (2) εξ αυτών με δύο τέκνα η καθεμία και δύο με ένα τέκνο η κάθε μία.

Ως προς τα χαρακτηριστικά απασχόλησης και επαγγέλματος των ερωτώμενων γυναικών, τέσσερις (4) εκ των δέκα ερωτωμένων είναι άνεργες. Μία εκ των ανέργων ερωτώμενων λαμβάνει επίδομα κοινωνικής πρόνοιας λόγω ασθένειας HIV. Οι υπόλοιπες έξι εργάζονται. Δύο (2) εξ αυτών είναι ιδιωτικές υπάλληλοι, μία (1) είναι δημοτική

υπάλληλος, μία (1) συνταξιούχος και μία (1) εργάζεται με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου ως συνοδός σχολικού λεωφορείου. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, όλες οι ερωτώμενες έχουν ολοκληρώσει την πρώτη υποχρεωτική βαθμίδα εκπαίδευσης. Δύο (2) εκ των ερωτώμενων είναι απόφοιτες Δημοτικού. Μία (1) είναι απόφοιτος Γυμνασίου και μία (1) εξ αυτών φοιτά κατά τη διάρκεια της έρευνας σε εσπερινό γυμνάσιο και αναμένει την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης βαθμίδας, προκειμένου να προχωρήσει στην επόμενη. Τρεις (3) εκ των ερωτώμενων έχουν ολοκληρώσει το Γενικό Λύκειο. Μία (1) είναι απόφοιτος ΙΕΚ και μία (1) απόφοιτος ΑΕΙ, και συγκεκριμένα της Σχολής Καλών Τεχνών. Τέλος, μία (1) εκ των ερωτώμενων είναι απόφοιτος Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και συγκεκριμένα στις οικονομικές επιστήμες.

Τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού των γυναικών της έρευνάς μας συγκεντρωτικά θεωρούμενα μας βοηθούν να διατυπώσουμε τις εξής σκέψεις: πρόκειται για έναν πληθυσμό γυναικών με σχετικά ικανοποιητικό εκπαιδευτικό επίπεδο (αφού οι περισσότερες έχουν ολοκληρώσει σπουδές στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση), γεγονός που στο σύγχρονο καταμερισμό εργασίας που καταδυναστεύεται από πληθωρισμό προσόντων ("credentials inflation")[5] δημιουργεί αναντίστοιχη ένταξη στην αγορά εργασίας, ενώ για τον μισό πληθυσμό της έρευνας αντιστοιχεί σε αποκλεισμό από την αγορά εργασίας. Ο αποκλεισμός αυτός μάλιστα αφορά γυναίκες που βρίσκονται στην ακμή της παραγωγικής ηλικίας. Πρόκειται επιπρόσθετα για γυναίκες που διαβιούν, ως επί το πλείστον, μόνες ή είναι μόνες μητέρες. Είναι φανερό ότι απουσιάζει από τη ζωή τους μια σταθερή έγγαμη ή πυρηνική οικογενειακή σχέση. Επιπρόσθετα, όπως προέκυψε από την έρευνα, όλες οι συμμετέχουσες ήρθαν σε επαφή με εξαρτητικές ουσίες σε νεαρή ηλικία, στα προεφηβικά, εφηβικά και μετεφηβικά χρόνια. Συγκεκριμένα, το εύρος της ηλικίας έναρξης της χρήσης κυμαίνεται ανάμεσα στα 11-22 έτη.

Αυτές οι διαπιστώσεις εξεταζόμενες στο πλαίσιο της επιδημιολογίας της εξάρτησης στη χώρα και σε συνάρτηση με τα ερευνητικά ευρή-

5. Βλ. σχετικά με τη σχέση εκπαίδευσης και απασχόλησης για την κοινωνική ένταξη ή τον αποκλεισμό «μειονεκτούντων» ιδιαίτερα κοινωνικών ατόμων και ομάδων, σε εποχές πληθωρισμού προσόντων, Tsiganou et al. (1999).

ματα της έρευνας του ΕΚΚΕ – ΟΚΑΝΑ η οποία διεξήχθη το 2011 (βλ. μέρος πρώτο του παρόντος), υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες πρώην χρήστριες εξαρτησιογόνων ουσιών της έρευνάς μας, οι οποίες *βγήκαν από την αφάνεια* και αναζήτησαν θεραπεία σε επίσημη δομή της χώρας, όπου κι εμείς τις συναντήσαμε, είναι γυναίκες με πολλά χρόνια στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης, γυναίκες κατά κανόνα μόνες ή εκπρόσωποι μονογονεϊκών οικογενειών ως μητέρες, γυναίκες που δεν διαθέτουν την υποστήριξη οικογενειακού δικτύου, με χαμηλή ή μηδενική ένταξη στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας, κατ' αναντιστοιχία με το *εκπαιδευτικό* τους επίπεδο και την παραγωγική τους ηλικία.

Ως προς τα χαρακτηριστικά αυτά, και αναφορικά με την επιδημιολογία της εξάρτησης στη χώρα θα λέγαμε ότι η περίπτωση των γυναικών της έρευνάς μας βρίσκεται σε καλύτερη κοινωνική θέση ή κατάσταση στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης από τους μετανάστες χρήστες (κατά κανόνα άνδρες), σε χειρότερη, όμως, από τους γηγενείς άνδρες χρήστες. Διαθέτουν, δηλαδή, ένα στοιχείο κοινωνικής *ευαλωτότητας* που εξαρτάται μόνο μερικώς από την παράμετρο του φύλου, ως ταυτοτικού χαρακτηριστικού, καθώς κυρίαρχα συναρτάται με την παράμετρο του φύλου ως δομικού χαρακτηριστικού της διακριτικής εις βάρος των γυναικών πρόσβασης και παραμονής στην αγορά εργασίας. Επιπρόσθετα η κοινωνική ευαλωτότητα των γυναικών στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης προσομοιάζει εν μέρει και με την κοινωνική ευαλωτότητα των μεταναστών καθώς πρόκειται για δύο πληθυσμούς που υστερούν όχι μόνο ως προς την ορατότητα στο θεραπευτικό σύστημα της χώρας αλλά και ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού δικτύου καθώς και ως προς τις προϋποθέσεις ομαλής κοινωνικής ένταξης ή επανένταξης. Οι γυναίκες του πληθυσμού της έρευνάς μας φαίνεται πως διακατέχουν μια ενδιάμεση θέση στην ιεραρχία της κοινωνικής ε*υαλωτότητας* ανάμεσα στην κατίσχυση των γηγενών ανδρών ουσιοεξαρτημένων και την περισσότερο ευάλωτη κοινωνική θέση των μεταναστών –κατά κανόνα ανδρών– χρηστών στη χώρα μας.

Τα παραπάνω καταδεικνύονται και από τον πλήρη κατάλογο των γυναικών οι οποίες έχουν ενταχθεί στα θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ και από τις οποίες αναζητήσαμε τον πληθυσμό της έρευνάς μας (βλ. Πίνακας 1).

Πίνακας 1
Χαρακτηριστικά γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές του ΟΚΑΝΑ

Ηλικιακή κατηγορία	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό %
29 ετών	23	2,77%
30-39 ετών	184	22,20%
40-49 ετών	291	35,10%
50-59 ετών	262	31,60%
60-69 ετών	69	8,32%
70-79 ετών	0	0,00%
80+ ετών	0	0,00%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμη	438	47,71%
Έγγαμη	207	22,55%
Διαζευγμένη	191	20,81%
Χήρα	55	5,99%
Σε διάσταση	27	2,94%
Τέκνα (N:%)		
Ναι	400	43,53%
Όχι	519	56,47%
Αριθμός παιδιών		
1 παιδί	298	57,42%
2 παιδιά	150	28,90%
3 παιδιά	49	9,44%
4 παιδιά	16	3,08%
5 παιδιά	2	0,39%
6 παιδιά	3	0,58%
7 παιδιά	1	0,19%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Κανένα	11	1,21%
Δημοτικού	154	16,89%
Γυμνασίου	203	22,26%
Λυκείου	375	41,12%
Μεταλυκειακές/τεχνικές σχολές	74	8,11%
Ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	91	9,98%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	4	0,44%

Βασικά πορίσματα

Από το εξαιρετικά πλούσιο υλικό της ποιοτικής μας έρευνας, το οποίο εκτείνεται σε περισσότερες από 500 σελίδες μεταγεγραμμένου κειμένου, σε μια πρώτη *ανάγνωση* σταχυολογήσαμε μερικά από τα πλέον σημαντικά ευρήματα, τα οποία παρατίθενται σε διακριτές ενότητες κατωτέρω.[6] Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι οι ενότητες αυτές διαμορφώθηκαν με βάση το υλικό της έρευνας, προέκυψαν από αυτό και δεν συνιστούν προκατασκευασμένες εννοιολογικές κατηγοριοποιήσεις.

Τα «ορόσημα» του βίου

Αποφασίσαμε να προτάξουμε στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας τις σημαντικές «στιγμές» στις τροχιές ζωής των ερωτώμενων γυναικών, όπως οι ίδιες τις αξιολόγησαν και μας τις εμπιστεύτηκαν. Πρόκειται για μια διδικασία *απελευθέρωσης* που προσομοιάζει στην ψυχιατρικά καλούμενη «ενδοβολή» και, όπως κι εκείνη, οδηγεί κατά κάποιο τρόπο στον απεγκλωβισμό του «ψυχικού εγκλεισμού» γεγονότων[7] μέσα από μια διαδικασία προβολής του παρελθόντος, στο παρόν. Όπως υποστηρίζεται, «η ιδιοποίηση μιας εμπειρίας επιτελείται μέσα από την πράξη της δημιουργίας αναπαραστάσεων γι' αυτήν. Μπορεί να πρόκειται για κάποιο μοναδικό γεγονός που μας υποχρεώνει να αλλάξουμε τις πεποιθήσεις μας ή τον τρόπο ζωής μας, αλλά μπορεί εξίσου να πρόκειται για μια σειρά νέων εμπειριών. Η διεργασία αυτή απαιτεί πάντοτε την παρέμβαση ενός προνομιακού συνομιλητή που επικυρώνει την εμπειρία μας από τον κόσμο αναγνωρίζοντας ότι μας ανήκει προσωπικά».[8] Δεν είναι όμως όλες οι εμπειρίες ευχάριστες και αξιομνημόνευτες, κάποιες μάλιστα αποδεικνύονται «δύσκολο να συμβολιστούν επειδή είναι υπερβολικά βάναυσες ή αναπάντεχες».[9] Στην περίπτωση αυτή το κοινωνικό υποκείμενο

6. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι το παρόν κείμενο προήλθε μεν από μια συλλογική ερευνητική προσπάθεια, αντανακλά όμως ιδέες, σκέψεις και αναλύσεις αποκλειστικά και μόνον της συγγραφέως του.

7. Tisseron (2014).

8. Tisseron, όπ.π., σελ. 33-4.

9. Tisseron, όπ.π., σελ. 34.

που βρίσκεται αντιμέτωπο με τις καταστάσεις αυτές «λυγίζει κάτω από το βάρος που φέρουν τα αισθήματα, τα συναισθήματα, οι σωματικές αντιδράσεις και τα φαντάσματα τα οποία δεν μπορεί να χειριστεί αλλιώς παρά καταχωνιάζοντάς τα σε κάτι σαν ψυχική "ντουλάπα" –και σαν κενοτόπιο ακόμη– περιμένοντας έως ότου μπορέσει να δημουργήσει αναπαραστάσεις».[10]

Αναζητώντας τα «ορόσημα» του βίου στην παρούσα έρευνα δεν επιδιώξαμε, φυσικά, τον απεγκλωβισμό ενδεχόμενων τραυματισμών με την παραπάνω ψυχιατρική έννοια. Μέσα, όμως, από την ιερή μυσταγωγία των εκμυστηρεύσεων της προσωπικής συνέντευξης με τις γυναίκες ερωτώμενες της κοινωνικής μας έρευνας, μπορέσαμε να εντοπίσουμε τη δημιουργία προσωπικών αναπαραστάσεων του παρελθόντος στο σήμερα, ακόμη και τραυματικών στιγμών του βίου, οι οποίες απεγκλωβίστηκαν, φιλτραρίστηκαν, τιθασεύτηκαν και μας παρουσιάστηκαν. Αυτήν την παρουσίαστη των βιωμένων εμπειριών των γυναικών της έρευνάς μας προσπαθούμε στο παρόν κείμενο να ιχνηλατίσουμε.

Για τις γυναίκες ερωτώμενες, λοιπόν, κάποιες φορές η ζωή περιγράφεται αναστοχαστικά, ως ένας **διαρκής απολογισμός σημαντικών εμπειριών**, κατά τρόπο που επιβεβαιώνει το επιχείρημα ότι «οι νέες εμπειρίες που αποκτούμε από τον κόσμο συμβάλλουν στον εμπλουτισμό του ψυχισμού μας και συγκροτούν το θεμέλιο κατοπινών διαδικασίων εμπλουτισμού».[11]

> *«Όλα είναι ορόσημα στη ζωή μου, δεν θα πετάξω τίποτα... δεν γίνεται να πετάξω μία μέρα... Όλα υπήρξαν ορόσημα, όλα ήταν σταθμοί, όλα με βοήθησαν, δε θα ξεχάσω τίποτα».*

Σε άλλες περιπτώσεις, η *χρήση* αναδεικνύεται ως ένα παν-περιβάλον και παν-περιεκτικό ορόσημο όχι μόνο του βίου αλλά κυρίως της ταυτότητας. Εδώ, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της ταυτότητας εκφέρονται ρητά αλλά κυρίως υπόρρητα με δομικούς όρους κοινωνικής απομόνωσης και «εγκλεισμού». Μάλιστα η *χρήση*, ως *πανταχού παρούσα* στον βίο των ουσιοεξαρτημένων γυναικών, υπαγορεύει την κοινωνική απομόνωση και τον «εγκλεισμό» τους με τρόπο διαρκή και

10. Tisseron, όπ.π..
11. Tisseron, όπ.π., σελ. 33.

παντοτινό. Με αυτόν τον τρόπο αναγορεύεται από το ίδιο το κοινωνικό υποκείμενο σε βαρύνουσας σημασίας παράγοντα που το θέτει στο περιθώριο της ζωής και της κοινωνίας.[12] Η παράμετρος της χρήσης εκ πρώτης όψεως φαίνεται να αγκαλιάζει και να *πνίγει* τη γυναικεία ταυτότητα προσδίδοντας στα χαρακτηριστικά της ταυτότητας τόσο ατομικό –με την έννοια του προσώπου και όχι της γυναίκας– όσο και, κυρίως, κοινωνικό πρόσημο. Στην πραγματικότητα, όμως, το στερεότυπο της ανδρικής επικυριαρχίας και στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης *γλιστράει* αυτόματα στο λόγο των γυναικών της έρευνάς μας.

> *«Δεν έχω κάτι το ιδιαίτερο από τη ζωή μου. Έχει πολλή χρήση, οπότε δεν έχει κάτι το ενδιαφέρον. Έχει πολλή ταλαιπωρία».*

> *«Από τη στιγμή που μπήκα στη χρήση χρωμάτισε όλη μου τη ζωή αυτό... Και σήμερα, ένας πρώην χρήστης είμαι. Δηλαδή, δεν το λέω κοινωνικά. Το λέω προσωπικά. Κοινωνικά, εντάξει, μπορώ να κινηθώ έξω... χωρίς αυτήν την ιδιότητα. Το έχω κάνει, άλλωστε, χρόνια, που είχα μείνει καθαρή. Αλλά, εγώ, όμως, είμαι ένας πρώην χρήστης. Δε φεύγει ποτέ αυτό από πάνω μου».*

Στην αποστροφή αυτή του λόγου αναγνωρίζουμε επίσης τόσο το «στίγμα»[13] όσο και την «ετικέττα»[14] της ουσιοεξάρτησης, τα οποία μάλιστα εμφανίζονται ενσωματωμένα στην παρουσίαση του εαυτού απέναντι στον άλλον ή άλλους με βάση πρωταρχικά τη χρήση και όχι το φύλο. Διαγράφεται δηλαδή με τρόπο καθαρό και αναντίρρητο ο τρόπος με τον οποίο ένα στιγματισμένο άτομο υποστυλώνει την επισφαλή του ταυτότητα καθώς και το πόσο στενά το στίγμα συνδέεται με το στερεότυπο και, επομένως, υπόκειται σε ασυνείδητες προσδοκίες και νόρμες που λειτουργούν ως αόρατοι ρυθμιστές στις κοινωνικές συναντήσεις.[15] Επίσης καταδεικνύεται η κατά Goffman επίδραση του στίγματος στο κτίσιμο της κοινωνικής ταυτότητας αλλά και ανιχνεύεται η ευθυγράμιση της ταυτότητας του εγώ με την κοινωνική ομάδα.[16] Η παραπάνω αποστροφή, άλλωστε, επιβεβαιώνει πολλαπλές και επαναλαμβανόμενες αναφορές σε έρευνες της ουσιοεξάρτησης διαχρονικά

12. Πρβλ. Becker (1973).
13. Βλ. Τσαλίκογλου (1999)· Goffman (2001)· Stevens (2019).
14. Βλ. Becker (1973), κεφάλαιο 10, Labelling theory reconsidered.
15. Βλ. σχετικά στο Goffman (2001).
16. Βλ. σχετικά στο Goffman, όπ.π.

και διεθνώς,[17] το οποίο συμπυκνώνεται στη διάχυτη αντίληψη τόσο στον *κόσμο* της ουσιοεξάρτησης όσο και στους *κόσμους* της λοιπής κοινωνίας και της πολιτείας, ότι "once a junkie always a junkie".[18] Επιπλέον, επιβεβαιώνει αντίστοιχα ευρήματα ερευνών για την επίδραση της χρήσης στη διαμόρφωση της αυτοεικόνας και της ταυτότητας των εμπλεκομένων με βάση πρωτίστως την ουσιοεξάρτηση και δευτερευόντως το φύλο.[19]

Κεντρικό ορόσημο αναδεικνύεται **ο θάνατος αγαπημένων προσώπων.**

> *«Μεγάλος σταθμός είναι ο θάνατος του πατέρα μου… ήταν το σημείο που με έφτασε στο να καθαρίσω την πρώτη φορά… Στο να σταματήσω τη χρήση».*

> *«Ο χαμός της αδερφής μου… Την προσπάθεια (της απεξάρτησης) την έκανα και για τις δυο μας. Και ξέρω ότι με βλέπει και… και χαίρεται κι εκείνη… (συγκινήθηκε)… Συγγνώμη».*

> *«Μου λέει (η μητέρα μου) 'πέθανε ο πατέρας σου… έλα εδώ στο νοσοκομείο'. Και εγώ δεν μπορούσα ούτε καν να συνειδητοποιήσω τι μου έλεγε… χρειάστηκε να… κάνω χρήση… για να καταλάβω ότι πέθανε ο πατέρας μου. Να σηκωθώ από το κρεβάτι και να πάω στην κηδεία του… Με σοκάρισε πάρα πολύ αυτό… Έπαθα ένα σοκ… Λίγο πριν πεθάνει, πήγαινα στο νοσοκομείο… και του έδινα υποσχέσεις… τραγικές καταστάσεις. Ναι, έπαθα ένα σοκ. Δε σταμάτησα αμέσως… απλώς ήρθε στο μυαλό μου η ιδέα ότι δεν είναι δυνατόν να είμαι αυτό το πράγμα. Δεν είναι δυνατόν. Και άρχισα να κάνω προσπάθειες… θεώρησα ότι πρέπει να ζήσω, τώρα!».*

Στο σημείο αυτό οι αφηγήσεις των κοινωνικών υποκειμένων της έρευνάς μας ταυτίζονται με άλλες συναφείς περιπτώσεις εμπειριών ουσιοεξαρτημένων ατόμων αναφορικά με τη συμβολή του θανάτου οικείων ή/και προσφιλών προσώπων στην ουσιοεξάρτηση. Όπως έχει ήδη τονιστεί σχετικά, «η απώλεια συνιστά, στην πραγματικότητα,

---

17. Βλ. ενδεικτικά και αντί άλλων, Φαρσεδάκης και Συλίκος (1995)· Κουκουτσάκη (2002)· Χάιδου (2016).

18. Διαφορετικά, "once an addict, always an addict". Βλ. σχετική κριτική της αντίληψης αυτής δημοσιευμένη εδώ και δεκαετίες στα: Lindesmith (1968)· Schur (1962) (ενδεικτικά).

19. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και ερευνητικές προσπάθειες των κοινωνικών πρακτικών προτύπων της χρήσης και της εξάρτησης. (Benschop and Perez 2013, σελ. 32-34).

μια *τομή* στη συνέχεια του είναι του πενθούντα. Υπάρχει, πλέον, ένα *πριν* και ένα *μετά* από αυτόν τον θάνατο, ακόμα και στην περίπτωση που ήταν αναμενόμενος. Γιατί κάθε θάνατος έχει πάντα το χαρακτήρα ενός κρίσιμου "συμβάντος". Ανατρέπει όλα τα μέχρι τότε δεδομένα της ζωής του πενθούντα... Την ίδια στιγμή, αυτό το "συμβάν", εμπεριέχει εν σπέρματι και μία μεγάλη δυνατότητα. Εφόσον γίνει δυνατή η επιτέλεση του πένθους για τον νεκρό, μπορεί να οδηγήσει στην *αλλαγή* του προσώπου του πενθούντα, υποχρεώνοντάς τον να αναζητήσει και να βρει το νόημα που έχει για τον ίδιο η συγκεκριμένη απώλεια όσο και η μετέπειτα ζωή του».[20] Όμως, όπως επίσης έχει τονιστεί, η αναζήτηση αυτή και η εκ νέου επεξεργασία του νοήματος της ζωής δεν αποτελεί ποτέ «ένα αυστηρά προσωπικό ζήτημα. Πραγματοποιείται πάντα μέσα σ' ένα πλαίσιο κοινωνικό και πολιτιστικό. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο πραγματοποιείται η *αλλαγή*, η οποία έχει ως υπόβαθρο τον πόνο της απώλειας, ένα τεράστιο ψυχικό άλγος, συστατικό στοιχείο της εργασίας του πένθους».[21]

Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώθηκε και με βάση τα λεγόμενα των γυναικών της έρευνάς μας. Μάλιστα, ακριβώς διότι οι όποιες *αλλαγές* επιτελούνται σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο, σε κάποιες περιπτώσεις ένα «συμβάν» θανάτου οικείου προσώπου μπορεί να οδηγήσει είτε προς την οδό της απεξάρτησης είτε προς την οδό της ουσιοεξάρτησης. Σημαντικές παράμετροι στην τελευταία αυτή περίπτωση αναδεικνύονται η ύπαρξη και ο ρόλος ικανών αντισταθμισμάτων, περί των οποίων θα γίνει εκτενής λόγος παρακάτω, μεταξύ των οποίων και ενός ισχυρού υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου. Στο σημείο αυτό αρκεί να σημειώσουμε ότι ο θάνατος προσφιλών οικείων συνιστά σημαντικό ορόσημο στην τροχιά ζωής των κοινωνικών υποκειμένων της έρευνάς μας.

> *«Το 2010 χάθηκε ο αδερφός μου... Πέθανε... ήταν μία όχι απλά τραυματική... ήταν μία εμπειρία για μένα, διότι τον βρήκα εγώ... Ανοίγω μια μέρα την πόρτα... νομίζω ότι από το ουρλιαχτό πρέπει να με άκουσε όλη η (περιοχή)».*
>
> *«Έτυχε να πεθάνει και ο πατέρας μου τότε, ο οποίος με στήριζε συναισθηματικά... γιατί με τη μητέρα μου εξακολουθούσα να μην έχω καλή σχέση.*

20. Μάτσα (2012), σελ. 44.
21. Μάτσα, όπ.π., σελ. 44-45.

Έμεινα με τα δύο παιδιά μόνη μου... Όταν πέθανε ο μπαμπάς, που με στήριζε, λέω, εντάξει, πέθανε, τουλάχιστον, αυτό που έχω αυτήν τη στιγμή, πέρα από το τι έχω, από τις αναμνήσεις μου και πώς το κουβαλάω... είναι... κάποια χρήματα... Αλλά, είχε μπει ήδη η Ελλάδα της κρίσης. Συν το ότι το 2011 πέθανε και η γιαγιά... Πεθαίνει και η γιαγιά... Εκείνο τον καιρό δεν έπινα ούτε μαύρο».

Μεγάλη βαρύτητα αποδίδεται από τις γυναίκες ερωτώμενες της έρευνας ιδιαίτερα στην **απώλεια του πατέρα,** της αρχετυπικής αρχηγικής ανδρικής φιγούρας ως προς την τροφοδοσία και τη συνοχή του οίκου, ως *εν τοις πράγμασι* «αρχηγός του νοικοκυριού», μιας φιγούρας η οποία όταν *χάνεται*, αδιαφορεί ή απουσιάζει, ο οίκος διαλύεται.

«Αρρώστησε ο πατέρας μου δύο φορές σοβαρά και έλλειψε από το σπίτι μεγάλο χρονικό διάστημα. Ήμουν... λίγο πριν πάω σχολείο... Έμεινα... μόνη μου... Τον αδερφό μου τον είχαν στείλει στη γιαγιά μου,...η μητέρα μου ήταν όλη μέρα στο νοσοκομείο... Και εγώ έμεινα σχεδόν μόνη μου... στο σπίτι... Με είχε τρομάξει αυτή η απουσία, ξαφνικά, του πατέρα... Αυτό ήταν έτσι, ένα σημείο δύσκολο... Ο πατέρας μου κράταγε και πολύ δεμένη την οικογένεια, όλη... Υπήρχε μιά ενότητα».

Η απώλεια του πατέρα-γονιού, επιτελείται όχι μόνο βιολογικά αλλά και συμβολικά. Στις περιπτώσεις που ο θάνατος επέρχεται με τρόπο φυσικό και αναπότρεπτο, το κοινωνικό υποκείμενο βιώνει την *αμετάκλητη απουσία* του. Στην περίπτωση αυτή το πένθος είναι ιδιαίτερα τραυματικό καθώς συνιστά έναν αναπόδραστο αποχωρισμό. Ωστόσο, μέσα από τη διαδικασία αυτού του πένθους «γίνεται αποδεκτή η πραγματικότητα της απώλειας, βιώνεται η ίδια η απώλεια, γίνεται δυνατή η προσαρμογή του πενθούντα στο περιβάλλον από το οποίο απουσιάζει οριστικά ο νεκρός, διαμορφώνονται οι όροι για να γίνουν οι συναισθηματικές επενδύσεις σε νέες ανθρώπινες σχέσεις».[22] Πρόκειται για ένα «αφομοιωμένο πένθος» ή δυνάμει «αφομοιωμένο πένθος».[23]

Εντοπίζονται όμως και περιπτώσεις όπου ο *θάνατος* επιτελείται με τη μορφή της σχάσης της σχέσης πατέρα-παιδιού, και μάλιστα, πατέρα-κόρης. Αυτού του τύπου ο *θάνατος* δηλώθηκε επίσης ως κυρίαρχο ορόσημο στην τροχιά ζωής των γυκαικών της έρευνάς μας.

22. Μάτσα, όπ.π., σελ. 39.
23. Μάτσα, όπ.π., σελ. 40.

«Αυτό που έγινε με τον πατέρα μου... Μετά τα 12 άρχισε λίγο να με βλέπει διαφορετικά... Και έγινε ένα συμβάν... Έβαλα εγώ τα κλάματα... είχα βάλει το κεφάλι μου ανάμεσα στα πόδια, έκλαιγα, ήθελα να τρέξω, ήταν χωράφια, δεν μπορούσα να πάω κάπου... Εγώ μετά από αυτό ήμουνα πολύ χάλια... Στο ερωτικό κομμάτι έκανα πολύ καιρό να το ξεπεράσω και να αφήσω άντρα, ας πούμε, να με αγγίξει. Ναι, και γενικώς, ήμουν λίγο αναίσθητη σ' αυτό το θέμα... το ευχαριστιόμουν όταν τους έβλεπα να κλαίνε... Κατά κάποιο τρόπο το προκαλούσα... τους πλήγωνα... Μέσα από τη χρήση, λύθηκα λίγο στο ερωτικό κομμάτι, στο να (το) ξεπεράσω... δεν είχα συναισθήματα. Οπότε, αυτό κάλυπτε όλο αυτό που ένιωθα για τον πατέρα μου. Το κουκούλωνε, μάλλον. Δεν είχε περάσει ποτέ. Απλά το είχα βάλει στην άκρη... Αυτό το συμβάν με τον πατέρα μου, μού επηρέασε τη ζωή... (Μετά από χρόνια)... δεν είχε αλλάξει τίποτα. Ο ίδιος ήταν. Ούτε το μετάνιωσε ποτέ, ούτε μου ζήτησε συγγνώμη. Τίποτα, τίποτα. Και αυτό είναι που με πονάει, έτσι, περισσότερο, ότι δεν μετάνιωσε, ότι δεν... Να με πιάσει να μου πει, ήταν λάθος μου, ήμουν μεθυσμένος, δεν ήξερα τι έκανα. Κάτι, κάτι να μου πει, λίγο εδώ μέσα να μαλακώσει όλο αυτό. Αλλά όχι, τίποτα».

Δεν μπορούμε να μην αναγνωρίσουμε μια ιδιάζουσα «κρύπτη», ακόμη και εάν το κοινωνικό υποκείμενο ως «φορέας της κρύπτης», στην περίπτωσή μας, δεν έχει παραμείνει απόλυτα πιστό στο καθήκον του ως «φύλακας του νεκροταφείου της μνήμης», μια και δεν παραμένει «άφωνη σαν τάφος», παραμένει όμως περιπλανώμενη στο λαβύρινθο της κρύπτης. Πρόκειται για μια κρύπτη *του ανομολόγητου*, μια κρύπτη που μοιάζει να έχει *καταπεί την απώλεια* καθώς έχει εγκιβωτίσει όλα όσα αφορούν το συμβολικό θάνατο μιας σχέσης και της ιστορίας της, όλα τα συναισθήματα που συνδέονται όχι μόνο με τη γονεϊκή σχέση στη νεωτερικότητα αλλά και τη σχέση των δύο φύλων, την απαγορευμένη επιθυμία, την ντροπή, την ενοχή, την ψυχική οδύνη αλλά και τις συνθήκες της απώλειας, μιας κρύπτης όπου το παρελθόν ακινητοποιήθηκε και πάγωσε, μιας κρύπτης που έκλεισε μέσα της μια ολόκληρη ιστορία και το μυστικό της.[24]

«Με τον πατέρα μου δεν είχα μετά από το συμβάν, έτσι, επαφές... καμία φορά... Αλλά, δεν, δεν το νιώθω. Δεν ξέρω, πλέον, έχω παγώσει κι εγώ απέναντί του... Λέω ότι εντάξει, εγώ δεν έφταιξα κάπου, ήταν όλο δικό του.

24. Βλ. σχετικά και Μάτσα, όπ.π., σελ. 69-75.

Ήμουν σε μια ηλικία που δεν μπορούσα να, δεν ξέρω. Ίσως τώρα τα παιδιά να έχουν και μεγαλύτερη ενημέρωση. Εγώ τότε... ούτε καν μου πέρναγε από το μυαλό».

Ως τέτοια, η κρύπτη αυτή φαίνεται πως μπορεί να απομονώνει, να προστατεύει, να προφυλάσσει από κάθε διείσδυση.[25] Το κοινωνικό υποκείμενο στην περίπτωση αυτή προσομοιάζει με άλλους οι οποίοι «υποφέρουν συνήθως από έλλειψη όρεξης να ζήσουν και να αγαπήσουν, όπως και από διακυμάνσεις της δημιουργικότητάς τους».[26] Επιπρόσθετα, και χωρίς καμμία διάθεση υπερβολής, θα λέγαμε ότι η περίπτωση αυτή υποδεικνύει τις όψεις της ακραίας μορφής βίαιης εκμετάλλευσης και εξευτελισμού, την οποία υφίστανται παιδιά εντός του οίκου, όταν «γυμνά» έρχονται αντιμέτωπα με τη «δολοφονία της παιδικής αθωότητας».[27]

Σε άλλες περιπτώσεις, η παραπάνω ιδιάζουσα «κρύπτη» δεν εμπεριέχει κεκλεισμένες εμπειρίες κακοποίησης και βίας από γονεϊκά πρόσωπα προ χρήσης, αλλά και βιασμούς από γνωστούς και αγνώστους προ χρήσης και εντός χρήσης. Στις περιπτώσεις αυτές, όπως άλλωστε και στην παραπάνω αποστροφή του λόγου ερωτώμενης της έρευνάς μας, η διάσταση του φύλου αλλά και η διάκριση κατά φύλο αναδεικνύονται με ενάργεια. Στις περιπτώσεις αυτές, το φύλο συνιστά ισχυρό συγκροτητικό στοιχείο της ταυτότητας των ερωτώμενων γυναικών και οι όψεις εκμετάλλευσης και βίας συνιστούν κρίσιμα ορόσημα στις τροχιές ζωής των υποκειμένων της έρευνάς μας.

«Ο βιασμός... Πιστεύω ότι αυτό ήταν και η αφορμή για να ξεκινήσω τη χρήση. Ήθελα να καλύψω όλα αυτά τα πράγματα που συμβαίνανε. Μου βγήκε βία πολλή και μένα. Και άρχισα να φέρομαι σαν να είμαι άντρας και να προσπαθώ, έτσι, να καταστρέψω κάποια πράγματα, που μπορεί να οφείλονταν στο ότι έγινε το συμβάν. Και στην ουσία, να κάνω κακό στον εαυτό μου. Το οποίο δεν το καταλάβαινα τότε».

«(Η χρήση)... και... αυτό που συνέβη τότε (βιασμός)... Αυτά, νομίζω. Τα πιο σημαντικά, τα δύο πιο σημαντικά... Γιατί αλλάξανε εμένα. Με αλλάξανε και νιώθω ότι ήταν μεταβάσεις. Ναι, που συμβήκανε».

25. Μάτσα, όπ.π., σελ. 69-75.
26. Μάτσα, όπ.π., σελ. 71.
27. Βλ. σχετικά Σιμώνη – Λιόλιου (2011).

«Οι βιασμοί... Ο πρώτος ο βιασμός ήταν από δύο άτομα μαζί. Και την δεύτερη φορά γλίτωσα... την τελευταία στιγμή. Με σκισμένα ρούχα... Δεν ξέρω πού βρήκα τη δύναμη, με το να έχει βάλει το μαξιλάρι, να μην μπορείς να πάρεις αναπνοή. Και δεν ξέρω που μάζεψα όλη αυτή τη δύναμη και να πεταχτώ από 'κει μέσα... Δηλαδή, όσες φορές το σκέφτομαι... δεν υπάρχει αίσθηση κινδύνου καμία... Στα δύο άτομα που έγινε... ήμουνα λιπόθυμη... βίασαν ένα πτώμα... Τον έναν από τους δύο τον ήξερα. Φυσιογνωμικά.... Απλά εγώ μετά, εντάξει, έχασα τις αισθήσεις μου από τη χρήση, από το αλκοόλ... Τον δεύτερο, όχι, δεν τον γνώριζα. Απλά, νομίζεις ότι όταν θα πεις στον άλλον σταμάτα, ότι θα σταματήσει... δεν γίνεται αυτό, όμως. Δυστυχώς».

Στις περιπτώσεις σεξουαλικής βίας και κακοποίησης μέσα στο λόγο των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας διαβλέπεται περισσότερο από κάθε άλλη περίπτωση μια ασυνείδητη ταυτοτική αναδίπλωση στα κυρίαρχα κοινωνικά στερεότυπα που χαρακτηρίζουν το δίπολο άνδρας-γυναίκα. Μέσα από συμβολοποιημένες αναπαραστάσεις κυρίαρχων στερεοτυπικών προσλήψεων της γυναικείας φύσης και ταυτότητας, οι γυναίκες της έρευνάς μας μίλησαν για την πρόσληψη του φύλου τους, είτε με αναφορές στο εκδικητικό παιχνίδι της «μοιραίας γυναίκας» σε έναν «πόλεμο των φύλων», («*το ευχαριστιόμουν όταν τους έβλεπα να κλαίνε... Κατά κάποιο τρόπο το προκαλούσα... τους πλήγωνα»),* είτε με αναφορές στην *ανδροποίηση* της *θηλυκότητας* («*μου βγήκε βία πολλή και μένα. Και άρχισα να φέρομαι σαν να είμαι άντρας*»), είτε, τέλος, με συμβολοποιημένα και λανθάνοντα νοήματα αντίστασης μετά από αιώνες καταπίεσης και υποταγής («*δεν ξέρω πού βρήκα τη δύναμη... να έχει βάλει το μαξιλάρι, να μην μπορείς να πάρεις αναπνοή... βίασαν ένα πτώμα»).* Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις διαγράφηκε με ενάργεια η αυτόματη ανάδυση του ενσωματωμένου στα κοινωνικά υποκείμενα της έρευνας συλλογικού κοινωνικού ασυνείδητου.

Στη συνέχεια, για τις γυναίκες ερωτώμενες της έρευνάς μας **η μητρότητα** αποτέλεσε σημαντικό ορόσημο στην πορεία της ζωής τους. Σε κάποιες περιπτώσεις η μητρότητα λειτουργεί ως εκπλήρωση της βασικής αποστολής του βίου, σε άλλες συνιστά μια ρητά και αναστοχαστικά εκφρασμένη εκπλήρωση μιας βαθειάς επιθυμίας, ενώ σε κάποιες άλλες λειτουργεί ως αποτίμηση επιτυχίας. Σε κάθε περίπτωση, όπως θα αναφέρουμε αναλυτικά παρακάτω, η μητρότητα συνιστά ένα ουσιαστικό αντιστάθμισμα.

«Το παιδί… Οκ. Το παιδί είναι σίγουρα (σημαντικός σταθμός)».

«Πρώτος σταθμός ήταν η εγκυμοσύνη και η γέννηση της μικρής. Δηλαδή, πιστεύω ότι αυτό με έφερε στη ζωή πίσω. Και γενικά, έμαθα πολλά από τη μικρή, πάρα πολλά».

«Εντάξει, είναι τα παιδιά. Τα παιδιά είναι πολύ βασικό. Γιατί είναι αυτό για το οποίο ετοιμαζόμουνα, ένιωθα. Δηλαδή, ήθελα, από 15, 16 χρονών, έλεγα εγώ θέλω να κάνω παιδιά. Δηλαδή, το ήθελα. Και ουσιαστικά είναι αυτό, έκανα αυτό που ήθελα. Αυτό… Αυτό μόνο πέτυχα».

Η **θεραπεία και η απεξάρτηση** αναγνωρίζονται επίσης ως σημαντικά ορόσημα στην τροχιά ζωής των γυναικών της έρευνάς μας. Όπως προκύπτει από τα λεγόμενά τους η απεξάρτηση αξιολογείται ως μέγιστο επίτευγμα, η κατάκτηση ενός στόχου ζωής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου αυτή έχει επιδιωχθεί στο παρελθόν επανειλημμένα και ανεπιτυχώς.

«Νομίζω, ναι.. ναι, το off που έκανα είναι πολύ σημαντικό… Ναι. Το ότι μπορώ, π.χ. και σηκώνομαι το πρωί, χωρίς να κάνω χρήση. Το ότι μπορώ να κάνω κάποια πράγματα… κάνει τη διαφορά… Όταν έχεις περάσει κάποια δύσκολα πράγματα, εκεί βλέπεις ποια πραγματικά έχουν αξία… Το να είσαι καλά,… και να κάνεις απλά πράγματα, είναι πολύ σημαντικό. Έτσι νομίζω».

«Σταθμός μπορώ να πω είναι η δεύτερή μου προσπάθεια (απεξάρτησης) το 2016…, που πάνε όλα, δηλαδή, προς το καλύτερο. Έχω γνωρίσει τον εαυτό μου. Γενικά, έχω συναντήσει αυτό που έψαχνα».

«Ο τελευταίος μεγάλος σταθμός… η απόφαση μου να ζητήσω βοήθεια».

Τέλος, η παράμετρος **της τρέχουσας παρατεταμένης οικονομκής κρίσης** (2010 κι εντεύθεν) αναδύθηκε ως σημαντικό ορόσημο του βίου για τις ερωτώμενες της έρευνάς μας. Και στην περίπτωση της παρούσας έρευνας φαίνεται πως η κρίση έπληξε πιο πολύ και πιο βαθειά τους *αδύναμους* της κοινωνίας. Όπως έχει ήδη σημειωθεί, στους «θρυματισμένους καιρούς»[28] των κρίσεων που ζούμε, «στον τόπο της ανθρωπιστικής κρίσης… εξελίσσεται μία τραγωδία, πυκνώνουν οι στρατιές των ανθρώπινων υπάρξεων χωρίς όρους ύπαρξης, που

28. Hobsbawm (2013).

οδηγούνται στη φτώχια, στην εξαθλίωση, στην εξόντωση, ηθική και φυσική».[29]

> *«Μεγάλος σταθμός, η μεγάλη ανατροπή που έγινε στη ζωή μου... με την κρίση... Και το αίσθημα ματαίωσης που αισθάνθηκα».*

Με τον ευσύνοπτο αλλά ηχηρό αυτό τρόπο δηλώνονται οι κραδασμοί από τις κοινωνικές, οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης, οι οποίες επέφεραν αλλαγές και στις ζωές των γυναικών της έρευνάς μας. Επιπρόσθετα, ακριβώς όπως έχει τονιστεί και στη σχετική βιβλιογραφία περί κρίσης,[30] οι ερωτώμενες συνειδητά αλλά και ασυνείδητα συνδύασαν και αυτές την οικονομική κρίση με λοιπές κρίσεις που επηρέασαν λιγότερο ή περισσότερο τις τροχιές ζωής τους, τόσο εντός όσο και εκτός χρήσης, αλλά και την κοινωνία όλη.

> *«Και... ήρθε η κρίση, έκλεισε η δουλειά. Εγώ έμεινα άνεργη. Το σπίτι μου απέκτησε μία κατά το ήμισυ κατάσχεση, από κάποιες οφειλές... Γενικά, έτσι, η καταστροφή, ας πούμε, αυτή που δημιουργήθηκε και σ' εμένα και σ' αυτό που είδα γύρω μου, με κλόνισε πάρα πολύ, τρόμαξα... Έβλεπα κάθε μέρα... ήταν σαν ένα ερειπωμένο τοπίο τα μαγαζιά. Κλείνανε το ένα μετά το άλλο. Όλα αυτά που λέγανε, με το αυτό και το μνημόνιο και πώς αυτό και πώς εκείνο και πώς το άλλο... Οι καταστροφές που έβλεπα να συμβαίνουν γύρω μου... Το ότι δεν είχα πουθενά να στραφώ για να ζητήσω δουλειά. Να έχω στείλει άπειρα βιογραφικά, να έχω πει σε πάρα πολλούς ανθρώπους... Εγώ ναι μεν δούλευα όλα αυτά τα χρόνια, αλλά δεν είχα τη δυνατότητα να έχω βάλει και στην άκρη. Εγώ, δηλαδή, με το που έχασα τη δουλειά μου, τέρμα... Και... την έχω ακόμα, μια κατάσχεση στο κεφάλι... Και δεν ξέρω κάθε φορά... τι γίνεται, τι δε γίνεται, μας το παίρνουν, δεν μας το παίρνουν. Τι λέει ο νόμος, είναι πρώτη κατοικία, δεν είναι. Αχ, πόσο αυτό, αχ τι εκείνο. Είναι μια μόνιμη κατάσταση».*

> *«Αν είχα άντρα θα μπορούσα να κάνω οικιακά, να μεγαλώνω τα παιδιά κι εκείνος να εργάζεται και να φέρνει τα χρήματα στο σπίτι. Μ' αυτό το μοτίβο, ας πούμε, που δεν είναι το σημερινό, βέβαια. Τώρα πρέπει να δουλεύουν και οι δύο για να επιβιώσει ο κόσμος... Περάσανε 12 χρόνια, τα παιδιά μεγαλώσανε. Όχι πολύ, αλλά ήταν σε κάποιες ηλικίες που λογικά θα μπο-*

29. Μάτσα (2013), σελ. 11.
30. Όπ.π.

ρούσα και δουλειά να βρω και να αρχίσω να κινούμαι. Αλλά είχε μπει ήδη η Ελλάδα της κρίσης».

«Αρχίζει μια πορεία με αναποδιές που συμβαίνουν στη ζωή μου... Στέλνω τον σκύλο μου για το καλοκαίρι σε κάτι φίλους... τον δένουν... αυτός πήγε να πηδήξει έναν τοίχο και κρεμιέται... Πιάνω δουλειά σε μια φίλη μας, φροντίζω το παιδάκι. Και κάποια στιγμή η φίλη μου... πεθαίνει... Μετά από αυτό, πεθαίνει μια άλλη φίλη μου... Πρώην χρήστριες όλες αυτές... Ένας, δύο, τρεις άλλοι...παλιοί φίλοι, πεθαίνουν... Εγώ πιάνω μια άλλη δουλειά... περνάω πείνα πια, όχι αστεία... Πηγαίνω, δουλεύω σε έναν άνθρωπο... που ήταν άρρωστος, καρκίνο. Χειροτερεύει, πεθαίνει... Αρχίζω και δουλεύω... γύρω στις 12 ώρες τη μέρα... καταφέρνω να βγάλω 200 ευρώ τον μήνα... Και να ζω μ' αυτά. Αρχίζω και παθαίνω κατάθλιψη... Τρομοκρατημένη, θυμωμένη και σ' έναν αγώνα επιβίωσης. Σε μια σκληράδα. Και μόνη σ' όλο αυτό... Παθαίνω κατάθλιψη, παίρνω φάρμακα, δεν το αντέχω... κάνω υποτροπή».

Στις σύγχρονες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες αναπαραγωγής κοινωνικών αποκλεισμών και εκτοπισμών οι *ταπεινοί και καταφρονημένοι* ωθούνται με μεγαλύτερη ορμή στο «κοινωνικό περιθώριο και την καταστροφή», και αυτό το εκλαμβάνουν ως μία ακόμη προσωπική αποτυχία «και ντρέπονται γι' αυτό».[31]

«Όσο δούλευα... ήμουνα στη χρήση. Και έβγαζα πολύ καλά χρήματα, αλλά ήταν η χρήση. Αλλιώς, θα είχα κάνει άλλα κουμάντα, τότε. Γιατί πραγματικά, δούλεψα σε πολύ καλή εποχή... Υπήρχαν χρήματα, ήταν σε άλλη κατάσταση η χώρα. Σε άλλη κατάσταση τα οικονομικά. Αλλά, δεν ήταν σε άλλη κατάσταση το μυαλό μου».

«Έπρεπε να ψάξω για δουλειά... Γιατί τελειώνανε τα λεφτά, ερχόντουσαν οι ευθύνες. Τα νοίκια... δεν βγαίνανε... είχε μπει και το ΕΝΦΙΑ... Έπρεπε να δουλέψω... Δεν ήθελα, μάλλον. Τέλος πάντων».

«Τώρα το αντέχεις, ας πούμε;... Όχι. Το κάνω, όμως. Και θα το κάνω αν δεν έχω μια άλλη δουλειά... Ψάχνω, όσο γίνεται. Αλλά, τρώμε τα χαστούκια».

31. Όπ.π.

Βιώματα από την πορεία στη χρήση

Οι βιωματικές εμπειρίες από την πορεία στη χρήση των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας καταμαρτυρούν μια *τυπικότητα*, ή, διαφορετικά, μια εγκαταστημένη *τυπολογία* ως προς τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της χρήσης, της πορείας στη χρήση, της εξάρτησης, της πολυεξάρτησης και της απεξάρτησης. Έτσι, διαπιστώνουμε **ότι η ηλικία έναρξης της χρήσης** εντοπίζεται στην εφηβεία –σε μικρή δηλαδή ηλικία– η δε εξάρτηση χτίζεται σταδιακά διά μέσου του περάσματος από τα *μαλακά* στα *σκληρά* ναρκωτικά.

> *«Σε μικρή ηλικία, δηλαδή, γύρω στα 15, άρχισα τη χρήση. Άρχισα πρώτα με τα της εποχής εκείνης που ήταν τα πιο μαλακά, ας πούμε. Ε, όχι και τόσο. Αλλά, τέλος πάντων. Χασίς, LSD, αυτά ήταν τότε. Και από κάποια στιγμή και μετά, άρχισα και την ηρωίνη. Δηλαδή, από 19... Από 19 χρονών, άρχισα και την ηρωίνη».*

> *«Οι ουσίες ήρθαν πάρα πολύ γρήγορα στη ζωή μου, από τα 16».*

> *«Ξεκίνησα με χασίσι. Έκανα... στα 14-15, περίπου εκεί. Και κάποια στιγμή έφτασα και στην ηρωίνη και στα υπόλοιπα. Έκανα χρήση τα πάντα».*

> *«Η αρχή για όλα αυτά τα πράγματα είναι συνήθως η κάνναβη, το τσιγάρο και αυτά. Εμένα ήταν πιο πολύ τα φάρμακα, τα χάπια, τα υπνωτικά. Και όταν δοκίμασα την πρώτη φορά ηρωίνη, πίστευα ότι μάλλον θα ήταν και η τελευταία... απλά εγώ δεν είχα καταλάβει».*

> *«Με τις ουσίες άρχισα περίπου στα 19, με την κάνναβη. Μετά προχώρησα στα πιο σκληρά».*

> *«Εγώ δεν είχα σχέση μόνο με την ηρωίνη. Είχα κι άλλους εθισμούς...Το ένα ήταν η κοκαΐνη και δεύτερο ήταν η κάνναβη... Εκτός από όλα τα άλλα, LSD, ecstasy και αυτά. Αλλά, εντάξει, μ' αυτά, ας πούμε, δεν εθιζόμουνα, απλά τα έπαιρνα... για να περάσω καλά, βγαίνοντας έξω. Αλλά, μ' αυτά τα δύο είχα θέμα. Δηλαδή, όσο είχα και με την ηρωίνη».*

Αυτά τα χαρακτηριστικά προσομοιάζουν με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά της συνολικής εικόνας της επιδημιολογίας της εξάρτησης στη χώρα, αλλά και της εικόνας που εμφανίζουν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ουσιοεξάρτησης του ανδρικού πληθυσμού. Μάλιστα οι εικόνες αυτές εμφανίζονται τυπικά *συμπτωματικές* για ολόκληρη

σχεδόν την περίοδο, από τη δεκαετία του 1970 κι εντεύθεν, τόσο στη χώρα μας, όσο –με μικρές διαφοροποιήσεις– και διεθνώς.[32]

Οι ερωτώμενες εμφανίζουν μια μακροχρόνια πορεία μέσα στη χρήση με επαναλαμβανόμενα διαστήματα αναζήτησης απεξάρτησης και θεραπείας. Και ως προς αυτό το χαρακτηριστικό, ο πληθυσμός της έρευνάς μας προσιδιάζει στα χαρακτηριστικά του συνόλου του πληθυσμού των ουσιοεξαρτημένων στη χώρα, αλλά και του αντίστοιχου πληθυσμού των ανδρών. Η χρήση δεν είναι μια μοναχική «έξη» η οποία ξεκινά μέσα σε περίκλειστους τοίχους εφηβικών δωματίων, όσο και αν εκκινεί από βαθύτερες προσωπικές ανάγκες ή/και τραύματα. Όπως έχει ήδη διαπιστωθεί ερευνητικά, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, η συνδρομή της παρέας, κάποιου φίλου, φίλης, αλλά και αδελφών ή/και συζύγων αποδεικνύεται χαρακτηριστική.

> *«Είχα... μία παρέα... η καλύτερη μου φίλη... δύο φίλες μου. Και άλλη παρέα που θα έβγαινα, θα πηγαίναμε στα κλαμπ, θα καθόμασταν με τις ώρες έξω από το σπίτι...προτιμούσα να πηγαίνω και από την άλλη παρέα... το κυνηγούσα και εγώ».*

> *«Αυτό ήρθε από τον μικρό μου αδερφό. Στα 14 μου δοκίμασα πρώτα... ήμασταν στο χωριό, διακοπές... και είχαμε κάτι τριτοξάδερφα εκεί πέρα, που ήταν μεγαλύτερα και ήδη είχαν ξεκινήσει. Και μας... πετάνε το παραμύθι, για να καπνίσουμε κι εμείς... Το κάνουμε στα 14, πρώτη φορά. Ξανά, πάλι στα 16, μέσα από μία παρέα, πολύ περιστασιακά. Αλλά, καθημερινή χρήση... άρχισε, στα 18-19, κάπου εκεί... Με την κάνναβη, ναι...Μετά ήρθαν για πολύ μικρή περίοδο τα χάπια. Πολύ μικρή περίοδο. Πώς ήρθε η ηρωίνη; Είχα γνωρίσει ένα παιδί, το οποίο ήταν ήδη στην ηρωίνη. Και προσπαθούσα να του αποδείξω ότι αυτό που κάνει γίνεται να κόψει και ότι είναι όλα στο μυαλό... Κάθε μέρα έβλεπα τη δικιά του τη χρήση, ήμουν δίπλα του στα στερητικά... είχαμε αρχίσει σχέση, του λέω δώσε μου κι εμένα... Άμα δεν μου δώσεις εσύ, θα μου δώσει κάποιος άλλος, θα ζητήσω αλλού. Και έτσι άρχισε η χρήση μαζί του. Και μπήκα κι εγώ σιγά-σιγά».*

> *«Η χρήση ... ναι, ναι, μ' εκείνον το έμαθα... Λίγο ως πολύ, όλοι κάπως έτσι ξεκινήσανε... Εγώ δεν ήμουν χρήστης. Τότε που γνώρισα τον πρώην σύζυγό μου, δεν ήμουν στη χρήση... εκείνος μου το πρότεινε».*

32. Tsiganou (2003).

Ανεξάρτητα από τα πρόσωπα, τον τρόπο και τα μέσα έναρξης της χρήσης, οι ερωτώμενες της έρευνάς μας σχεδόν πάντα **αναλαμβάνουν την ευθύνη** για την εμπλοκή τους με τον κόσμο της ουσιοεξάρτησης και αποδίδουν την πορεία τους στη χρήση κυρίως σε προσωπικές τους αδυναμίες, εσωτερικές ανησυχίες και προσωπικά αδιέξοδα. Και αυτή η στάση των γυναικών της έρευνάς μας έχει διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες της ουσιοεξάρτησης, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Ωστόσο, επειδή όταν συναντήσαμε τα κοινωνικά υποκείμενα της έρευνάς μας είχαν προηγηθεί διάφοροι *κύκλοι θεραπειών*, ως προς τη συγκεκριμένη παράμετρο τού *«ποιος παίει;»*, δεν είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε με ακρίβεια εάν τα δηλωθέντα συνιστούν αυθόρμητες αφηγηματικές εκφάνσεις ή επεξεργασμένες, ήδη, μετα-θεραπευτικές αντιλήψεις. Δηλαδή, συχνά, δεν είμαστε σε θέση να αναγνωρίσουμε στις σχετικές αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων την αυθεντική από την επεξεργασμένη στάση ή πεποίθησή τους, ούτε τη γνήσια από την *κατασκευασμένη*, ούτε βέβαια και το βαθμό της όποιας *κατασκευής*. Για τους λόγους αυτούς, στο σημείο αυτό, θα περιοριστούμε στα λεγόμενα των υποκειμένων της έρευνας.

> *«Σαν να το κυνηγούσα έκανα. Ενώ δεν είχα ποτέ προβλήματα, κάτι. Ούτε στο σπίτι είχα προβλήματα. Φυσιολογικές σχέσεις... Εντάξει, η μάνα μου είναι λίγο πιο αυταρχική. Αλλά, όχι κάτι τραγικό, ας πούμε, που να δικαιολογεί το να το κυνηγάω. Δεν ξέρω γιατί. Ήμουν πάντα αγχωτική, εκεί το αποδίδω. Γιατί χαλάρωνα... Γενικά, είχα από μικρή ένα θέμα με άγχος... πάντα ήμουν αγχωμένη... Και με χαλάρωνε όλο αυτό».*

> *«(Με τη χρήση) ξεχνιόμουνα...».*

> *«Πολύ κακώς, δυστυχώς, με τα μυαλά μου, νόμιζα ότι λέγανε ψέματα... Ότι κάποιος που θα το πιει, από την πρώτη φορά εθίζεται κατευθείαν και... νόμιζα ότι ήταν υπερβολές. Αλλά, αυτό έπαθα εγώ... Μετά, ίσως κι εγώ να μην είχα τόσο δυνατό χαρακτήρα τότε και το συνέχισα. Ειδικά άμα μπλέκεται και το συναισθηματικό κομμάτι... αν είσαι με κάποιον άλλον και νομίζεις ότι περνάς καλά... μπορεί να είναι πιο δύσκολο. Μάλλον, μπορεί να είναι πιο εύκολο να κατρακυλήσει και ο άλλος».*

> *«Αυτό ήταν το τραγικό, ότι ενώ προσπαθούσα να βοηθήσω τη σχέση μου να κόψει, εγώ έπεσα σε χειρότερα... Η δεύτερη σχέση μου... ήταν πολλά περισσότερα χρόνια εξαρτημένος από μένα... Έκανε μια προσπάθεια... να*

κάνει off. Τα κατάφερε, μέχρι ένα σημείο... ξαναέπεσε... Και τότε έπεσε με τα μούτρα κι εκείνος κι εγώ. Για αντίδραση... εγώ, επειδή... νόμιζα πως έτσι θα καταλάβαινα καλύτερα την κατάστασή του... γιατί δεν ήξερα τίποτα μέχρι τότε για την ηρωίνη. Στην αρχή όλα είναι λίγο διαφορετικά. Βέβαια, μου έλεγε πάντα, πρόσεχε... Αλλά επειδή κι εκείνος είχε αργήσει να αρρωστήσει, είχα και την αίσθηση ότι εντάξει, δε γίνεται μπαμ μπαμ... Και αυτόματα άρχισα, ώστε, χωρίς να το καταλάβω, να εξαρτηθώ από εκεί».

«Είναι ίσως μία φυγή μέσα από το σπίτι... Όπως το συζητήσαμε και με τη θεραπεύτριά μου ... ήταν φυγή... Απλά, εγώ αντί να διαλέξω το γάμο, επέλεξα τις ουσίες».

Ακόμη, όμως, κι όταν η ανάληψη της ευθύνης από τα ίδια τα κοινωνικά υποκείμενα για την έναρξη και την πορεία τους στη χρήση εκφράζεται με τρόπο ρητό και απερίφραστο, σε άλλες αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας ιχνηλατούνται επιπρόσθετες ρητές ή/και υπόρρητες αιτιάσεις, οι οποίες εκφέρονται άλλοτε ως *παράπονα*, *άλλοτε ως κατηγόριες*, απέναντι σε οικογένεια και σχολείο, σε γονείς, οικείους συντρόφους, και φίλους, κυρίως όμως ως ατομικά, αλλά κυρίως ως κοινωνικά και 'πολιτισμικά' τραύματα.

«Από όταν χώρισα μπόρεσα και σταμάτησα κιόλας... Θέλω να ελπίζω ότι αν ήτανε καλά δεν θα με είχε βάλει και εμένα στα ναρκωτικά. Μόνο αυτό του δίνω το ελαφρυντικό. Ότι ήταν και ο ίδιος χρήστης. Τον έχω συγχωρήσει γι' αυτό».

«Γενικά, είχα από μικρή ένα θέμα με άγχος. Και η μάνα μου το αγνοούσε πάντα... αλλά ήταν λίγο προβληματικό αυτό. Δεν ξέρω, έπρεπε μάλλον να το κοιτάξει, γιατί ήταν αδικαιολόγητο...Η μητέρα μου το έλεγε για πλάκα, πολλά χρόνια μετά... Αλλά το είχε αγνοήσει, το είχε, το έλεγε για πλάκα. Δεν είχε καταλάβει ότι μπορεί να είναι κάτι σοβαρό».

«Ούτε είχα κάποια, ας πούμε, να προειδοποιήσεις ένα παιδί, να του πεις... πρόσεχε.. Αυτό που λέμε, ότι καθόμαστε και μιλάμε με τα παιδιά. Δεν υπήρχε αυτή η συζήτηση».

Μία σημαντική παράμετρος στη διαδικασία κοινωνικοποίησης αλλά και κοινωνικής ένταξης είναι, όπως τονίζεται, η **«αίσθηση του ανήκειν»**, η οποία προστατεύει τα δρώντα κοινωνικά υποκείμενα από ποι-

κίλης υφής αποκλεισμούς.[33] Στο λόγο των ερωτωμένων της έρευνάς μας ανιχνεύσαμε σημαντική έλλειψη ή απώλεια της αίσθησης αυτής.

> *«Στο σχολείο, ας πούμε, που πήγαινα, δεν μπορούσα να ταιριάξω με τα άλλα παιδάκια... Το πρόβλημά μου στο σχολείο ήταν η επαφή μου με τα άλλα παιδιά. Πιο μικρή... δεν ήμουν απομονωμένο σαν παιδάκι... είχαν φίλους οι γονείς μου, που είχαν και αυτοί παιδιά. Οπότε βρισκόμασταν. Εκεί στη γειτονιά... Στο σχολείο, δεν ξέρω τι έγινε, δεν τα πήγα καλά... Δεν μπορούσα να ταιριάξω... δεν ταίριαξα καθόλου».*

> *«Άρχισα να έχω κάποιες δυσκολίες να προσαρμοστώ... στο σχολείο δεν τα πήγαινα καλά. Μου φαινόταν λίγο έξω η ζωή... όχι έτσι ιδανική, όπως φανταζόμουν εγώ έξω από το σπίτι... αυτήν την εικόνα που είχα από το σπίτι. Μου φαινόντουσαν κάπως τα πράγματα αλλιώς. Είχα, έτσι, μία δυσκολία να προσαρμοστώ σ' αυτό».*

Σε κάποιες περιπτώσεις ο εντοπισμός **τραυματικών εμπειριών και η σχέση τους με την πορεία προς αλλά και εντός της χρήσης** είναι περισσότερο ορατός όχι μόνο στη βάση μιας κάποιας ρητής αναφοράς αλλά και μέσω λανθανόντων μηνυμάτων.

> *«(Η μητέρα μου)... ζήτησε από τον πατέρα μου να μας πάρει για ένα σαββατοκύριακο. Εκείνος δεν την άφηνε. Του λέει "σε παρακαλώ, μη με αναγκάσεις να πάω αστυνόμο, δικαιούμαι να τα παίρνω τα παιδιά". Της λέει "ο νόμος είμαι εγώ"... Εντάξει... μας πήρε, αφού έγινε μια φασαρία... Μας πήρε... Όταν μας πήρε... μας έδωσε μια ελευθερία που μας είχε λείψει... Αυτή η ελευθερία γύρισε μπούμερανγκ, ας το πούμε. Έμπλεξα εγώ... Μετά από κάποια χρόνια έμπλεξε και η αδερφή μου. Δυστυχώς, το γνώρισε όλο αυτό μέσα από μένα».*

> *«Αυτό που έγινε με τον πατέρα μου... Πιστεύω ότι έπαιξε σημαντικό ρόλο στο να αρχίσω τη χρήση. Ήταν απωθημένα που είχα».*

> *«Πόναγα πάρα πολύ. Πάρα πολύ... Και όταν δοκίμασα την πρώτη φορά ηρωίνη... Είδα το τι σου προκαλεί, τι σε κάνει, δηλαδή, ότι σε κάνει ένα πράγμα που δεν νιώθει τίποτα και αντέχει αυτό που είναι τριγύρω του... την κακία... τον ίδιο του τον εαυτό».*

---

33. Βλ. ενδεικτικά για τη σημασία της αίσθησης αυτής σε ενταξιακές διαδικασίες μεταναστριών, στο Λιάπη και Κόντου (επιμ.) (2014).

«Πιστεύω ότι (ο βιασμός)... ήταν και η αφορμή για να ξεκινήσω τη χρήση. Ήθελα να καλύψω όλα αυτά τα πράγματα που συμβαίνανε».

«Έχω μία αδερφή ένα χρόνο μικρότερη... Την έχασα πριν πέντε χρόνια... Οι γονείς μου χωρίσανε όταν ήμουν 4. Μεγάλωσα με τη γιαγιά και τον παππού... Ο μπαμπάς με προβλήματα κι αυτός, με χρήση κάνναβης, αλκοόλ και τα λοιπά. Προβλήματα, μέναμε όλοι, γιαγιά, παππούς, ο μπαμπάς μου, ο αδερφός του μπαμπά μου. Και οι τρεις άντρες με αλκοόλ και χασίς. Ξύλο στη γιαγιά. Ξύλο μεταξύ τους και τέτοιες καταστάσεις. Δύσκολα παιδικά χρόνια. Τη μητέρα μου, δεν της επέτρεπαν να έρχεται να μας βλέπει. Την βλέπαμε σπάνια, περιστασιακά κι αυτό για κάποιες ώρες. Άλλες φορές ερχόταν και δεν το μαθαίναμε καν... Δεν τα πηγαίνανε καλά με τον πατέρα μου... εκείνη κρυβότανε... Και πολύ ξύλο η μητέρα μου, πάρα πολύ. Τα σημάδια ακόμα τα έχει πάνω της. Από ξυράφια, από τσιγάρα. Πάρα πολλά, πάρα πολλά».

«Πολλά χρόνια στο δρόμο, φυλακή. Όλα αυτά που συνεπάγονται με τη χρήση, τέλος πάντων... Ώσπου έφτασα σ' ένα σημείο, διαγνώστηκα οροθετική. Και λέω, εντάξει,...τώρα ή παίρνεις απόφαση να ζήσεις ή πεθαίνεις... δεν υπάρχει κάτι άλλο. Μου είπαν κι οι γιατροί ότι 'χρήση συν (...) ίσον θάνατος, είναι απλά μαθηματικά. Οπότε, έχεις δύο επιλογές, εσύ επιλέγεις'... Και έκανα την προσπάθεια μου. Και αυτήν τη στιγμή είμαι πολύ καλά. Απέχω από τις ουσίες σχεδόν πέντε χρόνια. Έχω φτιάξει τη ζωή μου. Είμαι αρραβωνιασμένη, έχουμε φτιάξει το σπίτι μας. Σιγά-σιγά, μόλις φτιάξουν και οικονομικά λίγο τα πράγματα, να γίνει και ο γάμος. Έχω αναλάβει ευθύνες, συντηρώ το σπίτι μου, τον άνθρωπό μου. Πράγματα που δεν έκανα ποτέ».

Αναγνωρίζουμε στα παραπάνω την ρητή ή λανθάνουσα διασύνδεση της χρήσης και της πορείας στη χρήση με διαδρομές βίας κατά των γυναικών αλλά και όψεις ενδο-οικογενειακής βίας και κακοποίησης[34] καθώς και με *μεταπηδήσεις* τραυμάτων από το ψυχικό στο κοινωνικο-πολιτισμικό πεδίο.

Όπως διαπιστώνεται, η βία εμφανίζεται δυναμικά παρούσα στην πορεία προς και εντός της χρήσης για τις γυναίκες ερωτώμενες της έρευνάς μας. Εξαναγκασμοί και καταναγκασμοί παντός είδους χρωματίζουν με μελανά χρώματα τις αφηγήσεις. Οι ερωτώμενες γυναίκες σε

34. Βλ. ενδεικτικά και αντί άλλων, Αρτινοπούλου κ.ά. (2003) και Αρτινοπούλου (2006).

κάποιες περιπτώσεις βρίσκονται σε μια θέση όχι μόνο του θύματος, οι ίδιες, αλλά και «αυτόπτη μάρτυρα», επαναλαμβανόμενων οικογενειακών επεισοδίων βίας, μιας βίας που εκδηλώνεται με πολλαπλές μορφές, καθώς εμφανίζονται να παρακολουθούν και «ζωντανά» τα βίαια επεισόδια, είτε να ακούουν βίαια περιστατικά (καυγάδες, φωνές, χτυπήματα) είτε ακόμα και να έρχονται αντιμέτωπες με τα αποτελέσματα μιας βίαιης συμπεριφοράς (μια χτυπημένη μητέρα).

> *«Είχαν ειπωθεί πράγματα που δεν έπρεπε, ξύλο... ανεπίτρεπτα πράγματα. Δεν έπρεπε καν να συμβαίνουν αυτά τα πράγματα, ποτέ».*

Επιπρόσθετα και με μια διάθεση ισχυρής αφαίρεσης θεωρούμε ότι η φύση των *τραυμάτων* που εντοπίζονται μέσα από το λόγο των κοινωνικών υποκειμένων της έρευνάς μας, μας οδηγούν στο επιχείρημα ότι δεν πρόκειται περί αποκλειστικά ατομικών βιωμάτων και ατομικών ψυχικών/κλινικών τραυμάτων, παρά το γεγονός ότι ως τέτοια αναπαριστώνται κυρίαρχα. Μια τέτοια αντιμετώπιση των τραυμάτων που αναφέρθηκαν θα υποβάθμιζε τις κοινωνικές βάσεις και συνέπειες του τραυματισμού και θα παραγνώριζε τις ευρύτερες πολιτισμικές παραμέτρους που άλλοτε συμβάλλουν στην επούλωση (π.χ. *κουλτούρες της συγνώμης*) και άλλοτε στη διατήρηση του τραύματος (π.χ. *κουλτούρες της εκδίκησης*).[35] Άλλωστε, όπως τα ίδια τα υποκείμενα της έρευνάς μας τονίζουν, όλα συντελούνται *«μέσα στο πλαίσιο αυτό που σου λέω, μέσα στο πλαίσιο!»*, υπονοώντας το κοινωνικό πλαίσιο. Πρόκειται, δηλαδή, για τραύματα που εγγράφονται, αναγνωρίζονται, διηθούνται και αναδύονται εντός του συλλογικού συνειδητού και ασυνείδητου της κοινωνίας και των αξιών της και με αυτήν την έννοια –ως συλογικές κοινωνικές εμπειρίες και βιώματα– προσιδιάζουν στα χαρακτηριστικά ενός πολιτισμικά προσδιορισμένου τραύματος. Αναγνωρίζουμε, επίσης, την αναλογία που έχει διατυπωθεί ήδη ανάμεσα στους μηχανισμούς άμυνας και αντιμετώπισης σε αμφότερα τα ήδη τραύματος, του ψυχικού και του κοινωνικο-πολιτισμικού.[36] *Διαβάζουμε*, δηλαδή, τους μηχανισμούς της *μετατόπισης* και *προβολής*, αναφορικά με την απόδοση ευθύνης και την εκλογίκευση του τραύματος, μηχανισμούς άμυνας ομότακτους και στα δύο είδη τραύματος καθώς και μια αμφιθυμία

35. Βλ. Δεμερτζής και Ρουδομέτωφ (2011-12). Επίσης, βλ. Κορωνάκη (2011-12).
36. Smelser (2004).

ανάμεσα στον εξίσου ομότακτο αμυντικό μηχανισμό ανάμνησης-αναβίωσης και επιλησμονής.

Μια προσεκτικότερη ανάγνωση κάποιων σημείων του λόγου των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας, μάλιστα, αναδεικνύει συγκεκριμένες *εφυγράνσεις* ή *μεταπηδήσεις* οικογενειακών μυστικών.[37] Σε κάποιες περιπτώσεις το μυστικό παραμένει ανείπωτο και κρυφό. Το τραύμα που προκάλεσε, για παράδειγμα, τις ομολογούμενες ουσιοεξαρτήσεις σε γονιούς ή αδελφούς δεν αποκαλύπτεται παρά μόνο μέσω των λεγόμενων *διαρροών του μυστικού*,[38] όπως, ενδεικτικά οργισμένες, αλλόκοτες ή ακατανόητες αντιδράσεις ή ασύμμετρα συναισθήματα γονέων και λοιπών οικείων προσώπων. Οι απρόβλεπτες και ακραίες στάσεις ενός γονιού που φέρει μια κρυφή πληγή (ενδεικτικά, αναπαραγωγή ενός *κύκλου κακοποίησης* εντός του οίκου), όμως, «μπορούν να αποσταθεροποιήσουν τα σημεία αναφοράς του παιδιού και να του προκαλέσουν εν τέλει ανασφάλεια».[39] Ως ενδεικτικές περιστάσεις αυτών των βιωμάτων και εμπειριών παρατίθενται τα ακόλουθα:

Σε κάποιες περιπτώσεις η μητέρα ουσιοεξαρτημένη δεν αποκαλύπτει *το μυστικό* της στο παιδί της. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις *οικογενειακά μυστικά* δημιουργούν βάσεις συναισθηματικής και ψυχολογικής αποσταθεροποίησης στο παιδί που ενδέχεται να συνέβαλαν στην πορεία προς τη χρήση.

> *«Δε νομίζω... Όταν περάσει τα 20, ίσως. Στην εφηβεία και πριν την εφηβεία, αποκλείεται... Γιατί... δεν ξέρεις ένα παιδί πώς θα το πάρει αυτό. Δηλαδή, θα δει ότι έκανες σκοπό να βγεις από αυτό ή θα το πάρει σαν πάτημα για να δοκιμάσει, γιατί 'και η μάνα μου έκανε'; Δεν ξέρω... Ή πρέπει να πεις ότι, σαν παράδειγμα, ότι μπήκα σε αυτό, είναι άσχημο και βγήκα. Πεθαίνεις, ας πούμε, με τα ναρκωτικά. Αλλά, ένα παιδί δεν ξέρεις πώς θα το πάρει, όσο καλή σχέση και να 'χεις... Το παιδί είναι παιδί. Θα δούμε»*

> *«Γεννήθηκα σε μία οικογένεια (...) λίγο πολυσύνθετη θα την έλεγα. Ο μπαμπάς είχε ένα γιο και δύο κόρες από τον πρώτο του γάμο. Έμεινε χήρος. Το ίδιο και η μητέρα μου, με έναν γιο. Παντρεύτηκαν, έγινα το πέμπτο παιδί της οικογένειας... Δύσκολη οικογένεια... Και όταν έμαθα κιόλας και από*

37. Tisseron (2014), σελ. 43 επ., και 63 επ.
38. Tisseron, όπ.π.
39. Tisseron, όπ.π., σελ. 66.

ξένους ότι δεν είναι αδέρφια μου... Όταν το έμαθα, έχασα την γη κάτω από τα πόδια μου. Δηλαδή, ένιωσα αποκομμένη. Νόμιζα ότι, μήπως είμαι κι εγώ υιοθετημένη; Μήπως δεν είμαι δικό τους παιδί; Μήπως μου λένε κάτι άλλο, που δεν ισχύει;».

Μεταπηδήσεις ή *εφυγράνσεις μυστικών* και εμπειριών εντοπίζονται και μέσα στον αναπαραγωγικό κύκλο ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης. Η συνάρτησή τους με την πορεία προς ή εντός της χρήσης δηλώνεται ρητά από τις ερωτώμενες της έρευνάς μας.

«Εντάξει, το περιβάλλον στο σπίτι, οι δικοί μου... τους έχω συγχωρέσει για κάποια πράγματα που έχουν γίνει. Ξέρω ότι και εκείνοι είχαν κακοποιηθεί όταν ήταν μικροί, από τους δικούς τους γονείς. Οπότε, κάπου καταλαβαίνω ότι αυτό, αν δεν το δουλέψεις, ξαναγυρνάει πάλι και σου βγαίνει στα παιδιά σου. Πιο πολύ το είχα από τη μεριά του πατέρα μου. Ήταν λίγο βίαιος... Υπήρχε και σωματική και λεκτική βία. Οπότε, ήταν κάποιες αφορμές για να ξεκινήσω κάποια θέματα με μένα, ειδικά από μικρή ηλικία».

«Στην ουσία, όμως, ένα άλλο συμβάν, που έγινε... γύρω στα 14,5, ήταν η αφορμή να νιώσω, έτσι, ότι δε θέλω να θυμάμαι, να σκέφτομαι και να τα, όλα αυτά να τα καλύψω. Ένας βιασμός... μου δημιούργησε μετά θέματα, που δεν τα... δεν μίλησα, δεν το είπα σε κανέναν. Κι αυτό πιστεύω ήταν ένα λάθος, γιατί δεν μπόρεσα να αντιμετωπίσω τότε, τα θέματα αυτά. Πιστεύω ότι αυτό ήταν και η αφορμή για να ξεκινήσω τη χρήση».

«Με τους γονείς μου... υπάρχουν κάποια θέματα. Ακόμα και μεταξύ τους έχουν θέματα. Αυτοί οι τσακωμοί και αυτό το πρόβλημα που δημιουργούσανε, αυτά όλα μας δημιούργησαν κι εμάς θέματα. Δεν είμαι μόνο εγώ, δηλαδή. Πιστεύω και τα αδέρφια μου έχουν κάποια θέματα. Και εκείνοι έχουν κάποιες ζημιές από την παιδική ηλικία».

«Η παιδική μου ηλικία ήταν πολύ φτωχική, πολύ χάλια... Υπήρχε πολλή βία μες στο σπίτι... πολλά άσχημα πράγματα, τα οποία, όμως, σαν παιδί προφανώς δεν τα άντεχα. Δεν μου δίνανε και σημασία, βασικά, εμένα... Ο πατέρας μου στον κόσμο του με το αλκοόλ. Η μάνα μου... δεν έχουμε καλή σχέση, ακόμα και σήμερα... Και εκείνη με τη δική της μάνα δεν είχε καλή σχέση και έγινε αναπαραγωγή πάνω μου... αυτό που έμαθε... Όλο το κατάπινα το συναίσθημα εγώ. Σε κάποια φάση έγινα ηφαίστειο και το βρήκα πάνω στην ουσία, ας πούμε, να εκφράσω».

«(Υπήρχε βία στο σπίτι)... από τον πατέρα μου προς τη μητέρα μου, από τον πατέρα μου προς τα αδέρφια μου, από την μητέρα μου προς εμένα – γιατί ο πατέρας μου δεν με χτύπησε ποτέ. Η μητέρα μου μας χτύπαγε πολύ άσχημα... Από τα αδέρφια μου προς εμένα. Είχε λεκτική βία, είχε όλων των ειδών βία, εκτός από σεξουαλική... Υπήρχε παραμέληση... Και διάκριση. Δηλαδή, τα αδέρφια μου ποτέ. Όταν είχε μια δουλειά... τα έπαιρνε μαζί. Εμένα με ακουμπούσε σε μία κυρία στο διπλανό σπίτι από το δικό μας. Πάντα με ακουμπούσε. ... Δεν ξέρω, επειδή μου είχε αδυναμία ο πατέρας μου, δεν της φερόταν εκείνης καλά. Υπήρχε μία αντιζηλία... Τότε δεν το καταλάβαινα, τι συμβαίνει. Τώρα και με ψυχοθεραπείες και όλα αυτά, έχω καταλήξει εκεί, ότι υπήρχε αντιζηλία, γιατί εκείνη, ας πούμε την κακοποιούσε. Και εμένα μου έδειχνε, ας πούμε, την αδυναμία, οπότε, προφανώς το ξέσπασε πάνω μου αυτό. Αυτό. Υπήρχε παραμέληση. Δεν μου μιλούσε. ... Δεν με είχε από κοντά, ας πούμε, να με δασκαλέψει, θα κάνεις αυτό, μετά θα έρθει αυτό στη ζωή σου. Γυναίκα προς γυναίκα, να μου μιλήσει... Δεν μου μίλησε ποτέ, δεν με πλησίασε ποτέ. Κάπως έτσι ήταν η σχέση μας. Και γενικά, είναι πολύ, ακόμα και σήμερα, δηλαδή, την αποφεύγω... Είναι πολύ τοξικός άνθρωπος. Πολύ τοξικός άνθρωπος».

Επιπρόσθετα, οι **τρόποι δεσίματος** δεν παραμένουν σταθεροί διά βίου.

«Με την κόρη μου ζούμε μαζί... Είμαστε πάρα πολύ κοντά... Με τους μπαμπάδες, τώρα... Οι μπαμπάδες, ο ένας μπαμπάς έχει εξαφανιστεί... Ο δεύτερος... έχει εξαφανιστεί, δεν έχει δώσει σημεία ζωής... Ο άλλος μπαμπάς έχει τραβήξει ένα προσωπικό ζόρι, κόλλησε AIDS, αρρώστησε. Δεν έχει καλές σχέσεις με τον μικρό... Άλλαξε».

Όπως τονίζεται, «ορισμένοι γονείς προσπαθούν περισσότερο ή λιγότερο συνειδητά να εμπλέξουν το παιδί τους στις κρυφές αναμνηστικές τελετές».[40] Επί του επιχειρήματος αυτού, χαρακτηριστική είναι η παρακάτω αποστροφή του λόγου μιας εκ των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας:

«Σταμάτησε πάνω σε κάτι γραμμές τραίνου και μου λέει "αν πεις κάτι σε κανέναν γι' αυτό που έγινε, θα σε σκοτώσω"».

40. Tisseron, όπ.π., σελ. 56.

Το τίμημα της χρήσης

Η πορεία μέσα στη χρήση, όπως *αναστοχαστικά* εκφράζεται από τις ερωτώμενες γυναίκες, είναι μια πορεία δύσκολη και επικίνδυνη. Στις περισσότερες των περιπτώσεων το τίμημα είναι ιδιαίτερα *ακριβό*, πολύ επώδυνο και εξοντωτικό και αγκαλιάζει όλες τις εκφάνσεις του βίου.

Την πρώτη θέση στην ιεραρχία των τιμημάτων κατέχει ο **φυσικός αφανισμός** εκούσιος και ακούσιος:

> *«Με τα ναρκωτικά πεθαίνεις».*
>
> *«Είχα βγάλει κάτι αποστήματα και είχαν μολυνθεί. Φοβόντουσαν μήπως πάθω σηψαιμία, τέλος πάντων… Τραγικές καταστάσεις».*
>
> *«Εντάξει, είναι γνωστές οι συνέπειες της χρήσης ηρωίνης, πιστεύω, σε όλους, ότι από ένα σημείο και μετά περιθωριοποιείσαι τελείως, η υγεία μου, ας πούμε, ήταν πλέον πολύ επιβαρυμμένη».*
>
> *«Η υγεία; Να είμαι τώρα καρδιοπαθής, με οξυγόνο; Γιατί ήμουν 1,5 χρόνο με την μπουκάλα του οξυγόνου, στα 35 μου. Με καρδιοπάθεια, υπερτασική, με προβλήματα υγείας. Επειδή υπήρχε και άσχημο ιστορικό μέσα στην οικογένεια … Απλά, επιταχύνθηκε όλο αυτό σ' εμένα, έγινε πολύ πιο γρήγορα, λόγω των ουσιών και λόγω αυτής της κατάστασης».*

Το **τίμημα αναφορικά με τις κοινωνικοποιητικές οικογενειακές, φιλικές και συντροφικές σχέσεις** αποδεικνύεται ιδιαίτερα δυσβάστακτο. Συναισθήματα *ντροπής και ταπείνωσης* συνοδεύουν κυρίαρχα τη βιωμένη εμπειρία. Μια ντροπή που δηλώνεται με δυσάρεστα συναισθήματα, όπως το συναίσθημα της ενοχής, των τύψεων και του εξευτελισμού «για κάτι κακό» που διεπράχθη από τα υποκείμενα της έρευνας σε ηθικό και κοινωνικό επίπεδο, με κυμαινόμενες μορφές αποτίμησης και εκτίμησης.[41] Έτσι, στο τμήμα αυτό της μελέτης δίδεται έμφαση στα συναισθήματα ντροπής των ερωτώμενων γυναικών ως τιμήματος της ουσιοεξάρτησης. Όπως έχει ήδη τονιστεί «μολονότι η ντροπή αφορά και τα δύο φύλα… είναι πιο έντονη στις γυναίκες γιατί η σημερινή ανδροκρατική κοινωνία, με τα ενισχυμένα, λόγω της κρίσης, κοινωνικά στερεότυπα σε βάρος των γυναικών καταπιέζει και στιγματίζει διπλά την εξαρτημένη γυναίκα».[42]

---

41. Βλ, σχετικές εννοιολογήσεις στο Μάτσα (2013), σελ. 14 επ.
42. Μάτσα, όπ.π., σελ. 27.

Όπως έχει ήδη διαφανεί σε προγενέστερα τμήματα της παρούσας μελέτης, ο λόγος των ερωτώμενων γυναικών έχει ήδη καταδείξει ότι «η ίδια η οικογενειακή εξουσία, ως όργανο ρύθμισης των σχέσεων ανάμεσα στον πατέρα, στη μάνα, στον γιο και στην κόρη, θεσμοθετεί την αδικία σε βάρος της γυναίκας, μεταβάλλοντας τον οικιακό χώρο σε χώρο τυραννίας. Σε αυτόν τον χώρο βιώνονται οι τραυματικές εμπειρίες που σημάδεψαν ανεξίτηλα τη ζωή αυτών των γυναικών, συμπυκνώνοντας τρομακτικές ποσότητες βίας, αυθαιρεσίας, διακρίσεων, αδικίας, μόνο και μόνο επειδή έτυχε να γεννηθούν γυναίκες».[43]

Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να ιχνηλατίσουμε περαιτέρω όψεις ντροπής αλλά και ταπείνωσης, ως όψεις ενός πανάκριβου τιμήματος για την πορεία στη χρήση των γυναικών ερωτώμενων στην έρευνά μας. Στην προσπάθειά μας αυτή θα μιλήσουμε εμείς, διά στόματος αυτών των γυναικών για το «μη-λεκτό» της ντροπής που αναφέρεται σε μία πράξη που υφίσταται το άτομο από το εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και σε ένα βίωμα του υποκειμένου με πυρήνα το οδυνηρό αίσθημα της απαξίωσής του. Πρόκειται, δηλαδή, για μια εννοιολόγηση της ντροπής που ανάγεται σε μελέτη πάνω στην αξιοπρέπεια, στην τιμή, στην περηφάνεια του ανθρώπου.[44] Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως διαπιστώνεται από τον αυθόρμητο λόγο των γυναικών της έρευνάς μας, ανιχνεύεται και το συνοδό με την ντροπή συναίσθημα της ταπείνωσης, είτε με τη μορφή μιας «σκηνής του θεάτρου, όπου εμφανίζεται η ντροπή... παρουσία θεατών – μαρτύρων»,[45] είτε ως παράγωγο των διαδικασιών *της εργαλειοποίησης* και της *απουσίας αμοιβαιότητας*. Στις περιπτώσεις αυτές τα κοινωνικά υποκείμενα ταπεινώνονται, είτε διότι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι ισότιμοι με τους άλλους, αλλά ως αντικείμενα, ως εργαλεία που εγκαταλείπονται όταν δεν είναι πλέον χρήσιμα, είτε διότι εντοπίζεται απουσία σεβασμού, που στη συνέχεια δημιουργεί καταστάσεις βίας και αποκλεισμού.[46]

Με βάση λοιπόν την εννοιολόγηση της ντροπής που υιοθετήσαμε ως τίμημα της χρήσης, διαπιστώνουμε ότι ο λόγος των γυναικών της έρευνάς μας κατακλύζεται από συναισθήματα *ενοχής* αλλά και *τύψεων* ιδιαίτερα απέναντι στα αγαπημένα πρόσωπα του οίκου.

---

43. Μάτσα, όπ.π., σελ. 27.
44. Μάτσα, όπ.π., σελ. 14.
45. Μάτσα, όπ.π., σελ. 13-14.
46. Μάτσα, όπ.π., σελ. 13-14.

«Ειδικά τον πατέρα μου... που του είχα και αδυναμία, τον έβλεπα, ήταν πολύ πικραμένος... Ήταν μία φιλική, αλλά μία ολοφάνερα πικραμένη φιλικότητα... Πικρία... Το έβλεπα, ναι. Το έβλεπα».

«Με την μητέρα μου είμαστε πλέον αχώριστες... Έχω μετανιώσει για πάρα πολλά πράγματα. Για τον τρόπο που της έχω φερθεί για όσες στεναχώριες της έχω δώσει, που όσο ήμουν στη χρήση δεν τα έβλεπα όλα αυτά. Δεν με ενδιέφερε, βασικά, κανένας και τίποτα, μόνο ο εαυτός μου, να βρίσκω χρήματα, να κάνω αυτό που εγώ θέλω... Τα τελευταία χρόνια,... που σκέφτομαι τι έχει περάσει για μένα, είναι πολύ άσχημο... Το έχω βάρος μέσα μου... Πλέον, έχουμε συζητήσει και έχει απαλυνθεί λίγο όλο αυτό. Αλλά, δεν παύει να με πονάει, έτσι, όλο αυτό που βίωσε κι εκείνη μέσω εμού. Γιατί δεν ταλαιπωρείται μόνο ο χρήστης όταν συμβαίνει αυτό. Ταλαιπωρούνται και όλοι γύρω του, όλοι οι άνθρωποι, δηλαδή, που σε αγαπάνε και που σε νοιάζονται, βιώνουν κι αυτοί ένα Γολγοθά παρόμοιο με τον δικό σου, αν όχι ίδιο. Αλλά, ναι, το περνάνε όλοι αυτό. Και της έχω δώσει πολλές στεναχώριες. Την θυμόμουν μόνο όταν ήμουν σε κανένα κρατητήριο, όταν ήμουν σε κανένα νοσοκομείο. Και πάντα έτρεχε, πάντα ήταν δίπλα μου, πάντα μου έλεγε "εγώ να σε στηρίξω, να είμαι δίπλα σου, να σε βοηθήσω, να πάμε σε όποιον γιατρό θες, ό,τι θες, αρκεί να μου υποσχεθείς ότι αυτά θα τα βγάλεις από τη ζωή σου". Εγώ υποσχόμουν σήμερα... μετά από τρεις μέρες έκανα τα ίδια. Και παρόλα αυτά και την επόμενη φορά που θα ζήταγα τη βοήθειά της, πάλι ήταν δίπλα μου, πάλι. Κι εγώ μονίμως την κορόιδευα, της έλεγα ψέματα».

Εξευτελισμός και απαξίωση «για το κακό» που διεπράχθη λόγω της ουσιοεξάρτησης από τα υποκείμενα της έρευνας φέρει στο προσκήνιο το συνοδό της ντροπής συναίσθημα της ταπείνωσης σε ηθικό και κοινωνικό επίπεδο, στη σκηνή του άμεσου οικογενειακού και κοινωνικού περίγυρου.

«Ντρεπόμουνα τον Διευθυντή, τους συνάδελφους, τη μάνα μου, τους φίλους μου. Τι θα πούνε οι άλλοι, αυτό ήταν το άγχος μου... Με ενδιέφερε τι θα πει η μάνα μου, τι θα πει ο αδερφός μου».

«Και γενικά, υπήρχε έτσι, μία κατάσταση άγχους, αγωνίας, να τα καταφέρω, να είμαι καλά κάθε μέρα, να μπορώ να πηγαίνω στη δουλειά, να μην το καταλάβει κάποιος όλο αυτό... Κι ο φόβος πάντα, μην το μάθει ο μπαμπάς».

«Ο πατέρας μου... που ήταν ένας άνθρωπος ο οποίος ούτε είχε καπνίσει...

Δεν είχε ιδέα. Το έμαθε κάποια χρόνια αργότερα. Και ενώ θα μπορούσε να μου δείξει την πόρτα ας πούμε, δεν το έκανε ποτέ».

«Ήμουν χάλια. Overdose. Με πήγανε νοσοκομείο. Και το νοσοκομείο … είπε ότι πρέπει να καλέσουμε τους γονείς, γιατί το overdose δεν ξέρεις, θα συνέλθει, δε θα συνέλθει;…Και ήρθαν οι γονείς μου… Κλαίγανε, χάλια. Είχανε και τύψεις. Πράγμα που αυτό με ενοχλεί πάρα πολύ. Είχανε τύψεις, γιατί δεν το καταλάβανε. Σου λέει, είσαι παιδί μου και δεν το κατάλαβα;».

Άλλοτε τα συναισθήματα ντροπής εκφέρονται με ευθύ τρόπο και άλλοτε με πλάγιο:

«Μέσα σ' αυτά τα χρόνια έκανα πολλές φορές προσπάθεια να δουλέψω. Και δούλευα, δηλαδή και σε σούπερ μάρκετ και θα ήταν για λίγο, θα έφευγα. Σε λογιστικό γραφείο, θα ήταν για λίγο, θα έφευγα. Θα δανειζόμουνα. Αφού έχω καταστρέψει το σπίτι μου, με τα καταναλωτικά δάνεια… Αλλά, δεν, ποτέ δεν εκπορνεύτηκα. Και δεν το λέω υποτιμητικά, σας μιλάω ειλικρινά. Γιατί… από κοριτσάκια που είναι τόσο όμορφα, δηλαδή, που για το τίποτα, για μερικές ώρες, για 5 και για 10 ευρώ. Τέτοιες κοπέλες εμένα με βοήθησαν να γίνω καλά, όταν εγώ δεν μπορούσα, ας πούμε, να έχω λεφτά και όταν ήμουνα έτσι… Δεν το λέω υποτιμητικά καθόλου. Απλά λέω δεν εκπορνεύτηκα ποτέ και δεν προέβην ποτέ σε κάποια ποινική πράξη. Αυτό… Ήταν… το μόνο που μου ζήτησε ο πατέρας μου, όταν το έμαθε. "Μην κάνεις αυτά τα δύο, σε παρακαλώ"».

Σημαντικό κεφάλαιο ντροπής, ενοχής και τύψεων στη γυναικεία ουσιοεξάρτηση αναδεικνύεται το πεδίο της μητρότητας. Εδώ εντοπίζεται μια σημαντική διαφοροποίηση από την περίπτωση των ουσιοεξαρτημένων ανδρών. Να σημειώσουμε, επίσης, ότι ενώ η μητρότητα συνιστά ένα σημαντικό αντιστάθμισμα στο τίμημα της χρήσης (βλ. κατωτέρω) και πλεονέκτημα για τις περιπτώσεις των γυναικών ουσιοεξαρτημένων στον αγώνα τους για απεξάρτηση, συχνά συνοδεύεται από ισχυρά συναισθήματα και συμπλέγματα ενοχής και τύψεων, όπως επίσης και μιας αίσθησης *ανεπάρκειας*. Ως προς το ζήτημα αυτό με συγκλονιστικό τρόπο οι ερωτώμενες μητέρες της έρευνάς μας εκθέτουν τον εαυτό τους στα μάτια μας.

«Ήμουν δύο χρόνια καθαρή. Και… εκεί που διένυα τον τρίτο χρόνο… ήταν η εγκυμοσύνη… είπα και τι έγινε; Ενώ είχα το παιδί. Εκεί έχω νευριάσει πάρα πολύ με τον εαυτό μου… Λέω, και τι έγινε. Αλήθεια. Και αισθάνομαι

τόσες τύψεις, τόσες τύψεις... Και το έκανα τόσο κρυφά, τόσο κρυφά. Όταν πήγαμε μαιευτήριο... γιατί δεν έκανα μία φορά, έκανα και τρεις και τέσσερις και πέντε... Ήταν προχωρημένη εγκυμοσύνη... Με την κοιλιά στο στόμα. Και πήγαινα κρυφά... Ηρωίνη... Λίγο μεν, δεν δικαιολογείται, όμως... Στον περίγυρο, στον άντρα μου, οπουδήποτε...δεν το είπα... Τους έκανα έκπληξη... τη μεγαλύτερη έκπληξη της ζωής τους... Ο άντρας μου ήταν έτοιμος να με σκοτώσει... Και είχαμε δράματα... Σιγά-σιγά, με συγχωρέσανε. Αν το μωρό δεν ήταν καλά, δε θα με συγχωρούσε κανείς. Ούτε εγώ.».

«Αυτό που με ενοχλεί πάρα πολύ είναι η μητρότητα... ότι ίσως δεν έρθει ποτέ στη ζωή μου».

«Στα 27 μου έκανα το πρώτο μου παιδί. Στα 33 το δεύτερο... Με άλλον άντρα έκανα το πρώτο παιδί, με άλλον παντρεύτηκα».

«Χρήση έκανα πριν. Όταν έμεινα με τα δύο παιδιά και όταν έμεινα έγκυος στον γιο μου... που ήμουνα πιο πολύ μητέρα, το έκοβα, ας πούμε. Δηλαδή, σταματούσα... Όταν ήμασταν με τον μπαμπά της μικρής, ακόμα έκανα χρήση. Χωρίζω. Χωρίζοντας, εκεί που άφησα και τις δουλειές και τα άφησα όλα, κόβω και την κάνναβη. Εκεί τρελάθηκα. Δηλαδή, τον πρώτο καιρό, που ήμουνα με τα παιδιά, πέρασα μία φάση τρέλας».

Το τίμημα της ουσιοεξάρτησης, όμως, συνεπάγεται και **πλήθος αποκλεισμών** και εκτοπισμών. Κοινωνική απομόνωση, ρήξεις δεσμών και σχέσεων, αποκλεισμοί από μια ομαλή ένταξη στην αγορά εργασίας.

«Γενικά, μου λείπουν άνθρωποι μέσα από τη ζωή μου. Κι άλλες φορές έχεις πάρα πολύ κόσμο γύρω σου, αλλά δεν είναι, ξέρεις, αυτό που να σε αγγίζει. Καταλαβαίνεις».

«Μετά... πάλι σε μικρό κύκλο βάδισα».

«Απομακρύνεσαι από τους ανθρώπους, την οικογένειά σου».

«Και εγώ δεν είχα να στηριχτώ πουθενά».

«Καταστράφηκε η ζωή μου... Απλά, με απλά ελληνικά. Όπως καταστρέφεται η ζωή όλων... Είναι λίγες οι περιπτώσεις που ξέρω, που δεν επηρεάστηκαν. Γιατί λίγο ως πολύ, όλοι κάπως έτσι ξεκινήσανε. Εγώ δεν ήμουν χρήστης. Τότε που γνώρισα τον πρώην σύζυγό μου, δεν ήμουν στη χρήση... εκείνος μου το πρότεινε... Και κάποια στιγμή... χωρίσαμε».

«Τώρα δεν έχω (κάποια σχέση). Έχει τελειώσει... ουσιαστικά είχε τελειώσει χρόνια πριν, γιατί του είχε συμβεί κάτι προσωπικό. Μπήκε φυλακή, δηλαδή. Και ουσιαστικά από τότε είχε τελειώσει».

«Είναι πολύ καλοί άνθρωποι... Δεν μπορώ να μπω, να ενταχθώ στην παρέα τους... δεν μπορώ να κάνω παρέα μαζί τους».

«Και μετά από αρκετά χρόνια –συγγνώμη που θα χρησιμοποιήσω αυτή τη λέξη, αλλά έτσι αποτυπώνεται η αλήθεια– σιχαμάρας, δεν μπορούσα να διανοηθώ ότι μπορώ να υπάρξω με το αντίθετο φίλο».

«Ποιο με έχει πληγώσει πιο πολύ... οι σχέσεις των ανθρώπων. Ναι. Όταν έχεις μάθει να είσαι καταστροφικός, δε σε πληγώνει τόσο πολύ αυτό (η χρήση). Όταν, όμως, ο άλλος θα σου κάνει κακό, είναι αλλιώς τα πράγματα».

«Πιστεύω ότι σε κάποιους άλλους τομείς έχω χάσει πολλά πράγματα. Φιλίες, την οικογένειά μου... πιστεύω ότι θα είχα κάνει άλλα πράγματα στη ζωή μου. Και επαγγελματικά, και γενικά».

Βασική παράμετρος του τιμήματος είναι η συντήρηση μιας χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης ή/και **το κτίσιμο μιας «αυτοεικόνας»** που παραπέμπει σε μια ιδιάζουσα ταυτότητα, αυτήν του χρήστη, του ουσιοεξαρτημένου ατόμου. Υπαρξιακά ζητήματα και διλήμματα, τα οποία μέσα στη χρήση φαίνεται πως ενισχύονται και επιδεινώνονται. Ματαιώσεις και απογοητεύσεις συνοδεύουν την πορεία προς τη χρήση και μέσα στη χρήση. Απολογισμοί του βίου πενιχροί, οπωσδήποτε όμως με κάποιες αχτίδες ελπίδας, κατά περίπτωση.

«Εγώ πλέον θεωρούσα ότι ανήκω εκεί. Δηλαδή, ότι εμένα αυτό είναι. Δηλαδή, κάπου την εξάρτησή μου την είχα κάνει επιλογή... Το στήριζα μέσα μου, ότι αυτό είμαι... Εγώ είμαι αυτό... Και θέλω να είμαι εκεί... Στα 41... εκεί περίπου, σταμάτησα. Αφού, βέβαια, είχα εξαθλιωθεί τελείως».

«Καθόλου αυτοπεποίθηση, για τίποτα, όμως. Για τίποτα. Ούτε ότι αξίζω... Δηλαδή, τίποτα. Και ειδικά μέσα στις ουσίες, πίστευα ότι, γιατί υπάρχω;... Δηλαδή, καταναλώνω μόνο το οξυγόνο του αλλουνού άδικα. Τόσο. Δηλαδή, πιο πάτος... δεν υπάρχει... να νιώσει κανείς ότι, τι κάνω τώρα; Παίρνω το οξυγόνο του άλλου, χωρίς να υπάρχει λόγος. Και με απόπειρες και με... Ναι, ναι, ναι. Έχω κάνει, ναι... Η πρώτη φορά, προσπάθησα με αλκοόλ και με φάρμακα. Ξύπνησα μετά από δύο μέρες, ήταν αποτυχία. Δηλαδή, δεν πέτυχε. Και η δεύτερη, κόβοντας τις φλέβες... είναι ένα σοκ, είναι μία

εμπειρία ζωής αυτό... Που το κουβαλάς πάρα πολύ. Πάρα πολύ, ναι. Και τώρα ακόμα, όταν κοιτάω τα χέρια μου, ας πούμε, το βλέπω. Χάρηκα που δεν πέθανα».

«Κακοποιήθηκα πολύ άσχημα... αν μπορούσα να διορθώσω... να έκοβα αυτό το κομμάτι. Δηλαδή, να μου δινόταν αυτή η ευκαιρία, να γυρίσω πίσω, θα έκοβα αυτό. Και όχι τη χρήση, όχι. Γιατί, πλέον έχω αποδεχθεί αυτό το λάθος που έκανα, με την χρήση».

«Δηλαδή, αυτά που βλέπεις, τα πρεζάκια, ας πούμε, που λέμε. Είχα γίνει ένα τέτοιο πράγμα».

«Σε κάνει ένα τίποτα. Φτάνεις σε τέτοια κατάντια, που αν καταφέρεις και καθαρίσει το μυαλό σου και δεις την κατάσταση που ήσουνα, θα πεις, αποκλείεται να έκανα εγώ αυτά τα πράγματα, να συμπεριφερόμουν έτσι. Αποκλείεται. Όσο είσαι, όμως, μέσα σ' αυτό, δεν το βλέπεις. Δεν το βλέπεις όλο αυτό. Σου φαίνεται κάτι φυσιολογικό. Φυσιολογικό; Κάτι που σου αρέσει, κάτι που... Γενικώς, τα συναισθήματα σου παγώνουν. Δε νιώθεις ούτε θλίψη, ούτε πόνο, ούτε ότι προκαλείς πόνο. Απλά πηγαίνεις ρομποτικά, ας το πούμε. Μηχανικά... Επιπτώσεις που επηρεάζουν όλη τη μετέπειτα ζωή σου, μη αναστρέψιμες. Ναι, γενικώς, γίνεσαι ένα τίποτα, μια ξεφτίλα. Που σε δείχνει ο κόσμος με το δάχτυλο και εσύ νομίζεις ότι σε δείχνουν γιατί είσαι όμορφη, ξέρω εγώ. Κάπως έτσι».

Μια ιδιότυπη **μοναξιά** αναπτύσσεται μέσα στον κόσμο της χρήσης και της ουσιοεξάρτησης. Κοινωνικός περίγυρος, φιλικές σχέσεις και συναναστροφές, ακόμη και ο γάμος και οι σχέσεις με το έτερο φύλο χαρακτηρίζονται και προσδιορίζονται από τη χρήση αλλά και από τη διαδικασία της απεξάρτησης. Περιθώρια για νέες γνωριμίες επίσης προσδιορίζονται από τον κόσμο της χρήσης αλλά και της απεξάρτησης.

«Εγώ, α, είχα δική μου οικογένεια, τώρα δεν έχω».

«Εντάξει όλοι μου οι φίλοι πλέον ήταν από την χρήση. Η σχέση που έκανα ήταν από τη χρήση».

«Η πιο κοντινή μου φίλη ήταν αυτή που μένει ακριβώς δίπλα μας... Και αυτή μπλέχτηκε με τις ουσίες... Είναι με τη μοναδική που έχω κρατήσει επαφή».

«Φίλους, φιλίες, κοινωνικές συναναστροφές;... Όχι, δεν έχω... Είχα, είχα παλιότερα πολύ, πολλούς γνωστούς και κόσμο και μέσα από τη δουλειά μου

αξιόλογους ανθρώπους. Αλλά, δεν μπορούσα… να πω τι συμβαίνει. Κι έτσι, ήμουνα λίγο απομακρυσμένη.Τώρα… με παιδιά που κάνανε χρήση, είχα επαφές. Αλλά κάποια στιγμή, σιγά-σιγά, απομακρύνθηκα. Έπρεπε να κάνω κάτι… μέσα στη χρήση είναι ακόμα πολλοί. Οπότε, δεν με βοηθάει να είμαι σε επαφή πολύ μαζί τους».

«Και οι σχέσεις… ήταν όλες πρεζοσχέσεις, ας πούμε, που λένε. Δεν ήταν κάτι σοβαρό. Δεν ήταν κάτι μόνιμο. Δηλαδή, μπορεί να ήταν ένα-δυο χρόνια, αλλά ήταν ψεύτικες, ήταν οι ουσίες στη μέση… Ούτε φιλίες είχα, καμία. Καμία. Η φίλη μου ήταν η αδερφή μου. Και από εκεί και πέρα, γνωστοί μέσα σε αυτόν τον κύκλο, ας πούμε».

«Μετά μπήκα στο πρόγραμμα… γνώρισα τον σύντροφό μου, που είμαι μέχρι και σήμερα… και ο ίδιος είναι αυτήν τη στιγμή σε πρόγραμμα».

«Παντρεύτηκα κιόλας κάποια στιγμή με αυτόν τον άνθρωπο που ήμασταν μαζί στη χρήση… (Ξανα)παντρεύτηκα. Έναν επίσης πρώην χρήστη».

«Έχει βρεθεί σύντροφος, απλά βρίσκεται κι εκείνος υπό θεραπεία. Και πηγαίνει σιγά, σιγανά, αργά, σταθερά βήματα… βρέθηκε αυτός ο άνθρωπος, ταιριάξαμε και το πάμε έτσι».

«Πριν τον γνωρίσω, τουλάχιστον 4 χρόνια, δεν είχα (σχέση). Εξ ου κι αυτό το μαλλί που βλέπετε, έτσι; Είχα σβήσει ό,τι θηλυκό υπήρχε πάνω μου. Τίποτα, δεν υπήρχε τίποτα θηλυκό πάνω μου. Το είχα σβήσει, δεν ήθελα κανέναν, δεν. Είπα, τελείωσα… διάφορες εμπειρίες άσχημες».

«Ήμουνα παντρεμένη, τώρα έχω χωρίσει.. Και εκείνος χρήστης… Εντάξει, ο γάμος μου,… Ήταν φρίκη, μες στα ναρκωτικά. Φρίκη ήτανε…Γενικά δεν μπορείς, σε χρήση δεν μπορεί να είναι καλά ο γάμος… Έπρεπε να είχα χωρίσει χρόνια νωρίτερα. Απλά δεν μπορούσα, γιατί ήμουνα και εγώ στη χρήση και εκείνος… Μακάρι να μπορούσα να χωρίσω νωρίτερα. Αλλά αν κάποιος κάνει χρήση, το μόνο που τον νοιάζει είναι να πάει να κάνει χρήση.

«Απλά, λίγο… μοναξιά κι αυτά,… σου λείπει».

«Είναι δύσκολο. Να είσαι εντελώς μόνος σου… είναι πολλή απομόνωση… Ενώ… και ψυχρές να 'ναι οι σχέσεις, είναι εκεί».

«Έχασα δουλειά, έχασα φίλους… Όσο περνάγανε τα χρόνια, έβλεπα ότι μένω μόνη μου».

Όπως ο κόσμος του «οίκου» έτσι και ο **κόσμος της εργασίας** επιτελείται είτε **ως τίμημα** της χρήσης είτε ως σημαντικό **αντιστάθμισμα.** Στην ενότητα αυτή, εξεταζόμενος ο κόσμος της εργασίας ως τίμημα της χρήσης αναδεικνύει περαιτέρω ρήξεις και ασυνέχειες σε σημαντικούς τομείς του βίου. Αστάθεια χαρακτηρίζει **το εργασιακό έθος** των ουσιοεξαρτημένων ατόμων, το δε τίμημα είναι ιδιαίτερα ακριβό, καθώς συνεπάγεται αποκλεισμό από την ομαλή ένταξη στην αγορά εργασίας, Πρόκειται για μια άλλη *απώλεια*, έναν *κίνδυνο* διαρκούς αδυναμίας ικανοποίησης βασικών αναγκών, απόκτησης βασικών αγαθών και άσκησης βασικών δικαιωμάτων.

> *«Ξεκίνησα κιόλας να δουλεύω. Δηλαδή, παρόλη τη χρήση... δούλευα. Απλώς, δεν μπορούσα να μείνω σταθερά σε μία δουλειά... λόγω του ότι πια είχα μπει στη χρήση. Και έμενα μέχρι ένα σημείο και μετά, σε μια δυσκολία,... τα παράταγα».*

> *«Όσο ήμουν στη σχολή ήμουν πωλήτρια... μπήκα σε γραφείο, ήμουν στα κεντρικά. Και μετά πήγα στην (τράπεζα)... Εκεί κατέρρευσα εντελώς... Έκανα ό,τι κάνει ένας ναρκομανής κανονικά. Αργούσα στη δουλειά, άρχισα να απουσιάζω. Ενώ ήμουν πάντα άριστη, ήμουν καλή στη δουλειά μου. Ποτέ δεν αργούσα, ποτέ δε ζητούσα άδειες... κανονικά δούλευα, κανονικά. Από ένα σημείο και μετά, άρχισα να αργώ, να μην έχω λεφτά. Ξόδευα όλα μου τα λεφτά... στα ναρκωτικά... Πάρα πολλά... Μέχρι που με απολύσανε από τη δουλειά... Ευτυχώς, με συμπαθούσανε και με ξαναπήρανε, αλλά πιο υποβιβασμένη, καμία σχέση. Δεν καταλάβανε ότι έκανα ναρκωτικά, προφανώς. Απλά, το αποδώσανε σε κρίση άγχους και, πώς το λένε; Ότι κουράστηκα, ας πούμε. Δε φαντάστηκε κανένας ότι μπορεί να κάνω ναρκωτικά... Και μου ξαναδώσανε δουλειά, αλλά υποβιβασμένη. Το παιδί για όλες τις δουλειές; Σε άλλη τράπεζα, προφανώς, όχι στην ίδια που ήμουνα. Σε άλλο κατάστημα όχι στο ίδιο, που με ξέρανε οι συνάδελφοι».*

> *«Και (σε μεγάλο super-market) έχω μπει. Και λόγω χρήσης απολύθηκα... Είτε δεν πήγαινα, λόγω στερητικών. Είτε κοιμόμουν όρθια... δεν ήμουν αποδοτική. Όσο ήμουν καλά, ήμουν. Όσο δεν ήμουν, δεν ήμουν».*

Μέσα από το λόγο των ερωτώμενων της έρευνάς μας καταρρίπτεται ο μύθος ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα είναι *ακατάλληλα* για εργασία. Αντιθέτως διαπιστώνεται ότι η προσφερόμενη εργασία είναι *ακατάλληλη* για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ουσιοεξαρτημέ-

νων ατόμων. Ο κόσμος της εργασίας των γυναικών της έρευνάς μας χαρακτηρίζεται από εμφανείς όψεις εκμετάλλευσης και αδικίας. Δουλειές «του ποδαριού», εργασιακή επισφάλεια και διαρκής *ελαστικότητα*. Μάλιστα η τρέχουσα οικονομική κρίση με το τεράστιο εφεδρικό εργασιακό απόθεμα λόγω της ανεργίας, και την υπερσυγκέντρωση της επιχειρηματικής δραστηριότητας στα «χέρια λίγων», επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την επισφαλή εργασιακή θέση και κατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Και φυσικά η προσφερόμενη εργασία, ως είδος, δεν προσιδιάζει με τα εκπαιδευτικά προσόντα των ουσιοεξαρτημένων της έρευνάς μας, όπως άλλωστε συμβαίνει με τη γενικότερη αναντιστοιχία εκπαίδευσης και αγοράς εργασίας σε συνθήκες κρίσης για το σύνολο της κοινωνίας.[47]

> *«Πάρα πολύ βενζινάδικο έχω δουλέψει. Πάρα πολύ, πολλά χρόνια. Φυλλάδια, μικροδουλειές, έτσι. Μετά,... επαιτεία... πολλή επαιτεία. Έχω δουλέψει ως καθαρίστρια. Με φαγητό έχω δουλέψει. Ταμίας έχω δουλέψει. Διάφορες δουλειές. Πάντως, αυτό, η περισσότερη χρήση μου βγήκε έτσι, με τη δουλειά».*
>
> *«Έκανα πολλές δουλειές... Έχω δουλέψει από εργοστάσιο, μέχρι, τώρα, αυτήν τη στιγμή δουλεύω στον Δήμο, είμαι φύλακας, σχολικός φύλακας, σ' ένα δημοτικό. Μου αρέσει η δουλειά αυτή. Μου αρέσει που είμαι με παιδιά, γιατί έχω τελειώσει και βρεφονηπιοκόμος. Και ξεχνιέμαι με τα παιδιά. Έχω κάνει διάφορες θέσεις. Έχω δουλέψει θέσεις με παγωτά, με λουλούδια, σε βιβλιοπωλείο. Διάφορες έχω κάνει».*
>
> *«Δούλευα και βράδια, ας πούμε, σε μπαρ και τέτοια. Εκεί δεν υπήρχε ασφάλεια, με τίποτα. Ή στην τελευταία μου δουλειά... (εντός κρίσης) η κακομεταχείριση είναι φουλ... Δουλεύαμε, δε θυμάμαι πόσες ώρες... Και τα ένσημα τίποτα, ούτε να βγάλεις βιβλιάριο, δηλαδή... Και οι ώρες δεν ήταν οκτάωρο, ήταν παραπάνω... σου το ζητούσαν σαν χάρη, να κάτσεις. Και άμα δεν το έκανες σου συμπεριφερόντουσαν ακόμα πιο άσχημα. Ή σε απειλούσαν λίγο, ότι κουνιέται η θέση σου, θα σε διώξουμε».*
>
> *«Γενικότερα, στη συγκεκριμένη δουλειά, υπήρχε κακομεταχείριση πάρα πολύ. Και όχι μόνο από το (...) υποκατάστημα. Όλες αυτές οι αλυσίδες ... που είναι το ίδιο αφεντικό... Συμπεριφέρεται πάρα πολύ άσχημα. Πάρα*

47. Βλ. σχετικά, Δεμερτζής κ.ά. (επιμ.) (2017)· Τσίγκανου (2002), σελ. 15-104· Ταταρίδου (2002), σελ. 219-269· Τσίγκανου (1997), σελ. 51-69.

πολύ άσχημα. Λες και είναι δουλικά, ας πούμε. Εγώ έφτασα, έβγαλα... κύστες... από το στρες και όλο αυτό που κατάπινα... Βρίσκομαι υπό θεραπεία, δεν μπορώ να μου συμπεριφέρεται κάποιος τόσο άσχημα και τόσο σαν σκουπίδι... Αυτήν την συμπεριφορά, βέβαια, την είχε απέναντι σε όλους... Σε όλους... Οπότε... φύγαμε ομαδικώς 10 άτομα, παραιτηθήκαμε... Τα καλύτερα χαρτιά τους φύγαμε, αλλά αυτοί θα φέρνανε».

«Έπρεπε να σερβίρω, έπρεπε να είμαι ταμειακή, έπρεπε να ανακατεύω τα φαγητά, έπρεπε να αλλάζω τα ταψιά. Έπρεπε να κάνω και μες στην κουζίνα, να κόψω κρεμμύδια. Δηλαδή, έπρεπε να κάνω πέντε ανθρώπων πόστο. Και αν δεν το έκανα, πέρναγε το αφεντικό, με έβριζε και μπροστά στους πελάτες... Απίστευτοι».

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, το **στίγμα** της ουσιοεξάρτησης επηρεάζει έτι περαιτέρω την εργασιακή κατάσταση και θέση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Υπό το καθεστώς μάλιστα της εγκατεστημένης **«γνωριμιοκρατίας»** στην ελληνική (αλλά και τη διεθνή) αγορά εργασίας η εργασιακή κατάσταση και θέση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων καθίσταται περισσσότερο ευάλωτη τόσο εντός όσο κι εκτός χρήσης, τόσο εντός όσο και εκτός της τρέχουσας οικονομικής κρίσης.[48]

«Μας ταμπελιάζουνε όλους».

«Τώρα πλέον... πέρνουνε και τέτοια παιδιά (ουσιοεξαρτημένους)... η συγκεκριμένη επιχείρηση».

«Δουλειά;... Ψάχνω, όσο γίνεται... Με ζορίζουν... που δεν έχω κανένα κοινό να συζητήσω και που με βλέπουν σαν να είμαι... Μπήκα με μέσο, εννοείται... Δε νιώθω άσχημα γι' αυτό, γιατί όλες... που είμαστε εκεί... όλες, κάποιος έχει μιλήσει κι έχουν πάει».

Τα αντισταθμίσματα

Τα τιμήματα έχουν και αντισταθμίσματα. Αντισταθμίσματα που δεν είναι κοινά σε ολόκληρο τον κόσμο της χρήσης καθώς διαθέτουν *γυναικεία ταυτότητα*. Στο πεδίο των αντισταθμισμάτων η διάκριση κατά φύλο αναδεικνύεται σημαντική κατηγορική μεταβλητή στον κόσμο της ουσιοεξάρτησης.

48. Βλ. σχετικά Τσίγκανου (1997), σελ. 51-70.

Η μητρότητα δρα ισχυρά αντισταθμιστικά στα όποια τιμήματα. Νοηματοδοτεί εκ νέου τη ζωή της ουσιοεξαρτημένης γυναίκας και προσδίδει θέληση για απεξάρτηση, μια νέα τροχιά ζωής και ελπίδα για το μέλλον.

> *«Η εγκυμοσύνη και η γέννηση της μικρής... πιστεύω ότι αυτό με έφερε στη ζωή πίσω».*

> *«Το κίνητρό μου, το βασικό μου κίνητρο... (για απεξάρτηση... το παιδί)... Κατ' αρχήν, για εκείνη πρώτα το έκανα, σαν πρώτη φάση το έκανα για εκείνη. Γιατί πέρασα εγώ, έβαλα τη δικιά μου παιδική ζωή και λέω, όχι, δε θα το κάνω στο παιδί αυτό. Και έτσι, άρχισε, σαν πρώτη φάση, έτσι».*

> *«Και οι προσπάθειές μου (για απεξάρτηση) έτσι, η σοβαρή μου προσπάθεια άρχισε το 2013, εφόσον είχα γεννήσει, βέβαια».*

> *«Ε, μετέπειτα, από τότε που γέννησα...Κατ' αρχήν, μία που το έμαθα και μία που δεν ξανακάπνισα από εκείνη την στιγμή. Δεν υπήρχε χρήση... Ήμουν πάρα πολύ χαρούμενη... ήμουν πολύ θετική, χαρούμενη, άλλαξε η ζωή μου».*

> *«Η μικρή δεν είχε δει χρήση, παρόλα αυτά... Όχι, δεν έχει δει. Αν και ήταν μωρό τότε. Αλλά, και πάλι, δεν έχει δει χρήση ευτυχώς».*

> *«Είχα διακόψει και πιο πριν την χρήση, αλλά στην εγκυμοσύνη ξανά υποτροπίασα, οπότε με το που γέννησα, ξανά... Είχα να κάνω χρήση δύο χρόνια, πριν μείνω έγκυος. Έμεινα έγκυος και στο ενδιάμεσο υποτροπίασα. Και μόλις γέννησα, ήρθα (σε θεραπευτικό πρόγραμμα). Και πιο πολύ και για το παιδί... Γιατί... δεν γίνεται να έχεις και παιδί και να κάνεις ναρκωτικά».*

Ως ένα ισχυρό αντιστάθμισμα προβάλλει η προσπάθεια που συμπυκνώνεται στο απόφθεγμα *«κερδίζοντας το χαμένο χρόνο»*.[49] Οι προϋποθέσεις κοινωνικής ένταξης –έστω και αβέβαιης– είναι εξαιρετικά γνωστές και πολύ οικείες στον κόσμο της ουσιοεξάρτησης. Προτεραιότητα προσδίδεται στην απεξάρτηση και στη συνέχεια στις σπουδές ή/και την εργασία.

> *«Στη χρήση ήμουν αρκετά χρόνια. Τα τελευταία χρόνια είμαι σε πρόγραμμα. Πάω σχολείο, δουλεύω... Βάζω τη ζωή μου σε μία τάξη, πλέον χωρίς*

49. Κατά παραφθορά του τίτλου του έργου του Μ. Προυστ (2011), *Αναζητώντας τον χαμένο χρόνο*, Αθήνα: Εστία.

ουσίες... Στη χρήση ο δρόμος είναι πολύ δύσκολος... Τώρα είναι, όμως, όλα καλά. Μ' αρέσει που πηγαίνω στο σχολείο. Πολύ θα ήθελα να το είχα κάνει και πολύ νωρίτερα, γιατί το σχολείο... μας βοηθάει πολύ και στη δουλειά μας. Δηλαδή... αν κάποιος δεν έχει βγάλει σχολείο, αναγκάζεται και δουλεύει σαν σκλάβος όλη του τη ζωή. Ενώ το σχολείο μάς δίνει μία δυνατότητα να κάνουμε και κάτι, κάτι καλύτερο. Μακάρι να το είχα κάνει χρόνια νωρίτερα αυτό, αλλά δυστυχώς ήμουνα στη χρήση. Δεν μπορούσα τότε παράλληλα, δεν είχα το μυαλό για να πάω και στο σχολείο. Όμως τώρα, τώρα το κάνω... Δουλεύω».

«Αυτά τα χρόνια που έμεινα καθαρή, το πρώτο πράγμα που έκανα ήταν να βρω τι θα κάνω, πώς θα δουλέψω, πώς θα τα βγάλω πέρα... Έκανα κάποιες προσπάθειες, τέλος πάντων, να παίρνω κάποιες δουλίτσες από εδώ και από εκεί... Μπήκα σε μια εταιρεία... Και δούλεψα εκεί όλα τα χρόνια αυτά... Δουλεύω πολύ. Δουλεύω. Και μακριά από το σπίτι μου. Δηλαδή, ένα δωδεκάωρο είμαι εκτός σπιτιού, γιατί έκανα ολόκληρο ταξίδι για να πάω και να γυρίσω από τη δουλειά. Κάνω πολλή προσπάθεια στο κομμάτι της δουλειάς».

«Θα ήθελα πάρα πολύ να εργαστώ, να έχω τη δύναμη να εργαστώ και τη δυνατότητα να εργαστώ... Είναι δύσκολα τα πράγματα. Γνωρίζετε ότι είναι πάρα πολύ δύσκολα.».

«Σπούδασα... με δυσκολία. Έκανα διάφορα και όταν ήμουνα στη χρήση. Γιατί... η δεύτερη σχέση... μου έλεγε, κάνε αυτό που θέλεις, προσπάθησε, μάθε μια δουλειά, δεν έχει σημασία. Τελικά, το έκανα για μένα... Οπότε, ναι, χάρηκα που το έκανα... Εντάξει, έχω χρέη από τότε. Ακόμα πληρώνω. Αλλά, τουλάχιστον, έχει μπει μια τάξη στη ζωή μου».

Το να κτίσει κανείς έναν καινούργιο εαυτό μέσα από τη διαδικασία της απεξάρτησης αναδεικνύεται ένα ισχυρό αντιστάθμισμα. Στην απόκτηση αυτής της νέας κατά κάποιο τρόπο ταυτότητας η αναγνώριση των προσπαθειών και η αυτοεκτίμηση διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο. Παράλληλα, μια αίσθηση υπερηφάνειας για κάποια επιτεύγματα, η ενθάρρυνση και η επιβράβευση αντισταθμίζουν ισχυρά τις ματαιώσεις και απογοητεύσεις.

«Έπρεπε εγώ να αναλάβω την οικογένεια, ένας άνθρωπος που δεν γνωρίζει ούτε από νοικοκυριό, ούτε από λογαριασμούς, ούτε από τίποτα. Και όμως, τα κατάφερα... Πήρα τα εύσημα από τον παθολόγο του, ότι ξανασηκώθηκε στα πόδια του, με πάρα πολλά προβλήματα υγείας».

«Είδα την αφίσα εκεί τοιχοκολλημένη για τη δημιουργική γραφή και για το θεατρικό. Θέλησα να πάρω μέρος. Και μπήκανε τα γραπτά μου και στην Τεχνόπολη, επιλέχτηκαν να μπούνε, γίνανε εγκαίνια εκεί».

«Είμαι με ένα κινητό, βέβαια, στο χέρι, γιατί εγώ προσέχω τη θεραπεία του (πατέρα)... Η μαμά είναι σε μία τραγική κατάσταση... πέρασε κι ένα εγκεφαλικό. Και τα κατάφερα αξιέπαινα, όπως μου είπαν».

«Εγώ το μεγάλωνα το παιδί... Δηλαδή, μπορώ να πω ότι τα καταφέρνω, αν και δεν το περίμενα. Ναι, με το παιδί είμαι καλή».

«Χαρούμενη νιώθω, έτσι, πολύ, που κατάφερα. Γιατί πάντα όλα στη μέση τα άφηνα. Χαίρομαι που κατάφερα... να κλείσει αυτός ο κύκλος με ωραίο τρόπο. Νιώθω περήφανη για μένα. Νιώθω ότι κατάφερα αυτόν τον στόχο που είχα βάλει. Τον έφερα εις πέρας... Χαίρομαι που πλέον, έτσι μπορώ να σταθώ στα πόδια μου. Και... αντιμετωπίζω τις καταστάσεις της ζωής με έναν άλλον τρόπο».

Τα παραπάνω υποστηρίζουν το επιχείρημα ότι «η συμμετοχή των γυναικών αυτών... σε συλλογικές δράσεις... μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα της κρίσης... είτε έχουν καλλιτεχνικό χαρακτήρα... είτε είναι δράσεις κοινωνικής αλληλεγγύης... σφυρηλατούν δεσμούς με την κοινότητα... διαμορφώνουν όρους ανοιχτού διαλόγου με αυτήν, ενισχύουν το αίσθημα της αυτοεκτίμησής τους, ενδυναμώνουν τη γυναικεία τους ταυτότητα μέσα από την ανάληψη κοινωνικών ρόλων, συμβάλλουν στην άρση των όρων του κοινωνικού αποκλεισμού τους. Μέσα σε αυτή τη διαδικασία μεταμόρφωσής τους από αντικείμενα ταπεινωτικής βίας σε κοινωνικά υποκείμενα αποκτούν συνείδηση της τεράστιας δύναμης που κρύβουν μέσα τους και γίνονται ικανές να διεκδικούν με ψηλά το κεφάλι όλα όσα έχουν στερηθεί μέχρι τώρα και πάνω απ' όλα το δικαίωμα σε ό,τι πιο ανθρώπινο υπάρχει στον άνθρωπο: το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια».[50]

Κάποιες φορές, τέλος, μια περισσότερο ή λιγότερο καλή σχέση με την οικογένεια δρα ομοίως αντισταθμιστικά στα παθήματα του βίου.

«Από κάποια ηλικία και μετά... δε ζούσα πλέον με τους γονείς μου. Όμως, ήταν για μένα πάντα ένα αποκούμπι, γιατί είχαν γίνει πλέον σκληρά τα πράγματα».

50. Μάτσα (2013), σελ. 29.

«Απλά, είχα, αυτά τα χρόνια είχα τη συμπαράσταση της μητέρας μου».

«Ξέρω ότι υπάρχει πίσω μου, άμα χρειαστώ κάτι, οι δικοί μου».

Η κουλτούρα της χρήσης

Μέσα από τις αφηγήσεις των ερωτώμενων γυναικών επιβεβαιώνεται μια από τις βασικές υποθέσεις της έρευνάς μας ότι ο κόσμος της ουσιοεξάρτησης χαρακτηρίζεται από τη δική του ιδιάζουσα *κουλτούρα,*[51] όπως αυτή προσδιορίζεται δομικά και πολιτισμικά: συνθήκες και συνήθειες, ιεραρχίες, προτεραιότητες, κοινωνικές πρακτικές, αξίες, κώδικα συμπεριφοράς. Ο κόσμος της ουσιοεξάρτησης πραγματικά καταλαμβάνει ένα *ιδιαίτερο* κοινωνικό πεδίο πολιτισμικά *αυτόνομο* –οπωσδήποτε όμως εντός της κατεστημένης κάθε φορά κοινωνικής δομής– το οποίο εντοπίζεται σε ένα *ενδιάμεσο* θα λέγαμε *κοινωνικό τόπο* εντός-εκτός προδιαγεγραμμένων ορίων και κοινωνικών συνόρων (εντός-εκτός αγοράς εργασίας, εντός-εκτός των τοίχων της φυλακής, εντός-εκτός κυρίαρχων κοινωνικοποιητικών δομών –οικογένεια, σχολείο– αλλά και θεραπευτικών συστημάτων, εντός-εκτός ιατρικής και ποινικής αντιμετώπισης). Πρόκειται για έναν *τόπο* ο οποίος διαθέτει πληθυσμούς με μεγάλη κινητικότητα στα «έσχατα» της κοινωνίας, πληθυσμούς με χαρακτηριστικά «κινουμένης άμμου» και κοινωνική κινητικότητα που προσδιορίζεται πέρα από τους όρους της ταξικής διευθέτησης –τους οποίους άλλωστε δεν μπορούμε να αποτιμήσουμε επακριβώς λόγω ανυπαρξίας σχετικής διερεύνησης στην ελληνική πραγματικότητα– και με τους αποκλειστικούς/ενταξιακούς όρους «εντός-εκτός», οι οποίοι διαγράφονται με ενάργεια.[52] Ο *τόπος* αυτός είναι ιστορικά, κοινωνικο-πολιτικά και πολιτισμικά προσδιορισμένος καθώς σταδιακά κτίστηκε από την *κοινωνική αντίδραση* στο φαινόμενο

51. Πρβλ. Young (1971).

52. Δεν μπορούμε να μην αναγνωρίσουμε ότι ο πληθυσμός των ουσιοεξαρτημένων αντιμετωπίζει σε μεγαλύτερο βαθμό πολλαπλά «κοινωνικά φράγματα», από λοιπούς πληθυσμούς οι οποίοι και αυτοί φέρουν χαρακτηριστικά «κοινωνικού μειονεκτήματος». «Μειονεκτήματα» και «φράγματα» λειτουργούν εξόχως «αποκλειστικά» για τον κόσμο της ουσιοεξάρτησης θέτοντας πολλαπλά εμπόδια στην ενταξιακή διαδικασία. Βλ. σχετικά Τσίγκανου (1997), και περί «κοινωνικού φράγματος» και των λειτουργιών του στα Parkin (1979)· Collins (1979)· Murphy (1988). Βλ. επίσης και για την ένταξη της ουσιοεξάρτησης στο *κοινωνικό περιθώριο* το κλασσικό έργο του Becker (1973).

της χρήσης και της ουσιοεξάρτησης, όπως αυτή κυρίαρχα εκφράστηκε από τον χαρακτήρα της νομικο-θεσμικής αντιμετώπισης του φαινομένου κοινωνικο-ιστορικά, ο οποίος, άλλωστε, επέβαλε τον ορισμό της χρήσης ως αδικήματος ή/και ως ασθένειας.[53]

Σε αυτόν τον *τόπο* και τον *κόσμο* της ουσιοεξάρτησης, η παράμετρος του φύλου, όπως κατέδειξε και η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης, διαπερνά την κοινωνική περιχαράκωση. Όπως επισυμβαίνει σε ολόκληρη την κοινωνική δομή, η παράμετρος του φύλου αναδεικνύεται καθοριστική των κοινωνικών σχέσεων, διευθετήσεων αλληλεξαρτήσεων και αλληλεπιδράσεων. Όπως έχει υποστηριχθεί, υπό το κράτος του σύγχρονου κοινωνικού σχηματισμού όπου σε συνθήκες κρίσης έχουν διαμορφωθεί «όροι εκπτώχευσης και εξευτελισμού της πλειονότητας του κοινωνικού συνόλου, στέλνοντας στο κοινωνικό περιθώριο, στον αποκλεισμό και τελικά στην εξόντωση όλους τους διαφορετικούς, εκείνους που κινούνται έξω από τα στενά όρια της κοινωνικής νόρμας... αποδεκτής από την κυρίαρχη τάξη... η σημερινή ανδροκρατική κοινωνία, με τα ενισχυμένα λόγω κρίσης κοινωνικά στερεότυπα σε βάρος των γυναικών, καταπιέζει και στιγματίζει διπλά την εξαρτημένη γυναίκα. Η ίδια η οικογενειακή εξουσία, ως όργανο ρύθμισης των σχέσεων ανάμεσα στον πατέρα, στη μάνα, στον γιο και στην κόρη, θεσμοθετεί την αδικία σε βάρος της γυναίκας, μεταβάλλοντας τον οικιακό χώρο σε χώρο τυραννίας. Σε αυτό το χώρο βιώνονται οι τραυματικές εμπειρίες που σημάδεψαν ανεξίτηλα τη ζωή αυτών των γυναικών, συμπυκνώνοντας τρομακτικές ποσότητες βίας, αυθαιρεσίας, διακρίσεων, αδικίας, μόνο και μόνο επειδή έτυχε να γεννηθούν γυναίκες».[54] Όπως έχει ήδη τονιστεί, «καμία υποψία για αδικία δεν σκιάζει τις προσβολές που δέχεται η γυναίκα επειδή γεννήθηκε γυναίκα, καμμία πολιτική γραμματική δεν επιτρέπει να διατυπωθεί η αμφισβήτηση της αυθαίρετης εξουσίας που καθιστά δυνατή μια τέτοια προσβολή».[55]

53. Ενδεικτικά βλ. Υφαντής (2017). Επίσης, Στριγγάρης (1937)· Tsiganou (2003).
54. Μάτσα (2013), σελ. 26-7.
55. Βαρίκα (2005), σελ. 14.

Η μύηση

Τα δεδομένα της έρευνάς μας ενισχύουν ευρήματα και επιχειρήματα άλλων ερευνών για την ουσιοεξάρτηση ως προς το ότι η κουλτούρα της χρήσης χαρακτηρίζεται από μια διαδικασία *μύησης*. Από *ένα εισαγωγικό στάδιο*, σε *μικρή ηλικία* (ακόμη και στην προεφηβεία, αλλά κυρίως στην εφηβεία), το οποίο περιλαμβάνει την εναρκτήρια χρήση με κάνναβη, χασίς, χάπια *(«ήπια»)*, και σε μεταγενέστερο στάδιο με ηρωίνη, κοκαΐνη και λοιπά συνθετικά ναρκωτικά *(«σκληρά», «χημικά, δηλητήρια»*, σύμφωνα με τις ερωτώμενές μας). Όπως έχει ήδη προεκτεθεί, εντοπίσαμε και στην έρευνα αυτή μια πρώτη και συχνά επιχειρούμενη *διάκριση* ανάμεσα σε «μαλακά» και «σκληρά» ναρκωτικά η οποία έχει ενσωματωθεί και στο λόγο των ερωτώμενων γυναικών. Η συνδρομή *της παρέας* στην εναρκτήρια χρήση είναι καθοριστική, καθώς αυτή συντελείται αρχικά σε «*παρέες*» ομιλήκων, αλλά κυρίως «*μεγαλύτερων*», φίλων, συγγενών, συντρόφων, ομοίως χρηστών. Κάποιες φορές συνδυάζεται με την κουλτούρα της νυκτερινής διασκέδασης,[56] όπως έχει δειχθεί και σε άλλες έρευνες.

> *«Εκεί που πήγαινα σχολείο, είχε πάρκα... και μαζευόντουσαν παιδιά. Εκεί δοκίμασα για πρώτη φορά χόρτο... Μετά... βγαίναμε. Ενώ φοβόμουνα να κάνω χρήση, δοκίμασα LSD. Και... δοκίμαζα... εκεί, στα 14-15, ήπια... Μετά, όσο μεγάλωνα γινόταν πιο συστηματικό, μετά τα 16-17... Είχα, όμως, μία παρέα... η καλύτερη μου φίλη... δύο φίλες μου. Και άλλη παρέα που θα έβγαινα, θα πηγαίναμε στα κλαμπ, θα καθόμασταν με τις ώρες έξω από το σπίτι... Και μετά... στο Λύκειο... γνώρισα κι άλλες παρέες».*

Η εισαγωγή στη χρήση έχει συντελεστεί στις περιπτώσεις των γυναικών της έρευνάς μας από κάποιον άντρα, αδελφό, φίλο, σύντροφο, κοινό και αυτό ερευνητικό εύρημα σε έρευνες τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Μάλιστα, οι τρόποι αυτοί εισαγωγής στη χρήση και την εξάρτηση, ιστορικά, *ενέχονται* για την καλλιέργεια της αντίληψης για την επιδημιολογικής μορφής μεταδοτικότητα της ουσιοεξάρτησης, ως μιας επικίνδυνα *μολυσματικής νόσου*. Αυτή η αντίληψη διακρατεί μεγάλο μέρος της ευθύνης για την δυσκολία κοινωνικής ένταξης ή/και επανένταξης των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, με την αγορά εργασίας να χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό

56. Βλ. και Αστρινάκης και Στυλιανούδη (1996).

μικρών και μεσαίων οικογενειακών επιχειρήσεων που απασχολούν κυρίως μέλη της οικογένειας εν στενή και ευρεία εννοία, η πρόσληψη πρώην ουσιοεξαρτημένων ατόμων συνιστά σχεδόν *ουτοπία*.[57]

> *«Αυτό ήρθε από τον μικρό μου αδερφό... Πώς ήρθε η ηρωίνη; Είχα γνωρίσει ένα παιδί, το οποίο ήταν ήδη στην ηρωίνη».*
>
> *«Εγώ δεν ήμουν χρήστης. Τότε που γνώρισα τον πρώην σύζυγό μου, δεν ήμουν στη χρήση... εκείνος μου το πρότεινε».*
>
> *«Το μυαλό μου έφταιγε... και ίσως και ο πρώην σύζυγος... Γιατί μαζί του άρχισα τη χρήση... εμένα, προσωπικά, αυτός με έβαλε».*

Σε κάποιες από τις αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας αποκαλύπτεται και το *μυστικό* της ουσιοεξάρτησης των γυναικών. Με αυτόν τον τρόπο αρχίζει να αχνοφαίνεται μια δεύτερη *διάκριση* στον κόσμο και την κουλτούρα της ουσιοεξάρτησης, η διάκριση *κατά φύλο*, με τη γυναικεία παρουσία να διαγράφει μια διαφορετική πορεία προς την ουσιοεξάρτηση από τους άνδρες χρήστες. Τα λεγόμενα των ερωτώμενων γυναικών υποδεικνύουν την επιρροή της παραμέτρου της θηλυκής παρουσίας, ως μιας ιστορικά, δομικά και πολιτισμικά προσδιορισμένης αρχετυπικής *μήτρας* φροντίδας, βοήθειας, προσφοράς και έγνοιας για τα αγαπημένα πρόσωπα εντός και εκτός του *οίκου*, σε μια μη αρχικά και μη συνειδητά επιδιωκόμενη ουσιοεξάρτηση *per se*.

> *«Αλλά, κάπως έτσι ξεκίνησε, προσπαθώντας να τον βοηθήσω».*
>
> *«Έκανε εκείνος χρήση. Εγώ προσπαθούσα να τον βοηθήσω να ξεφύγει από όλα αυτά. Τσακωμοί, το ένα, το άλλο. Μέχρι που δοκίμασα... Και μετά το έκανα και από μόνη μου, κρυφά από αυτόν».*

Η γυναίκα ακόμη και εντός της χρήσης δεν εγκαταλείπει την κοινωνικο-ιστορικά, δομικά και πολιτισμικά προσδιορισμένη *προδιάθεση* για το νοικοκυριό και τη φροντίδα. Πολλές φορές στο λόγο των γυναικών της έρευνάς μας αναδύονται τα στερεοτυπικά γνωρίσματα της γυναικείας φιγούρας ως συμπαραστάτη του βίου και ως ανιδιοτελούς προσφοράς φροντίδας στον οίκο, τον σύντροφο, τα παιδιά, εντός και εκτός χρήσης[58].

---

57. Βλ. ενδεικτικά, Παπαδοπούλου (2012).
58. Βλ. ενδεικτικά, για την κοινωνικο-ιστορικά κατασκευασμένη θέση της γυναίκας

«Αφού τσούλησε η πρώτη χρονιά (θεραπείας-απεξάρτησης)... κατάφερα εκείνο το καλοκαίρι, ναι, να ξαναπάει ο... (σε θεραπευτικό πρόγραμμα)... Πώς; Τον πήγαινα εγώ σε όλα τα ραντεβού. Γιατί δεν μπορούσε να βγει από το σπίτι, για να πάει».

«Εγώ... κρατούσα την επαφή με τους δικούς μου... κι έμεινα με τον αδερφό μου, τον πιο μικρό, πήγαινα στη σχέση που είχα, αλλά πήγαινα και στον αδερφό μου, στο σπίτι του, το σπίτι μας, δηλαδή, που μένω και τώρα, να βοηθάω, να καθαρίζω, να φροντίζω και τα λοιπά, όσο μπορούσα».

«Ήμουνα με τον μπαμπά της (κόρης), ερχόταν και ο μπαμπάς του (γυιού) με τον φίλο του... Και τότε... ήταν όλοι στο σπίτι. Δηλαδή, ερχόταν κι εκείνος με τη σχέση του κι ο αδερφός μου... με την κοπέλα του... Επειδή εγώ ήμουνα μητέρα, με τα παιδιά, ούτως ή άλλως μαγείρευα, ούτως ή άλλως έφτιαχνα κέικ, ούτως ή άλλως έφτιαχνα κουλουράκια. Ξέρεις. Ερχόντουσαν και υπήρχε μια οικογενειακή, που τη, τη στήριζα εγώ. Ναι, κάπως ήμουνα κεντρικό πρόσωπο, γιατί εγώ φρόντιζα κάπως όλους».

Οι συναναστροφές

Όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω ο κοινωνικός περίγυρος των ουσιοεξαρτημένων γυναικών εγγράφεται και αυτός εντός του κόσμου της ουσιοεξάρτησης. Στο σημείο αυτό μας ενδιαφέρει η διάκριση που εντοπίζεται και συνιστά τη δικαιολογητική και νομιμοποιητική βάση των συναναστροφών εντός χρήσης, όπως αυτή νοηματοδοτείται από τις συμμετέχουσες στην έρευνά μας. Έτσι, ως προς τις συναναστροφές αναδεικνύεται μια *διάκριση* και ένας ιδιάζων κοινωνικός διαχωρισμός ανάμεσα σε φυσιολογικούς ανθρώπους και τα «τέρατα». Σε κάποιες περιπτώσεις ο κόσμος των χρηστών δηλώνεται ως ένας κόσμος «*ψεύτικος*» και απατηλός, ενώ σε άλλες αποτελείται από τους μοναδικούς «*συνοδοιπόρους*» του βίου.

«Και οι σχέσεις, μετά από αυτό, ήταν όλες πρεζοσχέσεις, ας πούμε, που λένε. Δεν ήταν κάτι σοβαρό. Δεν ήταν κάτι μόνιμο... ήταν ψεύτικες, ήταν οι ουσίες στη μέση».

«Πάντα υπήρχε μία ουσία... όσες σχέσεις και να έχουμε κάνει πάνω στη χρήση, δεν ήταν, η σχέση ήταν με τη χρήση. Απλά, ήταν συνοδοιπόρος ο άλλος, που κι αυτός είχε σχέση με τη χρήση».

ως «δούλας του άνδρα», την απλήρωτη οικιακή εργασία των γυναικών, τη θέση της γυναίκας στην οικιακή οικονομία και τις ιδεολογίες φύλου στο Στρατηγάκη (2006).

«Η κοινωνία μας είναι τόσο δύσκολη για φυσιολογικούς ανθρώπους, πόσο μάλλον για εμάς. Δεν έχουμε και πολλές ευκαιρίες... Γιατί είναι έτσι το σύστημα».

«Θέλω να πω, άλλοι άνθρωποι ζουν όλη τους τη ζωή καθαροί...».

«Αυτό που με περίμενε... Όλη την ημέρα... Κοιτάω το ρολόι και ξέρω ότι σε λίγο δε θα μπορώ να σηκωθώ. Πού θα βρω λεφτά; Μήπως έχει απεργία; Μήπως δεν προλάβω να πάω; Θα τον βρω αυτόν εκεί; Θα είναι καλή αυτή που θα μου δώσει; Θα μου φτάσει; Δεν θα μου φτάσει; Μετά πού θα ξαναβρώ; Μήπως με πιάσει η αστυνομία πριν προλάβω να, να γίνω καλά... Δεν υπάρχει αυτό. Και τώρα να ανοίγεις τα μάτια ... Να μη φοβάσαι να σηκωθείς, αλλά να σηκώνεσαι σαν άνθρωπος... Ανθρωπινά... Κάθε μέρα να πρέπει να πίνεις. Και όχι μία φορά τη μέρα... Ήταν ανάλογα και σε τι κατάσταση βρισκόσουνα την κάθε περίοδο».

Περιχαράκωση και νοητά σύνορα

Στην κουλτούρα της χρήσης οι κοινωνικές σχέσεις εγγράφονται εντός του περιβάλλοντος της χρήσης, το οποίο συνιστά το *πανόπτικον (panopticum)* του βίου. Η χρήση καθορίζει τα νοητά σύνορα και περιχαρακώνει έναν νοητό τόπο άσκησης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η δε προσπάθεια απεξάρτησης προσλαμβάνει τον χαρακτήρα ενός εκούσιου εγκλεισμού αναβαπτίσματος και τελετουργικής ιερουργίας εξόδου. Συχνή είναι η ρητή αναφορά στην αντίστιξη «φως» -«σκότος», ή «καθαρό»-«θολό» (που εκφράζονται επίσης με τους όρους «πέπλο» ή «λήθαργος»), όπου εξίσου ρητά αλλά και υπόρρητα υποδηλώνονται η επίκληση του θείου, του ήλιου της χώρας μας αλλά και της φυσικής και ενστικτώδους χαράς της ζωής από τον άνθρωπο, ή και της με θρησκευτικούς όρους *νίκης της ζωής επί του θανάτου* με την «Ανάσταση του Κυρίου». Άλλωστε, συχνές είναι οι αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων γυναικών στο *«Γολγοθά»* τον δικό τους και των οικείων τους αλλά και της Μεγάλης Εβδομάδας των Παθών *«που (γι' αυτές) τελειώνει»* μαζί με το πέρας του θεραπευτικού προγράμματος της απεξάρτησής τους.

«Σταμάτησα μόνη μου να κάνω χρήση. Κλείστηκα στο σπίτι και μετά βγήκα πάλι έξω, στον κόσμο... Δηλαδή, εκεί στα 30 μου ήρθε η επιφοίτηση».

«Να είμαι, μία εβδομάδα, δεκαήμερο απομόνωση, να κοντεύω να πεθάνω μέσα στο δωμάτιο... Και ξανά τα ίδια... Και τώρα... περπατάς έξω και λες, πω, πω, Θεέ μου, ευχαριστώ το φως που με χτυπάει. Να υπάρχει τέτοιος καιρός και να κρυώνεις. Ή να κάνει κρύο και να ιδρώνεις. Δηλαδή, δεν, δεν υπάρχουν λόγια να περιγραφεί αυτό το πράγμα».

«Ήταν σαν να είχα ένα πέπλο μπροστά μου και τώρα, ξέρεις, έχει φύγει».

«Αν καταφέρεις και καθαρίσει το μυαλό σου και δεις την κατάσταση που ήσουνα, θα πεις, αποκλείεται να έκανα εγώ αυτά τα πράγματα, να συμπεριφερόμουν έτσι. Αποκλείεται. Όσο είσαι, όμως, μέσα σ' αυτό, δεν το βλέπεις. Δεν το βλέπεις όλο αυτό».

«Μείναμε και στα σκοτάδια, μείναμε και σε συνθήκες άσχημες».

«Όταν ζεις στην χρήση, δεν βλέπεις. Δεν βλέπεις... Δεν υπάρχει καθαρή ματιά».

Στις περισσότερες των περιπτώσεων νοητά σύνορα χαράσσονται με ρητές και υπόρρητες αναφορές ανάμεσα στο *«μέσα»* και το *«έξω»*, ανάμεσα στο *«μπαίνω»* και το *«βγαίνω»*. Συμβολοποιημένα εμφανίζεται η αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης και των ουσιοεξαρτημένων από το κράτος ή/και τις θεραπευτικές πρακτικές με αναφορές στην άσκηση εξουσίας *«εκ των άνω»*, ενώ οι πιέσεις εσωτερικές και εξωτερικές καθώς και οι «τιμωρίες» – *«ποινές»* εκφράζονται με την αίσθηση ασφυξίας και καταναγκασμού που απορρέει από τα πάσης φύσης *«στριμώγματα στη γωνία»*. Αυτά, άλλωστε, τα τελευταία, *ενώ δηλώνονται* μεταφορικά στο λόγο των ερωτώμενων της έρευνάς μας υποδηλώνουν την ασφυκτική πίεση, τους εξαναγκασμούς και τους ποικίλλους καταναγκασμούς που υφίστανται οι ουσιοεξαρτημένοι κατά την πορεία τους εντός χρήσης.

«Βλέπεις ότι τώρα έχω κολλήσει εγώ εδώ πέρα, θέλεις τόσο να βγεις από κει. Και είναι μία αόρατη φυλακή, αόρατα κάγκελα μπροστά σου, δε σε αφήνουν. Δηλαδή, είναι ένα πράγμα... Δεν υπάρχει παιδί να μη θέλει να βγει από κει μέσα. Αλλά θέλει πολλή, πολλή, πολλή δουλειά, πολύ πείσμα, πολλή βοήθεια, πολλή συμπαράσταση, πολλή στήριξη... Όλα πολύ. Και κυρίως εσύ... είναι πολύ εύκολο μετά να ξαναπέσεις..., εννοείται... Όχι να είναι κάποιος από πάνω σου, να σε βάλει στη γωνία... Είσαι ήδη στη γωνία... Πιο πολύ στη γωνία, ας πούμε, εμένα να με βάλει άνθρωπος, δεν

μπορεί, από όσο έχω βάλει εγώ τον εαυτό μου. Δίπλα σου να είναι... αυτό». «Να ευχηθώ μέσα από την ψυχή μου, δηλαδή, μην μπει άλλος άνθρωπος μέσα στις ουσίες. Δεν υπάρχει τίποτα εκεί, τίποτα. Τίποτα.»

«Δεν βγαίνεις από εκεί εύκολα... Δεν μπορείς να βγεις. Δεν γίνεται... είναι τόσο δύσκολο να βγεις από εκεί μέσα μετά».

«Είναι, τα πράγματα είναι τόσο τρομακτικά κάποιες φορές, όταν τα κοιτάς έξω».

Νοηματοδοτήσεις του «εαυτού» και «των άλλων»

Στον ιδιαίτερο πολιτισμικό τόπο της ουσιοεξάρτησης, η κουλτούρα της χρήσης θέτει τους νέους όρους για την πρόσληψη του «εγώ» και των «άλλων», της κοινωνίας ευρύτερα. Για τις ερωτώμενες της έρευνάς μας ο ιδιαίτερος πολιτισμικός τόπος της ουσιοεξάρτησης είναι υπαρκτός. Νέες ταυτότητες αυτοπροσδιορισμού και ορισμού αποκτώνται μέσα από την πορεία στη χρήση, συχνά εξ αντανακλάσεως των κυρίαρχων σχετικών στερεοτύπων.

«Όλοι οι ναρκομανείς έχουν τέτοια χαρακτηριστικά... είχα τη συμπεριφορά ενός κανονικού ναρκομανή. Δηλαδή, όσοι με βλέπανε, καταλαβαίνανε... Άρχισα να φαίνομαι έξω, ενώ δε φαινόμουνα. Πώς είμαι τώρα, που δε λες, α, να μία ναρκομανής, ας πούμε... από ένα σημείο και μετά φαινόμουνα».

«Δεν περιγράφεται ούτε μία μέρα ενός τοξικομανή. Απλά, προσπαθείς κάθε μέρα να μείνεις ζωντανός. Να φοβάσαι να ξυπνήσεις το πρωί. Να κοιτάς όλη την ώρα το ρολόι, γιατί ξέρεις ότι σε λίγο δε θα μπορώ να περπατήσω, δε θα μπορώ να πάω πουθενά, για να βρεις... απλά να στέκεσαι στα πόδια σου».

Η καθαρότητα ή μη του νου, του βλέμματος, του σώματος και της ψυχής αξιοποιούνται συχνά στο λόγο των ερωτώμενων γυναικών είτε κυριολεκτικά, υποδηλώνοντας με μια ιατρικο-θεραπευτικού τύπου ορολογία την απεξάρτηση από μια μολυσματική «νόσο» (*«καθάρισα»*, ήμουν *«καθαρή»*), είτε μεταφορικά, υποδηλώνοντας άλλοτε μετάνοια, άλλοτε αθωότητα, άλλοτε εντιμότητα. Με τον τρόπο αυτόν αφενός επιβεβαιώνονται οι κυρίαρχες κοινωνικές αξίες, ενώ, αφετέρου, χαράσσονται επιπλέον νοητά σύνορα με όρους ανθρωπιάς, όπου ο «ανθρώπινος εαυτός» τίθεται απέναντι «στους απάνθρωπους» ή και «υποκριτές άλλους».

«Κακοποιήθηκα πολύ άσχημα... αν μπορούσα να διορθώσω... να έκοβα αυτό το κομμάτι. Δηλαδή, να μου δινόταν αυτή η ευκαιρία, να γυρίσω πίσω, θα έκοβα αυτό. Και όχι τη χρήση, όχι. Γιατί, πλέον έχω αποδεχθεί αυτό το λάθος που έκανα, με την χρήση. Και μέσα από την χρήση, πέρα από τα κακά, έχουν βγει καλά... Κατ' αρχήν, έχω παραμείνει άνθρωπος, κάτι που ένας φυσιολογικός έξω δεν το έχει. Και εμένα αυτό με ευχαριστεί και είμαι πολύ περήφανη που είμαι άνθρωπος... Είμαι πολύ περήφανη γι' αυτό το πράγμα. Που, ας πούμε, τα αδέρφιά μου, που δεν έχουν σχέση... δεν είναι καθόλου άνθρωποι, είναι απάνθρωποι, ας πούμε, το άκρως αντίθετο. Δεν ταιριάζουμε».

«Δεν θα έδινα σε άνθρωπο που δεν έχει πιει, να πιει ναρκωτικό. Θα το έδινα, που δεν θα έκανα κάτι τέτοιο, μόνο αν ήθελα να τον καταραστώ, ας πούμε, θα έκανα τέτοιο πράγμα».

«Εκτός από την κλασική μερίδα κάποιων, που είναι γλύφτες και... λένε σε όλα ναι. Και δεν ξέρω πώς το κάνουν αυτό. Εγώ δεν μπορώ να δουλέψω έτσι, δεν μπορώ... Δεν μπορώ. Δεν έχω αυτό το θεατρικό. Δεν το έχω, δεν μπορώ, δεν μου βγαίνει».

Η νοηματοδότηση του εαυτού διενεργείται και με όρους σαφούς και ρητής διάκρισης ανάμεσα στον κόσμο των *«φυσιολογικών»* ή των *«κανονικών»* και τον κόσμο της *«πρέζας»*, των *«πρεζάκηδων»*. Ανάμεσα στους δύο αυτούς κόσμους διαπιστώνεται ένα χάσμα, μια βαθειά ρωγμή, ένα τείχος αδιαπέραστο, κατά περίπτωση, που τροφοδοτούνται από τις κοινωνικές προκαταλήψεις, τα στερεότυπα, το στίγμα, την ετικέττα.

«Το ευπαθείς ομάδες δεν είναι αποκλειστικά πρώην τοξικομανείς... Φυσικά, ο υπάλληλος... ξέρει, γιατί του πάω το χαρτί ότι είμαι... Αυτό με την ταμπέλα, εντάξει, το έχουμε πάρα πολλά παιδιά, ότι δεν την θέλουμε αυτήν την ταμπέλα, γιατί προσπαθούμε να χτίσουμε μία νέα ταυτότητα. Οπότε, δεν την θέλουμε την ταμπέλα... Από την άλλη.. αν δεν βοηθάει για να βρεις πιο γρήγορα ή πιο εύκολα μία θέση στην αγορά εργασίας, ποιος ο λόγος να υπάρχει;... Δηλαδή, άλλο να πεις ότι παίρνω κάποια μόρια... γιατί είμαι ανάπηρος, γιατί έχω αυτά τα προσόντα... Παίρνω κάποια μόρια και άρα, έχω μία προτεραιότητα. Αν αυτό δεν υπάρχει, για ποιο λόγο να υπάρχει, ας πούμε, αυτή η κατηγορία και να μην είναι όλοι οι άνθρωποι άνεργοι, με τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά;... Εντάξει, είναι λίγο άδικο για εμάς τώρα... Νομίζω ότι είναι λίγο άδικο για εμάς... Ναι, μας ταμπελιάζουν... Θα πω το κλασικό. Στην Ελλάδα ζούμε».

«Οι γονείς μου και τα αδέρφια μου, γενικά, καμία σχέση με ναρκωτικά. Είναι όλοι παντρεμένοι, με οικογένειες, με, εγγόνια, με παιδιά. Εγώ ήμουνα το μαύρο πρόβατο».

«Είναι πολύ καλή παρέα αυτή, δεν πίνουν τίποτα. Είναι άγιοι άνθρωποι. Δηλαδή, αυτός ο... μπουζουξής... είναι πραγματικά άγιος. Δηλαδή, δεν πίνει, δεν καπνίζει, το έχει κόψει. Και η τραγουδίστρια, ας πούμε. Και το άλλο το παιδί. Δηλαδή, είναι όλοι πολύ καθαροί άνθρωποι. Πάρα πολύ. Δεν πίνουνε ούτε ένα τσιγάρο, ποτέ... Είναι πολύ καλοί άνθρωποι... Αλλά, δεν μπορώ να κάνω παρέα μαζί τους».

Το αξιακό σύστημα

Η κουλτούρα της χρήσης διακατέχεται και από αξίες. Πολλές από αυτές εκφράζουν αξίες του κυρίαρχου αξιοκανονιστικού συστήματος ενώ εντοπίζονται και κάποιες ιδιαίτερες αξίες και κώδικας συμπεριφοράς.

Αλληλεγγύη και συντροφικότητα χαρακτηρίζει τον κόσμο της ουσιοεξάρτησης, όπου οι μεγαλύτεροι, οι περισσότερο *«άρρωστοι»* απλώνουν ένα πέπλο προστασίας απέναντι στους ανυποψίαστους, τους *«αθώους»*, τους αρχάριους, τα νέα μέλη. Φαίνεται πως στην κουλτούρα της χρήσης οι ιεραρχίες διαγράφονται με όρους *«μεγαλύτεροι – μικρότεροι»*, *«περισσότερο – λιγότερο άρρωστοι»*, *«έμποροι-χρήστες»*, αλλά και ανάλογα με το είδος της ουσίας χρήσης που καθορίζει και το είδος του εθισμού. Η γνωριμιοκρατία επίσης *«καλά κρατεί»*.

«Με παρακινούσαν να φύγω... η ίδια η παρέα. Όχι ένα παιδί, όχι δύο... Ήταν και μεγαλύτεροι και συνομήλικοι. Πιο πολύ μεγαλύτεροι».

«Είχαμε γίνει κολλητές, που λέμε. Και με την οποία... δεν αρχίσαμε μαζί, αλλά συνεχίσαμε μαζί. Είχαμε κοινές παρέες, δηλαδή, και όλα αυτά... Κι επίσης, αυτή έπεσε πρώτα στην ηρωίνη από μένα. Και επίσης δεν μου έδινε... προστατεύαμε λίγο ο ένας τον άλλο. Και επίσης και σε μια άλλη παρέα που είχα μπει μεγάλη, που παίρναμε χασίς... ήταν και κάποιοι άλλοι, πιο μεγάλοι από εμάς, οι οποίοι μας κάνανε πλύση εγκεφάλου για την ηρωίνη. Δηλαδή, για να μην πέσουμε στην ηρωίνη. Υπήρχε, δηλαδή, τότε, ένας διαχωρισμός. Ότι, εντάξει, άλλο αυτό, άλλο εκείνο. Αλλά, παρόλα αυτά, πέσαμε όλοι, σχεδόν».

«Μια φορά που είχα κάνει υποτροπή, με έδωσε στεγνά στους δικούς μου, ακριβώς για να σταματήσω. Τους πήρε τηλέφωνο... Και... δεν με άφηνε να μιλάω με χρήστες. Γενικά, ήταν πολύ κατά της χρήσης. Άσχετα που και ο ίδιος κάποτε είχε σχέσεις μ' αυτά».

«Και μέχρι και σήμερα με στηρίζει, τον στηρίζω».

«Προσπαθούσα να βοηθήσω κι άλλα παιδιά να κόψουν, μέσα από τις γνωριμίες που είχα».

«Νομίζω ούτε στον εχθρό σου μπορείς να ευχηθείς κάτι τέτοιο...Να ευχηθώ μέσα από την ψυχή μου, δηλαδή, μην μπει άλλος άνθρωπος μέσα στις ουσίες».

Ο κόσμος της ουσιοεξάρτησης κατατρύχεται από κινδύνους, δυσανάλογο ρίσκο, αστάθεια, ψεύδη και κακίες, παράνομες δραστηριότητες. Ο βίος χαρακτηριζεται από καθημερινές πρακτικές που προσιδιάζουν στην πορεία μέσα στη χρήση. Σε κάποιες αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων γυναικών, η έμφαση τίθεται στον κίνδυνο για την ίδια τη ζωή. Σε άλλες, το ρίσκο σχετίζεται με την υγεία ή το επίσημο σύστημα άσκησης κοινωνικού ελέγχου. Αναφορικά με αυτό το τελευταίο στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι η σχέση χρήσης και εγκληματικότητας – παραβατικότητας, οπωσδήποτε παρούσα, εμφανίζεται σήμερα περισσότερο αμβλυμμένη σε σχέση με προηγούμενες ιστορικές περιόδους όταν η ποινική αντιμετώπιση της χρήσης ήταν περισσότερο αυστηρή.[59] Ωστόσο, ανασφάλεια και αβεβαιότητα κυριαρχούν στην καθημερινότητα των γυναικών της έρευνάς μας.

«Εντάξει, κινδύνεψα... όλος αυτός ο κίνδυνος και η ανασφάλεια...».

«Με το πού ήρθε η χρήση... ξεκίναγε η κλίμακα από το λιγότερο παραβατικό και σιγά-σιγά ανέβαινε στον πιο επικίνδυνο».

«Εκείνος δεν έκανε τόσο πολύ χρήση. Έκανε, βέβαια, εμπόριο... εκεί ήταν πιο δύσκολα. Γιατί κι εγώ είχα ήδη αρκετά χρόνια αρρωστήσει. Δυσκολευόμουνα».

«Ήταν φρίκη, μες στα ναρκωτικά. Φρίκη ήτανε».

59. Βλ. ενδεικτικά, Κίτσιος (2002), σελ. 173-226.

«Γιατί οδηγήθηκα εκεί; Από τις ουσίες, σίγουρα. Από αυτά που έζησα μέσα από τις ουσίες. Από τους βιασμούς, από το ξύλο. Από όλη αυτήν την κατάσταση».

«Ναι, έμεινα αρκετά (στην Ιταλία). ... Έμενα στον δρόμο, όμως. Στον δρόμο κοιμόμουνα. (Ήταν)... επικίνδυνο.. Πάρα πολύ, αλλά... Και ο τρόπος που έφτασα στην Ιταλία ήταν πολύ επικίνδυνος... Είναι κομμάτι που δεν το αγγίζω αυτό... (συγκίνηση) ... Τέλος πάντων, γενικότερα, όσο είσαι στη χρήση... αρχίσεις και παίζεις πολύ με τον κίνδυνο. Πάρα πολύ. Και όταν είσαι σε μία ξένη χώρα... Με τον τρόπο που έφτασα, μου πήραν και την ταυτότητα, για να μην μπορέσω να πάω πουθενά. Έτσι (...) τέλος πάντων. Είχε πολύ κίνδυνο το να ζεις στον δρόμο, να κοιμάσαι στον δρόμο. Πέρα από τον κοινωνικό κίνδυνο, της υγείας τον κίνδυνο... τρεις πνευμονίες είχα πάθει. Γιατί κοιμόμουν με μείον 30 βαθμούς, ας πούμε, στο πάτωμα. Με χιόνια δίπλα μου. Είχε πολλούς κινδύνους, η αλήθεια είναι».

«Με κορόιδεψαν κιόλας... δεν ήτανε ηρωίνη αυτό που μου δώσανε. Κατάλαβαν ότι δεν έχω καμία σχέση, δηλαδή, με τον τρόπο που πας, καταλαβαίνουν. Εδώ και μετά κοροϊδεύεσαι κιόλας όταν είσαι και μέσα στις ουσίες. Και να είσαι άρρωστος και να σε κοροϊδέψουν, μόνο και μόνο για να σου πάρουν τα λεφτά!».

«Αυτός ο άνθρωπος κουβαλούσε χιλιάδες μάσκες, οι οποίες αλλάζανε συνέχεια. Δηλαδή, ήταν... σαν να έχω έναν άλλο άνθρωπο κάθε φορά. Κι έπαιρνε πολύ χρόνο, μέχρι να μπορέσω να φτάσω σε ένα πεδίο επικοινωνίας».

«Πού θα βρω λεφτά; Μήπως έχει απεργία; Μήπως δεν προλάβω να πάω; Θα τον βρω αυτόν εκεί; Θα είναι καλή αυτή που θα μου δώσει; Θα μου φτάσει; Δεν θα μου φτάσει; Μετά πού θα ξαναβρώ; Μήπως με πιάσει η αστυνομία πριν προλάβω να γίνω καλά... Δεν υπάρχει αυτό... Κάθε μέρα πρέπει να πίνεις. Και όχι μία φορά τη μέρα... Ήταν ανάλογα και σε τι κατάσταση βρισκόσουνα την κάθε περίοδο».

Πρόκειται για μια ζωή μέσα στη βία, την αρρώστεια και το θάνατο. Οι σχέσεις συνήθως είναι σχέσεις εκμετάλλευσης αλλά και ανταλλαγών που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ιδιώνυμο πέπλο *προστασίας*.

«Πεθαίνεις, ας πούμε, με τα ναρκωτικά».

«Δεν υπήρχε σωτηρία από αυτό».

«Δεν περιγράφεται ούτε μία μέρα ενός τοξικομανή. Απλά, προσπαθείς κάθε μέρα να μείνεις ζωντανός. Να φοβάσαι να ξυπνήσεις το πρωί. Να κοιτάς όλη την ώρα το ρολόι, γιατί ξέρεις ότι σε λίγο δε θα μπορώ να περπατήσω, δε θα μπορώ να πάω πουθενά, για να βρεις... απλά να στέκεσαι στα πόδια σου».

«Όταν άρχισε να αρρωσταίνει κι εκείνος κι εγώ... Υπήρχε μία κατάσταση πολύ δύσκολη... Μείναμε και στα σκοτάδια, μείναμε και σε συνθήκες άσχημες».

«Εγώ φρόντιζα κάπως όλους. Και με φροντίζανε, βέβαια, με τον τρόπο τους... Δηλαδή, αυτά είναι δίνεις και παίρνεις κάπως».

Αλλαγές και μετασχηματισμοί του τοπίου της ουσιοεξάρτησης

Κοινή είναι η πεποίθηση των ερωτώμενων γυναικών της έρευνάς μας ότι και στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης η κοινωνική δυναμική έχει επιφέρει μικρότερες ή μεγαλύτερες αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Οι σχετικές όμως αποστροφές του λόγου χαρακτηρίζονται από ρομαντισμό και εξιδανίκευση.

«Τότε, ακόμα ήταν λίγο πιο αγνά τα πράγματα. Δηλαδή, ναι μεν είχαμε πέσει όλοι μέσα σ' αυτό και το υπερασπιζόμασταν, αλλά δεν υπήρχε ακόμα αυτή η σκληρότητα... Δεν είχε δημιουργηθεί».

Έτσι, κάποιες φορές το πεδίο της ουσιοεξάρτησης εμφανίζεται στο λόγο των ερωτώμενων γυναικών με εικόνες μιας απατηλής αθωότητας. Σε άλλες αποστροφές του λόγου των ερωτώμενων γυναικών ωστόσο διαπιστώνεται η δυσκολία εξουδετέρωσης του στίγματος παρά το ότι πλέον οι μύθοι και οι πραγματικότητες γύρω από την ουσιοεξάρτηση έχουν διαλευκανθεί, η κοινωνική ανοχή έχει διευρυνθεί, η ενημέρωση είναι ευρεία και συνεχής και η ιατρικοποίηση του ζητήματος έχει σχετικά αμβλύνει τις συνέπειες της αποκλειστικής άσκησης της ποινικής καταστολής.[60]

60. Συντασσόμαστε με την άποψη ότι η ουσιοεξάρτηση σήμερα, υπό καθεστώς ποινικοποίησης της χρήσης, κινδυνεύει από τη συρροή διπλού κοινωνικού στιγματισμού: ιατρικού και ποινικο-εγκληματολογικού. Με αυτόν τον τρόπο οι κοινωνικοί όροι του στίγματος μάλλον διευρύνονται παρά απομειώνονται Η απεγκληματοποίηση της χρήσης από μόνη της δεν μπορεί να επιφέρει εξουδετέρωση του στίγματος. Το ίδιο ισχύει

«Επειδή ο κόσμος παλιά είχε λίγο την άγνοια, ήτανε ο πρεζάκιας, ας πούμε, δηλαδή τον δείχνανε με το δάχτυλο. Τώρα... νομίζω ότι ο κόσμος είναι λίγο πιο ευαισθητοποιημένος, λίγο πιο ευαίσθητος επάνω, πάνω στο θέμα... ίσως επειδή έχει παραγίνει το κακό... πάρα πολύ. Όταν ίσως γνωρίζεις κάποιον γείτονα, ο οποίος έχει μπλέξει, μέσα στην οικογένεια κάποιος,... βλέπω ότι ο κόσμος είναι λίγο πιο ευαισθητοποιημένος τα τελευταία χρόνια, με παλιότερα, πιστεύω. Γιατί τότε ήταν πολύ δακτυλοδεικτούμενοι, ας πούμε ή μακριά από μένα..... Πολύ έντονα. ... Πάλι (όμως)... υπάρχει μεγάλη ... (απαξία)... Πολύ. Πολύ... Και είναι λυπηρό. Το καταλαβαίνω. Το καταλαβαίνω... και όταν δεν γνωρίζεις κάτι, εντάξει, ανθρώπινο είναι... Καμιά φορά μέχρι και στο μετρό και στο τρένο το βλέπω, ας πούμε. Υπάρχει, όμως, μία διαφορετική αντιμετώπιση. Δηλαδή, κάπως έχει γλυκάνει ο κόσμος... έχει λίγο αφήσει να καταλάβει ότι ο άλλος αρρώστησε».

Ως προς τις σχετικές πρακτικές αλλά και ως προς το κυνήγι της ουσίας, οι εμπειρίες των ερωτώμενων γυναικών αναδεικνύουν ότι υπό καθεστώς ποινικής απαγόρευσης της χρήσης και της συνεπούς με αυτήν ιατρικοποίησης της εξάρτησης οι σχετικές κοινωνικές πρακτικές παραμένουν λίγο ως πολύ αναλλοίωτες. Οι αλλαγές που διαπιστώνονται είτε αφορούν ποικίλους εξωραϊσμούς του αστικού τοπίου με αποτέλεσμα την μετατόπιση της διακίνησης, είτε τις τιμές οι οποίες εξαρτώνται από τη ζήτηση, είτε τις ουσίες με την προσθήκη πολλών νέων συνθετικών και ιδιαίτερα εξαρτησιογόνων σκευασμάτων. Η γενικότερη αίσθηση είναι πως *το πρόβλημα είναι μεγάλο*, η σχετική βούληση αντιμετώπισης από την πολιτεία *ισχνή* και οι προτεραιότητες της κρατικής / κοινωνικής πολιτικής *άλλες*.

«Ήταν εύκολο να βρεις τις ουσίες, εκείνα τα χρόνια... Δηλαδή, οι παρέες τις βρίσκανε... Εγώ δεν πλήρωνα για να κάνω χρήση... χασίς. Όποιος είχε... έβαζε και κάναμε κοινή χρήση... Ήταν πολύ εύκολο τότε... Με την ηρωίνη, ε, εντάξει. Την ηρωίνη... ό,τι κάνουμε όλοι. Και δούλευα και μεσολαβούσα, για να βγάζω, ας πούμε, εγώ το δικό μου. Και έπαιρνα, ξέρω εγώ, και από τους γονείς μου έχω πάρει χρήματα... Και φανερά, με εκβιασμό. Με εκβιασμό συναισθηματικό, δηλαδή, ότι εντάξει (...) θα με αφήσετε να πεθάνω;».

«Η μυρωδιά του σουβλατζίδικου... Μου έφερε τέτοιες μνήμες. Σύριγγες, ανθρώπους να προσπαθούν να πάρουν τη δόση τους εκεί πέρα, φάρμακα,

---

και με την ιατρικοποίηση της χρήσης. Βλ. σχετικά Lindersmith (1940), σελ. 914-920· Lindersmith (1965)· Lindersmith (1968).

αστυνομία. Τι να πω;... Δηλαδή, μια μυρωδιά μου έφερε όλες τις εικόνες αυτές. Γιατί άλλαξε τελείως, έγιναν όλα, τώρα, τα μαγαζιά εδώ. Γιατί... δεν είναι όπως ήταν... Είναι λίγο περίεργο το να ξαναγυρίζεις εδώ και να θυμάσαι έτσι, πώς ήταν αυτό εδώ μέσα. Και μου ήρθανε όλες οι εικόνες έτσι, μέσα σε ένα δευτερόλεπτο... η εικόνα αυτή, που έβλεπα. Την αστυνομία... τους ανθρώπους εκεί, πού είναι ο τέτοιος, να ψωνίσω, πού θα πάω να πιω, να γίνω καλά».

«Είναι εύκολο... πώς πας στο περίπτερο να πάρεις μια μπύρα, ένα πακέτο τσιγάρα. Τόσο εύκολο, εννοείται. Οι πιάτσες είναι παντού. ... Μ' αυτήν τη σχέση που ήμουν... που μπήκα στην αρχή στην ηρωίνη, έπαιρνε και για άλλα παιδιά. Και ο συγκεκριμένος αράπης... του έδινε δώρο κάποια ποσότητα... Και έτσι έβγαινε η χρήση στην αρχή. Αργότερα, εγώ είχα πιάσει και δουλειά, όλα μου τα λεφτά πήγαιναν εκεί».

«Τα τελευταία χρόνια... και που έφυγα από τις πιάτσες... άρχισα να βλέπω πολύ νεαρά άτομα. Δηλαδή, παιδάκια ακόμα με ακμή, που καταλάβαινες ότι είναι ακόμα στο σχολείο ή ο,τιδήποτε. Όπως εγώ... ήμουνα στα 16.... Καταλάβαινες ότι είναι πολύ νεαρή ηλικία. Και από ό,τι ακούω... δεν έχει αλλάξει αυτό. Απλά νομίζει ο κόσμος ότι σαν να έχει καλυτερεύσει η κατάσταση. Δεν έχει αλλάξει, όμως, τίποτα, νομίζω».

«Αν έχεις λεφτά;... Ναι... Ναι. Πολύ εύκολο. Τίποτα δεν είναι. Δυστυχώς. Δυστυχώς... Δηλαδή, άμα θέλεις να αναζητήσεις... μπορεί στην αρχή λίγο να δυσκολευτείς... Όπως εγώ, την πρώτη φορά πήγα μόνη μου στην Ομόνοια... και καθόμουνα πόση ώρα, δεν θυμάμαι, μπορεί να καθόμουν κάνα δίωρο και... Αλλά δεν μπορούσα να κάνω την κίνηση γιατί φοβόμουνα, ήταν η πρώτη φορά που πήγαινα. Και απλά έβλεπα τις κινήσεις τους. Και λέω: τώρα τι πρέπει εγώ να πω; Και τι πρέπει να κάνω. Και καθόμουνα τόση ώρα... Δυστυχώς, είναι εύκολο... Εγώ, μέχρι που, όταν ήταν δραχμές, έκανε, ας πούμε, 1.500 δραχμές η μία δόση. Μετά ήταν 10 ευρώ, 8 ευρώ; 8,5; ... Φαντάζομαι ότι τώρα μπορεί να είναι και πιο φθηνά... Είναι σίγουρο ότι έχει κατέβει η τιμή από τότε που πρωτοέκανα εγώ».

«Εντάξει, είναι μεγάλη η μάστιγα των ναρκωτικών πλέον... Ναι, έχει αυξηθεί,... Κι όχι μόνο αυτό. Έχουν πέσει οι ηλικίες. Έχουν μπει στην πιάτσα νέες ουσίες, οι οποίες είναι τραγικά επικίνδυνες. Τραγικά επικίνδυνες. Σίγουρα έχετε ακούσει γι' αυτό το σίσα... και αυτό το φεντυνίλ... το οποίο σκοτώνει. Κι εγώ αυτό έπινα... Και στις 16 μέρες, είχα 16 overdose... Κάθε μέρα. Κάθε μέρα... Δε θέλει να βοηθήσει (το κράτος). Άμα ήθελε, δε θα

υπήρχε αυτός ο χαμός. Βγαίνει πολύ χρήμα από αυτό το πράγμα. Βγαίνει πολύ χρήμα. Από πού να το πιάσεις;... Όλοι εμείς, αυτού του παρελθόντος, τα έχουμε δει στα μάτια μας... Δε θα βγει άκρη, όχι... Έτσι λέω».

Διαδρομές από και προς τη θεραπεία. Μύθοι και αλήθειες

Η κουλτούρα της ουσιοεξάρτησης πάντοτε –σε όλα τα κοινωνικά συστήματα και όλες της εποχές– διακατέχεται από πανομοιότυπους μύθους που σχετίζονται με τους όρους της εξάρτησης αλλά και της απεξάρτησης. Οι ουσιοεξαρτημένοι πιστεύουν ότι διαθέτουν *ανοσία* στην ουσιοεξάρτηση. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μπορούν και την *ελέγχουν* και ότι μπορούν οποιαδήποτε στιγμή να απομακρυνθούν από την *κακή αυτή συνήθεια* και μάλιστα με *ατομική προσπάθεια*.

«Είχα στο μυαλό μου... ότι το είχα under control».

«Τα τελευταία χρόνια... της χρήσης, έκανα πολλές προσπάθειες να σταματήσω, μόνη μου, όχι με θεραπευτικά προγράμματα... Αλλά δε δούλεψε».

Ζώντας την αβεβαιότητα της καθημερινής διασφάλισης της *δόσης* για να *«είναι καλά»*, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν με συνέπεια κάποια θεραπευτική αγωγή ή πρόγραμμα. Δυσκολεύονται επίσης να ακολουθήσουν προγράμματα υποκατάστασης λόγω της *ανοχής* που έχουν αναπτύξει στην ουσία εξάρτησης ή και στην πολυεξάρτηση.

«Το βράδυ, όταν πήγαινα σπίτι ... υπήρχε και πρέζα έκανα και τη χρήση... Γιατί δεν μου φτάνανε».

Όπως προκύπτει από την κατάθεση των θεραπευτικών εμπειριών των γυναικών της έρευνάς μας το θεραπευτικό αποτέλεσμα συναρτάται με τρεις κυρίως παραμέτρους: τη βούληση για εθελουσία *έξοδο* από τον κόσμο της ουσιοεξάρτησης, την καταλληλότητα του θεραπευτικού προγράμματος ανά περίπτωση ουσιοεξαρτημένου ατόμου, ένα δίχτυ προστασίας κατά την ενταξιακή διαδικασία. Ως γυναίκες, μάλιστα, οι ερωτώμενες της έρευνάς μας επανειλημμένα τόνισαν την ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας για τις γυναίκες ουσιοεξαρτημένες.

«Δεν είχα πάρει κάτι στα σοβαρά... Τώρα το βλέπω σοβαρά. Πιο πριν, δεν είχα σκοπό να σταματήσω».

«Έκανα μία προσπάθεια, η οποία ήταν αποτυχημένη. Δεν μπόρεσα… Και δυστυχώς, ξανάρχισα τις ουσίες και ξανά από την αρχή».

«Δεν υπάρχει συνταγή στην αποτοξίνωση. Για καθέναν είναι κάτι τελείως διαφορετικό.».

«Εντάξει, για τις γυναίκες… Να υπήρχε ίσως και κάτι που να είναι μόνο για γυναίκες… Ίσως να χρειάζεται και… ειδικά… για τα γυναικεία θέματα, ας πούμε. Ίσως να είναι καλό… Φαντάζομαι ότι και άλλες γυναίκες θα το θέλανε αυτό. Παράλληλα με το άλλο (το μεικτό ομαδικό πλαίσιο)».

«Το μυαλό μου δεν είχε θεραπευτεί. Δεν είχα κάνει τη δουλειά που έπρεπε, με τον εαυτό μου… πάνω από όλα πρέπει να το θέλεις εσύ… Να δεχθείς ότι είσαι άρρωστος και πρέπει να ζητήσεις βοήθεια».

Όσο ζω, ελπίζω;

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι αποθεραπευόμενες ουσιοεξαρτημένες «μέσα σε αυτή τη διαδικασία μεταμόρφωσής τους από αντικείμενα ταπεινωτικής βίας σε κοινωνικά υποκείμενα αποκτούν συνείδηση της τεράστιας δύναμης που κρύβουν μέσα τους και γίνονται ικανές να διεκδικούν με ψηλά το κεφάλι όλα όσα έχουν στερηθεί μέχρι τώρα και πάνω απ' όλα το δικαίωμα σε ό,τι πιο ανθρώπινο υπάρχει στον άνθρωπο: το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια».[61]

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας διερεύνησης διστάζουμε να ασπαστούμε ως παν-γενικεύουσα αυτήν την διαπίστωση. Και ενώ, αναντίρρητα, ο ισχυρισμός αυτός αποδεικνύεται πως ισχύει σε αρκετές από τις περιπτώσεις που κι εμείς συναντήσαμε, εντοπίζονται και περιπτώσεις που υποδεικνύουν μια επιφύλαξη των ερωτώμενων γυναικών για το δικαίωμά τους τόσο στην ελπίδα όσο και στο όνειρο. Επιπρόσθετα, ο αγώνας για βιοπορισμό και επιβίωση εντός-εκτός χρήσης, εντός-εκτός θεραπείας και μάλιστα εν μέσω παρατεταμένης οικονομικής κρίσης των γυναικών της έρευνάς μας φαίνεται πως ενστάλλαξε στην ψυχή και το μυαλό τους δυσπιστία για την πραγμάτωση ακόμη και των στοιχειωδέστερων ανθρώπινων προσδοκιών για το μέλον. Μια κάποια καχυποψία διακατέχει τα κοινωνικά υποκείμενα της έρευνάς μας όχι μόνο για την κοινωνία και τις υποσχέσεις της αλλά και για την ειμαρμένη. Ένα νέο είδος *φόβου* εντοπίζεται που φαί-

61. Μάτσα (2013), σελ. 29.

νεται να συνέχεται με την *ύβρη*. Τα κοινωνικά υποκείμενα της έρευνάς μας διακατέχονται από αμφιθυμία αναφορικά με το όνειρο και την ελπίδα: από τη μια εμφανίζονται να διστάζουν να ονειρευτούν *«μεγαλεία»*, κυρίως για να μη βιώσουν μια ακόμη ματαίωση, ενώ από την άλλη προσλαμβάνουν την ηθελημένη και σκοπούμενη άρνησή τους στο όνειρο ως μαγνήτη μιας ιδιάζουσας *τιμωρίας*. Είναι σαν να αποτάσσονται το όνειρο για να μην προκαλέσουν μέσα από ανεπίτρεπτες σε αυτές προσδοκίες *την μήνι των Θεών*.

> *«Να σου πω την αλήθεια, φοβάμαι να σκεφτώ και να ονειρευτώ, γιατί πολλές φορές έκανα σχέδια και δε γινόντουσαν και μετά απογοητευόμουνα. Οπότε, είμαι λίγο σ' αυτό μαζεμένη. Ξέρω ότι είναι άσχημο να μην κάνω, να μην έχω στόχους και αυτά και όνειρα. Μικρούς στόχους βάζω. Μ' αρέσει να κάνω ταξίδια. Οικογένεια δεν πρόκειται να κάνω. Κι ευτυχώς που δεν έκανα. Όχι ότι δεν μου τύχαινε. Οι καταστάσεις, όμως, ήταν τέτοιες, που δεν ήθελα να κάνω οικογένεια, για να μην τραβήξουν τα παιδιά αυτά που τράβαγα... Γιατί δεν θα μπορούσα να μεγαλώσω όπως έπρεπε τα παιδιά... Ναι, δε θα έκανα κάτι τέτοιο, οικογένεια, ειδικά μέσα στη χρήση... Αν και πολλές φορές έχω πει "ποτέ δε θα έκανα αυτό" και τυχαίνει καμιά φορά και το... Αυτό που λες ποτέ, που λέμε ποτέ μη λες ποτέ, γιατί είναι τιμωρία, σου έρχεται. Εγώ το έχω δει στη ζωή μου».*

Σε άλλες περιπτώσεις, αυτός ο φόβος εκφέρεται κεκαλυμμένος, με τις ελπίδες, τις προσδοκίες και τα όνειρα να αποστασιοποιούνται από το ίδιο το κοινωνικό υποκείμενο και να αντικειμενικοποιούνται μέσα από μια μετάθεση στο μέλον. Πρόκειται για ρητές αναφορές στη μεταβίβαση της συλλογικής εμπειρίας στις *«γενιές που έρχονται»*.

> *«Εγώ ελπίζω και βασίζομαι σε ένα πράγμα. Να προσπαθήσουμε τις νέες γενιές που έρχονται, τα παιδιά μας, να κάνουμε ευτυχισμένα παιδιά. Αυτός είναι ο εχθρός των ναρκωτικών, ένα ευτυχισμένο παιδί. Μόνο αυτή είναι η ελπίδα μου... Πραγματικά, αυτή είναι η ελπίδα μου.. Είναι ο μόνος εχθρός των ναρκωτικών και γενικά της εξάρτησης».*

Κατά την άποψή μας, οι παραπάνω παραπομπές στο λόγο των υποκειμένων της έρευνάς μας αναδεικνύουν και μία αίσθηση ήττας, ματαιότητας και ματαιοπονίας. Αυτή η αίσθηση μοιάζει να απευθύνεται στην κοινωνία ως ένα αγωνιώδες αίτημα αποτελεσματικής κοινωνικής προστασίας στο δρόμο προς την κοινωνική ένταξη/επανένταξη.

Αντί επιλόγου

Με την προκαταρκτική αυτή διερεύνηση όψεων ουσιοεξάρτησης γυναικών στην Ελλάδα της κρίσης μπορέσαμε να ιχνηλατίσουμε παραδοσιακές και νέες κοινωνικές πρακτικές που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση. Όπως αναφέραμε και εισαγωγικά, η φύση και ο χαρακτήρας της διερεύνησής μας δεν προσφέρονται για γενικεύσεις. Μπορούμε, όμως, να ισχυριστούμε ότι με βάση ένα αρχικό ερευνητικό *πλησίασμα* της βιωμένης εμπειρίας και της τροχιάς ζωής ουσιοεξαρτημένων γυναικών στη χώρα μας εν μέσω οικονομικής κρίσης, μπορέσαμε να ιχνηλατίσουμε τις σχέσεις, αλληλεξαρτήσεις και διαδράσεις ανάμεσα σε μια αλληλουχία κρίσεων: κρίσεων ταυτότητας και φύλου, κρίσεων ουσιοεξάρτησης και θεραπείας, κρίσεων ηθικών (αξιών) και οικονομικών.

Βασικές μας υποθέσεις και ερωτήματα απέκτησαν μια επιπλέον εμπειρική επιβεβαίωση: μπορέσαμε να διαπιστώσουμε εκ νέου την περισσότερο ευάλωτη θέση των γυναικών ουσιοεξαρτημένων από τους άνδρες ουσιοεξαρτημένους. Μπορέσαμε να πλησιάσουμε τα πολλαπλά τιμήματα της χρήσης και της ουσιοεξάρτησης που σχετίζονται ευθέως με τη διάκριση κατά φύλο στη σύγχρονη κοινωνία. Με αυτόν τον τρόπο αναδείχθηκαν νέες όψεις της ανισότητας κατά φύλο στον σύγχρονο κοινωνικό σχηματισμό αλλά και τον κρατούντα καταμερισμό εργασίας. Μπορέσαμε να διαπιστώσουμε εκ νέου την σχετική πολιτισμική αυτονομία του τοπίου της ουσιοεξάρτησης, το οποίο χαρακτηρίζεται από επιπρόσθετες ταυτοτικές εκδιπλώσεις και αναδιπλώσεις, ιεραρχίες, προτεραιότητες. Χαρακτηρίζεται επιπλέον από ιδιάζουσες διακρίσεις, αποκλεισμούς και σύνορα αλλά και ιδιοπαθείς προσλήψεις αξιών.

Επιπρόσθετα, η παρούσα ερευνητική εμπειρία μας έδωσε την ευκαιρία να επιβεβαιώσουμε εμπειρικά και πάλι τις βαθειές ρίζες των κοινωνικών περιχαρακώσεων, των στερεοτύπων και του κοινωνικού στίγματος που, όπως αποδείχτηκε, για μια ακόμη φορά, αναφορικά με την ουσιοεξάρτηση, είναι βαθειά ριζωμένα στο συλλογικό ασυνείδητο και εξακολουθούν να υπηρετούν την κοινωνική συνοχή και να επιβεβαιώνουν το κυρίαρχο σύστημα αξιών. Ως εκ τούτου και οι ουσιοεξαρτημένες γυναίκες της έρευνάς μας –όπως και άλλες κοινωνικές κατηγορίες– λειτουργούν όπως ο αποδιοπομπαίος τράγος του

Φουκώ για την ενίσχυση των κοινωνικών ορίων και συνόρων μιας κοινωνίας που ταράζεται.[62]

Η κοινωνική έρευνα, όπως έχουμε τονίσει και αλλού, είναι μία βιωματική εμπειρία. Ας αναστοχαστούμε και εμείς ως γυναίκες - ερευνήτριες που τη διενεργήσαμε, με βάση και τις βιωμένες εμπειρίες των υποκειμένων της έρευνάς μας, τη θέση και το ρόλο της γυναίκας στο σύγχρονο κοινωνικό σχηματισμό.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αρτινοπούλου, Β. κ.ά. (2003). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών*. Αθήνα: ΚΕΘΙ.

Αρτινοπούλου, Β. (2006). *Ενδοοικογενειακή κακοποίηση γυναικών*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Αστρινάκης, Α. και Στυλιανούδη, Λ. (1996). *Χέβυ μέταλ, ροκαμπίλι και φανατικοί οπαδοί. Νεανικοί πολιτισμοί και υποπολιτισμοί στη Δυτική Αττική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αφουξενίδης, Α. (επιμ.) (2012). *Ανισότητα στην εποχή της κρίσης*. Αθήνα: Προπομπός.

Βαρίκα, Ε. (2005). *Με διαφορετικό πρόσωπο. Φύλο, διαφορά και οικουμενικότητα*. Αθήνα: Κατάρτι.

Δεμερτζής, Ν. και Ρουδομέτωφ, Β. (2011-2012). Πολιτισμικό τραύμα: μια προβληματική της πολιτισμικής κοινωνιολογίας. Ειδικό τεύχος αφιέρωμα «Πολιτισμικό τραύμα», *Επιστήμη και Κοινωνία,* 28, σελ. 1-20.

Δεμερτζής, Ν. κ.ά. (επιμ.) (2017). *Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας, 2016-17*. Αθήνα: ΕΚΚΕ – ΙΩΝ.

Επιστήμη και Κοινωνία (2013-2014). Ειδικό θεματικό αφιέρωμα «Αιτίες της κρίσης», 31.

Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών (2011). Ειδικό τεύχος «Η Ελλάδα σε Κρίση», 134-135. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Goffman, E. (2001). *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. Stevens, Ch. (2019). *Το στίγμα*. Αθήνα: Διόπτρα.

Hobsbawm, E. (2013). *Θρυμματισμένοι καιροί: Κουλτούρα και κοινωνία στον 20ό αιώνα*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Κίτσιος, Γ. (2002). Εγκληματικότητα χρηστών ναρκωτικών ουσιών και κοι-

62. Βλ. Foucault (1984).

νωνικός αποκλεισμός. Στο Χ. Ζαραφωνίτου και Ι. Τσίγκανου (επιμ.), *Ναρκωτικά. Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα* (σελ. 173-226). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Κοινωνιολογική Επιθεώρηση (2014). Ειδικό θεματικό τεύχος «Η Κρίση», 1. Αθήνα: Ελληνική Κοινωνιολογική Εταιρεία.

Κορωνάκη, Κ. (2011-2012). Περί πολιτισμικού τραύματος. Ειδικό τεύχος αφιέρωμα «Πολιτισμικό τραύμα», *Επιστήμη και Κοινωνία*, 28, σελ. 207-220.

Κουκουτσάκη, Α. (2002). *Χρήση ναρκωτικών. Ομοφυλοφιλία. Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου*. Αθήνα: Κριτική.

Λιάπη, Μ. και Κόντου, Μ. (επιμ.) (2014). *Γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα: Ποιοτικοί δείκτες και δυναμικές κοινωνικής ένταξης*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μάτσα, Κ. (2012). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη. Ο τοξικομανής και ο θάνατος*. Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2013). *Ταπείνωση και ντροπή. Γυναίκες τοξικομανείς*. Αθήνα: Άγρα.

Παπαδοπούλου, Δ. (2012). *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*. Αθήνα: Τόπος.

Σιμώνη-Λιόλιου, Μ. (2011). *Η εκμετάλλευση και η δολοφονία της παιδικής αθωότητας*. Αθήνα: Κηφισιά.

Στρατηγάκη, Μ. (2006). *Το φύλο της κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Στριγγάρης, Μ. (1937). *Χασίς: ψυχοπαθολογία, κλινική, κοινωνιολογία, εγκληματολογία του κανναβισμού*. Αθήνα.

Ταταρίδου, Χ. (2002). Ανεργία, μορφές απασχόλησης και νομιμοποίηση των μηχανισμών κοινωνικού αποκλεισμού. Στο Ι. Τσίγκανου (επιμ.), *Οι εγκληματολογικές όψεις του κοινωνικού αποκλεισμού* (σελ. 219-269). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Tisseron, S. (2014). *Οικογενειακά μυστικά*. Αθήνα: Άγρα.

Τσαλίκογλου, Φ. (1999). *Η ψυχολογία στην Ελλάδα σήμερα*. Αθήνα: Πλέθρον.

Τσίγκανου, Ι. (1997). Το «κοινωνικό μειονέκτημα» της παραβατικότητας. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 22, σελ. 51-69.

Τσίγκανου, Ι. (2002). Οι εγκληματολογικές όψεις του κοινωνικού αποκλεισμού. Στο Ι. Τσίγκανου (επιμ.) *Οι εγκληματολογικές όψεις του κοινωνικού αποκλεισμού* (σελ. 15-104). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Υφαντής, Δ. (2017). *Τοξικομανία δι' ηρωίνης. Η χρήση ουσιών στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Αθήνα: Άγρα.

Φαρσεδάκης, Ι. και Συλίκος, Γ. (1995). Ναρκωτικά. Νομική και εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. *Θεωρία, Νομολογία, Υποδείγματα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Χάιδου, Α. (2016). *Ναρκωτικά. Χρήση, εξάρτηση, κοινωνικός έλεγχος*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ξενόγλωσση

Becker, H.S. (1973). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. U.S.A.: Free Press Paperback.

Becker, H.S. (1992). Cases, causes, conjunctures, stories and imagery. In C.C. Ragin and H.S. Becker (eds.). *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry* (pp. 205-216). Cambridge: Cambridge University Press.

Benschop A., and Perez, A.O. (2013). Ethnic and gender specific patterns of drug – use. In Fountain, J. et al. *Snapshots of social drug research in Europe*. Lengerich: Pabst Science Publishing, pp. 32-34.

Collins, R. (1979). *The credential society: A historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press.

Lindersmith, A.R. (1940). The drug addict as a psychopath. *American Sociological Review*, 5, pp. 914-920.

Lindersmith, A.R. (1965). *The addict and the law*. New York: Vintage.

Lindesmith, A.R. (1968*). Addiction and Opiates*. USA: Albine Publishing Co.

Murphy, R. (1988). *Social closure: The theory of monopolisation and exclusion*. Oxford: Claredon.

Parkin, F. (1979). *Marxism and class theory: a bourgeois critique*. London: Tavistock.

Schur, E. (1962). *Narcotics addiction in Britain and America*. London: Social Sciences, Paperbacks.

Smelser, N. (2004) Psychological trauma and cultural trauma. In J. Alexander et al., *Cultural trauma and collective identity*. Berkeley: University of California Press.

Stake, R. (2003). Case Studies. In N. Denzin and Y. Lincoln, *Strategies of Qualitative Inquiry* (2nd edition) (pp. 134-164). Sage.

Tsiganou, J. (2003). *Law-making on drugs and politics in Greece*. Athens: EKKE.

Tsiganou, J. et al. (1999). *Young people at social disadvantage*. Working Paper, no 7. Athens: EKKE,

Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.

Young, J. (1971). *The drugtakers*. London: Granada.

Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Αγγελική Κίτσιου[*], *Παρασκευή Καρακούλα*[**], *Χαρίκλεια Τσατσαρώνη*[***]

Εισαγωγή

Ο αριθμός των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες γυναικών αυξάνεται συνεχώς στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια και, σε σύγκριση με τους άνδρες, τα ποσοστά εξάρτησης των γυναικών πολλαπλασιάζονται (Rhodes, Gottfredson and Hill, 2018· Pomini and Nikolaou, 2002). Μάλιστα, λόγω της χρήσης ουσιών, παγκοσμίως, περισσότερες από πεντακόσια εκατομμύρια γυναίκες έχουν εγκλειστεί την προηγούμενη δεκαετία σε σωφρονιστικά καταστήματα ως προσωρινά κρατούμενες ή με ποινή φυλάκισης (Plugge, Douglas and Fitzpatrick, 2008). Επιπλέον, οι γυναίκες που συνεχίζουν τη χρήση ουσιών πέραν των πρώτων χρόνων της ενηλικίωσής τους, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο πρόκλησης μακροχρόνιας εξάρτησης (Rhodes et al., 2018).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών α) έχουν βιώσει πολλαπλά τραυματικά γεγονότα σε σύγκριση με τους άνδρες χρήστες, καθώς είναι εκτεθειμένες σε περισσότερους κινδύνους και σε περισσότερες απειλές

* Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.
** Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.
*** Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.

από ό,τι ένας άνδρας, όπως η σωματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση από την παιδική ηλικία, ο βιασμός στην ενήλικη ζωή, η συνύπαρξη με βίαιους συντρόφους, τα οποία πιθανά να ξεπερνάνε και τις 10 περιπτώσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωή τους (Elms, Link, Newman and Brogly, 2018· Rhodes et al., 2018· Blakey and Bowers, 2014· Pomini and Nikolaou, 2002), και β) λόγω αυτών των τραυματικών γεγονότων, έχουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα σε σχέση με τους άνδρες (Pomini and Nikolaou, 2002) και είναι πιο ευάλωτες στη χρήση. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι για τις γυναίκες που έχουν επιβιώσει από την εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης, η χρήση ουσιών συνιστά μία μέθοδο «αυτοθεραπείας» (Khantzian, 1985) και αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου, καθώς και έναν μηχανισμό διαχείρισης και αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων και αντιλήψεων για τον εαυτό τους (Μάτσα και Σφηκάκη, 2008· Miller and Stermac, 2000). Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες με τραυματικές εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης παρατείνουν το χρονικό διάστημα στη χρήση ουσιών τέσσερις φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό των χρηστών (Σφηκάκη, 2001).

Γενικότερα, λόγω του ότι τα δύο φύλα διαφέρουν ως προς την έκφραση του ψυχισμού και ως προς την κοινωνική ταυτότητα του φύλου τους (National Institute on Drug Abuse, 2000), οι διαφυλικές διαφορές σε σχέση με τη χρήση ουσιών εντοπίζονται σε πολλά πεδία (Mazure and Fiellin, 2018· Grella and Lovinger, 2012· Greenfield, Back, Lawson and Brady, 2010), ενδεικτικά αναφέρονται οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους, τα αίτια της έναρξης της χρήσης, η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση. Για παράδειγμα, οι εξαρτημένες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν στη θεραπεία σε σχέση με τους άνδρες (Rhodes et al., 2018), ενώ χαμηλό είναι αυτό το ποσοστό και σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό των γυναικών που εμπλέκονται σε θεραπεία για ψυχικά ή ιατρικά ζητήματα (Greenfield et al., 2007). Είναι χαρακτηριστικό, μάλιστα, ότι αυτό το ποσοστό είναι χαμηλό, καθώς οι γυναίκες τείνουν να ζητούν βοήθεια για λόγους που σχετίζονται έμμεσα με την εξάρτηση και, ως εκ τούτου, στρέφονται σε υπηρεσίες για την ψυχική υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (Greenfield et al., 2010· Lynch, Roth and Carroll, 2002). Επίσης, οι γυναίκες με ιστορικό τραύματος αρνούνται να εμπλακούν σε θεραπεία για την εξάρτηση εξαιτίας της

πολυπλοκότητας των θεμάτων τους, ή αν λαμβάνουν θεραπεία μόνο για την εξάρτηση, οι ψυχικές δυσκολίες που τις ταλαιπωρούν παράλληλα δε γίνονται αντικείμενο επαρκούς επεξεργασίας, με αποτέλεσμα να διακόπτεται και η θεραπεία για την εξάρτηση (Blakey and Bowers, 2014). Επιπλέον, ανεπαρκή διαγνωστικά κριτήρια για τις ανάγκες των γυναικών από τις θεραπευτικές δομές σε συνδυασμό με τραυματικά και βίαια γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους καθιστούν τα μεικτά θεραπευτικά προγράμματα λιγότερο ελκυστικά για αυτές (Teplan et al., 2015a· 2015b· Μάτσα και Σφηκάκη, 2008). Ευρήματα άλλων ερευνών αναδεικνύουν ότι ο τύπος ουσίας εξάρτησης μπορεί να επηρεάσει το χρόνο παραμονής στη θεραπεία ανάλογα με το φύλο (Choi, Adams, Morse and MacMaster, 2015) και ότι κάποιες ιατροφαρμακευτικές θεραπείες δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικές και για τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η χρήση δισουλφιράμης για την υποκατάσταση της κοκαΐνης είναι πιο αποτελεσματική για τους άνδρες ή ότι ο βαθμός αποτελεσματικότητας της βουπρενορφίνης στις γυναίκες για υποκατάσταση οπιοειδών εξαρτάται από τις παραλλαγές στο γονίδιό τους OPRD1 (Mazure and Fiellin, 2018).

Ωστόσο, οι περισσότερες διαφυλικές διαφορές δεν είναι βιολογικές και στη βάση τους βρίσκονται οι διαφορετικοί όροι ζωής των εξαρτημένων γυναικών (Μάτσα, 1998· 2001β). Πιο αναλυτικά, οι εξαρτημένες γυναίκες πλήττονται περισσότερο από την ανεργία ή ημιαπασχολούνται, με αποτέλεσμα να δοκιμάζουν μια μειωμένη αίσθηση κοινωνικής ασφάλειας, καταφεύγουν στην πορνεία για να εξασφαλίσουν τη δόση τους και να επιβιώσουν πολύ συχνότερα από ό,τι οι εξαρτημένοι άνδρες, είναι περισσότερο ευάλωτες στη μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδομένα νοσήματα και τον HIV, η συνύπαρξη της εξάρτησης με κάποια ψυχική διαταραχή είναι συχνότερη στις γυναίκες (κυρίως συναισθηματικές, αγχώδεις και διαταραχές διατροφής), έχουν συχνότερα ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία, πέφτουν συχνότερα θύματα βίας από το σεξουαλικό τους σύντροφο από ότι οι άνδρες, δέχονται μεγαλύτερη απόρριψη από την οικογένεια και τον περίγυρο, και μεγαλώνουν συχνά μόνες τα παιδιά τους χωρίς υποστηρικτικά δίκτυα (Μάτσα, 1998· 2001· Mazure and Fiellin, 2018· Elms et al., 2018· Teplan, Longinaker and Appel, 2015a· Teplan, Hand, Hutchinson, Salisbury-Afshar and Heil, 2015b· Σφηκάκη, 2001· Stocco, Llopis, DeFazio, Calafat and Mendes, 2000).

Αυτή η πραγματικότητα των εξαρτημένων γυναικών διαμορφώνει φυσικά πολλαπλά εμπόδια κατά την αναζήτηση και λήψη θεραπείας για τις εξαρτήσεις σε σχέση με αυτά που αντιμετωπίζουν οι άνδρες (Rhodes et al., 2018), τα οποία άπτονται της οικογένειας, των φίλων, ακόμα και των ίδιων των θεραπευτικών υπηρεσιών και, φυσικά, των κοινωνικών στερεοτύπων. Κατ' αρχάς, οι εξαρτημένες μητέρες φοβούνται ότι μπορεί να χάσουν την επιμέλεια των παιδιών τους, αν αποκαλυφθεί η εξαρτητική συμπεριφορά, και συχνά δεν έχουν στη διάθεσή τους υποστηρικτικό δίκτυο που θα φροντίσει τα παιδιά, όσο βρίσκονται στο πρόγραμμα (Elms et al., 2018· Μάτσα, 1998). Επιπλέον, φοβούνται τη σεξουαλική παρενόχληση από τους άνδρες που παρακολουθούν τα μικτά προγράμματα (Μάτσα, 1998), οι οποίοι συχνά είναι πρώην σύντροφοι (Elms et al., 2018). Όσον αφορά τις θεραπευτικές υπηρεσίες, διατυπώνουν επιφυλάξεις για τη συναισθηματική τους ασφάλεια σε ένα μικτό πρόγραμμα (Μάτσα, 1998), κάνουν λόγο για σύνθετες διαδικασίες εισαγωγής, έλλειψη ενημέρωσης και μεγάλους χρόνους αναμονής, ενώ παράλληλα αποθαρρύνονται από συμβούλους εξάρτησης που δεν έχουν την απαραίτητη ενσυναίσθηση ή εκπαίδευση σε θέματα φύλου (Elms et al., 2018). Βασικότερο όλων και με πολλές προεκτάσεις είναι το στίγμα που βιώνουν οι γυναίκες χρήστριες, το οποίο τις κάνει να ντρέπονται και, κατ' επέκταση, πλήττει την αυτοεκτίμησή τους και την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας στη θεραπεία. (Elms et al., 2018). Όπως χαρακτηριστικά περιγράφει η Μάτσα (1998, σελ. 87), οι γυναίκες χρήστριες είναι διπλά στιγματισμένες, ως έχουσες παρεκκλίνουσες συμπεριφορές και ως εξαρτημένες, επομένως, διπλά καταπιεσμένες και αποκλεισμένες και η κοινωνία «*τις αποστρέφεται ως μιάσματα, φορείς καταστροφής κοινωνικών αξιών και παραδόσεων*». Αυτό σημαίνει ότι το στίγμα δεν έχει να κάνει μόνο με την πορνεία, στην οποία δυνητικά καταφεύγουν, ή μόνο με τη συμπεριφορά της χρήσης, ένα παραδοσιακά «ανδρικό προνόμιο», αλλά, κατ' αρχάς, με την παρέκκλιση από τους παραδοσιακούς γυναικείους ρόλους της συζύγου και μητέρας. Μάλιστα, κάποια από τα στερεότυπα για τη «φύση» και το ρόλο της γυναίκας αντανακλώνται και στη βιβλιογραφία, η οποία – όταν δε γενικεύει μιλώντας για «χρήστες» συμπεριλαμβάνοντας σε «αυτούς» τις εξαρτημένες γυναίκες (Ettore, 2004) – συζητά την εξάρτηση των γυναικών είτε σε σχέση με την αναπαραγωγή και τη μητρότητα, βασικό στοιχείο της γυναικείας ταυ-

τότητας, είτε εξετάζοντας στην ψυχοπαθολογία τους ως περισσότερο αδύναμων ή διαταραγμένων από ότι οι άνδρες χρήστες (Κασσέρη και Αυδή, 2008).

Σημαντικό είναι ότι ο στιγματισμός των εξαρτημένων γυναικών εντάθηκε ιδιαίτερα την εποχή της κρίσης. Σύμφωνα με τη Μάτσα (1998), σε περιόδους βαθιάς κοινωνικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε ήδη εδώ και μια δεκαετία, ενεργοποιείται ο κοινωνικός αυτοματισμός κατασκευής εξιλαστήριων θυμάτων και μετατρέπει τη γυναίκα σε μόνη πηγή κοινωνικών δεινών, η οποία πρέπει να απομονωθεί κοινωνικά. Οι πολλαπλοί αποκλεισμοί των γυναικών (π.χ., εκδιδόμενες, οροθετικές, εξαρτημένες γυναίκες) εντείνουν τη συστημική βία που επικεντρώνεται στις πολλαπλά στιγματισμένες γυναίκες ως αποδιοπομπαίους τράγους, οδηγώντας συχνά όχι μόνο στο στιγματισμό και αποκλεισμό τους, αλλά και στη διαπόμπευσή τους (Μάτσα, 1998· 2013).

Όλες αυτές οι βιολογικές, ψυχικές και, κυριότερα, κοινωνικές διαφορές των εξαρτημένων γυναικών από τους εξαρτημένους άνδρες διαμορφώνουν διαφορετικές θεραπευτικές ανάγκες και απαιτούν διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις με βάση το φύλο κατά την εμπλοκή των γυναικών στη θεραπεία (Tang, Claus, Orwin, Kissin and Arieira, 2012). Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι τα προγράμματα θεραπείας που εστιάζουν στις γυναίκες μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, ωστόσο παγκοσμίως δεν υπάρχουν πολλά αντίστοιχα προγράμματα (Elms et al., 2018). Στην Ελλάδα, εξαίρεση αποτελεί το πρόγραμμα απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, το οποίο ανταποκρινόμενο στις ανάγκες του πληθυσμού των εξαρτημένων γυναικών δημιούργησε υπηρεσίες ειδικά για εξαρτημένες γυναίκες σε κάθε φάση θεραπείας.[1] Στον ΟΚΑΝΑ λειτουργεί Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας Εξαρτήσεων στο Γ.Ν. Έλενα Βενιζέλου, ωστόσο, και όλες οι άλλες μονάδες εξυπηρετούν και γυναίκες και η μονάδα στην οποία πραγματοποιούνται οι εισαγωγές στο πρόγραμμα υποκατάστασης είναι, επίσης, μικτή.

1. Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών, Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών (Κλειστό, από το 1997), Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και Παιδιών (από το 2006), Κοινωνική Επανένταξη Γυναικών και Μητέρων και Ξενώνα Κοινωνικής Επανένταξης Γυναικών.

Ευρύτερα, ο τρέχων σχεδιασμός των περισσότερων θεραπευτικών προγραμμάτων για την εξάρτηση παραβλέπει τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Οι παρεμβάσεις για τη χρήση ουσιών ιστορικά αναπτύσσονται γύρω από τη θεραπεία των ανδρών και οι υπηρεσίες συχνά επικεντρώνονται στις ανησυχίες τους. Κατά συνέπεια, οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό από τους άνδρες να εισέλθουν στα παραδοσιακά μικτά προγράμματα θεραπείας για τη χρήση ουσιών (Mazure and Fiellin, 2018).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, αναδεικνύεται όλο και περισσότερο η αναγκαιότητα για την ιδιαίτερη μελέτη και αξιολόγηση του ρόλου του φύλου σε σχέση με τα ζητήματα της εξάρτησης. Το φύλο, θεμελιακό συστατικό της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας (Lorraine, 2018), συνεπάγεται διαφορές και διαφορετικές πορείες ως προς την κοινωνικοποίηση, τις προσδοκίες και τους ρόλους, τις αξίες και τις σχέσεις τόσο κατά τη διάρκεια της χρήσης όσο και της θεραπείας (NIDA, 2000). Χαρακτηριστικό είναι για παράδειγμα ότι, παρόλο που προηγούμενες έρευνες επισήμαναν ότι οι γυναίκες που προσέρχονται για θεραπεία συγκριτικά με τους άνδρες αντιμετωπίζουν σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα και μεγαλύτερο πρόβλημα εξάρτησης, ωστόσο αντιμετωπίζουν λιγότερα νομικά προβλήματα (Ζώτου και Κοπακάκη, 2005). Άλλωστε η αποτελεσματική θεραπεία που απευθύνεται ειδικά στις γυναίκες μπορεί να συμβάλει και στη μείωση της εμπλοκής τους με το ποινικό σύστημα (Kissin, Tang, Campbell, Claus and Orwin, 2014).

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον για την έρευνα, το σχεδιασμό και την εφαρμογή ειδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων με βάση το φύλο έχει αυξηθεί (Teplan et al., 2015a· 2015b). Η διεθνής βιβλιογραφία (Elms et al., 2018· Rhodes et al., 2018) διαπιστώνει ότι τα προγράμματα που προσφέρουν υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες των γυναικών επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς την παραμονή των γυναικών στη θεραπεία και τη μείωση της χρήσης ουσιών, την πιο εστιασμένη δέσμευση στη θεραπεία, καθώς και στην ολοκλήρωση των προγραμμάτων. Μάλιστα, έχει επισημανθεί ότι οι εξειδικευμένες παρεμβάσεις με βάση το φύλο επέφεραν θετικά αποτελέσματα και εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, οδηγώντας πέραν της μείωσης της χρήσης ουσιών και της εγκληματικής συμπεριφοράς και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γυναικών σε σχέση με προηγούμενα τραυματικά γεγονότα (Van Voorhis, 2012· Sacks, McKendrick and Hamilton, 2012).

Ωστόσο, αν και αρκετές έρευνες, κυρίως ποσοτικές (Grosso et al., 2013· Jackson and Shannon, 2013), εστιάζουν στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, λίγες είναι αυτές που δίνουν έμφαση στις διαδικασίες αναζήτησης θεραπείας από τις εξαρτημένες γυναίκες, στον τρόπο που βιώνουν την εμπειρία από την εξάρτηση στη θεραπεία, στα κίνητρα και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων πριν από την έναρξη της θεραπείας, αλλά και ευρύτερα στις διαδρομές των γυναικών από τη χρήση στη θεραπεία (Rhodes et al., 2018· Grienfield et al., 2007). Ειδικότερα, σημαντικά γεγονότα ζωής και κρίσιμα σημεία καμπής, τα οποία μπορεί να έχουν συμβάλει στη μετατόπιση των γυναικών ως προς τη στάση ζωής τους και την έναρξη, την παραμονή και την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς (Rhodes et al., 2018· Bachman, Kerrison, Paternoster, O'Connell and Smith, 2016· Giordano, 2016· Hser, Longshore and Anglin, 2007). Ακόμα λιγότερες μελέτες έχουν εξετάσει αυτά τα ζητήματα συγκεκριμένα για γυναίκες που λαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες υποκατάστασης (Grienfield et al., 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει μέσω μιας ποιοτικής προσέγγισης ποια γεγονότα ζωής, τραυματικά ή μη, διαδραμάτισαν καταλυτικό ρόλο στην πορεία εξαρτημένων γυναικών που λαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες από τον ΟΚΑΝΑ και ποιες διαδρομές ακολούθησαν οι γυναίκες αυτές κατά την εμπλοκή τους με τη χρήση και με τη θεραπεία ως προς τις επιλογές, τις δυσκολίες, τα κίνητρα και τις διεργασίες που τις διέπουν. Υπό το πρίσμα αυτό τίθενται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια γεγονότα επηρεάζουν την πορεία των εξαρτημένων γυναικών προς τη χρήση;
- Πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους κατά την πορεία τους στη χρήση;
- Πώς αντιλαμβάνονται την πορεία τους στη θεραπεία και τη λειτουργία των θεραπευτικών δομών για την εξάρτηση;
- Πώς κινητοποιούνται οι εξαρτημένες γυναίκες να εμπλακούν στη θεραπεία;
- Ποιες παράμετροι αξιολογούν ότι συμβάλλουν θετικά στη συνέχιση της θεραπείας τους;

Μεθοδολογία

Συμμετέχουσες

Οι συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας επιλέχθηκαν ακολουθώντας τη στρατηγική της ομοιογενούς σκόπιμης δειγματοληψίας (Creswell, 2016), προκειμένου να εξασφαλισθεί «πλούτος» πληροφοριών και να κατανοηθούν τα υπό έρευνα ζητήματα της συγκεκριμένης ομάδας σε βάθος. Στο πλαίσιο αυτό επιλέχθηκαν δέκα (10) γυναίκες που βρίσκονται στη Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας, σύμφωνα με το Πλαίσιο Λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ (2012). Αυτό σημαίνει ότι είτε έχουν ήδη διακόψει σταδιακά τη χορήγηση υποκατάστατων και βρίσκονται σε θεραπεία στη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης ή χορηγούνται για μεγάλο διάστημα με χαμηλή δοσολογία υποκατάστατου και βρίσκονται σε θεραπεία στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (Προεπανένταξη). Κύριος στόχος της φάσης αυτής είναι η σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση των θεραπευόμενων μέσα από ένα δομημένο θεραπευτικό πρόγραμμα βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης των μελών με πολυσύνθετες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων της περιοδικής εξέτασης της σωματικής υγείας και φυσικά της πρόληψης της υποτροπής.

Η επιλογή αυτή πραγματοποιήθηκε προκειμένου οι συμμετέχουσες να είναι σε φάση θεραπείας κατά την οποία μπορούν να αποτιμήσουν και να αξιολογήσουν την πορεία τους στη χρήση και τη θεραπεία και, παράλληλα, να είναι σε θέση να εξωτερικεύσουν τις εμπειρίες και τις απόψεις τους, χωρίς να διακινδυνευθεί το θεραπευτικό τους πρωτόκολλο λόγω της συμμετοχής τους στην ερευνητική διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν:

α. τέσσερις (4) γυναίκες από τις έξι (6) σε σύνολο που λάμβαναν υπηρεσίες από τη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της έρευνας. Η συγκεκριμένη Μονάδα αποτελεί το πρώτο στάδιο της Φάσης Συνεχιζόμενης Φροντίδας και απευθύνεται σε θεραπευόμενες και θεραπευόμενους που επιθυμούν τη μείωση έως και διακοπή του υποκατάστατου με παράλληλη αποχή από όλες τις ουσίες, καθώς και στην ένταξή τους στην κύρια φάση της Κοινωνικής Επανένταξης. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από έξι (6) έως 18 μήνες.

β. έξι (6) γυναίκες από τις δέκα (10) σε σύνολο που λάμβαναν υπηρεσίες από τη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της έρευνας. Κύριος στόχος της συγκεκριμένης Μονάδας είναι, μέσω της παροχής ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας, καθώς και συνεχούς παρακολούθησης της σωματικής και της ψυχικής υγείας των θεραπευόμενων, να συμβάλει στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης και στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από δώδεκα 12 έως 24 μήνες.

Όλες οι συμμετέχουσες ήρθαν σε επαφή με τις ψυχοδραστικές ουσίες σε νεαρή ηλικία, στα προεφηβικά, εφηβικά και μετεφηβικά χρόνια. Συγκεκριμένα το εύρος της ηλικίας έναρξης της χρήσης είναι 11-22 έτη, σε συμφωνία και με τα ευρήματα πρόσφατων ερευνών του ΕΠΙΨΥ (Kokkevi, Fotiou, Kanavou, Stavrou and Richardson, 2016) και του ΕΚΤΕΠΝ (2016) για την προβληματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και την ανάπτυξη εξάρτησης στο μαθητικό, εφηβικό και μετεφηβικό πληθυσμό. Η ουσία προτίμησης ήταν για όλες η ηρωίνη.

Μέθοδοι

Για την ικανοποίηση των στόχων της παρούσας μελέτης κρίθηκε καταλληλότερη η αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων και τεχνικών. Συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη σε βάθος (semi-structured in depth interview) (Τσιώλης, 2014), επιχειρώντας τη συστηματική διερεύνηση των υποκειμενικών εμπειριών και αντιλήψεων των εξαρτημένων γυναικών για τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και τη θεραπεία, προκειμένου να ακουστεί η «φωνή» των ίδιων των ερευνώμενων (Eisner, 1991), σε πλαίσιο όπου τα άτομα διατηρούν την πραγματικότητα τους (Berg, 1998).

Στο πλαίσιο αυτό, πρωταρχικό στόχο, όπως προαναφέρθηκε, αποτέλεσε η διερεύνηση και κατανόηση των γεγονότων ζωής, των σημείων καμπής και των σημείων ωρίμανσης που επέδρασαν και επηρέασαν την πορεία των γυναικών τόσο κατά τη διάρκεια της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Στη βάση αυτή, κατά τη διαμόρφωση του οδηγού συνέντευξης, η ερευνητική ομάδα επικεντρώθηκε στην ανάδειξη αυτών των γεγονότων ζωής που επηρέασαν τις συμπεριφορές των γυναικών, εστιάζοντας όχι μόνο σε παραδοσιακά ζητήματα όπως ο γάμος ή μητρότητα, αλλά στα γεγονότα που οι ίδιες οι ερωτώμενες προσδιόρισαν, απαντώντας ελεύθερα στις ανάλογες ανοικτές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με τρόπο ώστε να προαγάγουν την ελευθερία των απαντήσεων και να ενθαρρύνουν τις συμμετέχουσες να αποδώσουν με ειλικρίνεια τη δική τους νοηματοδότηση για τα σημαντικά γεγονότα και την πορεία τους.

Διαδικασίες

Αποσκοπώντας στην άρτια διεξαγωγή των συνεντεύξεων σύμφωνα με τους στόχους της έρευνας, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη ότι όλες οι ερευνητικές διαδικασίες χρειάζεται να υλοποιηθούν με τρόπο που να μην διαταράσσεται το θεραπευτικό πρόγραμμα των επιλεγμένων γυναικών, κατ' αρχάς, ενημερώθηκαν οι υπεύθυνοι/-ες των συγκεκριμένων μονάδων, καθώς και οι θεραπευτές και θεραπεύτριες των γυναικών για τους στόχους της έρευνας. Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους/τις θεραπευτές/-τριες των γυναικών να τις ενημερώσουν, προκειμένου να εκδηλώσουν τον ενδιαφέρον τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στο πλαίσιο αυτό είναι πολύ σημαντικό να σημειωθεί ότι όλες οι ερωτώμενες αποδέχθηκαν πρόθυμα να συμμετάσχουν.

Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας σε χώρους των Μονάδων και σε χρόνο της προτίμησης των συμμετεχουσών, προκειμένου να διασφαλιστεί το κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης που θα επέτρεπε σε κάθε γυναίκα να νιώσει άνετα και να εκφραστεί ελεύθερα. Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας ενημέρωσαν αναλυτικά τις συμμετέχουσες για το σκοπό και τη φύση της συνέντευξης, ενώ ζητήθηκε και η συγκατάθεσή τους για τη μαγνητοφώνηση της συνέντευξης. Όλες οι συμμετέχουσες διάβασαν το έντυπο συγκατάθεσης παρουσία της/του ερευνήτριας/-ή, είχαν την ευκαιρία να λύσουν απορίες και παρέδωσαν ενυπόγραφη συγκατάθεση πριν από τη διεξαγωγή κάθε συνέντευξης. Η διαδικασία της συνέντευξης ξεκινούσε παράλληλα με την ηχητική εγγραφή και η χρονική διάρκεια των συνεντεύξεων κυμαινόταν από 35 έως 90 λεπτά (με μέσο όρο τα 45-60

λεπτά). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι οι διαδικασίες της έρευνας εγκρίθηκαν από το ΔΣ του ΟΚΑΝΑ και το ΔΣ του ΕΚΚΕ.

Αναλύσεις

Μετά την ολοκλήρωση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων ακολούθησε η διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων, προκειμένου να παραχθεί νόημα και να αναδειχθούν τα γεγονότα της πορείας των γυναικών στη χρήση και της εμπλοκής τους στη θεραπεία. Κατ' αρχάς, οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και μετεγγράφηκαν κατά λέξη σε αρχεία δεδομένων-γραπτά κείμενα από μέλη της ερευνητικής ομάδας και εκπαιδευμένο ερευνητικό βοηθητικό προσωπικό. Τα αρχεία αποθηκεύτηκαν σε ασφαλείς servers των δύο φορέων και προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης. Όλες οι πληροφορίες που δυνητικά μπορούσαν να οδηγήσουν σε ταυτοποίηση των συμμετεχουσών διαγράφηκαν ή τροποποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της μετεγγραφής των συνεντεύξεων, προκειμένου να διασφαλισθεί πλήρως η ανωνυμία τους.

Τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων αναλύθηκαν με τη μέθοδο της επαγωγικής θεματικής ανάλυσης, όπως περιγράφεται από τους Braun και Clarke (2006). Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν προσεκτικές αναγνώσεις των δεδομένων από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, ώστε να αποδοθεί μια γενική εικόνα και έπειτα να εντοπιστούν τα τμήματα που δίνουν πληροφορίες για τα ερωτήματα της έρευνας. Κατά την αρχική κωδικοποίηση συνοψίστηκαν γραμμικά τα τμήματα δεδομένων, ενώ στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν υπό ευρύτερους αναλυτικούς όρους, προκειμένου να καθοριστούν οι σχέσεις μεταξύ των αρχικών κωδικών και να μειωθεί και ο υπερβολικός όγκος των πληροφοριών. Με συγκεκριμένη διαδικασία κωδικοποίησης αποδόθηκε ένας κωδικός στα τμήματα κειμένου και στη συνέχεια οι παρόμοιοι κωδικοί συναθροίστηκαν και εντοπίστηκαν τα πιθανά θέματα-κατηγορίες. Από αυτά τα θέματα, αρκετά συνδυάστηκαν σε μεγαλύτερα, για παράδειγμα την κινητοποίηση των γυναικών για εμπλοκή στη θεραπεία, ενώ άλλα, λιγότερο αντιπροσωπευτικά, όπως η συμμετοχή της οικογένειας σε θεραπευτικά προγράμματα, απορρίφθηκαν.

Μετά τον εντοπισμό των βασικών θεμάτων, τα σχετικά αποσπάσματα από τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα τέθηκαν εκ νέου υπό

επισκόπηση, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι τα τελικά θέματα αντιπροσωπεύουν με ακρίβεια τα μοτίβα που παρατηρήθηκαν.

Στην επόμενη ενότητα, παρουσιάζονται τα θέματα που αναδείχθηκαν ανά ερευνητικό ερώτημα και παρατίθενται σε πίνακα αυτούσια αποσπάσματα από τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων. Κάθε απόσπασμα προέρχεται από διαφορετική συνέντευξη, ο αριθμός της οποίας αποτυπώνεται το η. Για κάθε θεματική κατηγορία, η αρίθμηση των συνεντεύξεων μεταβάλλεται, προκειμένου να αποτραπεί η έμμεση ταυτοποίηση των συμμετεχουσών.

Ευρήματα

Σύμφωνα με το παραπάνω πλαίσιο, για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα *«Ποια γεγονότα επηρεάζουν την πορεία των εξαρτημένων γυναικών προς τη χρήση;»* αναδείχθηκαν δύο θεματικές κατηγορίες: «*Τραυματικά γεγονότα στο οικογενειακό περιβάλλον*» και «*Η συμβολή του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση*».

Τραυματικά γεγονότα στο οικογενειακό περιβάλλον

Από τις απαντήσεις των γυναικών διαφαίνεται ότι στην πλειονότητά τους έχουν ανατραφεί σε περιβάλλοντα που διακρίνονταν από έλλειψη φροντίδας, παραμέληση και, συχνότερα, λεκτική, σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, οι περισσότερες συμμετέχουσες αναφέρουν ότι στο οικογενειακό περιβάλλον υπήρξε αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών, συνήθως από τον πατέρα. Η συσχέτιση τραύματος στην παιδική ηλικία και ανάπτυξης εξάρτησης υποστηρίζεται και βιβλιογραφικά. Οι Hien, Cohen και Campbell (2005) εξηγούν πώς η έκθεση του παιδιού σε κακοποιητικά περιβάλλοντα αναστέλλει την ωρίμανση των αυτορρυθμιστικών του μηχανισμών, οι οποίοι βοηθούν στη διαχείριση των τραυματικών γεγονότων. Την ανωριμότητα ή ελαττωματικότητα αυτών των μηχανισμών στα άτομα με τραυματικά ιστορικά έρχεται να αντισταθμίσει η χρήση ουσιών, σε μια προσπάθεια των ατόμων για ανακουφίσουν επώδυνα συναισθήματα και να αυτορρυθμίσουν την ψυχική και σωματική τους ένταση. Συχνή επίπτωση του τραυματικού ιστορικού στην παιδική

ηλικία αποτελεί και η διάσχιση, ένας μηχανισμός άμυνας που επιτρέπει στο άτομο να διαχωρίζει πλευρές της ψυχικής ζωής του ή και του εαυτού του για να προστατευτεί από το τραύμα, ο οποίος επίσης σχετίζεται με την ανάπτυξη εξάρτησης, καθώς οι ουσίες επιτρέπουν την ενεργοποίηση αυτής της άμυνας και τη «μετάβαση» σε μια άλλη, λιγότερο οδυνηρή, κατάσταση εαυτού. Ευρήματα εμπειρικών ερευνών υποδεικνύουν ότι οι παιδικές εμπειρίες συναισθηματικής κακοποίησης σχετίζονται με τη διάσχιση ανεξάρτητα από την επίδραση της μετέπειτα χρήσης και εξάρτησης (Schäfer et al., 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με τη Σφηκάκη (2009), η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης παραμένουν μέσα στην εξάρτηση τέσσερις φορές μεγαλύτερο διάστημα από εκείνες που δεν έχουν βιώσει τέτοιου είδους τραυματικά γεγονότα.

Στα παρακάτω αποσπάσματα (Πίνακας 1) αποτυπώνονται τραυματικές στιγμές που διακρίνουν τις πορείες των γυναικών και αφορούν σε παραμέληση, κακοποίηση και φαινόμενα εξάρτησης εντός των οικογενειακών τους περιβαλλόντων.

Πίνακας 1

Παραδείγματα τραυματικών γεγονότων στο οικογενειακό περιβάλλον στις απαντήσεις για τα γεγονότα που επηρέασαν την εμπλοκή με τη χρήση

«Ο πατέρας μου αλκοολικός, ακόμα και σήμερα»	(n=1)
«Υπήρχε πολλή βία μες στο σπίτι, πολλά άσχημα πράγματα, τα οποία, όμως, σαν παιδί προφανώς δεν τα άντεχα... Είχε λεκτική βία, είχε όλων των ειδών βία, εκτός από σεξουαλική»	(n=2)
«Η μάνα μου το είχε αγνοήσει, το είχε, το έλεγε για πλάκα. Δεν είχε καταλάβει ότι μπορεί να είναι κάτι σοβαρό. Αλλά, πάντα ήμουν αγχωμένη»	(n=3)
«Ένα βασικό που δεν είπα είναι ότι μέσα στην οικογένεια, το 2010 χάθηκε ο αδερφός μου από το αλκοόλ. Οπότε, υπήρχε και δεύτερη εξάρτηση»	(n=4)
«Ο οποίος μπαμπάς με προβλήματα κι αυτός, με χρήση κάνναβης, αλκοόλ και τα λοιπά. Προβλήματα, μέναμε όλοι, γιαγιά, παππούς, ο μπαμπάς μου, ο αδερφός του μπαμπά μου. Και οι τρεις άντρες με αλκοόλ και χασίς. Ξύλο στη γιαγιά. Ξύλο μεταξύ τους και τέτοιες καταστάσεις. Δύσκολα παιδικά χρόνια»	(n=5)

«Ο πατέρας μου μετά τα 12 άρχισε λίγο να με βλέπει διαφορετικά, δηλαδή. Και έγινε ένα συμβάν, με είχε πάρει με το αυτοκίνητο και, είχα πάει σε κάτι συγγενείς και στο γυρισμό δεν με πήγε σπίτι, πήγε κάπου αλλού, σε ένα drive in, που πηγαίνουν ζευγάρια και τα λοιπά. Έκανε μπροστά μου ό,τι έκανε. Ευτυχώς, δεν με πείραξε. Δηλαδή, άρχισε να προσπαθεί να με χαϊδέψει και τέτοια. Έβαλα εγώ τα κλάματα...και πολύ ξύλο η μητέρα μου, πάρα πολύ. Τα σημάδια ακόμα τα έχει πάνω της. Από ξυράφια, από τσιγάρα. Πάρα πολλά, πάρα πολλά»	(n=6)
«Οι δικοί μου, εντάξει, τους έχω συγχωρέσει για κάποια πράγματα που έχουν γίνει. Ξέρω ότι και εκείνοι είχαν κακοποιηθεί όταν ήταν μικροί, από τους δικούς τους γονείς... Πιο πολύ το είχα από τη μεριά του πατέρα μου. Ήταν λίγο βίαιος, αυστηρός πολύ. Υπήρχε και σωματική και λεκτική βία»	(n=7)
«Οι γονείς μου χωρισμένοι από οκτώ χρονών, αλκοολικός ο μπαμπάς, οπότε υπήρχε και από εκεί κάτι, δεν είχα βρει ποτέ τους λόγους που οδηγήθηκα, δεν είχα ρίξει ποτέ ευθύνες σε κανέναν»	(n=8)

Η συμβολή του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση

Από τις αφηγήσεις των γυναικών φαίνεται ότι το άτομο που λειτουργεί ως «σημαντικός άλλος» για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμπλοκής τους με τη χρήση είναι συχνά και το ίδιο εξαρτημένο από ψυχοδραστικές ουσίες (Πίνακας 2). Συχνότερα, μάλιστα, οι γυναίκες προσελκύονται στη χρήση από τους συντρόφους τους. Είναι ενδεικτικό ότι αρκετές από αυτές αναφέρουν ότι εμπλέκονται με τη συστηματική χρήση ουσιών, προσπαθώντας να απεμπλέξουν το σύντροφο από την εξαρτητική συμπεριφορά μέσω της αναπαραγωγής των ίδιων συμπεριφορών από τις ίδιες, υποτιμώντας, ωστόσο, τους κινδύνους που ελλοχεύουν γι' αυτές. Η Στρατίκη (2006) αναφέρεται στο φαινόμενο αυτό με τον όρο «διπλή εξάρτηση», δηλαδή, εξάρτηση και από την ψυχοδραστική ουσία αλλά και από τον σύντροφο. Σύμφωνα με τη Μάτσα, οι γυναίκες, παρά την εξαθλίωση της χρήσης, είναι αυτές που συντηρούν συνήθως και τον εξαρτημένο σύντροφό τους ή/και το παιδί τους, ενώ πολλές από αυτές στρέφονται στη χρήση αφού έχουν ζήσει για χρόνια δίπλα σε έναν εξαρτημένο σύντροφο (ή πατέρα), μια

στροφή που ενισχύεται και από το στρες που δημιουργεί η συμβίωση με έναν εξαρτημένο (Μάτσα, 2001α). Σημαντικό είναι, ωστόσο, να σημειωθεί ότι υπάρχει και μια τάση της βιβλιογραφίας να αναγάγει την εξάρτηση των γυναικών σε έμφυλα στερεότυπα των γυναικών ως εξαρτημένων και υποτελών στους άνδρες, ενώ πιο πρόσφατες έρευνες αναδεικνύουν ότι οι εξαρτημένες γυναίκες είναι ένας ετερόκλητος πληθυσμός που ασκεί ένα φάσμα ελέγχου γύρω από τη χρήση και επιδεικνύει μεγαλύτερη αυτονόμηση από αυτή που αναφέρουν παλιότερες έρευνες (Κασσέρη και Αυδή, 2008).

Πίνακας 2

Παραδείγματα της συμβολής του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση στις απαντήσεις για τα γεγονότα που επηρέασαν την εμπλοκή με τη χρήση

«Είχα γνωρίσει ένα παιδί, το οποίο ήταν ήδη στην ηρωίνη. Και προσπαθούσα να το αποδείξω ότι αυτό που κάνει γίνεται να κόψει και ότι είναι όλα στο μυαλό. Και μια μέρα, κάθε μέρα έβλεπα τη δικιά του τη χρήση, ήμουν δίπλα του στα στερητικά κι όλα αυτά, είχαμε αρχίσει σχέση, του λέω δώσε μου κι εμένα. Όχι, ξέρω εγώ. Άμα δεν μου δώσεις εσύ, θα μου δώσει κάποιος άλλος, θα ζητήσω αλλού. Και έτσι άρχισε η χρήση μαζί του. Και μπήκα κι εγώ σιγά-σιγά»	(n=1)
«Έκανα και πρωταθλητισμό, tae kwon do, όταν ήρθα στην Αθήνα. Είχα πανελλήνια θέση, μετάλλια και τα λοιπά. Εντάξει, μετά όταν γνώρισα κάποιον και έμπλεξα με τις ουσίες, τα παράτησα όλα»	(n=2)
«Εγώ προσπαθούσα να τον βοηθήσω να ξεφύγει από όλα αυτά. Τσακωμοί, το ένα, το άλλο. Μέχρι που δοκίμασα. Δηλαδή, μου έδωσε εκείνος (...) εντάξει, να δω, τι είναι αυτό που κάνεις πια και σου αρέσει τόσο πολύ και δεν μπορείς να. Μου έλεγε, όχι, μα, μου. Του λέω, εντάξει, ένα Σάββατο θα κάνω, σιγά. Και δοκίμασα. Και μετά το έκανα και από μόνη μου»	(n=3)
«Εκείνη την εποχή άρχισα να μπλέκω και με τη δεύτερη σχέση, που ήταν και καθοριστική. Είχαμε 14 χρόνια διαφορά. Ήταν γνωστός γνωστού και τα λοιπά. Μ' αυτήν τη σχέση ξεκίνησα χασίσι. Και ξεκίνησα κι εγώ χασίσι γιατί έβλεπα ότι έπαιρνε φάρμακα εκείνη την εποχή και σιρόπια και τέτοια. Οπότε, ήθελα να τον βοηθήσω να φύγει από αυτήν την κατάσταση»	(n=4)

«Και ο πρώην σύζυγος που βοήθησε για... Γιατί μαζί του άρχισα τη χρήση. Απλά του δίνω τι ελαφρυντικά; Ότι ήταν χρήστης κι εκείνος. Θέλω να ελπίζω ότι αν ήτανε καλά δεν θα με είχε βάλει και εμένα στα ναρκωτικά. Μόνο αυτό του δίνω, το ελαφρυντικό. Ότι ήταν και ο ίδιος χρήστης»	(n=5)
«Όταν χώρισα με τον μπαμπά της, με τον οποίο κάναμε χρήση μαζί – χρήση, μιλάμε πάντα για κάνναβη τώρα, έτσι;.... ο σύζυγος ο δεύτερος, ήρθε, τον γνώρισα αλκοολικό»	(n=6)
«Τέλος πάντων, μπήκα σ' ένα trip εγώ, να μπω στο κεφάλι του, να καταλάβω γιατί και να τον βοηθήσω εγώ. Να κόψει τη χρήση και να μπορέσει και να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του με κάποιον τρόπο»	(n=7)
«Η σχέση που έκανα ήταν από τη χρήση. Παντρεύτηκα κιόλας κάποια στιγμή με αυτόν τον άνθρωπο που ήμασταν μαζί στη χρήση»	(n=8)
«Γενικά ήταν έτσι οι σχέσεις μου, μες τη χρήση, και βία πάρα πολύ...»	(n=9)
«Για αντίδραση κι εγώ, επειδή δεν ήθελα να, νόμιζα πως έτσι θα καταλάβαινε καλύτερα την κατάστασή του, πώς είναι και ότι θα μπορούσα να βοηθήσω μέσα από εκεί, ώστε να καταλάβω σε τι κατάσταση είναι. Και να τον βοηθήσω, γιατί δεν ήξερα τίποτα μέχρι τότε για την ηρωίνη»	(n=2)
«Εκείνος δεν έκανε τόσο πολύ χρήση. Έκανε, βέβαια, εμπόριο, όπως κάνανε και οι προηγούμενοι. Αλλά, ήταν σ' έναν έλεγχο. Πιο πολύ χασίσι έπινε»	(n=4)
«Μέσα σε όλο, ήμουνα και 12 χρόνια μόνη μου εγώ, ήταν άλλα τέσσερα αυτός στον δρόμο μόνος του. Δηλαδή, προέκυψε σχέση. Δεν ήταν σχέση, έτσι; Αλλά υπήρχαν σχέσεις, να το πω έτσι. Κι εκεί ξεκίνησα την ηρωίνη»	(n=6)
«Όταν ξεκίνησα με το Γιάννη, γιατί τότε μεταπήδησα από την παρέα, το χαβαλέ, το ξένοιαστο, πάλι η χρήση, αλλά σε άλλο επίπεδο, και έκανα τη βουτιά»	(n=9)

Για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα «*Πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους κατά την πορεία τους στη χρήση;*» αναδείχθηκαν οι θεματικές κατηγορίες «*Στιγματισμένη αυτοαντίληψη*» και «*Βία και παραβατικές συμπεριφορές στη χρήση*».

Στιγματισμένη αυτοαντίληψη

Οι γυναίκες παρουσιάζουν την ταυτότητα της χρήστριας να διακρίνεται από έντονο στίγμα, σε συμφωνία και με τη βιβλιογραφία (Μάτσα και Σφηκάκη, 2008) που αναφέρει ότι οι εξαρτημένες γυναίκες νιώθουν πολλαπλά αποκλεισμένες από διάφορες πτυχές της κοινωνικής ζωής. Το βιωμένο στίγμα των γυναικών συνοδεύεται από ισχυρά αισθήματα ντροπής και αυτομομφής, τα οποία οδηγούν σε δραματική μείωση της αυτοεκτίμησής τους, ακόμα και σε άρνηση για την ίδια τη ζωή τους. Χαρακτηριστικά χρησιμοποιούν τους όρους «*μη φυσιολογικός*» και «*πρεζάκι*» και τοποθετούνται με ιδιαίτερη αυστηρότητα απέναντι στον εξαρτημένο εαυτό τους (βλ. Πίνακα 3). Ακόμα και μία θεραπευόμενη που υποστηρίζει ότι οι εξαρτητικές συμπεριφορές της ήταν δική της επιλογή αναφέρει ότι υποβίβασε την ποιότητα ζωής της και δεν ανέπτυξε τις δεξιότητές της. Αυτή η σκληρότητα στις αφηγήσεις εξαρτημένων γυναικών, όταν αναφέρονται στην ταυτότητά τους μέσα στη χρήση, έχει διαπιστωθεί και σε άλλες ποιοτικές έρευνες για τη χρήση και το φύλο (Plumbridge and Chetwynd, 1999). Μάλιστα, βρέθηκε (Plumbridge and Chetwynd, 1999) ότι οι γυναίκες σπεύδουν να εξηγήσουν την εξάρτηση ως αντίδοτο στον πόνο, ασυνείδητη ανάγκη, αποτέλεσμα τραύματος ή/και της εξαρτητικής τους προσωπικότητας ενώ, αντίθετα, οι άνδρες χρήστες έμοιαζαν να αντιλαμβάνονται τη χρήση ως ψυχαγωγική και να διαφοροποιούν τους εαυτούς τους από τα «*πρεζάκια*», μια ταυτότητα που οι γυναίκες ενδύονται πιο εύκολα αυτομεμφόμενες τον εξαρτημένο εαυτό τους. Η στιγματισμένη αυτοαντίληψη κλιμακώνεται όσο οι γυναίκες προχωρούν στη χρήση με αποκορύφωμα την εικόνα για τον εαυτό τους να «*πάνει πάτο*», η οποία συνδέεται με το θέμα «*Ορόσημα που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία*», το οποίο απαντά στο 4ο ερώτημα «*Πώς κινητοποιούνται οι εξαρτημένες γυναίκες να δεσμευτούν στη θεραπεία*;».

Πίνακας 3

Παραδείγματα της στιγματισμένης αυτοαντίληψης στις απαντήσεις για την αντίληψη του εαυτού στην πορεία της χρήσης

«Η κοινωνία μας είναι τόσο δύσκολη για φυσιολογικούς ανθρώπους, πόσο μάλλον για εμάς»	(n=1)
«...Είχα τη συμπεριφορά ενός κανονικού ναρκομανή. Δηλαδή, όσοι με βλέπανε, καταλαβαίνανε ότι κάτι κάνω, ότι κάτι έχω πάθει. Ότι πίνω, ότι κάτι έχει γίνει. Άρχισα να φαίνομαι έξω, ενώ δε φαινόμουνα. Πώς είμαι τώρα, που δε λες, α, να μία ναρκομανής, ας πούμε. Και από ένα σημείο και μετά φαινόμουνα. Αγχώθηκα πιο πολύ. Το άγχος μου ήταν τι θα πει ο κόσμος. Τι θα πούνε οι άλλοι, αυτό ήταν το άγχος μου. Όχι ότι κάνω τα ναρκωτικά»	(n=2)
«Ναι, γενικώς, γίνεσαι ένα τίποτα, μια ξεφτίλα. Που σε δείχνει ο κόσμος με το δάχτυλο και εσύ νομίζεις ότι σε δείχνουν γιατί είσαι όμορφη»	(n=3)
«Καθόλου αυτοπεποίθηση, για τίποτα, όμως. Για τίποτα. Ούτε ότι αξίζω, ούτε αξίζω να είμαι φίλη, ούτε αξίζω αυτό, ούτε. Δηλαδή, τίποτα. Και ειδικά μέσα στις ουσίες, πίστευα ότι, γιατί υπάρχω; Ας πούμε, το είχα πει στον, αυτό στους γιατρούς εκεί, στο Αγία Όλγα και με κοιτάγανε καλά-καλά, ότι γιατί υπάρχω; Δηλαδή, καταναλώνω μόνο το οξυγόνο του αλλουνού άδικα»	(n=4)
«Το παρελθόν καλά, δεν το συζητάω. Εντάξει, τι να σου αρέσει. Αν και τότε, ήθελα και ήμουνα. Δεν ξέρω αν ήταν επιλογή μου ή όχι. Πάντως (...) ένιωθα κι αυτό το πνίξιμο, που με ανάγκαζε να είμαι εκεί»	(n=5)
«Είχα γίνει λίγο πιο μαλάκας, να το πω έτσι. Έβριζα. Δηλαδή, δε τον λυπόμουνα τόσο πολύ, τον Σ. Βγαίναμε έξω και βριζόμασταν. Δηλαδή, αυτά που βλέπεις, τα πρεζάκια, ας πούμε, που λέμε. Είχα γίνει ένα τέτοιο πράγμα»	(n=6)
«Εγώ πλέον είχα απελπιστεί. Δηλαδή, είχα αρχίσει και δεν άντεχα πλέον αυτήν την ξεφτίλα, αλλά από την άλλη μεριά, δεν πίστευα ότι μπορώ να σταματήσω. Δεν το πίστευα. Δηλαδή, πίστευα ότι δε γίνεται. Και εντάξει, περίμενα ότι θα πεθάνω»	(n=7)

«Και γενικά, εγώ πλέον θεωρούσα ότι ανήκω εκεί. Δηλαδή, ότι εμένα αυτό είναι. Δηλαδή, κάπου την εξάρτησή μου την είχα κάνει επιλογή. Νόμιζα. Δεν ήταν ότι στην πραγματικότητα. Τέλος πάντων, βέβαια, επειδή, εντάξει είναι γνωστές οι συνέπειες της χρήσης ηρωίνης, πιστεύω σε όλους, ότι από ένα σημείο και μετά περιθωριοποιείσαι τελείως...»	(n=8)
«Στο δρόμο πάρα πολλά χρόνια, από επιλογή. Δεν ήθελα να είμαι στο σπίτι μου σε αυτή την κατάσταση... Δόξα τω θεώ, δεν χάλασα σαν άνθρωπος, δεν έγινα πρεζάκι που λέμε. Γιατί το θεωρώ και βρισιά εγώ αυτό το πράγμα, πάρα πολύ άσχημο, ότι είναι βρώμικη ψυχή, σημαίνει για μένα, ο πρεζάκιας... γενικά είχα από μικρή την πεποίθηση γιατί, τελοσπάντων και επαναστατικά ρε παιδί μου και σαν ιδέα, να αλλάξω τον κόσμο, να κάνω κάτι καλύτερο, και διάλεξα λάθος στρατόπεδο, βέβαια...έχασα στιγμές, στεναχώρησα τους δικούς μου ανθρώπους καταρχήν, και το χειρότερο μου είναι αυτό. Δεν αναπτύχθηκαν οι δεξιότητες μου, στο ότι δεν μπορούσα να κάνω καλύτερη ανασκόπηση, ότι θα μπορούσα να είχα εξελιχθεί σαν άνθρωπος, θα είχα διαβάσει περισσότερο, θα είχα ταξιδέψει περισσότερο, θα 'χα ζήσει σε άλλο βιοτικό επίπεδο, σε άλλη ποιότητα, γιατί διάλεξα να ζω και στο δρόμο»	(n=9)

Βία και παραβατικές συμπεριφορές στη χρήση

Ένα εύρημα που έχει εντοπιστεί σε προηγούμενες έρευνες (Μάτσα και Σφηκάκη, 2008) σε σχέση με τις γυναίκες, το οποίο αναδεικνύεται και εδώ στις απαντήσεις των συμμετεχουσών, είναι η υψηλή έκθεση στη βία κατά τη διάρκεια της χρήσης, όχι μόνο από άλλα πρόσωπα προς αυτές, αλλά και από τον ίδιο τους τον εαυτό. Σύμφωνα με τον Mullins (2008), όσο οι γυναίκες βυθίζονται στη χρήση ουσιών και στη ζωή του δρόμου τόσο αυξάνει η βία στη ζωή τους –είτε είναι εκείνες που την ασκούν είτε είναι οι αποδέκτες της– σε βαθμό που η χρήση και η βία είναι πια αδιαχώριστες. Η ζωή στο δρόμο και η έκθεση στη βία που αυτή συνεπάγεται καθιστά τις εξαρτημένες γυναίκες περισσότερο ευάλωτες, ενισχύει τη χρήση ουσιών ως αυτοθεραπεία, την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής και τις απόπειρες να δώσουν ένα τέλος στη ζωή τους, όπως φαίνεται και από τα αποσπάσματα που ακολουθούν (Πίνακας 4). Τα τραυματικά γεγονότα που βιώνουν οι εξαρτημένες γυναίκες στο δρόμο προστίθενται στα παιδικά τραύματα, επαναλαμβάνουν

την παιδική κακοποίηση που έχουν δεχθεί και η οποία συζητήθηκε στο πρώτο θέμα «*Τραυματικά γεγονότα στο οικογενειακό περιβάλλον*» και τις επιβαρύνει ιδιαίτερα συμβάλλοντας στον πολλαπλό επανατραυματισμό τους.

Πίνακας 4

Παραδείγματα βίας και παραβατικής συμπεριφοράς στις απαντήσεις για την αντίληψη του εαυτού στην πορεία της χρήσης

«Εκεί επαιτεία... πολλή επαιτεία... Έμενα στον δρόμο, όμως. Στον δρόμο κοιμόμουνα.. Και ο τρόπος που έφτασα, και επειδή δε θέλω να μπω σε λεπτομέρεια, για μένα είναι πολύ δύσκολη περίοδος. Και ο τρόπος που έφτασα στην... (εννοείται άλλη χώρα) ήταν πολύ επικίνδυνος... γενικότερα, όσο είσαι στη χρήση... αρχίζεις και παίζεις πολύ με τον κίνδυνο. Πάρα πολύ. Και όταν είσαι σε μία ξένη χώρα...»	(n=1)
«Και έπαιρνα, ξέρω εγώ, και από τους γονείς μου έχω πάρει χρήματα. Και φανερά, και με εκβιασμό»	(n=2)
«Όταν πήγα για να γεννήσω, βγήκε ο γιατρός και είπε, έχουμε πρόβλημα, γιατί έχει στερητικό. Και ήταν έξω η μητέρα μου, ο αδερφός μου, η γυναίκα του, η φίλη μου, η καλύτερη μου φίλη, με τους γονείς της και ο άντρας μου. Και πάθανε εγκεφαλικό. Πιο εγκεφαλικό δεν γίνεται... Ήμουν 10 ώρες ήδη, για να κάνω διαστολή. Και τελικά, μου είπαν καισαρική. Και δέχθηκα, γιατί δεν παλευόταν αυτή η δουλειά, ήταν επικίνδυνο και για το μωρό, γιατί είχα και τα στερητικά»	(n=3)
«Υπήρξαν και τέσσερις φορές, έπρεπε να νοσηλευτώ στο Ψυχιατρείο. Γιατί οδηγήθηκα εκεί; Από τις ουσίες, σίγουρα. Από αυτά που έζησα μέσα από τις ουσίες. Από τους βιασμούς, από το ξύλο... ο πρώτος ο βιασμός ήταν από δύο άτομα μαζί. Και την δεύτερη φορά γλίτωσα, δηλαδή, την τελευταία στιγμή. Με σκισμένα ρούχα, με... Δεν ξέρω πού βρήκα τη δύναμη, με το να έχει βάλει το μαξιλάρι, να μην μπορείς να πάρεις αναπνοή. Και δεν ξέρω που μάζεψα όλη αυτή τη δύναμη και να πεταχτώ από κει μέσα...»	(n=4)
«Στη χρήση ο δρόμος είναι πολύ δύσκολος, το ξέρετε... είχαν γίνει, είχαν ειπωθεί πράγματα που δεν έπρεπε, ξύλο...»	(n=5)

«Ένας βιασμός που είχα, τέλος πάντων, μου δημιούργησε μετά θέματα, που δεν τα, δεν μίλησα, δεν το είπα σε κανέναν. Κι αυτό πιστεύω ήταν ένα λάθος, γιατί δεν μπόρεσα να τα αντιμετωπίσω τότε, τα θέματα αυτά»	(n=6)
«Χωρίζοντας, εκεί που άφησα και τις δουλειές και τα άφησα όλα, κόβω και την κάνναβη. Εκεί τρελάθηκα. Δηλαδή, τον πρώτο καιρό, που ήμουνα με τα παιδιά, πέρασα μία φάση τρέλας. Υπό κυριολεκτική έννοια. Δηλαδή, δεν πήγα σε γιατρό να μου διαγνώσει ψυχωσικό επεισόδιο»	(n=7)
«Ναι, πολλά χρόνια στο δρόμο, φυλακή. Όλα αυτά που συνεπάγονται με τη χρήση, τέλος πάντων»	(n=8)
«Τράκα έκανα εγώ σε αυτά τα χρόνια. Γιατί έτσι κι αλλιώς τέσσερις επιλογές είναι, δεν έχει κάτι άλλο να κάνεις, και αυτή ήταν η ζωή μου. Δηλαδή ή θα κάνεις νταραβέρι να πουλάς ή θα κάνεις βίζιτες ή θα κλέβεις ή θα ζητιανεύεις. Σίγουρα κάτι από όλα. Δεν ξεκινάς έτσι. Στην αρχή υπάρχουνε λεφτά, αλλά μετά... Φυσικά έχω, έχω κλέψει, έχω αναγκαστεί και έχω κάνει τα πάντα μες την χρήση, εκτός από βίζιτα»	(n=9)
«Και μου καθαρίζανε και τα αποστήματα, γιατί είχα βγάλει κάτι αποστήματα και είχαν μολυνθεί. Φοβόντουσαν μήπως πάθω σηψαιμία, τέλος πάντων. Και, δηλαδή, τι να πω, τραγικές καταστάσεις. Ναι, έπαθα ένα σοκ»	(n=2)
«Η πρώτη φορά, προσπάθησα (εννοεί αυτοκτονία) με αλκοόλ και με φάρμακα. Ξύπνησα μετά από δύο μέρες, ήταν αποτυχία. Δηλαδή, δεν πέτυχε. Και η δεύτερη, κόβοντας τις φλέβες»	(n=4)
«Έπαιρνα μεθαδόνες. Μου τις φέρνανε από την Ολλανδία τότε, τις έπαιρνα. Είχα εξαρτηθεί και από τις μεθαδόνες πολύ. Είχα φτάσει να παίρνω πάρα πολύ μεγάλη ποσότητα. Και επειδή δούλευα, για να τα πληρώνω όλα αυτά και χρέη πολλά σε τράπεζες και δεν ήθελα να ασχοληθώ με κάτι άλλο... Βέβαια, εντάξει, κινδύνεψα και στη μετατροπή από το ένα στο άλλο κι όλα αυτά, γιατί τα έκανα απότομα, δεν ήξερα πώς έπρεπε να γίνουν. Και πέρασα πολύ δύσκολα και στην αλλαγή από τη μεθαδόνη στο subo (εννοεί στην παράνομη αγορά)»	(n=6)

«Κόλλησα και τον ιό εγώ μες στη χρήση. Είχα την ηπατίτιδα πολλά χρόνια... έτσι κόλλησα κιόλας δηλαδή, από επαφή. Που εντάξει εννοείται ότι δεν φορέσαμε προφυλακτικό και όλο αυτό, που θα έπρεπε, είναι ανεύθυνο, δεν έχω να δικαιολογήσω ούτε να εξηγήσω κάτι περί της προφύλαξης, είναι τελείως λάθος, αλλά έτσι γινότανε...»	(n=9)

Σε σχέση με το 3ο ερευνητικό ερώτημα *«Πώς αντιλαμβάνονται την πορεία τους προς τη θεραπεία και τη λειτουργία των θεραπευτικών δομών για την εξάρτηση;»* αναδείχθηκαν οι θεματικές κατηγορίες: «*Αναζητώντας βοήθεια*», «*Αναπαραστάσεις και εμπειρίες από τα θεραπευτικά προγράμματα*», «*Δυσκολία δέσμευσης στη θεραπεία και υποτροπή στη χρήση*» και «*Προτάσεις για πρόσθετες υπηρεσίες στα θεραπευτικά προγράμματα ΟΚΑΝΑ*».

Αναζητώντας βοήθεια

Οι συμμετέχουσες εξιστορούν την πορεία τους στη χρήση και πώς, πριν δεσμευτούν στη θεραπεία στις Μονάδες του ΟΚΑΝΑ, έχουν αναζητήσει εκούσια ή ακούσια βοήθεια σε πλήθος διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων είτε δημόσιου είτε ιδιωτικού χαρακτήρα, κυρίως μικτού φύλου. Συνολικά, οι δομές και οι υπηρεσίες που προσέγγισαν καταγράφονται στη συνέχεια. Άλλες είχαν έως τώρα λάβει υπηρεσίες μόνο από κινητές μονάδες (street work) ή συμβουλευτικούς σταθμούς, άλλες είχαν αναζητήσει βοήθεια ιδιωτικά είτε ψυχοθεραπευτική είτε ιατρική (ταχεία αποτοξίνωση, συνταγογράφηση φαρμάκων για διακοπή χρήσης), κάποιες άλλες είχαν ξαναμπεί σε Μονάδα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ ή σε στεγνό πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ ή του 18 Άνω (ανοιχτό ή κλειστό), κάποιες απευθύνθηκαν σε ομάδες αυτοβοήθειας (πχ. Ναρκομανείς Ανώνυμοι) και κάποιες, τέλος, είχαν βρεθεί και σε ψυχιατρεία εξαιτίας ενεργής ψυχοπαθολογίας. Αρκετές συμμετέχουσες έχουν δοκιμάσει πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις μέχρι να δεσμευτούν στη θεραπεία. Είναι χαρακτηριστικό, μάλιστα, ότι περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες είχαν ενταχθεί κάποια στιγμή σε κλειστές θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ και του 18 Άνω, τις οποίες δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν, όπως ενδεικτικά αποτυπώνεται στα ακόλουθα αποσπάσματα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Παραδείγματα αναζήτησης βοήθειας στις απαντήσεις για την αντίληψη της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών δομών

«Μετά το ψυχιατρείο, εκεί, δηλαδή, το 2013 μιλάμε τώρα, άρχισε ο αγώνας μου. Μπήκα στο 18 Άνω για αρχή. Παρακολουθούσα εξωτερικό στην αρχή, είχα περίπου 5-6 μήνες καθαρή. Μπαίνω στο κλειστό. Έκατσα 2,5 μήνες μόνο...»	(n=1)
«Έχω παρακολουθήσει 18 Άνω και είχα πάει και σε άλλα. Διάβαση; Παρέμβαση; Δε θα θυμάμαι. Όχι παρέμβαση, Διάβαση. Αλλά από εκεί έτσι, έκανα ένα πέρασμα που λέμε. Στους Ανώνυμους. Στους Ανώνυμους πήγαινα πιο συχνά. Αλλά, αυτό δεν είναι, είναι ανοιχτό πρόγραμμα. Όχι, δηλαδή, δε σου δίνουνε χαρτιά και τέτοια. Απλώς, πάει κάποιος και το παρακολουθεί»	(n=2)
«Είχα πάει και σε κλειστό πρόγραμμα, στο ΝΟΣΤΟΣ»	(n=3)
«Είχα γραφτεί έτσι, σε κάποιες, είχα στο 18 ΑΝΩ ξεκινήσει να πάω κάποια στιγμή, να μιλήσω, έτσι, λίγο. Αλλά δεν το συνέχισα»	(n=4)
«Εντάξει πήγα και παντού, πήγα στη Στροφή, στη Διάβαση, στο 18, έχω μπει σε ψυχιατρεία εντάξει, το ψαχνα και εκεί να κάνω κάτι. Κάθε φορά έμπλεκα στην επανένταξη, δηλαδή το δύσκολο κομμάτι μου, έβγαζα δηλαδή όλο το λούκι, σε εισαγωγικά την κοινότητα...»	(n=5)
«Είχα κάνει προσπάθειες σ' ένα, στον Πειραιά, αν γνωρίζετε, που γίνεται μια διαδικασία, η οποία σε κοιμίζουν και προσπαθούν, ας πούμε, να αποτοξινωθεί ο οργανισμός πάρα πολύ γρήγορα. Ήταν μία πλήρης αποτυχία»	(n=6)

Επιπλέον, μόνο τρεις ερωτώμενες αναφέρουν τη παροχή υπηρεσιών από θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται μόνο σε γυναίκες, και στις δύο περιπτώσεις, μάλιστα οι υπηρεσίες λαμβάνονται εφόσον οι ερωτώμενες έχουν αποφασίσει να δεσμευτούν στη θεραπεία.

Αναπαραστάσεις και εμπειρίες από τα θεραπευτικά προγράμματα

Οι αναπαραστάσεις των γυναικών για τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα ποικίλλουν ως προς την αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητάς τους όσον αφορά στο άτομο, στην ομάδα αλλά και στη διαλειτουργικότητα μεταξύ τους. Χαρακτηριστικό, ωστό-

σο, είναι ότι σε αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες οι αρνητικές αναπαραστάσεις είχαν καλλιεργηθεί μέσω της μεταφοράς εμπειριών από άλλους χρήστες, αυτές μεταβλήθηκαν, όταν έλαβαν οι ίδιες υπηρεσίες από τα εν λόγω θεραπευτικά προγράμματα. Σημαντικό είναι, επίσης, ότι δύο συμμετέχουσες αναφέρονται στην πολυπλοκότητα των διαδικασιών και το χρόνο αναμονής για την έναρξη της θεραπείας, ως εμπόδια πρόσβασης και εμπλοκής στη θεραπεία που μπορεί να οδηγήσουν σε χαμένες ευκαιρίες για αλλαγή. Επιπλέον, μία συμμετέχουσα εστιάζει στη διάσταση του φύλου, επισημαίνοντας ότι ο αριθμός των γυναικών που συμμετέχει σε προγράμματα είναι πολύ μικρός σε αντίθεση με τους χώρους συναναστροφής και συναλλαγής των χρηστών/-ριών, παρόλο που τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες χρήστριες είναι πολύ περισσότερα, όπως κατανόησε μέσα από τη θεραπευτική της διαδρομή στη ΜΟΘΕ ΕΛΕΝΑ του ΟΚΑΝΑ που απευθύνεται μόνο σε γυναίκες. Στον Πίνακα 6 παρατίθενται τα σχετικά αποσπάσματα.

Πίνακας 6

Παραδείγματα αναπαραστάσεων για τα θεραπευτικά προγράμματα στις απαντήσεις για την αντίληψη της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών δομών

«Το 18 Άνω και, βασικά, όλα αυτά που είπα, ήταν πλήρως αποχής. Δε θέλανε ούτε υποκατάστατα ούτε κάνναβης ούτε κοκαΐνες, τίποτα. Αυτό εννοώ. Πες, πες, πες, μου το βάλανε στο μυαλό το να κόψω, κάποιες»	(n=1)
«Στο 18 ασχολούνται πιο πολύ με το άτομο, ενώ στο ΚΕΘΕΑ είναι ομάδα πιο πολύ. Αλλά δεν είναι όλοι ένα σακί, όλοι είναι... Ναι υπάρχουν δέκα στάνταρ, αλλά κάθε προσωπικότητα είναι και κάθε οργανισμός και κάθε βήμα, είναι κάτι διαφορετικό»	(n=2)
«Όχι. Δεν υπάρχει συνταγή. Για όλα τα άτομα. Αλλά νομίζω ότι σήμερα είναι λίγο καλύτερη η κατάσταση της αντιμετώπισης από ό,τι ήταν πριν»	(n=3)
«Είναι άλλα προγράμματα, ξέρεις, κατηγορούν άλλα. Εδώ ποτέ δεν άκουσα, στον ΟΚΑΝΑ να κατηγορήσουν ούτε το 18 Άνω ούτε το ΚΕΘΕΑ. Ίσα-ίσα και συνεργάζονται σε κάποια πράγματα. Άμα μπεις σε ένα κλειστό, δηλαδή, το πρώτο πράγμα που θα κατηγορήσουν είναι τον ΟΚΑΝΑ»	(n=4)

«Εδώ στον ΟΚΑΝΑ πήρα βοήθεια. Πήρα πολλή βοήθεια. Εφόσον μίλησα, συζήτησα, είπα προβλήματα που με απασχολούνε. Άκουσα, πολύ βασικό»	(n=5)
«Μπήκα το '16 στο Έλενα. Το '17 μπήκα στο ΜΕΨΥ. Και μετά μπήκα εδώ. Οπότε, έχουν γίνει μέσα σε 2,5 χρόνια φοβερές αλλαγές. Μεγάλη υπόθεση. Δηλαδή, εγώ τον ΟΚΑΝΑ τον έχω πολύ ψηλά. Δηλαδή, γιατί; Γιατί υπάρχει και η υποκατάσταση, που είναι πολύ σημαντικό πράγμα»	(n=6)
«Τον ΟΚΑΝΑ δεν τον ήθελα καθόλου. Ήμουνα κάθετη. Δηλαδή τι; Τώρα θα αφήσουμε το ένα να πιάσουμε το άλλο; Αυτό είναι υποκατάστατο, αυτό είναι χημεία, αυτό είναι, είναι, είναι. Δεν θα έμπαινα με τίποτα ας πούμε. Τελικά, ήμουν στο δρόμο, πήρα και ένα νουμεράκι, ήμουνα σε όλο αυτό ρε παιδί μου, χρήστες του κράτους ας πούμε, αν μπορούμε να πούμε κάτι τέτοιο, αλλά εδώ στη ΜΕΨΥ κατάλαβα τι σημαίνει ο οργανισμός»	(n=7)
«Και πάντως και ο ΟΚΑΝΑ έχει φτιάξει πάρα πολύ, γιατί εγώ έχει τύχει να το γνωρίζω από την αρχή, τον ΟΚΑΝΑ, που άνοιξε. Ακόμα, που ήταν αυστηρά. Δηλαδή, ήμουν στο πρόγραμμα. Με έχουν διώξει, προσωπικά, από το πρόγραμμα, από τον ΟΚΑΝΑ, για χρήση. Στην τρίτη υποτροπή ήταν. Έχει φτιάξει πάρα πολύ. Αλλά, μου άρεσαν και τα άλλα προγράμματα. Απλά, δεν βρήκα το κουράγιο, ας πούμε, να μπω στο κλειστό του 18 Άνω. Είχα υπογράψει τρεις φορές, για να μπω. Και τις τρεις φορές, δεν μπήκα. Αλλά, μου έχει μείνει, έτσι, καλή εμπειρία από τα άτομα που δουλεύανε για το πρόγραμμα. Και αυτό, όσο και να είναι, ας πούμε, κάποιος στην χρήση, λέγοντας του, του μένουν πράγματα στο μυαλό. Εμένα, ας πούμε, μου έμεινε. Από εκεί, δηλαδή, πήρα ό,τι. Γιατί, κάποια φάση, τα θεωρούσα όλα ναρκωτικά, πλέον. Κι αυτό μου έχει μείνει, επειδή είχα περάσει από αυτά τα προγράμματα»	(n=1)
«Πίστευα ότι δεν είναι πάντα όλα ρόδινα μες στα προγράμματα. Δεν μου άρεσαν αυτά που άκουγα... Δεν ξέρω αν είναι αλήθεια, ότι, από φίλους, που μάθαινα ότι τους φερόντουσαν λίγο άσχημα, για να σταματήσουν. Τώρα, δεν ξέρω κατά πόσο ισχύουν. Τώρα, από τη μεριά που τα βλέπω, δεν ξέρω αν γινόντουσαν έτσι»	(n=5)
«Εμένα μου έκατσε πάρα πολύ καλά (εννοεί στον ΟΚΑΝΑ). Άλλοι έχουν άλλες εμπειρίες. Δηλαδή...»	(n=8)

«Στον ΟΚΑΝΑ, εντάξει, ήταν το μεγαλύτερο λάθος πιστεύω είναι το ότι αργούν πολύ να πάρουν τα παιδιά. Τότε περίμενα εγώ. Και δεν μπορούσα, αν δεν είχα κάτι δεν μπορούσα να μπω. Και δεν είχα τίποτα. Οπότε, έπρεπε να περιμένω. Αυτός ο χρόνος, που περιμένεις, είναι χαμένος χρόνος. Και επικίνδυνος χρόνος, γιατί μέσα στη φάση αυτή δεν ξέρεις τι μπορεί να σου συμβεί. Από το να σε πιάσουν και να μπεις φυλακή, μέχρι να πεθάνεις»	(n=5)
«Στην Ελλάδα δεν με δεχόντουσαν να μπω στο πρόγραμμα, μου λέγανε να περιμένω τρεις μήνες. Και έκανε η Ελληνική Πρεσβεία της Ιταλίας δύο μηνύσεις και τρεις ο ψυχίατρος της Ιταλίας και έτσι μπήκα στον ΟΚΑΝΑ. Ο ΟΚΑΝΑ δεν με έβαζε»	(n=9)
«Επίσης έχω παρατηρήσει σε όλες τις ομάδες που πηγαίνω ότι θα είμαι εγώ και άλλοι 6 τύποι. Πολύ μικρό το νούμερο... Σε μία πιάτσα είναι πάλι λιγότερες, αλλά είναι περισσότερες σαν νούμερο. Στα προγράμματα πάλι το αντίθετο»	(n=7)
«Δεν το διαχωρίζω σαν φύλο, αλλά θεωρώ ότι έχει περισσότερα προβλήματα, γιατί θεωρώ ότι ένας άνθρωπος σε αυτήν την κατάσταση ήδη, υπάρχουν οικονομικά, υπάρχουν δικαστικά, υπάρχουν χίλια δυο, συν ότι αν είσαι και μάνα, που έχουν τεράστια... γιατί ήμουν στο Έλενα εγώ, που είναι μόνο κοπέλες. Πάρα πολλά προβλήματα και με την πρόνοια και με τα παιδιά τους και όλο αυτό. Γενικά είναι λίγο πιο ζόρικο το σκηνικό»	(n=7)

Δυσκολία δέσμευσης στη θεραπεία και υποτροπή στη χρήση

Οι συμμετέχουσες αναφέρουν ότι, παρόλο που είχαν ήδη απευθυνθεί σε δημόσια ή ιδιωτικά θεραπευτικά προγράμματα, υποτροπίασαν στη χρήση περισσότερες από μία φορές, είτε στην αρχή είτε κατά την ολοκλήρωση τη θεραπευτικής τους πορείας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, κατά τη διάρκεια της πορείας τους στη χρήση διαγράφονται διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχθούν θεραπευτική βοήθεια, τα οποία δεν εξαρτώνται μόνο από την προσωπική τους ανάγκη ή αντίληψη, καθώς αρκετές αρνούνται να εγκαταλείψουν τη χρήση, αλλά και από τις πιέσεις της οικογένειας ή από άλλες διαπροσωπικές συγκρούσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις φαίνεται ότι οι ίδιες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους και, ως εκ τούτου, δεν ήταν αποτελεσματικές.

Πίνακας 7

Παραδείγματα δυσκολίας δέσμευσης στη θεραπεία και υποτροπής στη χρήση στις απαντήσεις για την αντίληψη της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών δομών

«Εφόσον πηγαίνεις χωρίς να το αποφασίσεις, είναι αποτυχημένο από την αρχή. Απλά το είπε η μαμά, τι να την, τι μπορούσα εγώ να κάνω; Θα πας, θα προσπαθήσεις»	(n=1)
«Έκατσα έξι μήνες. Αλλά το μυαλό μου δεν είχε θεραπευτεί. Δεν είχα κάνει τη δουλειά που έπρεπε, με τον εαυτό μου. Δηλαδή, το μυαλό μου ήταν, άντε, πότε θα τελειώσω από εδώ, να πάω να πιω. Κι αυτό έκανα. Δηλαδή, έφυγα από μόνη μου, στους έξι μήνες»	(n=2)
«Με είχανε πάει συνοδεία στον οδοντίατρο και ο οδοντίατρος ήταν δικός μου, του άφησα ένα γράμμα να στείλει στη μητέρα, το οποίο, έγραφα πώς περνάω και τι κάνω εκεί μέσα, την ανησυχία μου για την μικρή και τα λοιπά. Γιατί θα την έπαιρνα μέσα, είναι για μητέρες το συγκεκριμένο, η συγκεκριμένη μονάδα. Και το είπε στον θεραπευτή και αυτό επειδή στο 18 αυτό θεωρείται μυστικό. Το μυστικό, όταν το καταπίνεις σημαίνει πίνεις. Οπότε ήταν συμπεριφορά χρήσης και βγήκα εκτός. Είχα το δικαίωμα να ξαναμπώ, απλά, αισθάνθηκα ντροπή, διάφορα πράγματα και δεν ήθελα να γυρίσω. Μετά από αυτό, είχα μόνο μία υποτροπή»	(n=3)
«Εγώ όταν μπήκα στη Διάβαση δεν ήμουν αποφασισμένη. Δηλαδή έπινα και μέσα από συμπεριφορές που λέμε. Η μαγκιά, δεν τηρούσα όρια, παρόλο που ήταν τραβηγμένα τα πράγματα τότε, δεν το συζητάω, δεν ξέρω αν έχετε ιδέα από το ΚΕΘΕΑ καθόλου, και όχι το τρέξιμο με τις δουλειές, είναι όλο το άλλο»	(n=4)
«Όχι, κανονική συμμετοχή δεν είχα, σε κανένα. Είχα γραφτεί έτσι, σε κάποιες, είχα στο 18 Άνω ξεκινήσει να πάω κάποια στιγμή, να μιλήσω, έτσι, λίγο. Αλλά δεν το συνέχισα»	(n=5)
«Και είναι η στιγμή, είναι το τι προσφέρει το κάθε πρόγραμμα, το τι στήριξη υπάρχει, αλλά πάνω από όλα είναι η απόφαση. Ναι, πιστεύω ότι πάνω από όλα πρέπει να το θέλεις εσύ. Να το πάρεις απόφαση εσύ και να δεχθείς ότι έχεις πρόβλημα και πρέπει να πάρεις βοήθεια»	(n=6)

«Όσον αφορά στις γυναίκες στη χρήση, είναι δύσκολο να φύγουν γιατί μια γυναίκα πιο εύκολα, είναι πιο εύκολο να επιβιώσει στην πιάτσα. Και επειδή είναι γυναίκα, σαν θηλυκό, για τους γνωστούς λόγους, όχι που ο άνδρας δεν μπορεί αλλά, είναι πιο εύκολο για εκείνη. Ή και μόνο που είναι γυναίκα, θα πλαγιάσει με κανέναν, θα τη βρει την άκρη πιο εύκολα, οπότε πιο δύσκολα φεύγει»	(n=4)

Προτάσεις για πρόσθετες υπηρεσίες στα θεραπευτικά προγράμματα ΟΚΑΝΑ

Πέρα από τις απόψεις τους για τη λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων, τρεις από τις συμμετέχουσες αναφέρονται και σε πρόσθετες υπηρεσίες που θα μπορούσε να προσφέρει ο ΟΚΑΝΑ σε σχέση με την επανένταξή τους στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, τη σωματική υγεία, αλλά και παρεμβάσεις εστιασμένες στις γυναίκες στα μικτά προγράμματα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8

Παραδείγματα προτάσεων για πρόσθετες υπηρεσίες στις απαντήσεις για την αντίληψη της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών δομών

«Θα έπρεπε να υπάρχει μια δομή για απογευματινά, για ανθρώπους που δουλεύουνε και θέλουνε να συνεχίσουν, ναι, πρωί και πρέπει να είναι το απόγευμα σ' εσάς»	(n=1)
«Να υπήρχε ίσως και κάτι που να είναι μόνο για γυναίκες. Φαντάζομαι ότι και άλλες γυναίκες θα το θέλανε αυτό. Παράλληλα με το άλλο (εννοείται η θεραπεία στο πλαίσιο ομάδας στις παρεμβάσεις μικτού φύλου)»	(n=2)
«Αλλά, εγώ αυτό που θέλω να πω, για τον ΟΚΑΝΑ, να συνεχίσει να βοηθάει και τις γυναίκες και γενικά τους χρήστες. Σχολείο. Δηλαδή, να τους βοηθήσει ουσιαστικά. Δηλαδή, στο κομμάτι σπουδές, δεν ξέρω κι εγώ, σχολείο, σπουδές, που ήδη το κάνει, γιατί και ο ΟΚΑΝΑ μου έχει, από τον ΟΚΑΝΑ, βασικά, ξεκίνησε και... Δηλαδή και εγώ το σκεφτόμουνα, είχα γραφτεί ήδη. Αλλά, από τον ΟΚΑΝΑ ήρθαν και μου είπαν «θέλεις να πας σχολείο;». Αυτό να κάνει. Στο θέμα της δουλειάς όπου μπορεί, να βοηθήσει έναν χρήστη. Ειδικά, όταν βγαίνει από αυτό, στην επανένταξη. Αν μπορεί κάπως να τους βοηθήσει να βρούνε μια δουλειά, χωρίς, βέβαια, να ξέρουν οι άλλοι ότι ήταν χρήστης. Αυτό δεν είναι απαραίτητο»	(n=3)

«Και, π.χ. κάποια πράγματα, ας πούμε, όπως οδοντίατρος. Αλλά, όχι μια απονεύρωση, κάτι, να πάει ο άλλος, γιατί υπάρχουν πολλοί που π.χ. έχουν καταστραφεί τα δόντια τους. Να μπορεί να πάει να τα φτιάξει, για να έχει κι αυτός ψυχολογία μετά, να κόψει. Γιατί η ψυχολογία είναι μεγάλο πράγμα. Φαντάσου, ας πούμε, τώρα να είναι κάποιος χρήστης και να έχει πρόβλημα να πιει με τα δόντια του. Δεν ξέρω, εγώ θα είχα φρικάρει. Σίγουρα θα είχα φρικάρει. Τέτοια πράγματα, τέτοια. Ουσιαστική βοήθεια. Αυτό, ας πούμε, π.χ. οδοντίατρος –όχι, όμως, μία απονεύρωση και μία εξαγωγή. Να πάει, να μπορεί να τα φτιάξει, π.χ. όπως στην Οδοντιατρική Σχολή. Να μην είναι, π.χ. τζάμπα τελείως, αλλά κάτι να δώσει, αλλά να τα φτιάξει, όμως. Να μπορεί μετά να βγει κι αυτός στην κοινωνία, να χτυπήσει πόρτες, να ζητήσει δουλειά»	(n=3)

Σε σχέση με το 4ο ερευνητικό ερώτημα «*Πώς κινητοποιούνται οι εξαρτημένες γυναίκες να δεσμευτούν στη θεραπεία*;» αναδεικνύεται μία θεματική κατηγορία: «*Ορόσημα που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία*».

Ορόσημα που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία

Από τις απαντήσεις των συμμετεχουσών στο σύνολό τους προκύπτει ότι η απόφαση τους να ξεκινήσουν θεραπεία για την εξάρτηση και να εμπλακούν ενεργά στις θεραπευτικές διαδικασίες καθορίστηκε από μια σημαντική εμπειρία. Αυτή η εμπειρία αφορούσε είτε το έσχατο σημείο σωματικής και ψυχικής υγείας στο οποίο είχαν φτάσει οι ίδιες είτε τη γέννηση και ανατροφή των παιδιών τους ή άλλα σημαντικά τους πρόσωπα, όπως οι γονείς ή ο σύντροφος. Τα γεγονότα αυτά, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις ήταν ιδιαίτερα τραυματικά, λειτούργησαν καταλυτικά για τη συνειδητοποίηση τους ότι διακυβεύεται το μέλλον τους και τις οδήγησαν να μεταβούν σε θετικές αλλαγές μέσω της θεραπείας. Τα γεγονότα αυτά αποτυπώνονται στα αποσπάσματα του Πίνακα 9.

Πίνακας 9

Παραδείγματα ορόσημων που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία στις απαντήσεις για κινητοποίηση των γυναικών να δεσμευτούν στη θεραπεία

«Με αφορμή και τον ιό μπήκα και στον ΟΚΑΝΑ, στο κατ' εξαίρεση... Γιατί αρρώστησα, και έκανα την κίνηση να φροντίσω την υγεία μου πρώτα από όλα, να δω που είναι αυτό και αυτό ήταν το πρώτο βήμα για να ξεκινήσει η φάση που είμαι τώρα, μπήκα στο πρόγραμμα, είδα πώς δουλεύει, είδα τις σχέσεις μου, ξαναείδα τη σχέση με τη μαμά μου, ξαναείδα εμένα πώς στέκομαι σε χώρο που είναι χρήσης, αλλά είναι άλλος χώρος. Με είδα ξανά»	(n=1)
«Η σοβαρή μου προσπάθεια άρχισε το 2013, εφόσον είχα γεννήσει, βέβαια. Το '11 γέννησα... έβαλα τη δικιά μου παιδική ζωή και λέω, όχι, δε θα το κάνω στο παιδί αυτό»	(n=2)
«Έμεινα έγκυος και στο ενδιάμεσο υποτροπίασα. Και μόλις γέννησα, ήρθα ΟΚΑΝΑ»	(n=3)
«Ήταν οι αυτοκτονίες, οι βιασμοί, το ψυχιατρείο... Μπήκα στον ΟΚΑΝΑ μετά από 6,5 χρόνια. Αλλά καμιά φορά πρέπει να το δεις και θετικά, γιατί ίσως πριν από 6,5 χρόνια να μην το πετύχαινα αυτό. Έπρεπε να τα ζήσεις όλα, για να το πετύχεις. Οπότε, πρέπει όλα να τα βάζεις στη σωστή τους θέση»	(n=4)
«Εντάξει, ώσπου έφτασα σ' ένα σημείο, διαγνώστηκα οροθετική. Και λέω, εντάξει, τώρα ή παίρνεις απόφαση να ζήσεις ή πεθαίνεις, ρε παιδί μου, δεν υπάρχει κάτι άλλο. Μου είπαν κι οι γιατροί ότι «Χρήση ίσον θάνατος, είναι απλά μαθηματικά. Οπότε, έχεις δύο επιλογές, εσύ επιλέγεις». Και έκανα την προσπάθεια μου. Και αυτήν τη στιγμή είμαι πολύ καλά»	(n=5)
«Η κόρη μου μ' έβριζε, έτσι; Δηλαδή, αν δεν μου έλεγε η μικρή «είσαι πρεζάκι, είσαι πρεζάκι, είσαι πρεζάκι» και να ουρλιάζει, ίσως να μην είχα κάνει και τίποτα»	(n=6)
«41. Ναι, εκεί περίπου σταμάτησα. Αφού, βέβαια, είχα εξαθλιωθεί τελείως. Και ένα σοκαριστικό γεγονός για μένα... πέθανε ο πατέρας μου. Και την ημέρα που πέθανε ο πατέρας μου και ήρθαν και μου το είπαν στο σπίτι, εγώ ήμουν με στερητικά. Και εγώ δεν μπορούσα καν ούτε αν συνειδητοποιήσω τι μου έλεγε.	

Και της λέω "μάνα", της λέω, "δεν μπορώ ούτε να ακούσω", της λέω, "αυτό που μου λες". Και γύρισα από την άλλη και έπεσα σε κώμα, σε λήθαργο... Και χρειάστηκε να μου φέρουνε να κάνω χρήση, ας πούμε, για να καταλάβω ότι πέθανε ο πατέρας μου. Να σηκωθώ από το κρεβάτι και να πάω στην κηδεία του... Και ήρθε στο μυαλό μου η ιδέα ότι δεν είναι δυνατόν να είμαι αυτό το πράγμα. Δεν είναι δυνατόν. Και άρχισα να κάνω προσπάθειες»	(n=7)
«Και εγώ είμαι σε κατάσταση, που έχω αρχίσει πια και πρέπει να πιω για να λειτουργήσω. Ο πρώην άντρας μου μού πάτησε ένα χοντρό κράξιμο. Και πήγα και γράφτηκα στον ΟΚΑΝΑ»	(n=8)
«Και στο πρόγραμμα κουράστηκα, με κούρασα εγώ με τη χρήση. Ήμουν, δηλαδή έτσι, έκανα παράλληλη, μέχρι να φύγει η ηρωίνη, μετά έμπλεξα με τα χάπια που δεν τα έπινα καθημερινά, buble, και τα λοιπά. Έκανα διάφορες χημείες και πειράματα για να δω πώς θα λειτουργήσει το χάπι. Δεν το άφηνα, δηλαδή ήθελα να καταλάβω τίποτα και έλεγα ωραία, πάω να πετάξω είκοσι ευρώ στους γύφτους να πάω να πιω. Και έπινα και δεν καταλάβαινα τίποτα. Με το ζόρι κιόλας. Και μετά ξανάπιασα βελόνι μετά από 15 χρόνια. Άρχισα την κόκα, δηλαδή τα έπινα όλα μαζί. Ως που λέω φτάνει και άφησα το χάπι και έκανε τη δουλειά του»	(n=9)

Σε σχέση με το 5ο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα «*Ποιες παράμετροι αξιολογούν ότι συμβάλλουν θετικά στη συνέχιση της θεραπείας τους;*» αναδεικνύονται οι θεματικές κατηγορίες.

Αποτελεσματικές θεραπευτικές πρακτικές

Οι συμμετέχουσες αναφέρουν αρκετές θεραπευτικές πρακτικές που οι ίδιες αξιολογούν ότι συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της δέσμευσης και στην παραμονή στη θεραπεία τους. Βασικές μεταξύ αυτών θεωρούνται οι καθιερωμένες και δομημένες διαδικασίες του προγράμματος, όπως οι συχνές ουροληψίες, αλλά και η ίδια η φάση της προεπανένταξης μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Οι συμμετέχουσες εστίασαν, επίσης, στην αξία και τη σημασία της υποστήριξης από ομότιμους στο πλαίσιο των ομαδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, ως ιδιαίτερα σημαντικές προσδιορίστηκαν οι σχέσεις μεταξύ αυτών και του θεραπευτικού προσωπικού. Η εμπειρία του προσωπικού στα ζητήμα-

τα εξάρτησης αξιολογείται θετικά και συμβάλλει στην καλλιέργεια της αντίληψης των γυναικών για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Επιπρόσθετα, καινοτόμες θεραπευτικές πρακτικές, όπως ο σωματικός διαλογισμός, η δραματοθεραπεία και τα σεμινάρια δεξιοτήτων αξιολογούνται εξίσου θετικά. Στον Πίνακα 10 παρατίθενται τα σχετικά αποσπάσματα.

Πίνακας 10

Παραδείγματα αποτελεσματικών θεραπευτικών πρακτικών στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Και ο έλεγχος, στην αρχή, με τις ουροληψίες, όλο αυτό, σε βάζει σε ένα πλαίσιο, σε οριοθετεί κατά κάποιο τρόπο. Και σαν αρχή είναι πολύ βοηθητικό. Έχεις τον φόβο μη σε διώξουνε. Εμένα, δηλαδή, ειδικά αυτό με βοήθησε πάρα πολύ. Γιατί, ξέρεις, είναι και η περίοδος που αρχίζει να καθαρίζει το μυαλό σου. Κι εκεί τη θέλεις αυτήν την οριοθέτηση»	(n=1)
«Και σε αυτό βοήθησαν και τα ούρα. Δηλαδή, αν δεν ήταν κάθε εβδομάδα, μπορεί να την είχα κάνει»	(n=2)
«Βρίσκομαι στη φάση της προεπανένταξης. Και ήταν ένα πολύ βασικό κομμάτι, έχω να σας πω, αυτό, το ότι βάλανε αυτό το ενδιάμεσο κομμάτι μεταξύ, από την μονάδα να πας στην επανένταξη, ήταν πολύ βασικό αυτό το κομμάτι»	(n=3)
«Και έχεις και την ομάδα, το ομαδικό. Οι ομάδες είναι φοβερό. Φοβερό δόσιμο και το να ακούς και να το, να ανοίγει την ψυχή του ο άλλος και το να μιλάς. Και είναι πολύ σημαντικές οι ομάδες, δηλαδή. Είναι πολύ ωραίο....ότι έχεις στο ατομικό, το ομαδικό και, εννοείται, η ουροληψία»	(n=4)
«Ήξερα ότι μιλάω σε ανθρώπους που μπορούν να με καταλάβουν. Κυρίως με την ομάδα μου, που είναι και άνθρωποι που έχουν περάσει παρόμοιες καταστάσεις και ούτε θα σε κρίνουν, θα σε καταλάβουν απόλυτα, 100%. Δηλαδή, όχι μόνο στο θεωρητικό κομμάτι, που ένας άνθρωπος έχει διαβάσει και ξέρει δυο πράγματα. Και στο πρακτικό, δηλαδή, να έχουν βιώσει αυτό που λέω»	(n=5)
«Και με τη θεραπεύτριά μου, στο πρόγραμμα υποκατάστασης που είμαι, ακόμα και σήμερα μιλάω στο τηλέφωνο... Ήταν κι αυτή ένας άνθρωπος που πίστεψε σ' εμένα και μου στάθηκε. Και πλέον, έτσι, αυτούς τους ανθρώπους ξέρω να τους εκτιμάω, να τους σέβομαι και να τους το αναγνωρίζω»	(n=6)

«Και η θεραπεύτριά μου με στήριξε πάρα πολύ. Δηλαδή, μου έδωσε κάποια, με βοήθησε, ας πούμε, να αναγνωρίζω κάποια καίρια σημεία, ας πούμε. Και οι ομάδες με βοήθησαν πάρα πολύ»	(n=7)
«Και θεωρώ και πολύ τυχερό τον εαυτό μου που έπεσα πάνω σε αυτή τη γυναίκα, ας πούμε, που έχω, που είναι θεραπεύτρια και κάνει τη δουλειά της σωστά»	(n=5)
«Και πηγαίνω και στο Σωματικό, που είναι πάρα πολύ καλό, που κάνουμε κάθε Τετάρτη... σωματικό διαλογισμό, που κινούμαστε, χορεύουμε. Κι έχει κουβέντα μετά... αυτό, σε συνδυασμό με την ομάδα, σε συνδυασμό με το πώς θα τα ανακατέψω εγώ στο κεφάλι μου στο σπίτι, νομίζω ότι πάει καλά»	(n=8)
«Η δουλειά που εδώ κάνω, που πάω στη θεατρική ομάδα, αυτό που έχω σήμερα, που έχω κοινωνικές δεξιότητες, ένα καινούριο σεμινάριο, ένα τρίμηνο τώρα, να μάθουμε να φτιάχνουμε ένα καλό βιογραφικό και μια συνέντευξη, και εδώ που έρχομαι, και όλο αυτό μαζεύεται, το να μιλάω, το να ακούω»	(n=1)

«Καθαρές» συντροφικές σχέσεις

Μια ακόμα παράμετρος που αναδεικνύουν οι συμμετέχουσες μέσα από τις απαντήσεις τους αφορά στην ανάπτυξη συντροφικών σχέσεων, για τις οποίες νιώθουν έκπληξη, καθώς συνειδητοποιούν ότι μπορούν να εκφράζουν και να ικανοποιούν τις συναισθηματικές τους ανάγκες με πιο υγιή τρόπο. Όπως φαίνεται από τα ακόλουθα αποσπάσματα (Πίνακας 11), αρκετές από αυτές τις σχέσεις έχουν αναπτυχθεί με συντρόφους που βρίσκονταν ή βρίσκονται και εκείνοι σε θεραπεία για τις εξαρτήσεις. Οι αφηγήσεις των συμμετεχουσών για τις τωρινές τους σχέσεις αναδεικνύουν, κατ' αρχάς, μια υγιή επανασύνδεσή τους με το φύλο τους και τη θηλυκότητα, που στη χρήση ήταν στιγματισμένα και συνδεμένα με βίαια και τραυματικά γεγονότα (βιασμοί, πορνεία κ.λπ.). Επιπλέον, αναδεικνύουν μια εικόνα ουσιαστικής συντροφικότητας, σε πλήρη αντίθεση με τις αφηγήσεις τους για τις σχέσεις που διατηρούσαν την εποχή που ξεκίνησαν τη χρήση και όσο έκαναν χρήση, οι οποίες παρουσιάστηκαν νωρίτερα στο θέμα «*Η συμβολή του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση*».

Πίνακας 11

Παραδείγματα «καθαρών» συντροφικών σχέσεων στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Έχει βρεθεί σύντροφος, απλά βρίσκεται κι εκείνος υπό θεραπεία... Δεν είναι ότι... Είχα ρίξει πανί μαύρο, δεν το συζητώ. Αλλά βρέθηκε αυτός ο άνθρωπος, ταιριάξαμε και το πάμε έτσι. Γιατί πριν τον γνωρίσω, τουλάχιστον 4 χρόνια δεν είχα. Εξ ου κι αυτό το μαλλί που βλέπετε, έτσι; Είχα σβήσει ό,τι θηλυκό υπήρχε πάνω μου. Τίποτα, δεν υπήρχε τίποτα θηλυκό πάνω μου. Το είχα σβήσει, δεν ήθελα κανέναν, δεν. Είπα, τελείωσα»	(n=1)
«Και μέσα εκεί γνώρισα έναν άνθρωπο, ο οποίος βρίσκεται στο πρόγραμμα... Είναι καθαρός. Και μετά από αρκετά χρόνια – συγγνώμη που θα χρησιμοποιήσω αυτή τη λέξη, αλλά έτσι αποτυπώνεται η αλήθεια - σιχαμάρας, δεν μπορούσα να διανοηθώ ότι μπορώ να υπάρξω με το αντίθετο φύλο - ίσως έπαιξαν ρόλο οι βιασμοί, η ψυχολογία, όλο αυτό; - νιώθω πολύ καλά με αυτό τον άνθρωπο. Αυτό»	(n=2)
«Μετά γνώρισα τον σύντροφό μου, που είμαι μέχρι και σήμερα. Του είπα γενικότερα για το πρόβλημα υγειάς που μου έτυχε, έτσι, με τη χρήση. Αν και γνωρίζει και ο ίδιος είναι αυτήν τη στιγμή σε πρόγραμμα. Εκείνο τον καιρό, βέβαια, δεν έκανε χρήση»	(n=3)
«Ο δεύτερος. Που είναι πρώην χρήστης. Γνωριζόμασταν από παλιά. Και βρεθήκαμε, συναντηθήκαμε ξανά, καθαροί. Και κάποια στιγμή, παντρευτήκαμε»	(n=4)
«Δεν περίμενα ότι θα ξανανιώσω κάτι, ξέρεις το χα... τελειώσει μέσα μου ρε παιδί μου, έφτασα σαράντα, και μεγαλώνεις και ανεβαίνει ο πήχης και οι απαιτήσεις είναι περισσότερες, και πολύ δύσκολες οι ανθρώπινες σχέσεις»	(n=5)

Στοχοθεσία για το μέλλον

Τα ευρήματα αναδεικνύουν, επιπλέον, ως σημαντική παράμετρο που κινητοποιεί τις γυναίκες να δεσμευτούν στη θεραπεία την ανάπτυξη φιλοδοξιών και την οικοδόμηση ονείρων και στόχων για τη μετέπειτα ζωή τους, τα οποία δρομολογούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στην προεπανένταξη και την επανένταξη. Μέσα στη θεραπευτική

διαδικασία, οι γυναίκες αποκτούν εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους και σχεδιάζουν ένα καλύτερο μέλλον για τον εαυτό τους, τους συντρόφους τους και τα παιδιά τους, εστιάζοντας στη συνέχιση σπουδών, στην εύρεση εργασίας και σε άλλες διαστάσεις, όπως η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν συνολικά την ποιότητα ζωής τους. Στον Πίνακα 12 παρατίθενται σχετικά αποσπάσματα.

Πίνακας 12

Παραδείγματα στοχοθεσίας για το μέλλον στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Σκέφτομαι, βέβαια. Ναι. Αλλά, πρώτα ο Θεός. Κάτσε, όταν τελειώσει το Λύκειο... βασικά, θα μου άρεσε, π.χ. να ασχοληθώ κάτι με υπολογιστές, με αριθμούς, με τέτοια πράγματα. Σε αυτά έχω. Ας πούμε, αγαπημένα μου μαθήματα είναι μαθηματικά, βιολογία, χημεία, φυσική, πληροφορική»	(n=1)
«Και αλλάζει επίπεδο όλο αυτό και είναι μαγικό. Αλλά είναι σοκ, ας πούμε, το να βγαίνεις από εκεί μετά από τόσα χρόνια. Δεν ήξερα αν είναι ωραία η ζωή και πώς είναι... σκεφτόμουνα να μπω στο πανεπιστήμιο για ψυχολογία, γιατί αυτό θέλω να ακολουθήσω. το κίνητρό μου είναι για θεραπεύτρια στον ΟΚΑΝΑ, ρε παιδί μου. Το ήθελα από τότε και μέσα από το Στέκι του ΟΚΑΝΑ, πήγαινα εκεί για να φάω, να πλυθώ και τα λοιπά, για τις πρώτες ανάγκες... Μας έχω φανταστεί σε ένα μεγάλο σπίτι μαζί (εννοεί το σύντροφο της), με 2 σκυλιά, το έχω φανταστεί δηλαδή όλο αυτό. Έχει δρομολογηθεί δηλαδή το όνειρο, που δεν έκανα εγώ. Όταν με ρωτάγανε όνειρο, δεν είχα να πω. Δεν ήξερα τι να πω. Δεν είχα κάτι. Τώρα το φαντάζομαι έτσι. Και να πάρω και ένα αμαξάκι»	(n=2)
«Μικρούς στόχους βάζω. Μ' αρέσει να κάνω ταξίδια»	(n=3)
«Κοίταξε, ψάχνω να δω τώρα μέσα, ήδη, όσο είμαι ακόμα εδώ, στην επανένταξη. Αυτόν τον καιρό, όντως, η δουλειά μου είναι αυτό. Τώρα, έχω ξεκινήσει με τη μουσική. Δηλαδή, ήδη ενώ είμαι εδώ, πρέπει να δω λίγο τι γίνεται στο μετά. Αυτό θέλω να πω. Δηλαδή, αυτό το κάνω τώρα, για να μην το έχω για μετά, γιατί μετά, ναι»	(n=4)

«Για το παιδί. Τι να σκέφτομαι; Τα φυσιολογικά. Καταρχήν, δεν θέλω να ξαναέρθω σε τέτοιο μέρος, ούτε ΟΚΑΝΑ, ούτε τίποτα. Το μόνο μου άγχος, ας πούμε, είναι με το παιδί τι θα γίνει. Αλλά αυτό πιστεύω είναι όλων των γονιών, ανεξάρτητα. Φυσιολογικά πράγματα, ό,τι σκέφτεσαι όταν έχεις ένα παιδί. Δεν, όχι κάτι περίεργο. Θέλω να βρω μία δουλειά»	(n=5)
«Αν μπω στην επανένταξη και αν μπορώ να συνεχίσω και τις σπουδές μου, γιατί παράτησα και το Πανεπιστήμιο»	(n=6)
«Πλέον προτεραιότητα έχω βάλει την υγεία μου, την ψυχική και την σωματική... έχω σκεφτεί κάποια πράγματα. Μήπως κοιτάξω λίγο σε καμιά ΚΟΙΝΣΕΠ»	(n=7)
«Να προσπαθήσουμε τις νέες γενιές που έρχονται, τα παιδιά μας, να κάνουμε ευτυχισμένα παιδιά. Αυτός είναι ο εχθρός των ναρκωτικών, ένα ευτυχισμένο παιδί. Μόνο αυτή είναι η ελπίδα μου. Στην ουσία, ποσώς με ενδιαφέρει το αν θα είναι καλή ή η καλύτερη μαθήτρια. Εγώ θέλω να είναι ευτυχισμένη, τίποτα άλλο. Αυτός είναι ο πρώτος στόχος. Αν επιτύχω αυτόν, έρχονται και τα υπόλοιπα μετά»	(n=8)

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η αναγκαιότητα διαφορετικών παρεμβάσεων πρόληψης, μείωσης βλάβης και θεραπείας της εξάρτησης με βάση τις διαφορές των δύο φύλων (gender gap) έχει καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Newman and Mello, 2009· Young, Furman and Jones, 2012· Emler, 2011· Kloos, Weller, Chan and Weller, 2009). Η αυξανόμενη αυτή επίγνωση εντοπίζεται και στο πλαίσιο της διαμόρφωσης των σύγχρονων πολιτικών για την εξάρτηση, όπου πλέον αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία στην ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου και τα κράτη μέλη της ΕΕ ενθαρρύνονται να λάβουν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών στο πλαίσιο των πολιτικών που εφαρμόζουν (UNODC, 2016). Ωστόσο, παρόλο που αυτή η αναγκαιότητα για την εξειδικευμένη φροντίδα των γυναικών καταγράφεται εμφατικά, καθώς η ανάπτυξη εξάρτησης λαμβάνει χώρα πιο γρήγορα στις γυναίκες μετά την πρώτη χρήση συγκριτικά με τους

άνδρες και τείνουν να έχουν πιο σοβαρά κλινικά προφίλ κατά την είσοδο στη θεραπεία (Greenfield et al., 2010), η διαθεσιμότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες, δεν έχει διευρυνθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου (Teplan et al., 2015a· 2015b). Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην διαμορφώνονται και να μην εξελίσσονται πρότυπα θεραπευτικά πρωτόκολλα που να λαμβάνουν υπόψη τις διαφορές φύλου, και στα μικτά θεραπευτικά προγράμματα να ποικίλει ιδιαίτερα ο βαθμός στον οποίο παρέχονται ανάλογες υπηρεσίες (Tang et al., 2012). Και από την παρούσα έρευνα, αναδεικνύεται ότι –με εξαίρεση τρεις συμμετέχουσες, δύο εκ των οποίων παρακολούθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα αποκλειστικά για γυναίκες στη ΜΟΘΕ ΕΛΕΝΑ του ΟΚΑΝΑ και μία το Πρόγραμμα Γυναικών του 18 Άνω– κυριαρχούν στην Ελλάδα οι μικτές θεραπευτικές δομές. Όπως, μάλιστα, εμφατικά επισημαίνει μία συμμετέχουσα, ο αριθμός των γυναικών που συμμετέχει σε θεραπευτικές διαδικασίες είναι αισθητά πιο μικρός σε σύγκριση με τους άνδρες, με πολλούς παράγοντες να επηρεάζουν αυτό το γεγονός.

Διεθνείς διεπιστημονικές μελέτες εντοπίζουν τις ειδικές ψυχοκοινωνικές εμπειρίες που αφορούν στο φύλο και παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο και υψηλή επιβάρυνση για τις γυναίκες (Mazure and Fiellin, 2018). Πιο συγκεκριμένα, έχουν καταγραφεί πλήθος παραγόντων ευαλωτότητας και τραυματικά γεγονότα –για παράδειγμα κατάθλιψη, υψηλότερη αντίδραση άγχους, απώλειες σημαντικών προσώπων, χαμηλή γονική αφοσίωση, δυσλειτουργική οικογένεια προέλευσης, κακοποίηση από το σύντροφο, χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Newman and Mello, 2009)– που σχετίζονται με την ανάγκη εξειδικευμένων παρεμβάσεων και για τις έφηβες, αλλά και για τις ενήλικες γυναίκες (UNODC, 2016). Και από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι συμμετέχουσες έχουν αντιμετωπίσει πολλαπλές δυσκολίες από την παιδική τους ηλικία μέχρι και τη συστηματική ένταξή τους στη θεραπεία. Οι δυσλειτουργικές οικογένειες με έντονο το στοιχείο της βίας και της κακοποίησης είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό. Αρκετά σύνηθες είναι το οικογενειακό ιστορικό εξάρτησης, όπου κυρίως ο πατέρας εμφανίζεται ως εξαρτημένος, συχνότερα αλκοολικός, και σε κάποιες περιπτώσεις σεξουαλικά επιθετικός. Ένα ακόμα βασικό χαρακτηριστικό αφορά στην εμπλοκή τους με τις ψυχοδραστικές ουσίες λόγω της χρήσης των συντρόφων τους. Η εμπλοκή με

συντρόφους χρήστες οδήγησε τις συμμετέχουσες σε κοινωνική απομόνωση και σε έλλειψη υποστηρικτικών πλαισίων, οδηγώντας στην αύξηση του ελέγχου των συντρόφων προς αυτές, αλλά και σε πλήθος παραβατικών και επικίνδυνων συμπεριφορών, που συνοδεύονται από τραυματικές για αυτές εμπειρίες. Παρόλο που οι συμμετέχουσες, όπως δηλώνουν, δεν έχουν εξαναγκαστεί σε σεξουαλική εργασία, έχουν προβεί σε πλήθος συμπεριφορών που έβαλαν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή τα παιδιά τους, ανάμεσα σε αυτές και η μόλυνση από τον HIV. Ως αποτέλεσμα, έχουν βιώσει έντονο στιγματισμό, έχουν οι ίδιες ενσωματώσει και αναπαράγουν και ως σήμερα στερεότυπα για την ταυτότητα της χρήστριας, πράγμα που συνέβαλε στην καλλιέργεια ενοχικών συναισθημάτων και ντροπής, μειώνοντας την αυτοεκτίμησή τους. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2013), η ντροπή κατέχει προεξάρχοντα ρόλο σε όλη την πορεία ζωής των εξαρτημένων γυναικών, από την παιδική ηλικία, κατά την ανάπτυξη εξάρτησης και στη διαδικασία της απεξάρτησης. Επιπλέον, έχει βρεθεί (Ehrmin, 2001) ότι τα ανεπίλυτα συναισθήματα ντροπής και ενοχής που βιώνουν οι εξαρτημένες γυναίκες και μητέρες σχετίζονται με τις αντιλήψεις τους για την ανεπάρκειά τους στο γονεϊκό τους ρόλο την περίοδο της χρήσης και αποτελούν εμπόδιο για την επιτυχημένη θεραπεία απεξάρτησης. Όσον αφορά την πρόσβαση και συγκράτηση των εξαρτημένων γυναικών στη θεραπεία, οι Elms και συνεργάτες (2018) αναφέρουν ότι οι ψυχοκοινωνικές αυτές διεργασίες εμποδίζουν την προθυμία των γυναικών να αναζητήσουν εστιασμένη θεραπεία και να εμπλακούν συστηματικά σε αυτή, ενώ αλλού (Hines, 2011) διαπιστώθηκε ότι η παροχή υπηρεσιών από προσωπικό με φροντιστική και μη επικριτική στάση, που δεν ενισχύει περαιτέρω τη ντροπή, αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για την αναζήτηση θεραπείας από τις γυναίκες χρήστριες και τη δέσμευση σε αυτή.

Είναι χαρακτηριστικό, άλλωστε, ότι οι συμμετέχουσες προσέγγισαν πλήθος θεραπευτικών δομών κατά την αναζήτηση θεραπείας ανάλογα με τη φάση ζωής που βρίσκονταν. Είναι εξίσου ενδεικτικό, όμως, ότι αντίστοιχα και με τη φάση αυτή καταγράφεται και ποικιλία κινήτρων για την ένταξή τους στη θεραπεία. Οι γυναίκες επεσήμαναν ότι οι φάσεις αυτές διέφεραν σημαντικά και αφορούσαν είτε την απόλυτη άρνηση του προβλήματος, την άρνηση εγκατάλειψης της χρήσης και την υποστήριξη του συγκεκριμένου τρόπου ζωής είτε κυμαίνονταν

από την ψυχική και συναισθηματική καταπόνηση και τον φόβο τους για τις δυσκολίες και τις κοινωνικές συνέπειες λόγω της χρήσης μέχρι την αμετάκλητη επιθυμία και απόφασή τους για αποχή από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την παράμετρο, όπως αναφέρει και ο Πουλόπουλος (2000), οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αναγκαίο να ποικίλουν και να είναι ανάλογες της φάσης της ζωής των γυναικών, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές. Αυτό σημαίνει ότι, για παράδειγμα στο στάδιο της αδιαφορίας, χρειάζεται να δίνεται έμφαση σε υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης, προσέγγισης χρηστριών και χρηστών στο δρόμο και ενημέρωσή τους γύρω από τους σωματικούς και ψυχικούς κινδύνους της χρήσης. Γενικότερα, η προσέγγιση των συμμετεχουσών και η αναζήτηση θεραπείας σε πολλά διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια, καθώς και οι ποικίλες αναπαραστάσεις τους για τα θεραπευτικά προγράμματα πριν ενταχθούν συστηματικά σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο, αναδεικνύει την αναγκαιότητα εστιασμένης ενημέρωσης των γυναικών από τις θεραπευτικές υπηρεσίες για την κατάλληλη για αυτές θεραπεία, σύμφωνα με τη φάση ζωής που βρίσκονται και τις ψυχοκοινωνικές εμπειρίες που τις συνοδεύουν. Προς αυτήν την κατεύθυνση, παρόλο που το φύλο δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη θεραπεία, είναι απαραίτητο να ληφθεί και αυτός υπόψη, ενισχύοντας τις καλές πρακτικές και στρατηγικές που θα συμβάλουν στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες (Greenfield et al., 2007).

Η σύγχρονη έρευνα αναδεικνύει ότι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση όπου όλες οι παράμετροι, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, συγκαταλέγονται στο θεραπευτικό πρωτόκολλο από τους/τις επαγγελματίες είναι η καλύτερη προσέγγιση, καθώς η μη παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αρνητικά αποτελέσματα, που θα αποθαρρύνουν τις γυναίκες από τη θεραπεία (Blakey and Bowers, 2014). Στη βάση αυτή, είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθούν οι ιδιαίτεροι παράγοντες που διακρίνουν τις πορείες των γυναικών και τις καθιστούν πιο ευάλωτες, όπως οι εκτεταμένες τραυματικές εμπειρίες και η διαμόρφωση ιδιαίτερων όρων στιγματισμού και περιθωριοποίησης που καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την ένταξη των γυναικών σε ένα παραδοσιακό θεραπευτικό πρόγραμμα (Rhodes et al., 2018· Μάτσα, 2001α). Στις διαφοροποιήσεις αυτές,

επιπλέον, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν και οι φαρμακολογικές επιδράσεις των υποκατάστατων των οπιοειδών που μπορεί να διαφέρουν στις γυναίκες (Mazure and Fiellin, 2018), προκειμένου να τους παρέχονται ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ιατρικών, ψυχικών και κοινωνικών συνεπειών από τη χρήση, οι οποίες επηρεάζουν και την επιτυχία τους στη θεραπεία (Blakey and Bowers, 2014· Greenfield et al., 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, θεραπευτικό και ερευνητικό προσωπικό είναι απαραίτητο να αρχίσουν να συνεργάζονται για να προσδιορίσουν τους όρους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά λειτουργίας προγραμμάτων ειδικών για γυναίκες, προκειμένου να πραγματοποιούν οι ίδιες τις επιλογές τους και να λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται (Greenfield et al., 2010). Η μέχρι τώρα διεθνής έρευνα έχει αναδείξει ότι οι θεραπευτικές δομές αποκλειστικά για γυναίκες μειώνουν τα εμπόδια κατά την ένταξη τους στη θεραπεία, ενισχύουν τη δέσμευσή τους σε αυτή και επιφέρουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Rhodes et al., 2018· Mazure and Fiellin, 2018· Elms et al., 2018· Greenfield et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη, παρόλο που οι δομές είναι μικτού φύλου, είναι ενθαρρυντικό ότι το πρωτόκολλο θεραπείας των συμμετεχουσών περιλαμβάνει, πέραν των δομημένων διαδικασιών (π.χ. ουροληψίες) του προγράμματος, την εξατομικευμένη επεξεργασία των στόχων των γυναικών σε προσωπικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο και δραστηριότητες ενίσχυσης δεξιοτήτων, σε αντιδιαστολή με τις τραυματικές εμπειρίες που έχουν βιώσει, και ως εκ τούτου συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική πορεία τους. Μέσα από τις θεραπευτικές διαδικασίες, οι ερωτώμενες αναφέρουν ότι έχουν αναπτύξει πλήθος γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, οι οποίες τις έχουν διευκολύνει στη μάθηση και την αναζήτηση εργασίας, έχουν αυξήσει την αίσθηση υπερηφάνειας και την αίσθηση ευθύνη τους, καθώς και την αίσθηση της χρησιμότητάς τους. Παράλληλα, έχουν ενισχύσει τις συναισθηματικές τους δεξιότητες και στην πλειονότητά τους δημιουργούν σχέσεις μέσω των οποίων μπορούν να επικοινωνούν, να εκφράζονται και να στηρίζονται συναισθηματικά. Ωστόσο, για τη διατήρηση των θετικών αυτών αποτελεσμάτων, όπως αναφέρουν, χρειάζεται να αναπτυχθούν εντός των θεραπευτικών δομών και υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού και επαγγελματικής αποκατάστασης. Όπως υπογραμμίζει ο

Πουλόπουλος (2004), η άρτια κοινωνική επανένταξη των θεραπευόμενων χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει και τη διάσταση της ενσωμάτωσης στην αγορά εργασίας, προκειμένου να αποφευχθούν οι κίνδυνοι υποτροπής στη χρήση.

Συμπερασματικά, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθούν στην Ελλάδα περισσότερες και επαρκέστερες θεραπευτικές υπηρεσίες για την εξάρτηση προσανατολισμένες στο φύλο, προκειμένου να επιτευχθούν υψηλά πρότυπα ψυχικής και σωματικής υγείας για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με ψυχοδραστικές ουσίες. Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα έρευνα, αν και διακρίνεται από περιορισμούς, όπως το μικρό δείγμα, το οποίο προέρχεται μόνο από τον πληθυσμό των προγραμμάτων υποκατάστασης, αναδεικνύει παραμέτρους που συμβάλλουν στην πορεία των γυναικών προς τη χρήση, αλλά και παραμέτρους που συμβάλλουν στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, το σύνολο των οποίων μπορούν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο των θεραπευτικών διαδικασιών σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους και να ενισχύσουν σημαντικά τη διάσταση του φύλου.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

ΕΚΤΕΠΝ (2016). *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2015.* Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Ζώτου, Σ. and Κοπακάκη, Μ. (2005). Χρήση ουσιών στην εφηβεία: παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό: μια διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν το Δ.Υ. Στροφή κατά τα έτη 2001-2004, *Εξαρτήσεις*, 8, σελ. 23-40.

Κασσέρη, Ζ. και Αυδή, Ε. (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 5 (1), σελ. 1-32.

Μάτσα, Κ. (1998). Έχει πραγματικά ανάγκη η ελληνική κοινωνία από ένα ειδικό για γυναίκες πρόγραμμα απεξάρτησης; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 61, σελ. 85-91.

Μάτσα, Κ. (2001α). Γυναίκα τοξικομανής, Χειραφέτηση και κοινωνική επανένταξη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 76, σελ. 18-28.

Μάτσα, Κ. (2001β). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές: Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2013). *Ντροπή και ταπείνωση: Γυναίκες τοξικομανείς*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

Μάτσα, Κ. και Σφηκάκη, Μ. (2008). Η εξαρτημένη γυναίκα: Μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα προβλήματα ή μήπως ένα παραμελημένο πρόβλημα που αναζητά τη λύση του. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 101, σελ. 154-159.

Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: Στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια. *Κοινωνική Εργασία*, 57, σελ. 7-12.

Πουλόπουλος, Χ. (2004). *Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της Ευρωπαϊκής προοπτικής*, Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Στρατίκη, Λ. (2006). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών με ιστορικό σωματικής και /ή σεξουαλικής κακοποίησης. *Εξαρτήσεις*, 10, σελ. 39-56.

Σφηκάκη, Μ. (2001). Σεξουαλική κακοποίηση: η σχέση της με την τοξικομανία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, (76), σελ. 8-12

Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.

Creswell, J.W. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Ίων.

Ξενόγλωσση

Bachman, R., Kerrison, E., Paternoster, R., O'Connell, D. and Smith, L. (2016). Desistance for a long-term drug-involved sample of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior,* 43, pp. 164–186. doi:10.1177 /0093854815604012

Berg, B. (1998). *Qualitative research methods for the social sciences* (3nd ed.). Boston: Allyn Bacon.

Blakey, J. M. and Bowers, P. H. (2014). Barriers to integrated treatment of substance abuse and trauma among women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14 (3), pp. 250-272.

Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, pp. 77-101.

Choi, S., Adams, S. M., Morse, S. A. and MacMaster, S. (2015). Gender differences in treatment retention among individuals with co-occurring substance abuse and mental health disorders. *Substance Use and Misuse*, 50 (5), pp. 653-663

Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent African American women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, pp. 47-52.

Eisner, E.W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York, NY: Macmillan

Elms, N., Link, K., Newman, A. and Brogly, S. B. (2018). Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm Reduction Journal*, 15 (1), pp. 40.

Emler, N. (2011). *Self-esteem, the costs and causes of low self-worth*. Joseph Rowntree Foundation.

Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15 (5-6), pp. 327–335. doi:10.1016/j.drugpo.2004.06.009

Giordano, P.C. (2016). Mechanisms underlying the desistance process: Reflections on "A theory of cognitive transformation." In J. Shapland, S. Farrall and A. Bottoms (Eds.), *Global perspectives on desistance: Reviewing what we know and looking to the future* (pp. 11-27). London: Routledge.

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. and Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, pp. 339-355.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86 (1), pp. 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012

Grella, C. E. and Lovinger, K. (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addictive behaviors*, 37 (3), pp. 306-312.

Hien, D., Cohen, L. and Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25, pp. 813-823.

Hines, L. (2011). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. *Qualitative Social Work*, 12 (4), pp. 473-489.

Hser, Y. I., Longshore, D. and Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31, pp. 515–547. doi:10.1177/0193841X07307316

Jackson, A. and Shannon, L. (2013). Perception of problem severity, treatment motivations, experiences, and longterm plans among pregnant women in a detoxification inpatient unit. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, pp. 329-343. doi:10.1007/s11469-012-9417-y

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11), pp. 1259-64.

Kissin, W. B., Tang, Z., Campbell, K. M., Claus, R. E. and Orwin, R. G. (2014). Gender-sensitive substance abuse treatment and arrest outcomes for women. *Journal of substance abuse treatment*, 46 (3), pp. 332-339.

Kloos, A., Weller, R., Chan, R. and Weller, E. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Current Psychiatric Reports*, 11 (2), pp. 120-126.

Kokkevi, A., Fotiou, A. Kanavou, E., Stavrou, M. and Richardson, C. (2016). Smoking alcohol, and drug use among adolescents in Greece – 2015 update and secular trends 1984–2015. *Archives of Hellenic Medicine,* 33 (2), pp. 249-257.

Lorraine, T. E. (2018). *Gender, identity, and the production of meaning*. Routledge.

Lynch, W.J., Roth, M.E. and Carroll, M.E. (2002). Biological bases of sex differences in drug abuse: Preclinical and clinical studies. Psychopharmacology, 164 (2), pp. 121-137.

Mazure, C. M. and Fiellin, D. A. (2018). Women and opioids: something different is happening here. *The Lancet*, 392 (10141), pp. 9-11.

Miller, G.M. and Stermac L. (2000). Substance abuse and childhood maltreatment. Coceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Adults Treatment*, 19, pp. 175-182.

Mullins, C. W. (2008). Negotiating the streets: women, power, and resistance in street-life social networks. In T. L. Anderson (Ed.), *Neither villain nor victim: empowerment and agency among women substance abusers* (pp.65-83). New Jersey: Rutgers University Press.

Newman, J. and Mello, N. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.

NIDA, (2000). *Biennial Report to Congress for years 1999-2000*. National Institute of Drug Abuse.

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

Plugge, E., Douglas, N. and Fitzpatrick, R. (2008). Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58 (554), pp. e1-e8.

Plumbridge, E. and Chetwynd, J. (1999). Identity and the social construction of risk: Injecting drug use. *Sociology of Health and Illness*, 21, pp. 329-343.

Pomini, V. and Nikolaou A. (2002). *Women drug users Clients needs in the drug field*. *ITACA*.

Rhodes, B. E., Gottfredson, N. C. and Hill, L. M. (2018). Desistance and treatment seeking among women with substance use disorders. *Qualitative Health Research*, 28 (8), pp. 1330-1341.

Sacks, J.Y., McKendrick, K. and Hamilton, Z. (2012). A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Diseases*, 31, pp. 258-269.

Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C. and Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (6), pp. 539–545.

Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A. and Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea.

Tang, Z., Claus, R. E., Orwin, R. G., Kissin, W. B. and Arieira, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs. *Drug And Alcohol Dependence*, 123 (1-3), pp. 60-166.

Terplan, M., Longinaker, N. and Appel, L. (2015a). Women-Centered Drug Treatment Services and Need in the United States, 2002-2009. *American Journal of Public Health*, 105 (11), pp. e50–e54. doi:10.2105/AJPH.2015.302821

Terplan, M., Hand, D. J., Hutchinson, M., Salisbury-Afshar, E. and Heil, S. H. (2015b). Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Preventive Medicine*, 80, 23–31. doi:10.1016/j.ypmed.2015.04.008

UNODC, (2016). *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Van Voorhis, P. (2012). On behalf of women offenders: Women's place in the science of evidence-based practice. *American Society of Criminology*, 11 (2), pp. 111-145.

Young, B. J., Furman, W. and Jones, M. C. (2012). Changes in adolescents' risk factors following peer sexual coercion: Evidence for a feedback loop. *Development and Psychopathology*, 24, pp. 559-571.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΡΕΥΝΕΣ - ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΓΟΝΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΣΕ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

*Άννα Κιαπόκα**

Εισαγωγή

Η παιδική παραμέληση ή κακοποίηση έχει συνδεθεί ερευνητικά με την κατάχρηση νόμιμων ή παράνομων ουσιών (Azzi-Lessing and Olsen, 1996· Barth, Gibbons and Guo, 2006· Besinger, Garland, Litrownik and Landsverk, 1999). Οι εξαρτημένες μητέρες διατρέχουν πολλαπλούς, αλληλοεμπλεκόμενους, ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε δυσλειτουργικές γονεϊκές πρακτικές, παραμέληση και κακοποίηση, με πιθανές αναπτυξιακές επιπτώσεις στα παιδιά (Derauf, LaGasse, Smith, Grant, Shah and Arria, 2007).

Επιπλέον, οι μητέρες σε απεξάρτηση, συχνά, έρχονται αντιμέτωπες με το στίγμα καθώς και με συναισθήματα ενοχής, τα οποία συνδέονται με την ταυτότητα της εξαρτημένης, είτε εξακολουθούν να κάνουν χρήση ουσιών, είτε έχουν διακόψει (Hall and van Teijlingen, 2006· Silva, Pires, Guerreiro and Cardoso, 2012). Ειδικά στην Ελλάδα, η στιγματοποίηση και οι ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις των διακρίσεων στην ψυχική υγεία τους επιτείνονται από την οικονομική κρίση.

Σύμφωνα με τον Kandel (1990), αυτές οι μητέρες τείνουν να χαρακτηρίζονται ως ακατάλληλες και μη φροντιστικές, αν και δε φαίνεται να υιοθετούν αυτές τις συμπεριφορές από πρόθεση, καθώς είναι, ταυτόχρονα, σε θέση να εκφράζουν την αγάπη και το ειλικρινές νοιάξιμο (care about) για τα παιδιά τους. Ωστόσο, δεν είναι σε θέση να τους παράσχουν επαρκή γονική φροντίδα (care for), ως αποτέλεσμα

* Τμήμα Εκπαίδευσης ΟΚΑΝΑ.

στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή τους και έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Arney and Scott, 2010). Παράλληλα, φαίνεται να μην έχουν βασικές γνώσεις για το γονικό ρόλο και τις σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες των παιδιών και να υπολείπονται σε γονικές δεξιότητες (Suchman, Mayes, Conti, Slade and Rounsaville, 2004· Asmussen and Weizel, 2009). Από την άλλη πλευρά, η παρουσία ενός παιδιού φαίνεται να αποτελεί σημαντικό κίνητρο για απεξάρτηση και αλλαγή τρόπου ζωής (Silva et al., 2012).

Η ποιότητα των γονικών σχέσεων των εξαρτημένων μητέρων εμφανίζει σημαντικές διαφοροποιήσεις και αποκλίσεις, οι οποίες κυμαίνονται από έλλειψη κατανόησης των βασικών αναγκών του βρέφους ή του παιδιού, παραμέληση και κακοποίηση έως επαρκή φροντίδα (Goodman et al., 1999· Hofkosh et al., 1995· Rodning et al., 1991· Jeremy and Bernstein, 1984).

Οι αποκλίσεις αυτές φαίνεται να συνδέονται με τη Φάση Θεραπείας στην οποία βρίσκονται οι μητέρες. Αυτό σημαίνει ότι η καλή θεραπευτική πορεία τους, με βάση θεραπευτικούς δείκτες όπως η απουσία παράλληλης χρήσης ουσιών, η απουσία παραβατικής συμπεριφοράς, οι δοσολογίες για το σπίτι,[1] η χαμηλή δόση υποκατάστατου, φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας επάρκειας στον γονικό ρόλο. Ωστόσο, τα προβλήματα στον γονικό ρόλο δεν φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μόνο της ουσιοεξάρτησης αλλά και άλλων παραγόντων. Σύμφωνα με τους Hofkosh και συνεργάτες (1995), ιδιαίτερα σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες για τη γονική επάρκεια των μητέρων σε απεξάρτηση είναι, πέρα από τη θεραπευτική δέσμευση, η προϋπάρχουσα εμπειρία τους ως γονέων και η μη χρήση παράνομων ουσιών από τον σύντροφο. Επιπλέον, εξίσου σημαντικός προστατευτικός παράγοντας είναι η παρουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος (Arney and Scott, 2010· Klee, 2002).

Ωστόσο, τα πράγματα φαίνεται να είναι αρκετά σύνθετα, καθώς, αν και η ποιότητα της μητρότητας φαίνεται να συνδέεται στενά με τη θεραπευτική πορεία και την απεξάρτηση, τα Προγράμματα και η θεραπευτική αντιμετώπιση των μητέρων που τα παρακολουθούν δεν

1. Οι δοσολογίες για το σπίτι αποτελούν «προνόμιο» των θεραπευόμενων που συμμορφώνονται στη θεραπεία και δεν κάνουν κατάχρηση ούτε του υποκατάστατου ούτε άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, ώστε να διευκολύνεται η καθημερινότητά τους αποφεύγοντας τις καθημερινές επισκέψεις για χορήγηση στη Μονάδα Θεραπείας.

φαίνεται να είναι σχεδιασμένα με τρόπο ώστε να λαμβάνονται υπ' όψιν οι γονικές ανάγκες τους (Finkelstein, 1994). Τα ερευνητικά δεδομένα, πάντως, υποδεικνύουν ότι, όταν η μητρική ταυτότητα λαμβάνεται υπ' όψιν στη θεραπευτική διαδικασία και τα παιδιά συμμετέχουν σε αυτήν, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά δέσμευσης, συγκράτησης στη θεραπεία και αποκατάστασης (Center for Substance Abuse Treatment, 2009· Lundgren, Schilling, Fitzgerald, Davis and Amodeo, 2003· Szuster, Rich, Chung and Bisconer, 1996).

Στην Ελλάδα, δεν φαίνεται να υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το πώς βιώνουν τον γονικό τους ρόλο άτομα που είναι εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες και, ειδικότερα, μητέρες σε απεξάρτηση σε Προγράμματα Υποκατάστασης. Διεθνώς, σύμφωνα με τους Watson και Parke (2011), επίσης, δε φαίνεται να έχουν μελετηθεί επαρκώς οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις των μητέρων σε απεξάρτηση ούτε και ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η εξάρτηση, με άμεσο και μοναδικό τρόπο, στο βίωμα και τη λειτουργικότητα του γονικού ρόλου (Mayes and Truman, 2002). Επιπλέον, δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς οι συνθήκες και οι σχέσεις των μητέρων με το στενό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (συνθήκες διαβίωσης, η οικογενειακή δομή, ποιοι άνθρωποι και με ποιο τρόπο ασχολούνται με τη γονική φροντίδα του παιδιού) (Mayes, 1995· Silva et al., 2012).

Μεθοδολογία

Μέθοδοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βιώματος του γονικού ρόλου των μητέρων σε απεξάρτηση. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες μητέρες παιδιών σχολικής ή προσχολικής ηλικίας, μέλη του Προγράμματος Υποκατάστασης με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη του ΟΚΑΝΑ, οι οποίες βρίσκονται στη Φάση της Υποστηρικτικής Φροντίδας. Καταλληλότερη για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης κρίθηκε ότι είναι η ποιοτική μέθοδος, η οποία δίνει τη δυνατότητα για εις βάθος «*εστίαση στις εμπειρίες και τις οπτικές των συμμετεχόντων*», σύμφωνα με τον Bryman (1988, όπως αναφέρεται στο Τσιώλης, 2014, σελ. 25) και αποσκοπεί στην κατανόηση

και αναπαράσταση όψεων της κοινωνικής πραγματικότητας, μέσω της συστηματικής και μεθοδικά ελεγχόμενης συλλογής, ανάλυσης και ερμηνείας εμπειρικών δεδομένων (Τσιώλης, 2017).

Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Θεματική Ανάλυση, η οποία, σύμφωνα με τους Braun και Clarke, (2012· Τσιώλης, 2017, σελ. 2), «*συνίσταται στη συστηματική αναγνώριση, οργάνωση και κατανόηση επαναλαμβανόμενων μοτίβων νοήματος εντός ενός συνόλου δεδομένων*». Αποκτώντας γνωστική πρόσβαση σε συλλογικούς τρόπους νοηματοδότησης και εμπειρίες, δόθηκε η δυνατότητα να ανιχνευθούν πολυάριθμα μοτίβα νοήματος και να συνδεθούν μεταξύ τους. Τέλος, η Θεματική Ανάλυση, αποτελώντας μία ευέλικτη μέθοδο ανάλυσης, η οποία δεν απαιτεί τη δέσμευση σε συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση, έδωσε τον χώρο και τη δυνατότητα για μια συνθετική, ολιστική, πολυεπίπεδη και πολυεστιακή προσέγγιση, η οποία κρίνεται ως η καταλληλότερη δυνατή για την εις βάθος διερεύνηση και κατανόηση ενός τόσο σύνθετου ζητήματος, όπως είναι το βίωμα του γονικού ρόλου των μητέρων σε θεραπεία απεξάρτησης.

Συμμετέχουσες

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν ομοιογενή δείγματα. Επιλέχθηκαν περιπτώσεις με κοινά χαρακτηριστικά, προκειμένου να κατανοηθεί η συγκεκριμένη υποομάδα σε βάθος, ενώ η μέθοδος που υιοθετήθηκε είναι η δειγματοληψία κριτηρίου (Ίσαρη και Πουρκός, 2015). Οι συμμετέχουσες είναι σε απεξάρτηση μητέρες παιδιών σχολικής ή προσχολικής ηλικίας, οι οποίες παρακολουθούν τα Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και βρίσκονται στην Φάση της Υποστηρικτικής Φροντίδας (Υ.Φ.). Αυτό σημαίνει ότι έχουν διακόψει τη χρήση παράνομων ή συνταγογραφούμενων ουσιών, δεν συμμετέχουν σε εγκληματικές δραστηριότητες, εργάζονται ή έχουν εμπλακεί ενεργά σε αναζήτηση εργασίας ή συμμετέχουν σε άλλες δημιουργικές δραστηριότητες και έχουν σταθερή και νόμιμη πηγή εισοδήματος (Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ, 2012). Το σκεπτικό ήταν οι μητέρες να έχουν καταφέρει να ελέγξουν, σε μεγάλο βαθμό, την εξάρτησή τους, ώστε να είναι σε θέση να βιώσουν τον μητρικό τους ρόλο. Ωστόσο, παρά την προσπάθεια που καταβλήθηκε οι συμμετέχουσες στην έρευνα να αντιπροσωπεύουν όσο το δυνατόν

περισσότερο τις μητέρες σε φάση Υ.Φ. και παρά την κατηγοριοποίηση από τις θεραπεύτριές τους στη φάση αυτή, όπως θα διαφανεί και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της μελέτης, υπήρξαν μεταξύ τους αρκετές διαφοροποιήσεις.

Συνεπώς, οι συνεντευξιαζόμενες είναι 11, ηλικίας από 26 έως 45 ετών, 10 από τις οποίες λαμβάνουν βουπρενορφίνη και μία μεθαδόνη και υποστηρίζονται ψυχοκοινωνικά σε Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.

Οι επτά από τις συνεντευξιαζόμενες είναι 26-35 ετών και οι υπόλοιπες τέσσερις είναι ηλικίας 36-45. Επτά από τις έντεκα έχουν ένα παιδί. Οι ηλικίες των παιδιών τους κυμαίνονται από 4-16 έτη, ενώ δεκατρία από τα δεκατέσσερα παιδιά ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες από 2-11 έτη. Τα οκτώ παιδιά είναι κορίτσια και τα έξι αγόρια. Τρεις από τις έντεκα έχουν χάσει την επιμέλεια των παιδιών τους· όσον αφορά τα παιδιά αυτών των γυναικών, ένα μεγαλώνει σε Φορέα Παιδικής Προστασίας («Κιβωτός του Κόσμου»), το δεύτερο έχει υιοθετηθεί, μετά την έγγραφη συγκατάθεση της βιολογικής μητέρας, και το τρίτο μεγαλώνει κανονικά με την μητέρα του, αν και την επιμέλεια έχει η μητρική γιαγιά.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι οι δύο μόνο από τις γυναίκες της μελέτης είναι παντρεμένες. Οι τέσσερις είναι άγαμες και τέσσερις συμβιώνουν με τον σύντροφό τους χωρίς γάμο. Μία είναι διαζευγμένη.

Οι περισσότερες γυναίκες (πέντε) είναι απόφοιτες Λυκείου ή ΤΕΕ, αρκετές (τέσσερις) δεν έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, μία είναι απόφοιτος Πανεπιστημίου και μία κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

Τέλος, αξιοσημείωτη είναι η ιδιαίτερα δυσμενής οικονομική κατάσταση των συγκεκριμένων γυναικών. Έξι από τις έντεκα επιβιώνουν με λιγότερα από 500 ευρώ μηνιαίως, πέντε λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη, τρεις είναι άνεργες, δύο μόνο εργάζονται κανονικά και μία απασχολείται με περιστασιακή εργασία.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) αποκλειστικά για γυναίκες του Γενικού Νοσοκομείου (ΓΝ) «Έλενα Βενιζέλου», στη ΜΟΘΕ ΓΝ

Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ», στη ΜΟΘΕ ΓΝ Αττικής «Γ. Γεννηματάς» (Μονάδες Βουπρενορφίνης) και στη ΜΟΘΕ ΓΝ «Σισμανόγλειο» (Μονάδα Μεθαδόνης). Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ατομικής ημι-δομημένης σε βάθος συνέντευξης, η οποία διεξαγόταν με τις θεραπευόμενες κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσής τους. Όλες οι συνεντεύξεις, διάρκειας 60' έως 90', πραγματοποιήθηκαν από την πρώτη συγγραφέα, σε ζεστό κλίμα, όπου οι συμμετέχουσες μπορούσαν να μοιραστούν το βίωμα τους, μέσα σε ατμόσφαιρα ασφάλειας και σεβασμού. Μετά τις αρχικές συστάσεις, τη γνωριμία και τις ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, η συνέντευξη εστιάστηκε στα εξής ερωτήματα: «*Πώς θυμάστε την περίοδο της εγκυμοσύνης; Συνέβαιναν κάποια σημαντικά γεγονότα; Ποιες ήταν οι αντιδράσεις σας, όταν μάθατε ότι είστε έγκυος; Ποιες ήταν οι αντιδράσεις του συντρόφου σας; Ποιες ήταν οι αντιδράσεις των σημαντικών άλλων;*». Στη συνέχεια: «*Πώς θυμάστε την περίοδο που αποκτήσατε το παιδί σας; Ποια σημαντικά γεγονότα λάμβαναν χώρα τη συγκεκριμένη περίοδο; (Αναφορά στο ευρύτερο πλαίσιο, γενεογραμματικά). Πώς θυμάστε τον εαυτό σας την περίοδο εκείνη; Πώς ήταν η σχέση σας με τον σύντροφό σας-πατέρα του παιδιού;*». Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι σχέσεις της μητέρας με τους γονείς της και ιδιαίτερα, με τη μητέρα της, τα δυναμικά αυτών των σχέσεων και το πώς εξελίχθηκαν στον χρόνο οι «κατασκευές» - νοηματοδοτήσεις (Gergen, 2016) για την έννοια «*μητέρα*». Επιπλέον, διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο όλα τα παραπάνω μπορούν να επηρεάζουν τη σχέση της με το/τα παιδί/-ιά της και το βίωμα του μητρικού της ρόλου.

Για τα ερωτήματα αξιοποιήθηκαν στοιχεία από την Κλίμακα Γονικού Άγχους (Parental Stress Scale· Berry and Jones, 1995). Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης μελέτης στηρίχθηκε σε ένα συστημικό θεωρητικό πλαίσιο. Αρκετά ερωτήματα, όπως μπορεί εύκολα να διαπιστώσει κανείς, είναι κυκλικά (Cecchin, 1987· Penn, 1982· Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin and Prata, 1980· Tomm, 1985· Tomm, 1987), ενώ υπάρχουν και ερωτήματα για το μέλλον (Lang, Little and Cronen, 2011).

Ζητήματα δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκε έγκριση από τον ΟΚΑΝΑ. Η συνέντευξη διεξήχθη με τις θεραπευόμενες κατόπιν προφορικής και έγγραφης ενημέρωσής τους για τους σκοπούς, τα οφέλη και τους

κινδύνους της έρευνας, καθώς και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Στο *Έντυπο Ενημέρωσης Εθελοντή για Συμμετοχή σε Έρευνα*, το οποίο υπογραφόταν τόσο από τη συνεντεύκτρια όσο και από τη συμμετέχουσα, περιγράφονταν αναλυτικά η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών και η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων. Πριν τη συνέντευξη οι συμμετέχουσες έδιναν την έγγραφη συγκατάθεση τους. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, οι μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις και όλα τα αρχεία καταστράφηκαν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με την έγκριση και τη σύμφωνη γνώμη των θεραπευτριών και θεραπευτών των γυναικών, οι οποίες/οι τις ενημέρωναν για την έρευνα, εφ' όσον έκριναν ότι ήταν σε θέση να συμμετάσχουν σε μία τέτοια διαδικασία και ότι δεν θα ήταν επιβλαβής για εκείνες.

Στο τέλος της συνέντευξης, ερωτήθηκαν όλες για το πώς βίωσαν τη διαδικασία της συνέντευξης και έγινε προσπάθεια, αν κάποιες είχαν βιώσει δύσκολα συναισθήματα, να υποστηριχθούν και να λάβουν φροντίδα. Γενικά, οι συμμετέχουσες αναφέρονταν πολύ θετικά στην εμπειρία τους, λέγοντας, μάλιστα, ότι τις βοήθησε.

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στην Θεματική Ανάλυση (Braun and Clarke, 2012), προκειμένου τα δεδομένα να κατηγοριοποιηθούν και να αναλυθούν σε θεματικές που αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες, τα βιώματα, τις διαφορετικές φωνές και τα νοήματα που αποδίδουν σε αυτά οι συμμετέχουσες. Η επεξεργασία και ανάλυση των θεμάτων έγινε με την βοήθεια του λογισμικού προγράμματος NVivo (Τσιώλης, 2014). Μετά από ενδελεχή και επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων κειμένων, αναδύθηκαν οι παρακάτω θεματικές ενότητες, οι οποίες συμπυκνώνουν τα δεδομένα σε νοηματικά ομαδοποιημένες αναλυτικές μονάδες.

Η πρώτη βασική θεματική που αναδύθηκε ονομάστηκε «*Ακροβατώντας ανάμεσα στην ταυτότητα της εξαρτημένης και τη μητρική ταυτότητα*». Αυτή περιλαμβάνει τα υποθέματα:

- *Προσωπικές δυσκολίες των μητέρων σε απεξάρτηση*
- *Τραυματικές εμπειρίες και δύσκολα γεγονότα από την παιδική ηλικία*

- *Τραυματικές εμπειρίες και δύσκολα γεγονότα στην ενήλικη ζωή.*
- *Η μητέρα σαν παιδί.*
- *Ακροβατώντας ανάμεσα στην ταυτότητα της εξαρτημένης και την μητρική ταυτότητα.*
- *Αλλαγές στην ταυτότητα που συνδέονται με την μητρότητα.*

Η δεύτερη θεματική αφορά «*Το βίωμα του γονικού ρόλου*», και περιλαμβάνει τα εξής υποθέματα:

- *Αναπαραστάσεις για την έννοια «μητέρα».*
- *Η πρώτη περίοδος γέννησης του παιδιού.*
- *Σχέση με το παιδί.*
- *Δυσκολίες στον γονικό ρόλο.*
- *Προσδοκίες από τον εαυτό στον γονικό ρόλο.*
- *Ο ρόλος του οικογενειακού-κοινωνικού-υποστηρικτικού συστήματος.*
- *Η επίδραση της θεραπευτικής σχέσης στην σχέση μητέρας-παιδιού.*
- *Όνειρα για το μέλλον για την σχέση μητέρας – παιδιού.*

Η επίδραση της έλλειψης οικονομικών πόρων, η οποία συνδέεται με την οικονομική κρίση, ήταν ιδιαίτερα εμφανής τόσο στον άξονα της «*Ταυτότητας της εξαρτημένης μητέρας*» *(Προσωπικές δυσκολίες των μητέρων σε απεξάρτηση)*, όσο και στον άξονα του «*Βιώματος του γονικού ρόλου*» (*Δυσκολίες στον γονικό ρόλο, Ο ρόλος του οικογενειακού – κοινωνικού – υποστηρικτικού συστήματος*).

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα δύο θέματα και παρατίθενται σχετικά αποσπάσματα, με έμφαση στα υποθέματα που άπτονται περισσότερο των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της κρίσης στον γονικό ρόλο των εξαρτημένων μητέρων.

Ευρήματα

Όπως προαναφέρθηκε, έξι από τις έντεκα γυναίκες επιβιώνουν με λιγότερα από 500€ μηνιαίως. Επιπλέον, οι πέντε λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη και οι τρεις είναι άνεργες. Δύο μόνο εργάζονται κανονικά και μία απασχολείται με περιστασιακή εργασία. Τέσσερις από τις έξι συμμετέχουσες που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα ανήκουν

στην ηλικιακή κατηγορία 26 – 35 ετών, ενώ δύο είναι από 36 έως 45 ετών. Τρεις είναι απόφοιτες Λυκείου, μία απόφοιτη Γυμνασίου, μία Δημοτικού και μία Πανεπιστημίου.

Προσωπικές δυσκολίες των μητέρων σε απεξάρτηση

Από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τρεις από τις έντεκα συμμετέχουσες είναι τα οικονομικά προβλήματα και η ανεργία.

Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

> «*... Είμαι άνεργη. Τώρα που έφτιαξα τα δόντια μου αυτό είναι να συνηθίσω λίγο να μιλάω και από βδομάδα μπας και... Γιατί τώρα είναι και δύσκολο με τη δουλειά. Να αρχίσω να ψάχνω να βρω μία δουλίτσα για τα έξοδά μου και αυτά*». (Ελένη[2], 35 ετών)

> «*... Είναι μόνο αυτό το επίδομα που παίρνω 626, είναι 300 ευρώ το μήνα και για τη μικρή 44, αυτά. Αααααχ* [...] *Εγώ μόνο αυτό που δεν έχω δουλειά και δεν μπορώ να βρω τώρα. Αυτό με δυσκολεύει. Όλα μπορείς να τα κάνεις όταν θέλεις. Μόνο αυτό για μένα. Για να βρω δουλειά. Δεν μπορώ να βρω δουλειά. Χωρίς λεφτά πώς να ζήσει;*» (Ζωή, 41 ετών)

> «*...Όχι δεν εργάζομαι... Έπαιρνα επίδομα πρόνοιας. Τώρα θα το έχω σταματήσει γιατί πρέπει να ξανακάνω τα χαρτιά, οπότε θα μπω, είμαι, ήδη, στη διαδικασία αυτή να ξαναβγάλω το επίδομα... Τώρα να το παίρνουμε μαζί κάποια στιγμή να συντονιστούμε* (με τον σύντροφό της, που είναι επίσης, μέλος στο Π.Υ.). *Είμαι συνταξιούχα. Θέλει συνέχεια χαρτιά... Από 1 έως 500* (το μηνιαίο εισόδημα)». (Λίτσα, 40 ετών)

Η δυσκολία εύρεσης εργασίας και η συνεπακόλουθη ανεργία επιτείνεται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, από το γεγονός ότι αρκετές γυναίκες λόγω της χρήσης και των υποκατάστατων έχουν χάσει τα δόντια τους και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για τεχνητή οδοντοστοιχία, με αποτέλεσμα η εικόνα τους να μη βοηθάει στην εξεύρεση εργασίας.

> «*Να βάλω δόντια τότε! Έχω αρχίσει τώρα και πηγαίνω και το φτιάχνω... Χωρίς δόντια δε γίνεται. Ξέρετε πόσο είναι δύσκολο, γιατί κοιτάνε πώς μπαίνεις. Όχι... Πηγαίνω καμιά φορά, όμως τώρα σας λέω χωρίς δόντια*

2. Τα ονόματα αποτελούν ψευδώνυμα.

ντρέπομαι λίγο και δεν θέλω να... Δεν μπορώ. Πρώτα να φτιάξω τα δόντια και μετά να πάω. Να βλέπουν ότι είμαι μία χαρά. Όχι έτσι. Δεν μπορώ, εγώ. Ντρέπομαι (γελάει)». (Ζωή, 41 ετών)

Ακροβατώντας ανάμεσα στην ταυτότητα της εξαρτημένης και την μητρική ταυτότητα

Η οικονομική κρίση με τη συνεπαγόμενη έλλειψη οικονομικών πόρων και τη μείωση των κοινωνικά παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της εξάρτησης που οδηγούν συχνά στην εξαθλίωση, φαίνεται να επιδεινώνουν την κατάσταση των εξαρτημένων ή σε απεξάρτηση μητέρων, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, κατά την οποία είναι ακόμα περισσότερο ευάλωτες.

Ο αντίκτυπος στη φροντίδα και την υγεία του κυοφορούμενου εμβρύου και στο βίωμα του μητρικού ρόλου φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρύτητα της εξάρτησης, το κατά πόσον η εγκυμοσύνη ήταν ή όχι συνειδητή επιλογή, το χρόνο που έγινε αντιληπτή η εγκυμοσύνη και την παρουσία ή έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης μιας γυναίκας ιδιαίτερα επιβαρυμένης από τη χρήση, άστεγης, η οποία γέννησε σε ένα εγκαταλειμμένο κτίριο:

«Λοιπόν, το δεύτερο παιδί το γέννησα το '14 με μία άλλη σχέση πάλι. Γνωριζόμασταν από το 2000. Είχαμε σχέση. Μπήκε φυλακή 5 χρόνια. Ξαναβρεθήκαμε το '12 και ήμασταν μαζί μέχρι πριν μπω στον ΟΚΑΝΑ. Μόλις μπήκα στον ΟΚΑΝΑ, επειδή δεν ήταν διατεθειμένος, δεν έχει κόψει ποτέ ούτε ήταν διατεθειμένος να κόψει ποτέ, οπότε με πήγαινε πίσω, και έτσι χωρίσαμε. Και τώρα, αυτή τη στιγμή, είναι στις φυλακές της Πάτρας. Λοιπόν, με το Νίκο έχω το δεύτερο παιδί το οποίο το γέννησα το '14. Επειδή η μαμά μου με έδιωχνε συνέχεια λόγω της χρήσης από το σπίτι, τότε εμένα έξω. Που το γέννησα πρόωρα 7 μηνών μέσα στο εγκαταλελειμμένο που έμενα, εκεί. Δηλαδή, ξυπνάω το πρωί με πόνους. Παίρνει ο σύντροφός μου το ασθενοφόρο. Μέχρι να έρθει, κάνω, του κάνω: "Νίκο βγαίνει!", "Τι;" "Το παιδί!" του λέω και πλαφ βγήκε με τη μία. Και ήμουνα στο κρεβάτι. Καλοκαίρι. Κρύωνα εγώ. Να κρυώνει και το μωρό, γιατί δεν είχα... Γεννήθηκε σε ένα περιβάλλον δηλαδή, εγκαταλελειμμένο, με μικρόβια και αυτά. Δεν είχα περιθώρια δηλαδή, να πλύνω σεντόνια και αυτά.. Το σκέπασα με το σεντονάκι. Ήταν μία χαρά. Το στείλανε στο Χαμόγελο του Παιδιού.

> *Πήγαινα το έβλεπα στο νοσοκομείο. Μετά το στείλανε στο Χαμόγελο του Παιδιού. Το είχαν στο Αγλαΐα Κυριακού, στο Παίδων εκεί. Και το πάνε στο Χαμόγελο του Παιδιού και το φέρνουν μετά πάλι στο νοσοκομείο άρρωστο. Κάτι είχε κολλήσει από εκεί, μια αρρώστια. Και είχε μείνει μισό το παιδί αφού δεν... Ο σύντροφός μου έλεγε: "Δεν είναι το παιδί μας αυτό.", λέει "Βρε, αυτό είναι", του λέω. Απλά, κάτι είχε, δε θυμάμαι. Κάτι είχε κολλήσει από εκεί. Αφού λέει γεννήθηκε στο εγκαταλελειμμένο και δεν κόλλησε τίποτα και το κόλλησαν στο Χαμόγελο του Παιδιού...»* (Ελένη, 35 ετών)

Οι φαρμακολογικές επιδράσεις των χρησιμοποιούμενων ουσιών και υποκατάστατων και το γεγονός ότι οι μητέρες σε απεξάρτηση χρειάζεται να οργανώσουν την ζωή τους γύρω από αυτές τις ουσίες, προκειμένου να αποφευχθούν τα σωματικά στερητικά συμπτώματα, φαίνεται να περιπλέκουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η υιοθέτηση μιας «κανονικής» γονικής ταυτότητας.

Η μειωτική ταυτότητα της εξαρτημένης μητέρας, πάντως, φαίνεται να ενισχύεται και από τις υπάρχουσες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Περιγράφει ενδεικτικά μία συμμετέχουσα:

> «*...γιατί στο Έλενα έχουν ένα δωμάτιο και βάζουνε τους χρήστες, όταν κάνεις χρήση που πρέπει να πίνεις, το θεωρούνε χρήση και βάζουν τους χρήστες ή κάποιες κοπέλες, οι οποίες έχουν κάποια ψυχιατρικά προβλήματα και τότε ήμουνα μόνη μου και κοιμότανε στο δίπλα κρεβάτι και δεν με άφησε, της έχω υποχρέωση για αυτό το πράγμα, μέχρι εκεί...»* (Βαρβάρα, 32 ετών)

Επίσης, ιδιαίτερα βαθιά εσωτερικευμένο φαίνεται να είναι το στίγμα ακόμα και σε γυναίκες που είναι πιο κοντά στην ενσωμάτωση μιας «κανονικής» κοινωνικής ταυτότητας, όπως η Θάλεια, μια γυναίκα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, που ο σύζυγός της και το περιβάλλον της δεν έχουν σχέση με την εξάρτηση, ενώ η εικόνα της δεν παραπέμπει σε χρήστρια ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά η ίδια φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επικριτική με τον εαυτό της για την εξάρτησή της.

Οι μητέρες σε απεξάρτηση φαίνεται να βρίσκονται σε μια διαρκή εσωτερική πάλη ανάμεσα στην εξάρτηση και τη μητρότητα. Ιδιαίτερα βοηθητική στον αγώνα τους αυτό μπορεί να είναι η θεραπευτική σχέση που έχουν στα Προγράμματα Υποκατάστασης, αλλά και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται για μητέρες σε απεξάρτηση. Στη συγκεκριμένη μελέτη, εμφανίζεται με υψηλή συχνότητα

(σε επτά από τις έντεκα συνεντεύξεις) η στήριξη που λαμβάνουν οι μητέρες από τις θεραπεύτριές τους και τις εξειδικευμένες ομάδες Γονέων του ΟΚΑΝΑ. Από την άλλη πλευρά, οι δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για τη σωματική και ψυχική υγεία τόσο των μητέρων όσο και των παιδιών.

Το βίωμα του γονικού ρόλου

Δυσκολίες στο γονικό ρόλο

Οι δυσκολίες στις οποίες αναφέρονται οι συμμετέχουσες αναφορικά με το γονικό τους ρόλο είναι, κυρίως, οικονομικές. Άλλες φορές αφορούν την κούραση και την ανυπακοή του παιδιού ή δυσκολίες που προέρχονται από τρίτους.

> *«Πιο πολύ το οικονομικό, τίποτε άλλο. Το οικονομικό και το να είμαι συνέχεια πάνω από το παιδί να το διαβάζω. Αυτό με κουράζει, μερικές φορές. Δε με δυσκολεύει. Με κουράζει, όπως φυσιολογικά, εντάξει, όλες τις μητέρες τις κουράζει το διάβασμα των παιδιών, γιατί κουράζονται, κάνουν και παραπάνω πράγματα, τέτοια».* (Λίτσα, 40 ετών)

> *«Μόνο οικονομικά είναι τα θέματα που έχω, μόνο οικονομικά. Δηλαδή, θα ήθελα να την πηγαίνω σε ένα γυμναστήριο, θα ήθελα αντί να της κάνω εγώ αγγλικά να πηγαίνει σε κάποιο φροντιστήριο να της κάνει. Οικονομικά καθαρά είναι. Αυτό. Και ίσως κάποιο ποδηλατάκι καλύτερο, διάφορα τέτοια».* (Γεωργία, 30 ετών)

> *«Και εντάξει, το προνοιακό το παίρνεις, άλλα δε βγαίνει να φας... Βγαίνει να πληρώσεις όλα τα έξοδα. Τι, θα αφήσουμε τα έξοδα όλα και θα τρώμε; Αυτό δεν είναι λύση. Γιατί εγώ άμα δεν πάρω... Όταν σταματήσει πια, θα πάω για δουλειά. Τι να κάνω; Δηλαδή, δε θα μπω στη διαδικασία να το ξαναπάρω».* (Δήμητρα, 34 ετών)

Συνεπώς, το στρες που βιώνουν οι γυναίκες και τις δυσκολεύει περαιτέρω στο γονικό τους ρόλο φαίνεται να πηγάζει από τα οικονομικά προβλήματα και την ανεργία με τα οποία βρίσκονται αντιμέτωπες.

Ο ρόλος του οικογενειακού – κοινωνικού – υποστηρικτικού συστήματος

Η εμπειρία των συμμετεχουσών από το κοινωνικό – οικογενειακό σύστημα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα θετική. Οι περισσότερες μητέρες το βίωσαν ως υποστηρικτικό, ανέφεραν, μάλιστα, ότι η υποστήριξη αφορούσε και στον οικονομικό τομέα.

Παρακάτω η συμμετέχουσα υπογραμμίζει την επίδραση και της πολιτικής κατάστασης.

> *«Εντάξει, με βοηθάει η μαμά μου, αλλά επειδή έχει και το παιδί δε θέλω να την επιβαρύνω και αυτό τον καιρό της λέω ότι, αν πιάσω δουλειά, θα σε βοηθάω, βρε παιδί μου, και εγώ με το παιδί. Γιατί, εντάξει τώρα, και η μαμά μου παίρνει μία σύνταξη χηρείας κατακουρεμένη, όπως τα έχει κάνει ο Τσίπρας. Είναι μεγάλο το παιδί, έχει έξοδα σαφώς. Δε θέλω να την επιβαρύνω. Από μόνη της, δηλαδή, μου δίνει...»* (Ελένη, 35 ετών)

Μια άλλη μητέρα περιγράφει πως η συναισθηματική και οικονομική υποστήριξη που λάμβανε από τους γονείς της δεν είναι, την περίοδο της κρίσης, αυτή που και η ίδια και οι γονείς της θα ήθελαν, εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών και σοβαρών προβλημάτων υγείας που εκείνοι αντιμετωπίζουν.

> «*Ο πατέρας μου και η μαμά μου μαζί μου ήταν* (εννοεί ότι την βοηθούσαν οικονομικά)*... Όμως τώρα κάνουν εγχείρηση στη μαμά μου το καρδιά.*[3] *Μόνο ο πατέρας μου με βοηθάει. Και αυτός τώρα είναι 67*». (Ζωή, 41 ετών)

Στο απόσπασμα που ακολουθεί, μία μητέρα σε απεξάρτηση περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο το υποστηρικτικό οικογενειακό της περιβάλλον στάθηκε δίπλα της βάζοντας κάποια όρια, δεδομένου ότι εκείνη ήταν στη χρήση και είχε κλονιστεί η εμπιστοσύνη τους.

> *«Σε αυτήν τη φάση που τα πηγαίναμε καλά είχε περάσει και καιρός που άρχισα πλέον και εγώ να δίνω έτσι δείγματα, να παίρνουν έτσι και μία ελπίδα οι δικοί μου ότι ίσως και κάτι να γίνει αυτή τη φορά. Βλέπανε*

3. Ο λόγος της Ζωής αποδίδεται με ακρίβεια. Λόγω της μη επαρκούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας, υπάρχουν αρκετά γλωσσικά και συντακτικά λάθη, τα οποία δυσχεραίνουν την κατανόηση του λόγου της.

και τον Παναγιώτη ότι ήταν πιο γερός, πιο δυνατός και με στήριζε, με βοήθαγε ε και... Βέβαια, μας είχαν παραχωρήσει και ένα, μία ταράτσα, έχουμε πολυκατοικία τριώροφη στο Αιγάλεω και είναι, στο πρώτο σπίτι είναι, μένουν οι γονείς μου, η μητέρα μου πέθανε ο Θεός σχωρέστην, στο δεύτερο είναι δικό μου και το τρίτο της αδερφής μου και έχει και μία ταράτσα πάνω που την έχει κλείσει ο μπαμπάς με τζαμαρίες και αυτά και είναι ένα δωματιάκι πολύ μικρό και ένα μπάνιο και ένα κουζινάκι, αυτό. Και θυμάμαι μου είχανε πει: Μέχρι να δώσεις δείγματα ότι είσαι εντάξει και να το καταλάβουμε και να σε εμπιστευτούμε δεν θα μπεις στο σπίτι σου, θα πας πάνω στην ταράτσα, θα μείνεις εκεί όσο χρειαστεί, βρες την άκρη μόνη σου, δυσκολευτείς δεν δυσκολευτείς, δεν μας ενδιαφέρει. Και τόσα χρόνια που ας πούμε, τα είχες όλα και τι κατάλαβες;» (Ιφιγένεια, 38 ετών)

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οικολογικοί παράγοντες στο επίπεδο είτε της οικογένειας είτε της κοινότητας μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Σύμφωνα με τους Hannon και Cuddy (2006), οι κοινότητες που χαρακτηρίζονται από φτώχια, βία (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi and Lozano, 2002), κοινωνική απομόνωση, διακρίσεις και στίγμα (Ahern, Stuber and Galea, 2007), αυξημένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε αλκοόλ και άλλες ψυχοτρόπους ουσίες (Redmond and Spooner, 2009) και δεν έχουν πρόσβαση σε οικείες πολιτισμικά υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας (Kuehn, 2012) αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο για χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.

Και στη δική μας μελέτη φαίνεται ότι από τις σημαντικότερες προσωπικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μητέρες σε απεξάρτηση είναι τα οικονομικά προβλήματα και η ανεργία. Τα οικονομικά προβλήματα, μάλιστα, αναδεικνύονται ως η σημαντικότερη δυσκολία και στον γονικό ρόλο, πράγμα αναμενόμενο, αφού για έξι από τις 11 συμμετέχουσες το μηνιαίο εισόδημα φτάνει έως τα 500 €, ποσό που δεν επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες ενός ατόμου, πολύ περισσότερο δε τις ανάγκες και ενός παιδιού. Παράλληλα, είναι σαφές ότι κάποιες από τις συμμετέχουσες δεν είναι ακόμα σε θέση να εργαστούν ή δεν

μπορούν να βρουν δουλειά και, ως εκ τούτου, αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σε αυτό τον τομέα.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι πως οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, συχνά, βιώνονται από τις συμμετέχουσες ως προσωπικά ελλείμματα ή, τουλάχιστον, έχουν αποσυνδεθεί από την επίδραση του ευρύτερου πλαισίου, με αποτέλεσμα οι μητέρες να νιώθουν ακόμα περισσότερο αποδυναμωμένες. Η συνθήκη κατά την οποία υποχρεώνονται να επιβιώνουν και να καλύπτουν τις βιοτικές ανάγκες των παιδιών τους με τόσο λίγα χρήματα, ενώ, ταυτόχρονα, προσπαθούν να απεξαρτηθούν, είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα. Κατά συνέπεια, βρίσκονται σε μια κατάσταση εσωτερικής αποσταθεροποίησης, με αποτέλεσμα η πραγματικότητά τους να γίνεται αβίωτη, δημιουργώντας συναισθήματα απελπισίας και ωθώντας τες, ενίοτε, σε υποτροπή.

Από το 2009, η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα και οι σημαντικές αλλαγές σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο έπληξαν βαθιά μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων, που ανήκε παραδοσιακά στη μεσαία τάξη, εντάχθηκε στην κατηγορία των νεόπτωχων (Petmesidou, 2013). Το 2014, το επίσημο ποσοστό της ανεργίας στην Ελλάδα ανερχόταν στο 27% –για τους νέους στο 60,4%– και μόνο το 20% των ανέργων λάμβαναν επίδομα ανεργίας για 12 μήνες το πολύ (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014).

Ως αποτέλεσμα της ανεργίας και της φτώχιας, της σημαντικής μείωσης των συντάξεων και των κοινωνικο-προνοιακών παροχών, το επίπεδο διαβίωσης και η ενδοοικογενειακή υποστήριξη μειώθηκε σημαντικά (Kallinikaki, 2015).

Ωστόσο, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος προστατευτικός παράγοντας, σε συμφωνία με τα ευρήματα και άλλων μελετών (Arney and Scott, 2010· Klee, 2002). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, τα παιδιά θα είχαν καταλήξει σε φορείς παιδικής προστασίας χωρίς τη συνδρομή –οικονομική, συναισθηματική και πρακτική– του οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Επιπλέον, η βαθιά οικονομική κρίση στην Ελλάδα συνέπεσε με μια μακρά περίοδο αναποτελεσματικής προσπάθειας αναμόρφωσης του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και υγείας, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή την κατάργηση υπηρεσιών που λειτουργούσαν αποσυμφορητικά και προστατευτικά για το

οικογενειακό σύστημα και ιδιαίτερα για οικογένειες και μητέρες που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (ενδεικτικά αναφέρονται τα κέντρα δημιουργικών δραστηριοτήτων για παιδιά) (Petmesidou, 2013). Οι υπηρεσίες υγείας, οι περισσότερες από τις οποίες αντιμετώπιζαν ήδη οργανωσιακές δυσλειτουργίες (π.χ. γραφειοκρατία), υπέστησαν τεράστιες πιέσεις, καθώς χρειαζόταν να προσφέρουν περισσότερες υπηρεσίες με λιγότερο προσωπικό, σημαντικές ελλείψεις ακόμα και σε αναλώσιμα υλικά, κακές συνθήκες εργασίες και μικρότερες αμοιβές. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα εξαρτημένα ή/και σε θεραπεία άτομα αποτελούν έναν ιδιαίτερα ευάλωτο ως προς τις διακρίσεις πληθυσμό, οδηγούν σε μια ιδιαίτερα αυξημένη πίεση προς τις μητέρες που βρίσκονται σε απεξάρτηση. Μάλιστα, στην παρούσα μελέτη αναφέρθηκαν ρατσιστικές συμπεριφορές και στίγμα από τον περίγυρο, αλλά και από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κυρίως κατά την περίοδο του τοκετού. Επομένως, η στιγματοποίηση και οι ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις των διακρίσεων στην ψυχική υγεία των μητέρων φαίνεται να επιτείνονται και να βαθαίνουν πολύ περισσότερο λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Η στιγματοποίηση ενισχύεται περαιτέρω από την έλλειψη οικονομικών πόρων. Χαρακτηριστικό είναι το αίσθημα ντροπής και απογοήτευσης που βιώνουν οι συμμετέχουσες λόγω της έλλειψης οδοντοστοιχίας, πράγμα που εμποδίζει τη μετάβασή τους προς μία πιο υγιή και λειτουργική ταυτότητα και οδηγεί, επί της ουσίας, στον κοινωνικό αποκλεισμό τους.

Συνεπώς, τόσο η έλλειψη των αναγκαίων κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών όσο και οι σοβαρές δυσλειτουργίες του συστήματος παιδικής προστασίας φαίνεται να αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στη μετάβαση από την ταυτότητα της εξαρτημένης σε αυτήν της μητέρας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Gergen, K. J. (1997). *Ο κορεσμένος εαυτός* (μτφρ.: Α. Ζώτος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gergen, K. J. (2016). *Θεραπευτικές πραγματικότητες. Συνεργασία, καταπίεση και σχεσιακή ροή* (μτφρ.: Κ. Παγκάλου). Αθήνα: Πεδίο.

Ίσαρη, Φ. και Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανακτήθηκε από: http://hdl.handle.net/11419/5826

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (2012). *Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ*. Αθήνα: ΟΚΑΝΑ.

Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

Τσιώλης, Γ. (2017). *Θεματική Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων*. Συμπληρωματικό εκπαιδευτικό υλικό στη Θ.Ε. ΕΚΠ51 - ΠΜΣ: Επιστήμες της Αγωγής. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ).

Ξενόγλωσση

Ahern, J., Stuber, J. and Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), pp.188-196.

Arney, F. and Scott, D. (2010). *Working with vulnerable families. A partnership approach*. New York: Cambridge University Press.

Asmussen, K. and Weizel, K. (2009). *Evaluating the evidence: what works in supporting parents who misuse drugs and alcohol*. London: National Academy for Parenting Practitioners.

Azzi-Lessing, L., and Olsen, L. J. (1996). Substance abuse-affected families in the child welfare system: new challenges, new alliances. *Social work*, 41 (1), pp. 15-23.

Barth, R. P., Gibbons, C. and Guo, S. (2006). Substance abuse treatment and the recurrence of maltreatment among caregivers with children living at home: A propensity score analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, pp. 93–104.

Berry, J. O. and Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, pp. 463-472. doi:10.1177/0265407595123009

Besinger, A. B., Garland F. A., Litrownik, J. A. and Landsverk A. J., (1999). Caregiver substance abuse among maltreated children placed in out-of-home care. *Child welfare*, 78 (2), pp. 221-239.

Braun, V. and Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology* (pp. 51-77). Washington, DC: American Psychological Association.

Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process,* 26, pp. 405-413.

Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Derauf, C., LaGasse, L. L., Smith, L. M., Grant, P., Shah, R., and Arria, A. (2007). Demographic and psychosocial characteristics of mothers using methamphetamine during pregnancy: preliminary results of the infant development, environment, and lifestyle study (IDEAL). *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 33 (2), pp. 281-289.

Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol-and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health and Social Work,* 19, pp. 7-15.

Goodman, G., Hans L. S., and Cox, (1999). Attachment behavior and its antecedents in offspring born to methadone-maintained women. *Journal of Clinical Child Psychology,* 28 (1), pp. 58-69. doi:10.1207/s15374424jccp2801_5

Hall, L. J. and van Teijlingen, R.E. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6 (19). doi:10.1186/1471-2393-6-19

Hannon, L., and Cuddy, M. M. (2006). Neighborhood ecology and drug dependence mortality: an analysis of New York City census tracts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 32 (3), pp. 453-63.

Hofkosh, D., Pringle, J. L., Wald, H. P., Switala, J., Hinderlite,r S. A. and Hamel, S. C. (1995). Early interactions between drug-involved mothers and infants. Within-group differences. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine,* 149 (6), pp. 665-672.

Jeremy, R.J., and Bernstein, V.J. (1984). Dyads at risk: methadone-maintained women and their four-month-old infants. *Child Development*, 55(4), pp. 1141-54.

Kallinikaki, T. (2015). Child protection in times of crisis in Greece. *International Journal of Social Pedagogy*, 4 (1), pp. 177-189. http://www.internationaljournalofsocialpedagogy.com

Kandel, D. B. (1990). Parenting styles: drug use and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 52, pp. 183-196.

Klee, H. (2002). Overcoming the barriers. In H. Klee, M. Jackson and S. Lewis (eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 263-275). London: Routledge.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. and Lozano R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Kuehn, B. M. (2012). WHO documents worldwide need for better drug abuse treatment-and access to it. *Journal of the American Medical Association*, 308 (5), pp. 442-3.

Lang, P., Little, M. and Cronen, V. (2011). The Systemic professional: Domains of action and the question of neutrality. *Human Systems,* 22, pp. 18-34.

Lundgren, L. M., Schilling, R. F., Fitzgerald, T., Davis, K. and Amodeo, M. (2003). Parental status of women injection drug users and entry to methadone maintenance. *Substance Use and Misuse*, 38 (8), pp. 1109-1131.

Mayes, L. and Truman, S. (2002). Substance abuse and parenting. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (2nd ed., Vol. 4, pp. 329-359). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Mayes, L. (1995). Substance abuse and parenting. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 4, pp. 101–125). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process,* 21, pp. 267-280.

Petmesidou, M. (2013). Is social protection in Greece at a crossroads. *European Societies,* 15(4), pp. 597-616.

Redmond, G., Spooner, C. (2009). Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: proximal and distal causes and implications for policy. *International Journal of Drug Policy,* 20 (1), pp. 38-47.

Rodning, C., Beckwith L. and Howard, J. (1991). Quality of attachment and home-environment in children prenatally exposed to PCP and cocaine. *Development and Psychopathology,* 3 (4), pp. 351-366.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality. *Family Process,* 19, pp. 3-12.

Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C. and Cardoso, A. (2012). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology,* 18 (3), pp. 359-367.

Suchman, N. E, Mayes, L., Conti, J., Slade, A. and Rounsaville, B. (2004). Rethinking parenting interventions for drug dependent mothers: From

behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, pp. 179-185.

Szuster, R. R., Rich, L. L., Chung, A., Bisconer, S. W. (1996). Treatment retention in women's residential chemical dependency treatment: The effect of admission with children. *Substance Use and Misuse*, 31 (8), pp. 1001-1013.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, pp. 167-183.

Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell and R. Draper (eds.). *Applications of systemic family therapy: The Milan approach method* (pp. 33-45). New York: Norton.

Watson, L. and Parke, A. (2011). Experience of recovery for female heroin addicts: an interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9 (1), pp. 102-117.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

ΜΕΛΕΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΦΗΒΩΝ-ΝΕΩΝ «ΑΤΡΑΠΟΣ» ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ

Δημήτρης Πετριλής, Ελευθερία Σούρμπα***

Εισαγωγή

Τα τελευταία 10 χρόνια η ποιότητα ζωής στην Ελλάδα έχει πληγεί δραματικά, γεγονός που επηρεάζει πολλαπλώς τον τρόπο που παρεμβαίνουμε ψυχοθεραπευτικά. Στην Ελλάδα σήμερα οι άνθρωποι στερούνται βασικών δικαιωμάτων, όπως είναι η πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα και στην αγορά εργασίας.

Τα ποσοστά ανεργίας στη χώρα μας συνεχίζουν ακόμα και σήμερα να είναι τα υψηλότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ανεργία σε ποσοστό 18%). Συγκεκριμένα, το 2013 το ποσοστό ανεργίας άγγιξε το 26,6% (1,5 εκατομμύριο άνεργοι) σε σύγκριση με το 2008 που ήταν 7,4% (ΕΛΣΤΑΤ, 2013). Η πληθυσμιακή ομάδα των νέων ηλικίας 15-24 είναι αυτή που πλήττεται περισσότερο από την ανεργία καταγράφοντας ποσοστό ανεργίας το 2013 της τάξης του 55% (στο ίδιο, 2013).

Επίσης, την ίδια περίοδο ο δείκτης σχετικής φτώχιας αυξήθηκε από 19,7% που ήταν το 2009 στο 23,1% το 2012, πλήττοντας κυρίως τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι άνεργοι και τα παιδιά (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη, 2012), ενώ σημειώθηκε σημαντική

---

* Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας. Επιστημονικά Υπεύθυνος Μονάδας Εφήβων – Νέων «Ατραπός» του ΟΚΑΝΑ.

** Ψυχολόγος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας ΕΚΠΑ.

αύξηση και στο ποσοστό του πληθυσμού που κινδυνεύει από φτώχια ή/και κοινωνικό αποκλεισμό, καταγράφοντας άνοδο από το 27,6% το 2009, στο 34,6% το 2012 (Παπαϊώαννου και Μπεργιαννάκη, 2016). Συνεπώς, η οικονομική κρίση αύξησε τις κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά τόσο στην κατανομή των αγαθών όσο και στη πρόσβαση σε δομές κοινωνικής προστασίας (Πλατανίτη, 2015).

Καταγράφοντας τη δύσκολη ελληνική πραγματικότητα η βρετανική εφημερίδα *Independent* δημοσίευσε ένα άρθρο με τίτλο: «Τα σκληρά μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα αφήνουν σχεδόν ένα εκατομμύριο ανθρώπους χωρίς πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη που οδηγεί σε αυξανόμενη παιδική θνησιμότητα, μόλυνση από τον ιό HIV και αυτοκτονία» (*Independent* 21/2/2014).

Σύμφωνα με το εν λόγω άρθρο, σχετικά με τον αντίκτυπο των περικοπών των δαπανών στη δημόσια υγεία, παρατηρείται στην Ελλάδα αύξηση των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας, αύξηση των επιπέδων μόλυνσης από τον ιό HIV μεταξύ των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών, επιστροφή της ελονοσίας και αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών.

Σημειώνεται ότι σε σύγκριση με τη δημόσια χρηματοδότηση του 2007, το 2014 οι δημόσιες υπηρεσίες στην ψυχική υγεία και οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπέστησαν μειώσεις του προϋπολογισμού τους που σε ορισμένες περιπτώσεις άγγιξαν το 50%. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, θέτοντας κάποιες δομές αντιμέτωπες ακόμα και με το ενδεχόμενο να κλείσουν (Kolaitis and Giannakopoulos, 2015). Επίσης, η μείωση της χρηματοδότησης είχε αντίκτυπο και στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Υπολογίζεται ότι το 50% των ψυχικά ασθενών που έχουν επισκεφθεί υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραμένουν χωρίς διάγνωση, εξαιτίας της μη επαρκούς εκπαίδευσης των γενικών ιατρών σε ζητήματα που αφορούν στην ψυχική υγεία, αλλά και της αδυναμίας να προσληφθούν επαγγελματίες αντίστοιχων ειδικοτήτων λόγω του οικονομικού περιορισμού (Πλατανίτη, 2015). Πολλές είναι οι μελέτες εκείνες που καταδεικνύουν ότι η μη αναγνώριση των ψυχιατρικών διαταραχών από γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας στερεί την πρόσβαση σε θεραπεία με σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας του εξυπηρετούμενου (Douma, Dekker, Ruiter, Verhulst and Koot, 2016· Issakidis and Andrews, 2003· Ormel, Koeter, Van de Brink and Van de Willige, 1991).

Συνεπώς, την ίδια στιγμή που οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού αυξάνονται, κυρίως στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, οι δομές και τα πλαίσια παροχής υγειονομικής φροντίδας τείνουν να συρρικνώνονται. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι την τετραετία μεταξύ 2009-2012, οι επισκέψεις στα Εξωτερικά Τμήματα των δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Κλινικών αυξήθηκαν κατά 120%, σε σύγκριση με τα στοιχεία των προηγούμενων ετών (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη, 2012). Αποτέλεσμα της συρρίκνωσης των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας ήταν η μεγέθυνση των προβλημάτων που αντιμετώπιζαν τα άτομα, γεγονός που οδηγεί στην ψυχοκοινωνική τους εξαθλίωση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2012) κρούει τον κώδωνα του κινδύνου προειδοποιώντας ότι η οικονομική κρίση και η ανασφάλεια που αυτή προκαλεί στον πληθυσμό, καθώς και η αδυναμία του δημοσίου συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στο πλήθος των αιτημάτων, λόγω των οικονομικών περικοπών, οδηγεί σε ραγδαία αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες είναι αυτές που βιώνουν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση. Όπως έχει αποδειχθεί και ερευνητικά, η φτώχια αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας των παιδιών, διαπίστωση που οδηγεί τους ειδικούς στο χώρο της ψυχικής υγείας να εκτιμούν ότι τα επόμενα χρόνια ενδεχομένως να αναμένουμε σημαντική αύξηση των ψυχικών διαταραχών (Kolaitis and Giannakopoulos, 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η αποσταθεροποίηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην Ελλάδα, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, ανέδειξε με τον πιο δραματικό τρόπο την επίδραση που έχουν οι κοινωνικοί παράγοντες στην ψυχική υγεία, συγκεντρώνοντας το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στη μελέτη της ύπαρξης μιας αιτιώδους ή μη σχέσης μεταξύ της ψυχικής υγείας και των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Πολλές μελέτες ήταν αυτές που κατέδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής επιβάρυνσης και της εκδήλωσης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, σημειώνοντας για παράδειγμα αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008, σε 8,2% το 2011, καταγράφοντας σημαντική αύξηση τόσο στους νέους κάτω των 24 ετών όσο και στα άτομα 45 ετών και άνω (Economou, Madianos, Peppou, Theleritis, Patelakis, and Stefanis, 2013). Επίσης, μελέτες

κατέδειξαν αύξηση του ποσοστού στις απόπειρες αυτοκτονίας κατά 36% από το 2009 ως το 2011, συσχετίζοντας την αύξηση αυτή με την ανεργία και την οικονομική δυσπραγία (Economou, Madianos, Peppou, Theleritis and Stefanis, 2012). Εξάλλου, αν συνδέσουμε τα ερευνητικά ευρήματα για την οικονομική κρίση στην Ελλάδα με τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ενηλίκων, οι οποίοι είναι ταυτόχρονα και γονείς, δεν μπορεί παρά να επηρεάζουν και τη γονική τους επάρκεια από πολλές απόψεις, όπως για παράδειγμα αυξάνοντας την πιθανότητα για παραμέληση/κακοποίηση των παιδιών (Brooks-Gunn, Schneider and Waldfogel, 2013). Σε αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσαμε να αναζητήσουμε και πιθανές αιτιώδεις συσχετίσεις με την αύξηση των εισαγγελικών εντολών και των αναθέσεων της επιμέλειας ανηλίκων σε φορείς Παιδικής Προστασίας στη χώρας μας, όπως παρατηρούμε στη κλινική μας πρακτική.

Συνεπώς, η κοινωνικοοικονομική κρίση φαίνεται να επηρεάζει την ψυχική υγεία σε δύο άξονες: α) υπονομεύοντας τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη του ατόμου και β) αυξάνοντας τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (ανεργία, ελαστικές μορφές εργασίας, κοινωνική ανισότητα, φτώχια, αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων, κοινωνικός αποκλεισμός κ.ά.) (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη, 2012).

Όλο και περισσότεροι εξυπηρετούμενοι μοιράζονται μαζί μας προσωπικές ιστορίες με κοινά χαρακτηριστικά. Γονείς που έχασαν τη δουλειά τους και δεν μπορούν να στηρίξουν οικονομικά την οικογένειά τους, ματαιωμένοι και απογοητευμένοι επιχειρούν να διαχειριστούν την οικονομική τους ανασφάλεια, ενώ λυγίζουν υπό το βάρος των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, εκδηλώνοντας μια σειρά συμπτωμάτων, όπως αυτών της κατάχρησης ουσιών και των ψυχικών διαταραχών. Έφηβοι, θυμωμένοι, αντιδραστικοί, επιθετικοί, παραβατικοί που εξωτερικεύουν την ψυχική τους δυσφορία με ετεροκαταστροφικές ή/και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Κι ενώ τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να αποτελούν εκφάνσεις της αναπτυξιακής φάσης της εφηβείας και της επίδρασης που ασκεί στο σύστημα της οικογένειας, η ένταση με την οποία εκδηλώνονται προβληματίζει τους ειδικούς. Με άλλα λόγια, τα σημάδια μιας εφηβικής εκτόνωσης πλέον λαμβάνουν διαστάσεις «ηφαιστειακής έκρηξης», προκαλώντας τέτοιους τριγμούς

στο οικογενειακό σύστημα που δύνανται να το αποσταθεροποιήσουν επικίνδυνα. Αντιμέτωποι με το πλήθος των πιέσεων που τους ασκούνται στο μακροκοινωνικό και μικροκοινωνικό τους περιβάλλον, όλο και περισσότεροι γονείς εκδηλώνουν σημάδια έντονης ψυχικής δυσφορίας είτε με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών είτε με την υιοθέτηση συμπεριφορών κατάχρησης ή και εξάρτησης από ουσίες.

Η παρούσα μελέτη, που διενεργήθηκε στον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων της Μονάδας Απεξάρτησης Εφήβων-Νέων «Ατραπός» του ΟΚΑΝΑ, επιχειρεί να διερευνήσει τη συσχέτιση τόσο μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της αύξησης στη συχνότητα εμφάνισης των διαζυγίων όσο και της αύξησης στη συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών αλλά και συμπεριφορών κατάχρησης/εξάρτησης ουσιών από τους γονείς που προσέρχονται στο πρόγραμμα.

Μεθοδολογία

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 418 άτομα (N=418), ηλικίας 13 έως 24 ετών. Η κύρια ουσία χρήσης των εφήβων νεαρών ενηλίκων εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα είναι η κάνναβη, ενώ έχουν αποκλειστεί από τη μελέτη άτομα με άλλη κύρια ουσία χρήσης. Επίσης, αποκλείστηκαν από το δείγμα άτομα που δεν απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις θεματικού ενδιαφέροντος προκειμένου να διευκολυνθεί ο στατιστικός χειρισμός των δεδομένων. Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του ποσοστού των διαζυγίων, των ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και της κατάχρησης ουσιών στο γονεϊκό σύστημα σε συνάρτηση με την οικονομική κρίση.

Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από τα ηλεκτρονικά αρχεία που διατηρούνται για τα μέλη της Μονάδας Εφήβων-Νέων «Ατραπός» και αφορούν στα έτη από 2002 έως 2019.

Στο πλαίσιο της υποδοχής των εφήβων και των οικογενειών τους στην «Ατραπό», οι ψυχοθεραπευτές/-τριες σε συνεργασία με τον/την έφηβο/η και την οικογένειά του/της καλούνται να συμπληρώσουν ένα έντυπο υποδοχής (intake), το οποίο περιλαμβάνει κάποια στοιχεία για το άτομο και την οικογένειά του.

Το έντυπο αυτό συγκεντρώνει πληροφορίες που αφορούν στα εξής: α) στοιχεία διαμονής - διαβίωσης του ατόμου, β) πλαίσιο

παραπομπής στο πρόγραμμα (Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων, άλλα Προγράμματα Απεξάρτησης κ.ά), γ) ουσίες χρήσης καθώς και έναρξη και συχνότητα αυτής, δ) σχολική διακοπή, ε) ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, ΔΕΠΥ και μαθησιακών δυσκολιών, στ) εμπλοκή του/της εξυπηρετούμενου/ης με το νόμο και ζ) ιατρικό - ψυχιατρικό ιστορικό της οικογένειας, καθώς και ιστορικό εξάρτησης. Οι ερωτήσεις του εντύπου είναι κλειστού τύπου (ΝΑΙ/ΟΧΙ), ενώ για την ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS Statistics.

Ευρήματα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 418 άτομα (*N*=418), τα οποία έχουν ως ουσία εξάρτησης την κάνναβη και τα παράγωγά της (συνθετικά κανναβινοειδή). Οι μεταβλητές που εξετάσθηκαν είναι η χρονολογία (έτη λειτουργίας του προγράμματος από το 2002 έως τους πρώτους μήνες του 2019), η εξάρτηση από ουσίες όσον αφορά στον πατέρα, η εξάρτηση από ουσίες όσον αφορά στη μητέρα, η παρουσία ψυχοπαθολογίας στον πατέρα και αντίστοιχα στη μητέρα, καθώς και το διαζύγιο μεταξύ των γονέων.

Στον Πίνακα 1 σημειώνεται ότι το διαζύγιο ως μεταβλητή εμφανίζεται συχνότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες μεταβλητές. Επίσης, η αναφερόμενη εξάρτηση από ουσίες εμφανίζεται αρκετά συχνότερα στους πατέρες σε σχέση με τις μητέρες, ενώ η ψυχοπαθολογία της μητέρας αναφέρεται συχνότερα από εκείνη του πατέρα.

Πίνακας 1
Συχνότητες των μεταβλητών

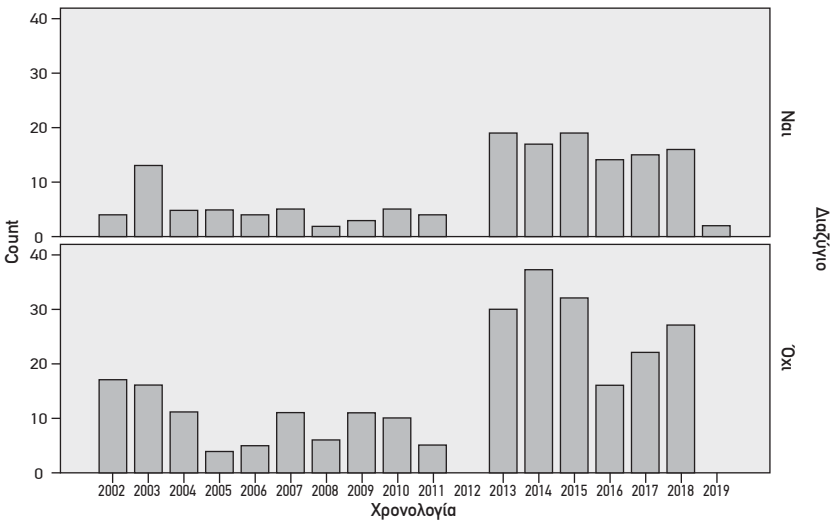
Μεταβλητή	**Ναι**	**Ποσοστό**	**Όχι**	**Ποσοστό %**
Διαζύγιο	152	36,4	266	63,6
Εξάρτηση πατέρα	54	12,9	364	87,1
Εξάρτηση μητέρας	14	3,3	404	96,7
Ψυχοπαθολογία πατέρα	21	5	397	95
Ψυχοπαθολογία μητέρας	34	8,1	384	91,9

Με βάση τον Πίνακα 2, διαπιστώνεται ότι η αναφερόμενη ψυχοπαθολογία και εξάρτηση των γονέων καθώς και το διαζύγιο παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στα χρόνια 2013-2018.

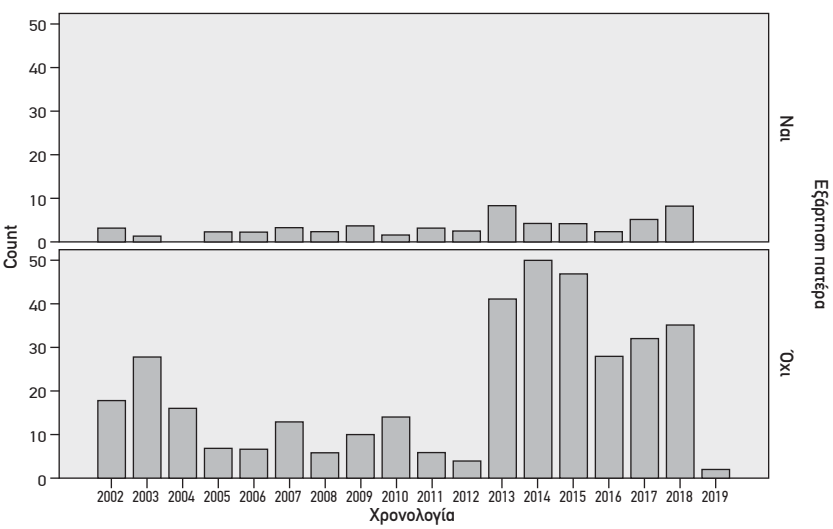
Πίνακας 2
Συχνότητα εμφάνισης των μεταβλητών στο ερευνητικό δείγμα ανά χρονολογία

Χρονολογία	**N**	**Ποσοστό %**
2002	21	5
2003	29	6,9
2004	16	3,8
2005	9	2,2
2006	9	2,2
2007	16	3,8
2008	8	1,9
2009	14	3,3
2010	15	3,6
2011	9	2,2
2012	6	1,4
2013	49	11,7
2014	54	12,9
2015	51	12,2
2016	30	7,2
2017	37	8,9
2018	43	10,3
2019	2	0,5
Σύνολο	418	100

Εικόνα 1
Ραβδόγραμμα της συχνότητας εμφάνισης των διαζυγίων από το έτος 2002 έως το 2019



Εικόνα 2
Ραβδόγραμμα της συχνότητας εμφάνισης της εξάρτησης του πατέρα από το έτος 2002 έως το 2019



Ειδικότερα, παρατηρείται ότι η συχνότητα των διαζυγίων φαίνεται να αυξήθηκε τα έτη 2013-2018 (Εικόνα 1).

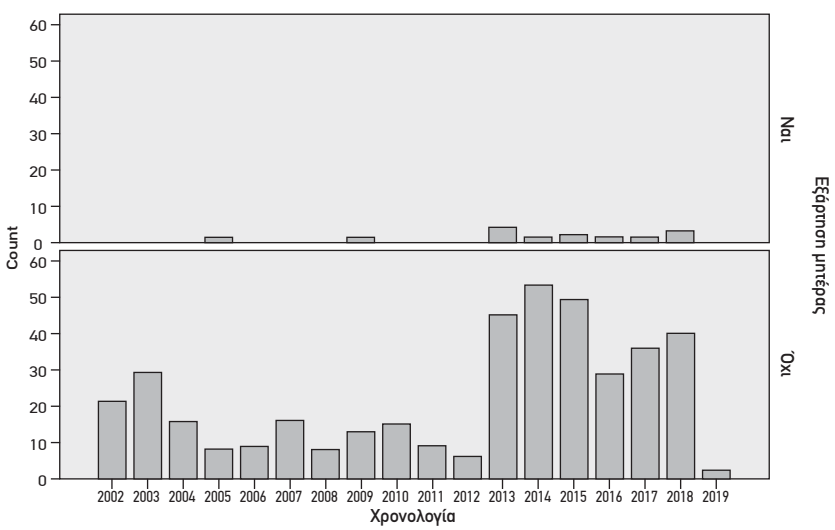
Η συχνότητα εμφάνισης της εξάρτησης του πατέρα φαίνεται ιδιαίτερα αυξημένη τα έτη 2013 και 2018, ενώ κατά τα έτη 2014 και 2017 παρατηρείται μείωση σε σχέση με τα έτη 2013 και 2018, αν και οι τιμές της αναφερόμενης μεταβλητής παρουσιάζονται αυξημένες έναντι άλλων ετών (Εικόνα 2).

Το ίδιο περίπου φαινόμενο παρατηρείται και σε ό,τι αφορά την εξάρτηση της μητέρας. Σημειώνεται σημαντική αύξηση τα έτη 2013 και 2018. Στο μέσο αυτών (βλ. έτος 2017) οι τιμές της μεταβλητής είναι σχετικά μειωμένες αλλά αυξημένες σε σχέση με τα έτη πριν το 2013 (Εικόνα 3).

Συνεχίζοντας, όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία του πατέρα, αυτή εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένη τα έτη 2014 και 2018, ωστόσο από το 2013 έως και το 2018 η παρουσία αυτής της μεταβλητής τείνει να παρουσιάζεται συχνότερα και με μεγαλύτερη αύξηση σε σύγκριση με την περίοδο 2002-2008, ενώ σημειώνεται ότι την περίοδο 2009-2012 η μεταβλητή αυτή απουσιάζει (Εικόνα 4).

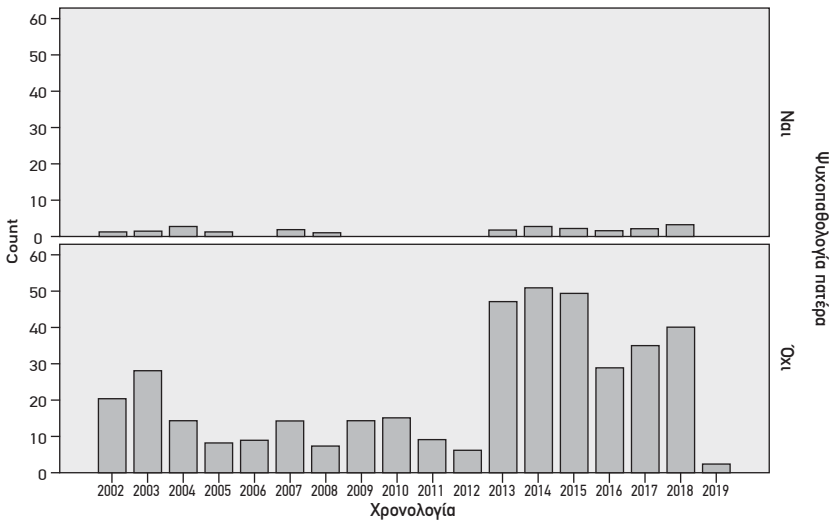
Εικόνα 3

Ραβδόγραμμα της συχνότητας εμφάνισης της εξάρτησης της μητέρας από το έτος 2002 έως το 2019



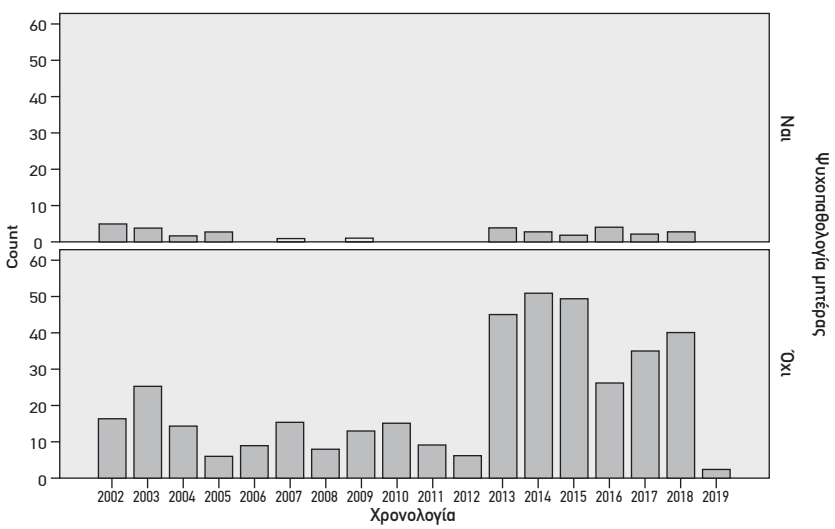
Εικόνα 4

Ραβδόγραμμα της συχνότητας εμφάνισης της ψυχοπαθολογίας του πατέρα από το έτος 2002 έως το 2019



Εικόνα 5

Ραβδόγραμμα της συχνότητας εμφάνισης της ψυχοπαθολογίας της μητέρας από το έτος 2002 έως το 2019



Όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία της μητέρας, παρατηρείται σταθερή παρουσία της μεταβλητής στα έτη 2013-2018 με σχετική αύξηση τα έτη 2013, 2016 και 2018 (Εικόνα 5).

Σε αδρές γραμμές, είναι φανερό από τις συχνότητες που παρουσιάζονται ότι από το 2012 και μετά, και ιδιαίτερα ορισμένα έτη, υπάρχει μια αύξηση στη συχνότητα που αφορά στις μεταβλητές που μελετάμε (ψυχοπαθολογία γονέων, κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες γονέων και διαζύγιο γονέων). Επιπλέον, για τη διερεύνηση των στατιστικών αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο x^2. Συγκεκριμένα, εφαρμόζοντας το x^2 για τις μεταβλητές της εξάρτησης του πατέρα και της μητέρας από ουσίες προέκυψε ότι το κριτήριο x^2 ήταν στατιστικά σημαντικό, δηλαδή x^2=25, 183 (1, 418), $p<0,001$. Διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών καθώς η παρουσία εξάρτησης για τον πατέρα, είναι περισσότερο πιθανό να συνυπάρχει με εξάρτηση της μητέρας. Το κριτήριο x^2 χρησιμοποιήθηκε και για τη διερεύνηση των σχέσεων των μεταβλητών της εξάρτησης και της παρουσίας ψυχοπαθολογίας του πατέρα. Προέκυψε ότι x^2=17,617 (1,418), $p<0,001$. Υπάρχει, επομένως, μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών και φαίνεται ότι η εξάρτηση του πατέρα, είναι περισσότερο πιθανό να εντοπίζεται μαζί με ύπαρξη ψυχοπαθολογίας όσον αφορά τον πατέρα. Τέλος, το κριτήριο x^2 εφαρμόστηκε και για τις μεταβλητές της ψυχοπαθολογίας της μητέρας και της ψυχοπαθολογίας του πατέρα. Διαπιστώθηκε x^2=7,271 (1,418), $p<0,05$. Συμπερασματικά, η ψυχοπαθολογία του πατέρα και η ψυχοπαθολογία της μητέρας είναι πιθανότερο να συνυπάρχουν, αν και η σχέση αυτή παρουσιάζει μικρότερη ισχύ από αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση για την εξάρτηση και την ψυχοπαθολογία της μητέρας σύμφωνα με το κριτήριο x^2.

Στον Πίνακα 3 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εξάρτησης του πατέρα με την εξάρτηση της μητέρας και την παρουσία ψυχοπαθολογίας στον πατέρα. Επιπλέον, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην μητέρα και τον πατέρα. Επομένως, η εξάρτηση, αλλά και η ψυχοπαθολογία των γονέων συχνά συνυπάρχουν στην οικογένεια. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν παρατηρείται συσχέτιση της εξάρτησης της μητέρας με την παρουσία ψυχοπαθολογίας για την ίδια, σχέση που φαίνεται

να ισχύει για τον πατέρα. Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι συσχετίσεις έχουν υψηλή στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο p<0,001.

Πίνακας 3
Συσχετίσεις x^2 μεταξύ των μεταβλητών διαζύγιο, εξάρτηση και ψυχοπαθολογία γονιών

Διαζύγιο	1	-.024	-.030	-.060	-.007
Εξάρτηση Πατέρα	-.024	1	.245**	.205**	.068
Εξάρτηση μητέρας	-.030	.245**	1	.018	.091
Ψυχοπαθολογία πατέρα	-.060	.205**	.018	1	.132**
Ψυχοπαθολογία μητέρας	-.007	.068	.091	.132**	1

***p<0.001*

Συζήτηση

Από όλα τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι αυτό που βιώνουμε σήμερα δεν είναι μόνο οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης, αλλά οι συνέπειες μιας κρίσης αξιών, στο πλαίσιο της οποίας φαίνεται να μειώθηκαν σημαντικά και τα ψυχικά αποθέματα των ανθρώπων. Γονείς επιβαρυμένοι, έφηβοι αποπροσανατολισμένοι, δομές στήριξης του ατόμου και της οικογένειας αποδυναμωμένες, όλα καθρεφτίζουν έναν κοινωνικό δεσμό, οι αρμοί του οποίου δεν είναι πλέον αρκετά συνεκτικοί ώστε να «συγκρατούν» τα πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας. Μια αλυσιδωτή αντίδραση εκρήξεων που απειλούν να γκρεμίσουν συθέμελα το κοινωνικό οικοδόμημα, δημιουργώντας παράλληλα στο υποκείμενο ένα περιβάλλον επιβάρυνσης τέτοιο, που το ωθεί προς την ψυχοσυναισθηματική του κατάρρευση. Ο πιο αδύναμος κρίκος της αλυσίδας, οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι τα παιδιά και οι έφηβοι, φαίνεται να δέχονται τη μεγαλύτερη πίεση. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δομές που εξυπηρετούν εφήβους σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη στο χρονικό διάστημα μεταξύ 2007 και 2011(Anagnostopoulos and Soumaki, 2013) κατέδειξε ότι παρουσίασαν αύξηση τα ακόλουθα:

- η προσέλευση των εφήβων σε δημόσιες υπηρεσίες εξωτερικής ψυχιατρικής περίθαλψης κατά 25,5%, καθώς και ο αριθμός των εισαγωγών σε ψυχιατρικά πλαίσια κατά 84%,
- τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι κατά 40%, ενώ η διαταραχή διαγωγής κατά 28%,
- οι απόπειρες αυτοκτονίας κατά 20% και κατά 19% η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών στον εν λόγω πληθυσμό,
- η σχολική άρνηση κατά 25% και ο σχολικός εκφοβισμός κατά 22%,
- το ποσοστό οικογενειακής δυσαρμονίας κατά 51%.

Συνεπώς, οι αλλαγές στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, όπως αυτές καταγράφονται μέσα από τη συρρίκνωση του οικογενειακού εισοδήματος και την οικονομική δυσπραγία που επιφέρει, την απαξίωση και αποδόμηση των θεσμών, την αδυναμία της οικογένειας να απορροφήσει το πλήθος των αναταράξεων οδηγώντας την στη δυσαρμονία και στη ρήξη της γονικής συμμαχίας (αύξηση του ποσοστού των διαζυγίων) και συνεπακόλουθα στην αποδυνάμωση του γονικού ρόλου, υπονομεύουν το υποστηρικτικό πλαίσιο ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας αυτής, παρατηρείται μεγάλη αύξηση των διαζυγίων την περίοδο της οικονομικής ύφεσης 2013-2015, με μια μικρή πτώση του ποσοστού το 2016. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι η αύξηση του ποσοστού των διαζυγίων δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την κατάχρηση/εξάρτηση των γονέων ή την παρουσία ψυχοπαθολογίας στο γονικό ζευγάρι.

Αδυνατώντας το παιδί να μεταβολίσει ψυχικά το πλήθος των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που καλείται να διαχειριστεί, αλλά και απαντώντας στην αδυναμία του περιβάλλοντός του να ανταποκριθεί με συνέπεια στις ανάγκες του, προβαίνει σε εκδηλώσεις που ο Winnicott περιέγραψε υπό τον γενικό όρο «αντικοινωνική τάση» (Winnicott, 1956/2012).

Ο Winnicott, μελετώντας τις συνέπειες ενός μη διευκολυντικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη του παιδιού, περιέγραψε μια σειρά από συμπτώματα, συνηθισμένα και σχετικά ανώδυνα αρχικά κατά την πρώτη παιδική ηλικία, όπως φυγές, μικροκλοπές, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, που όμως καταδεικνύουν ότι το παιδί αφουγκράζεται τις αδυναμίες του γονικού συστήματος να ανταποκριθεί στις

ανάγκες του όπως στο παρελθόν και με τον τρόπο του διαμαρτύρεται για κάτι καλό που έχει χάσει και επιδιώκει να ξαναβρεί. Οι «θορυβώδεις», επομένως, αυτές συμπεριφορές, που, αν δεν εισακουστούν, μπορεί στην εφηβεία να εξελιχθούν σε παραβατικότητα ή χρήση ουσιών, αποτελούν σημάδι ελπίδας ότι κάποιος θα τις αποκωδικοποιήσει και συγχρόνως έκκληση για βοήθεια.

Ένας έφηβος που βίαια αντιδρά, που επιτίθεται, που προβαίνει σε παραπτωματικές ή και παραβατικές πράξεις, που εκφοβίζει, που στρέφεται προς τις ουσίες, που προβαίνει σε αυτοκαταστροφικές πράξεις, κάποτε υπήρξε το παιδί των γονιών εκείνων που δεν κατάφεραν να απαντήσουν έγκυρα και έγκαιρα στις ανάγκες του. Γονείς που κι εκείνοι με τη σειρά τους υπήρξαν παιδιά που οι ανάγκες τους δεν ικανοποιήθηκαν, αλλά υπήρξαν και πολίτες μιας κοινωνίας που απαξίωσε το γονικό τους ρόλο, επιβαρύνοντάς τους δυσανάλογα ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν με επάρκεια στα γονικά τους καθήκοντα. Για παράδειγμα, η οικονομική κρίση έπληξε τον «κοινωνικά ισχυρό άντρα», ο οποίος αδυνατεί πλέον να ανταποκριθεί στο κοινωνικό του ρόλο και στο κοινωνικό εκείνο ιδεώδες που τον καθιστά αυτόν που οφείλει να προστατεύει και να συντηρεί την οικογένεια. Φέροντας σιωπηλά το στίγμα αυτού που δεν κατάφερε να ανταποκριθεί στο κοινωνικά προσδοκώμενο, λυγίζει υπό το βάρος της ματαίωσης, χάνοντας μέρος της κοινωνικής του ταυτότητας. Συνεπώς, η κοινωνική ταυτότητα του άντρα πλήττεται προκαλώντας μια αλυσιδωτή αντίδραση επιβάρυνσης σε όλους τους κοινωνικούς του ρόλους. Ένας πατέρας μη διαθέσιμος, ένας σύζυγος αδύναμος, ένας φίλος αποστασιοποιημένος που προσπαθεί να διαχειριστεί τη ψυχική του δυσφορία, απόρροια της κοινωνικής έκπτωσης που βίωσε, σιωπηρά. Το 29% των αντρών που βιώνει έντονη ανασφάλεια για την εργασία του και τις οικονομικές του απολαβές δεν μοιράζονται την ανησυχία αυτή με κάποιο άλλο άτομο, ενώ 1 στους 7 άντρες θα εκδηλώσει συμπτώματα κατάθλιψης 6 μήνες μετά την απώλεια της εργασίας του (Πλατανίτη, 2015). Είναι αποδεδειγμένο ότι οι άντρες τείνουν πλέον να εκδηλώνουν κατάθλιψη σε συχνότητα μεγαλύτερη από ό,τι στο παρελθόν με εκδηλώσεις αυτοκτονικού ιδεασμού, κατάχρηση ουσιών, κυρίως αλκοόλ, και άλλων επικίνδυνων για την ζωή τους συμπεριφορών (επικίνδυνη οδήγηση κ.ά). Μάλιστα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, παρατηρείται μια ποσοστιαία αύξηση στην ψυχοπαθολογία του πατέρα – εξυπηρετούμενου

στη Μονάδα, από το 2013 έως το 2018 με τη σημαντικότερη αύξηση να σημειώνεται το 2014 και το 2018, γεγονός που επιβεβαιώνει τόσο τη γενική τάση που πλέον καταδεικνύει ότι οι άντρες νοσούν συχνότερα από κατάθλιψη σε σχέση με το παρελθόν όσο και την πιθανή επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πατέρα. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες συνεχίζουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άντρες, κάτι που τεκμηριώνεται και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου οι μητέρες του δείγματος σημείωσαν σημαντική αύξηση της ψυχοπαθολογίας τα έτη 2013-2018, ενώ κατά τα έτη 2006-2012 τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας της μητέρας φαίνεται να είναι εξαιρετικά χαμηλά.

Σημειώνεται ότι στη χώρα μας εκτιμάται πως το 25% των αντρών και το 33% των γυναικών πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη, με τους άντρες να αναζητούν βοήθεια πιο σπάνια σε σχέση με τις γυναίκες (Πλατανίτη, 2015). Εν προκειμένω, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι, στο βαθμό που η χρήση ουσιών αποτελεί για πολλούς ανθρώπους μέσο «αυτοθεραπείας» (Khantzian, 1997), συγκαλύπτοντας υποκείμενη ψυχοπαθολογία, τα χαμηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που εμφανίζουν τόσο οι πατέρες στην έρευνά μας όσο και οι άνδρες γενικότερα σε άλλες έρευνες (π.χ. όσον αφορά στην κατάθλιψη ή το άγχος) ενδέχεται να οφείλονται στο ότι η κατάχρηση ουσιών επιτρέπει δυνητικά σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις να παραμένουν αδιάγνωστες.

Στην παρούσα έρευνα καταγράφεται αύξηση στα ποσοστά κατάχρησης/εξάρτησης κάποιας ουσίας από τον πατέρα εξυπηρετούμενο στη Μονάδα, με το ποσοστό αυτό να σημειώνει τη μεγαλύτερη αύξηση το 2013, την περίοδο δηλαδή που η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα ήταν στα υψηλότερα επίπεδα. Επίσης, στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι η κατάχρηση/εξάρτηση του πατέρα από κάποια ουσία, κυρίως το αλκοόλ, παρατηρείται συχνότερα στους πατέρες, σε σύγκριση με τις μητέρες εξυπηρετούμενες στο πρόγραμμα, ενώ τα ποσοστά των μητέρων που κάνουν χρήση κάποιας ουσίας αυξάνεται την περίοδο της οικονομικής κρίσης, με σημαντική αύξηση το 2013, σε σύγκριση με το προηγούμενο χρονικό διάστημα 2002-2012, όπου η χρήση ουσιών στις μητέρες ήταν σχεδόν ανύπαρκτη.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας από το 2002 -2019 που αφορά τόσο στην ψυχοπαθολογία των μητέρων εξυπη-

ρετούμενων στο πρόγραμμα όσο και στην κατάχρηση/εξάρτησή τους από κάποια ουσία, θα λέγαμε ότι διαχρονικά οι μητέρες τείνουν να εκδηλώνουν συχνότερα κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό δηλώνουν κατάχρηση/εξάρτηση από κάποια ουσία. Σε αντίθεση, ο πατέρας εξυπηρετούμενος στο πρόγραμμα διαχρονικά (2002-2019) σημειώνει υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης/εξάρτησης από κάποια ουσία, σε σύγκριση με τα ποσοστά που αφορούν στην ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής, ευρήματα που, όπως προαναφέραμε, μπορεί να αποτελούν διαφορετικές φαινομενολογικές εκδηλώσεις της ψυχικής δυσφορίας σε άνδρες και γυναίκες.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τείνουν να επαληθεύουν τα διερευνητικά ερωτήματα που αρχικά τέθηκαν, καθώς φαίνεται ότι την περίοδο της οικονομικής ύφεσης υπήρξε αύξηση των διαζυγίων, καθώς και αύξηση της αναφερόμενης κατάχρησης/εξάρτησης των γονέων από κάποια ουσία, αλλά και αύξηση των ψυχικών διαταραχών των γονέων.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να καταγράψουμε κάποιους περιορισμούς σε σχέση με την όποια προσπάθεια γενίκευσης των αποτελεσμάτων αυτών. Λόγω του σχεδιασμού της έρευνας, όπου διενεργήθηκαν στατιστικές αναλύσεις συσχετίσεων και συναφειών, δεν απεικονίζεται κάποια αιτιώδης σχέση μεταξύ των θεματικών που διερευνήθηκαν. Επίσης, η λήψη των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν από το αρχείο της Μονάδας έχει ελλείψεις, καθώς η καταγραφή των πληροφοριών που αφορούν στον έφηβο χρήστη ουσιών και στην οικογένειά του δεν υπήρξε συστηματική, με αποτέλεσμα σε κάποιες χρονολογίες το δείγμα να είναι τόσο μικρό που να μην αποδίδει την πλήρη εικόνα που αφορά στην κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες, ψυχοπαθολογία γονέων και συχνότητα διαζυγίων.

Πέραν των παραπάνω περιορισμών, ο αρκετά μεγάλος αριθμός του δείγματος (N=418) είναι αντιπροσωπευτικός του εφηβικού πληθυσμού που επιδίδεται σε συστηματική ή περιστασιακή χρήση κάνναβης και τον οποίο μελετάμε.

Θα είχε ερευνητικό ενδιαφέρον να αξιολογηθούν τα παραπάνω αποτελέσματα συνυπολογίζοντας και τη μεταβλητή του φύλου όσον αφορά τους/τις χρήστες/-στριες ουσιών που προσέρχεται στο πρόγραμμα, προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν διαφορές ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα απέναντι στις πιέσεις που ασκεί ένα επιβαρυντικό περιβάλλον.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αναγνωστόπουλος, Δ. και Σουμάκη, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της κοινωνικο – οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. *Ψυχιατρική* (23), σελ. 13-16.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2013). *Ετήσια έκθεση για την απασχόληση και την ανεργία. Δελτίο Τύπου ΕΛΣΤΑΤ.* Αθήνα.

Παπαιωάννου, Α. και Μπεργιαννάκη, Δ. (2016). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33 (6), σελ. 739- 750.

Πλατανίτη, Ζ. (2015). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία.* Διπλωματική εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ξενόγλωσση

Anagnostopoulos, D. and Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European Child and Adolescence Psychiatry,* 22 (2), pp. 131-134.

Brooks-Gunn, J., Schneider, W. and Waldfogel, J. (2013). The Great Recession and the Risk for Child Maltreatment. *Child Abuse and Neglect,* 37 (10), pp. 721-729.

Cooper C. (2014, February, 21). Tough austerity measures in Greece leave nearly a million people with no access to healthcare, leading to soaring infant mortality, HIV infection and suicide. *Independent UK News*.

Douma, J. C. H., Dekker, M.C., De Ruiter, K.P., Verhulst, F.C. and Koot, H.M (2016). Help seeking process of parents for psychopathology in young with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 45 (10), pp. 1232 – 1242. doi: 10.1097/01.chi.0000230167.31246.db

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis C, A. and Stefanis, C. (2012). Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet,* 380 (9839), pp. 337-342.

Economou, M., Madianos, M. Peppou, L.E., Theleritis, C., Patelakis, A. and Stefanis, C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry,* 1, pp. 53-59.

Issakidis, C. and Andrews, G. (2003). Rationing of health care: Clinical de-

cision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Anxiety Disorders,* 15, pp. 59-74.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (5), pp. 231-44.

Kolaitis, G. and Giannakopoulos, G. (2015). Greek Financial crisis and child mental health. *The Lancet,* 386 (9991), pp. 335-340.

Ormel, J.W., Koeter, M., Van de Brink, W. and Van de Willige, G. (1991). Recognition, Management and Course of Anxiety and Depression in General Practice. *Archives of General Psychiatry,* 48, pp. 700-706.

Winnicott, D. W. (2012). The antisocial tendency. In C. Winnicott, R. Shepherd and M. Davis (Eds), *Deprivation and Delinquency (Selected Papers)* (pp. 103-112). London, N. York: Routledge. Original work published 1956.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Μιχάλης Μιχαήλ[*], *Βασιλική-Αναστασία Σύψα*[**]

Εισαγωγή

Στο σύγχρονο οικονομικοκοινωνικό περιβάλλον, η αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης στους οργανισμούς έχει συνδεθεί με την αποδοτικότητα των εργαζομένων (Παγκάκης, 1998). Υπάρχει άμεση σύνδεση ανάμεσα στις θεωρίες των μεθόδων παρακίνησης και την εφαρμογή τους στον εργασιακό χώρο με σκοπό την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης. Η αποδοτικότητα των ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα αποτελεί τη συνισταμένη της ικανοποίησης του εργαζομένου και των συνθηκών εργασίας (Σταυροπούλου, 2010). Η ικανοποίηση των εργαζομένων στη συνέχεια έχει άμεση σύνδεση με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς και πιο συγκεκριμένα σε τοξικοεξαρτημένους στην περίπτωση του ΟΚΑΝΑ. Αναμφισβήτητα η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε άμεσες τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό ιστό. Τα μέτρα λιτότητας έπληξαν τους εργαζόμενους, τις επιχειρήσεις και τον τομέα της απασχόλησης. Η έκρηξη της ανεργίας, η εργασιακή ανασφάλεια και η απώλεια του διαθέσιμου εισοδήματος από τις μειώσεις μισθών άλλαξαν άμεσα την ποιότητα ζωής των πολιτών. Την περίοδο 2010-2013 που ήταν περίοδος υψηλών ποσοστών ανεργίας, η επίπτωση στην ψυχική υγεία ήταν πολύ μεγαλύτερη από την περίοδο 2008-2009. Η απώλεια θέσεων εργασίας,

---

* Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ΟΚΑΝΑ.

** Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

η εργασιακή ανασφάλεια, η κοινωνική απομόνωση των ανέργων, το άγχος, το στρες, η αλλαγή στις συνθήκες στέγασης και διατροφής λόγω της αύξησης της φτώχιας επηρέασαν τους δείκτες ευημερίας των πολιτών. Η ανεργία επίσης φαίνεται να πλήττει περισσότερο τις γυναίκες απ' ό,τι τους άντρες πιθανώς λόγω των διακρίσεων φύλου (Drydakis, 2014).

Στην παρούσα εργασία διερευνάται ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ. Εκτός από τη σύνδεση εργασιακών σχέσεων και εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ του προσωπικού, μελετώνται ακόμα παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και το αντικείμενο εργασίας, η προϋπηρεσία και οι μηνιαίες απολαβές των εργαζομένων. Οι ανωτέρω παράγοντες διερευνώνται ως προς την επίδρασή τους στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Οι ερευνητικοί στόχοι της εργασίας αυτής είναι:

1. Η αποτύπωση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ (συνολικά και ανά κατηγορίες)
2. Η διερεύνηση της συσχέτισης της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης και των επιμέρους κατηγοριών με τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων.

Εργασιακή ικανοποίηση

Ορισμός

Ο όρος «εργασιακή ικανοποίηση» έχει συνδεθεί με τα κίνητρα της εργασίας, με τις στάσεις και τις αξίες. Όμως δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, παρά μόνο μέσω της αλληλεπίδρασης των εργασιακών συστημάτων. Ο Hoppock (1935) αναφέρει πως είναι ο συνδυασμός ψυχολογικών, φυσιολογικών και περιβαλλοντικών περιστάσεων που προκαλούν ένα πρόσωπο να εκφράσει με ειλικρίνεια ότι είναι ικανοποιημένο από τη δουλειά του. Ο Vroom (1964) υποστηρίζει πως είναι το σύνολο των υποκειμενικών αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με την εργασία, προκειμένου να εξασφαλίσει το άτομο συγκεκριμένα επιθυμητά αποτελέσματα. Και ο Locke (1969) εκφράζει την εργασιακή ικανοποίηση ως την ευχάριστη συναισθηματική κατά-

σταση που προκύπτει όταν ο εργαζόμενος αξιολογεί την εργασία του (κοινά αποδεκτός ορισμός της εργασιακής ικανοποίησης). Ο Spector (1997) αναφέρει ότι το πώς αισθάνονται οι άνθρωποι για τις θέσεις και τις διάφορες πτυχές των θέσεων εργασίας τους καθορίζει και την έννοια της ικανοποίησης από αυτήν. Ο Κάντας (1998) ορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως τη συνολική στάση του εργαζομένου απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία. Τέλος ο ορισμός του Schjoedr (2008) αναφέρεται στην έκταση στην οποία αρέσει στους εργαζομένους η δουλειά τους.

Ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων

Έρευνες για την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και στον τομέα αντιμετώπισης εξαρτήσεων

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη το 2008 σε μονάδες ψυχικής αποκατάστασης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που βρίσκονται στην Κρήτη και στην Αθήνα, συμμετείχαν 119 εργαζόμενοι από 21 δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μαρκάκη, 2008). Οι εργαζόμενοι του δείγματος ποικίλουν σε θέση και ειδικότητα. Οι ειδικότητες και οι θέσεις ήταν: ψυχολόγος, επισκέπτης υγείας, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής, φυσιοθεραπευτής, κινησιοθεραπευτής, κοινωνιολόγος, κοινωνικός φροντιστής, γενικών καθηκόντων, κηπουρός, επιμελητής ασθενών, καθαρίστρια, τραπεζοκόμος, βοηθός θαλάμου, διοικητικός, οδηγός. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων σε αυτές τις δομές είναι υποχρεωτικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι εργαζόμενοι πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης δεν διέθεταν την απαιτούμενη εμπειρία σε τέτοιες δομές. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δείχνουν πως υπάρχει συσχετισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων ψυχικής υγείας σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με την ανάγκη των εργαζομένων για επιμόρφωση και περαιτέρω βελτίωση των εργασιακών τους ικανοτήτων.

Σε έρευνα του 2014 που αφορούσε στην επαγγελματική ικανοποίηση στην οποία συμμετείχαν 100 επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων από μονάδες αλκοολικών και τοξικομανών στο λεκανοπέδιο Αττικής, διαφάνηκε ότι οι εργαζόμενοι σε μονάδες απεξάρτησης βιώνουν υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση (Στυλιανού, 2014). Το φύλο και η ηλικία δεν επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση ή την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Ωστόσο, όσο περισσότερα χρόνια υπηρετούν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό τόσο πιο πιθανή η εμφάνιση υψηλότερης επαγγελματικής ικανοποίησης.

Το 2014, 191 εργαζόμενοι από δομές και υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. συμμετείχαν σε έρευνα με θέμα την εργασιακή ικανοποίηση και τη συσχέτισή της με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Στην έρευνα, κυρίως, συμμετείχαν εργαζόμενοι από τις μονάδες υποκατάστασης (Αράχωβας, 2014). Για τη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Ένα για τους εργαζομένους του οργανισμού και ένα για τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μέση τιμή της ικανοποίησης των εργαζομένων βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο, ενώ η ικανοποίηση των ασθενών βρέθηκε υψηλότερη. Μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων αλλά και των ασθενών διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρκετά ισχυρή θετική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας παροχής υπηρεσιών (Αράχωβας, 2014).

Το 2017 πραγματοποίηθηκε έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση υπαλλήλων των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων). Το δείγμα αποτέλεσαν 239 υπάλληλοι από 14 θεραπευτικά προγράμματα. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS) μεταφρασμένο και αναθεωρημένο στην ελληνική γλώσσα. Το μεμονωμένο κοινωνικό κεφάλαιο κυμάνθηκε σε μεσαία επίπεδα. Παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν αμφίθυμοι (61,5%), ενώ το 21,8% ήταν ικανοποιημένοι και το 16,7% ήταν δυσαρεστημένοι. Το 77% ήταν λιγότερο ικανοποιημένο από την αμοιβή, το 69,9% ήταν λιγότερο ικανοποιημένο από τις ευκαιρίες προαγωγής, το 60,3% ήταν λιγότερο ικανοποιημένο με περιθωριακά οφέλη, το 85,8% ήταν πιο ικανοποιημένο από τη φύση του έργου τους, το 80,8%, και το 77,8% από την εποπτεία. Η συνολική ικανοποίηση της εργασίας συνδέθηκε θετικά με τον τόπο διαμονής και το μηνιαίο μισθό (Tsounis et al., 2017).

Σε έρευνα του 2011 που διεξήχθη και αυτή στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. μεταξύ 182 εργαζομένων όλων των ειδικοτήτων, μετρήθηκε ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης και οι παράγοντες υποκίνησης στην εργασία. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση της εργασίας και την επίτευξη στόχων αποτελούν την κυριότερη αιτία ικανοποίησης των εργαζομένων, ενώ οι παράμετροι που έχουν σχέση με την υπηρεσιακή εξέλιξη και την προσωπική ανάδειξη συνιστούν αιτία δυσαρέσκειας. Οι παράγοντες υγιεινής *(κύρος του οργανισμού, επίβλεψη, αμοιβή, διαπροσωπικές σχέσεις)* κυμαίνονταν στην περιοχή της ουδετερότητας. Η συνολική ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους παράγοντες που αφορούν στο αντικείμενο εργασίας, στην ασφάλεια, στις συνθήκες εργασίας, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην αμοιβή. Η ηλικία αποτελεί το σημαντικότερο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερα χρόνια εργασίας στον χώρο των εξαρτήσεων εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης (Michalakoukos et al., 2011).

Στις ΗΠΑ έρευνα με θέμα την επαγγελματική ικανοποίηση καθώς και την επίδραση της κλινικής εποπτείας σε αυτή διεξήχθη μεταξύ 505 συμβούλων τοξικοεξάρτησης σε δομές απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι λιγοστές ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης συνδέονταν με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, ενώ η ποιότητα κλινικής εποπτείας και διοικητικής υποστήριξης αποτελούσε σημαντικό παράγοντα του επιπέδου ικανοποίησης στον χώρο εργασίας (Evans and Hohenshil, 1997).

Σε μελέτη αναφορικά με τους παράγοντες της εργασιακής εξουθένωσης, σε δείγμα 817 συμβούλων από 253 θεραπευτικές κοινότητες στις ΗΠΑ, διαφάνηκε ότι η αίσθηση δικαιοσύνης στον χώρο εργασίας καθώς και η αυτονομία στις αποφάσεις συμβάλλουν καθοριστικά στη μείωση των ποσοστών επαγγελματικής κόπωσης και της πρόθεσης παραίτησης. Σημαντικό ρόλο στον περιορισμό του φαινομένου της εξουθένωσης διαδραματίζει και εδώ η ποιότητα της κλινικής εποπτείας (Knudsen et al., 2006). Η έρευνα των ιδίων, στην οποία έλαβαν μέρος 823 εργαζόμενοι θεραπευτικών κοινοτήτων στις ΗΠΑ, ανέδειξε τη θετική επίδραση της αίσθησης αυτονομίας στη μείωση

της δυσαρέσκειας και στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία (Knudsen et al., 2008). Επιπλέον, σε έρευνα του Knudsen και συνεργατών το 2003, οι απαντήσεις 345 συμβούλων τοξικοεξάρτησης έδειξαν πως η παροχή θετικής ανατροφοδότησης, η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η ποιότητα των ανθρωπίνων επαφών σχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης (Knudsen et al., 2003).

Έρευνα σε εργαζόμενους σε χώρους απεξάρτησης στην Αυστραλία, όπου συμμετείχαν 1.345 άτομα, ποσοστό 78% ανέφερε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, η οποία συνδέεται με τη σημασία που έχει η εργασία στο συγκεκριμένο πεδίο και τα θετικά της αποτελέσματα. Ως σημαντικότεροι παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης αναδείχθηκαν: η αίσθηση αυτονομίας, η κοινωνική υποστήριξη εντός του χώρου εργασίας, οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης και τα χαμηλά επίπεδα πίεσης κατά την άσκηση του κλινικού έργου. Επί πλέον, οι μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Duraisingam et al., 2006).

Σε έρευνα όπου συμμετείχαν 550 σύμβουλοι τοξικοεξάρτησης από 94 προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης στεγνών προγραμμάτων στις ΗΠΑ, φαίνεται πως η αμεροληψία και η παροχή υποστήριξης στο καθημερινό έργο ενισχύουν σημαντικά την αφοσίωση στην εργασία και τη δέσμευση στους στόχους του οργανισμού, συμβάλλοντας στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία (Broome et al., 2009).

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι τόσο η διερεύνηση όσο και η μέτρηση του βαθμού επίδρασης των παραγόντων που διαμορφώνουν τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση τόσο του θεραπευτικού, όσο και του διοικητικού και λοιπού βοηθητικού προσωπικού των δομών και των υπηρεσιών (όλων των ειδικοτήτων, βαθμίδων εκπαίδευσης και συμβάσεων εργασίας) που απασχολείται στον ΟΚΑΝΑ, τον μεγαλύτερο Οργανισμό Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα. Πρώτος στόχος είναι η αποτύπωση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ (συνολικά και ανά κατηγορίες). Δεύτερος στόχος είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης και των επιμέρους κατηγοριών με τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων.

Μεθοδολογία της έρευνας

Σχεδιασμός της έρευνας

Για τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην εργασία τους με χρήστες ναρκωτικών ουσιών, η ερευνητική υπόθεση καθορίστηκε με βάσει την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στη συνέχεια αποφασίστηκε το είδος της έρευνας, όπου πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, οριστικοποιήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και τα κριτήρια συλλογής και αποκλεισμού του δείγματος. Επιπλέον, επιλέχθηκε ως εργαλείο μέτρησης το δομημένο ερωτηματολόγιο και καθορίστηκε ο τρόπος συλλογής των στοιχείων με στοχευμένη δειγματοληψία.

Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης

Δομή και περιεχόμενο

Ως όργανο-εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο JSS του Paul Spector (1985), μεταφρασμένο και αναθεωρημένο στην ελληνική γλώσσα από τον A. Tsouni (2015). Το ερωτηματολόγιο έχει κλίμακα διαβάθμισης από το ένα έως το έξι *(διαφωνώ πάρα πολύ, διαφωνώ μέτρια, διαφωνώ ελαφρώς συμφωνώ μέτρια, συμφωνώ ελαφρώς, συμφωνώ πάρα πολύ)*. Είναι εύκολο στην επεξεργασία του και περιλαμβάνει τριάντα έξι (36) ερωτήσεις, εξετάζοντας εννέα (9) επιμέρους τομείς. Οι τομείς που εξετάζει είναι: Μισθός, Προαγωγή, Εποπτεία-Επίβλεψη, Προνόμια-Οφέλη, Ενδεχόμενες ανταμοιβές, Συνθήκες λειτουργίας, Συνάδελφοι, Φύση Εργασίας και Επικοινωνία. Κρίθηκε το καταλληλότερο για το προφίλ των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ, καθώς έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιείται, κυρίως σε οργανισμούς ψυχοκοινωνικής φροντίδας και κοινωνικές υπηρεσίες (Spector, 1985).

Αρχικά, υπήρξε έγγραφη ενημέρωση για τη διεξαγωγή της έρευνας και έγγραφη συγκατάθεση του συμμετέχοντα. Στη συνέχεια, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά σε ερωτήσεις, για τη συλλογή πληροφοριών για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, ενώ το

δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις για την επαγγελματική ικανοποίηση (το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα)

Διαδικασία επιλογής δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά όσοι εργαζόμενοι επιθυμούσαν από δομές και υπηρεσίες του οργανισμού πανελλαδικά. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 181 υπαλλήλους που συμπλήρωσαν το προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο.

Συλλογή δεδομένων

Η προσέγγιση των ερωτώμενων πραγματοποιήθηκε εντός των δομών των υπηρεσιών και των τμημάτων του ΟΚΑΝΑ. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων ξεκίνησε στις 01/09/2017 και ολοκληρώθηκε στις 29/09/2017. Ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η διαδικτυακή ηλεκτρονική φόρμα της εφαρμογής Google.

Ευρήματα έρευνας

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος
Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (63%), ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών (50,8%) και ήταν κάτοχοι διπλωμάτων από πανεπιστημιακά ιδρύματα ΑΕΙ/ΤΕΙ (43.3%) και αρκετοί/-ές κατείχαν μεταπτυχιακά διπλώματα σπουδών (34,8%). Τέλος, οι περισσότεροι/-ες δήλωσαν έγγαμοι/-ες (63,3%) και ως τόπο διαμονής την Αθήνα (65%)

Πίνακας 1
Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων

		Συχνότητα (N)	Σχετική Συχνότητα (%)
ΦΥΛΟ	Άντρας	67	37.0
	Γυναίκα	114	63.0
ΗΛΙΚΙΑ	25 – 29	3	1.7
	30 – 34	9	5.0
	35 – 39	35	19.3
	40 – 49	92	50.8
	>50	42	23.2
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Απόφοιτος/-η Λυκείου	31	17.2
	Απόφοιτος/-η ΙΕΚ	4	2.2
	Απόφοιτος/-η ΑΕΙ/ΤΕΙ	78	43.3
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	63	34.8
	Κάτοχος Διδακτορικού	4	2.2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμος/-η	52	28.9
	Έγγαμος/-η	114	63.3
	Διαζευγμένος/-η	14	7.8
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αθήνα	117	65.0
	Θεσσαλονίκη	21	11.7
	Υπόλοιπο Ελλάδας	42	23.3

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων

Σε ό,τι αφορά στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (Πίνακας 2), η πλειονότητα ανήκε στο Διοικητικό Προσωπικό (26%) και απασχολούνταν σε στεγνά προγράμματα ή χορήγησης υποκατάστατων (60%). Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονταν στον ΟΚΑΝΑ για 11-15 έτη (36.7%) και αρκετοί είχαν προϋπηρεσία εκτός του ΟΚΑΝΑ για 2-3 έτη (26.3%). Η πλειονότητα

των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν προσληφθεί με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου (85,4%) και δεν κατείχαν θέση υπεύθυνου (90%). Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε μηνιαίες μισθολογικές απολαβές της τάξεως 1001-1200 ευρώ.

Πίνακας 2

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων

		Συχνότητα (N)	Σχετική Συχνότητα (%)
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Γενικός/-ή Ιατρός	2	1.1
	Διοικητικό Προσωπικό	47	26.0
	Κοινωνικός Λειτουργός	25	13.8
	Λοιπές ειδικότητες θεραπευτικού προσωπικού	18	9.9
	Λοιπό Βοηθητικό Προσωπικό	7	3.9
	Νοσηλευτής/-τρια	34	18.8
	Παθολόγος	1	0.6
	Ψυχίατρος	11	6.1
	Ψυχολόγος	31	17.1
	Άλλο Προσωπικό	5	2.8
ΤΟΜΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	Σε στεγνά ή υποκατάστατα προγράμματα	108	60.0
	Σε δομές μείωσης της βλάβης	37	20.6
	Άλλος τομέας	35	19.4
ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΚΑΝΑ	0 – 1	11	6.1
	2 – 3	8	4.4
	4 – 5	6	3.3
	6 – 10	32	17.8
	11 – 15	66	36.7
	16 – 20	38	21.1
	>20	19	10.6

ΕΠΑΓΓΕΛ-ΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΟΚΑΝΑ	0 – 1	37	20.7
	2 – 3	47	26.3
	4 – 5	37	20.7
	6 – 10	30	16.8
	11 – 15	16	8.9
	16 – 20	5	2.8
	>20	7	3.9
ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	Αορίστου χρόνου	152	85.4
	Εργασίας ορισμένου χρόνου	13	7.3
	Άλλου είδους συμβάσεις	13	7.3
ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	ΝΑΙ	18	10.0
		Συχνότη-τα (Ν)	Σχετική Συχνότητα (%)
ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΜΙΣΘΟΣ	<500	5	2.8
	501 – 700	2	1.1
	701 – 800	4	2.2
	801 – 1000	47	26.3
	1001 – 1200	65	36.3
	1201 – 1400	38	21.2
	1401 – 1600	12	6.7
	>1600	6	3.4

Συζήτηση

Σύγκριση με προγενέστερες έρευνες

Είναι χαρακτηριστικό ότι, ενώ στην έρευνα των Duraisingam και συνεργατών (2006) οι μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερη εργασιακή εμπειρία εργαζόμενοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, όπως και στην έρευνα των Michalakoukos και συνεργατών (2011), στην παρούσα έρευνα ο συσχετισμός ηλικίας και εργασιακής ικανοποίησης είναι αρνητικός. Ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης με βάση τον μισθό μειώνεται για τα άτομα που εργάζονταν πάνω από

20 χρόνια στον ΟΚΑΝΑ σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονταν έως και ένα έτος. Σύμφωνα και με την προαγωγή, η ικανοποίηση αυξάνεται για τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 25-29, σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 40-49. Ο βαθμός ικανοποίησης με βάση τις συνθήκες λειτουργίας φαίνεται να αυξάνεται για τα άτομα που έχουν 2-3 χρόνια εργασιακής εμπειρίας στον ΟΚΑΝΑ, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν 11-15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας, ενώ μειώνεται για τα άτομα που έχουν 6-10 χρόνια εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έως 1 χρόνο εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ. Ομοίως, η προαναφερόμενη αρνητική σύνδεση εμφανίζεται και στον συσχετισμό με βάση τη φύση της εργασίας, όπου η ικανοποίηση φαίνεται να μειώνεται για τα άτομα που έχουν 2-3 χρόνια εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έως 1 χρόνο εργασιακής εμπειρίας, όπως επίσης και για τα άτομα που έχουν 11-15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έως 1 χρόνο εργασιακής εμπειρίας. Τέλος, ο βαθμός ικανοποίησης με βάση την επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων φαίνεται να μειώνεται για τα άτομα που έχουν 2-3 χρόνια εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έως 1 χρόνο εργασιακής εμπειρίας.

Στην έρευνα των Michalakoukos και συνεργατών (2011), η συνολική ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αμοιβές του εργαζομένου. Ο βαθμός στον οποίο οι ερωτώμενοι/-ες νιώθουν ικανοποιημένοι με βάση τις μισθολογικές τους αποδοχές εδώ φαίνεται να μειώνεται για όσους/-ες έχουν μηνιαίο μισθό 701-800 ευρώ, σε σύγκριση με όσους/-ες έχουν μηνιαίο μισθό 1001-1200 ευρώ, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από την εργασία του Tsounis και συνεργατών σε δείγμα εργαζομένων του ΚΕΘΕΑ (2017). Η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας της. Πολιτικοί και οικονομικοί αναλυτές εκτιμούν ότι μία από τις βασικές αιτίες της κρίσης είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική διοίκηση (Oikonomou and Mariolis, 2010).

Οι εργασίες που μελετήθηκαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεραίνουν ότι οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης και τα προνόμια ή οφέλη από την εργασία κατατάσσονται στους σημαντικούς

παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση. Το αποτέλεσμα αυτό παρατηρείται τόσο στην έρευνα των Duraisingam και συνεργατών (2006) όσο και σε αυτή των Evans και Hohenshil το 1997, η οποία καταλήγει στο ότι οι λιγοστές ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης συνδέονταν με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Ερχόμενη να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η έρευνα του Tsounis και συνεργατών (2017) αναδεικνύει πως το 69,9% ήταν λιγότερο ικανοποιημένο από τις ευκαιρίες προαγωγής ενώ το 60,3% ήταν λιγότερο ικανοποιημένο με περιθωριακά οφέλη που προέκυπταν από την εργασία τους. Ο βαθμός ικανοποίησης με βάση προνόμια και οφέλη έχει θετική συσχέτιση τόσο για άτομα που δηλώνουν διαζευγμένα σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία δηλώνουν έγγαμοι, για κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος σε σύγκριση με τα άτομα που δηλώνουν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, αλλά και για ψυχιάτρους σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν στο διοικητικό προσωπικό.

Μόνο κατά τη συσχέτιση με βάση τις συνθήκες λειτουργίας φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση και να αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης για τις γυναίκες. Προγενέστερες έρευνες δεν αναφέρουν αντίστοιχους συσχετισμούς, ενώ η Μαρκάκη (2008) καταλήγει πως το φύλο δεν επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση ή την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Ο βαθμός ικανοποίησης με βάση την εποπτεία/επίβλεψη, σύμφωνα και με τις έρευνες των Evans και Hohenshil (1997) και Knudsen και συνεργατών (2006), παρουσιάζει μια θετική συσχέτιση για άτομα που δηλώνουν ότι έχουν άλλου είδους συμβάσεις, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν συμβάσεις αορίστου χρόνου. Ωστόσο, από την καθημερινή εμπειρία που αναδεικνύουν τη δύσκολη φύση της εργασίας με τοξικοεξαρτημένους θα ήταν αναμενόμενο η παρούσα εργασία να εμφανίζει περισσότερους συσχετισμούς του συγκεκριμένου παράγοντα με την συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων στον ΟΚΑΝΑ. Η έλλειψη αναμενόμενων συσχετισμών παρουσιάζεται επίσης και για τον παράγοντα «φύση της εργασίας», συσχετισμός που εμφανίζεται και στις έρευνες των Michalakoukos και συνεργατών (2011), Αράχωβα (2014) και Tsounis και συνεργατών (2017).

Παράλληλα, η συνολική ικανοποίηση για τους παράγοντες επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων, ενδεχόμενες ανταμοιβές και μισθός φαίνεται να αυξάνεται για τα άτομα που δηλώνουν τόπο διαμονής το

υπόλοιπο της Ελλάδας, σε σύγκριση με τα άτομα που δηλώνουν τόπο διαμονής την Αθήνα, αποτέλεσμα που εμφανίστηκε και στη εργασία του Tsounis και συνεργατών το 2017 για το ΚΕΘΕΑ. Επίσης, και η συσχέτιση μεταξύ του τόπου διαμονής, αλλά και του χρόνου εργασιακής εμπειρίας πριν τον ΟΚΑΝΑ με τον βαθμό στον οποίο οι ερωτώμενοι νιώθουν ικανοποιημένοι με βάση την επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων, παρουσιάζεται ισχυρή. Σύμφωνα με τα γενικά αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης, παρατηρείται, λοιπόν, ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του τόπου διαμονής με τον βαθμό της συνολικής ικανοποίησης των εργαζομένων στον ΟΚΑΝΑ.

Βάσει των συνθηκών λειτουργίας ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να μειώνεται για τα άτομα που ανήκουν σε άλλους τομείς, σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν σε προγράμματα στεγνά ή υποκατάστασης, γεγονός που επιβεβαιώνει την αυξημένη δυσκολία των συνθηκών εργασίας σε προγράμματα υποκατάστασης, αλλά και σε στεγνά προγράμματα. Αύξηση, ωστόσο, παρατηρείται για τα άτομα που ανήκουν σε λοιπές ειδικότητες, σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν στο Διοικητικό Προσωπικό, αφού είναι εκείνοι οι εργαζόμενοι (λοιπές ειδικότητες) τα άτομα που ασχολούνται κυρίως με τους τοξικοεξαρτημένους.

Τόσο στην έρευνα του Αράχωβα (2014) για τον ΟΚΑΝΑ, και των Tsounis και συνεργατών (2017) για το ΚΕΘΕΑ, όσο και στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι περισσότεροι/ες συμμετέχοντες/-ουσες ήταν αμφίθυμοι/-ες και η εργασιακή ικανοποίηση που παρουσιάζουν είναι για ένα μεγάλο ποσοστό μέτρια. Στην έρευνα αυτή το 56,9% του δείγματος παρουσίασε μέτρια ικανοποίηση, ενώ ποσοστό 30,9%, το οποίο είναι αρκετά σημαντικό, εμφάνισε χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται ότι η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση είναι χαμηλή σε μεγάλο ποσοστό του ερωτώμενου πληθυσμού, γεγονός που αναδεικνύει ότι στους εργαζόμενους ψυχική υγείας οι συνθήκες εργασίας πρέπει να αναπροσαρμοστούν, έτσι ώστε η απόδοση των εργαζομένων και η διάθεσή τους να ισχυροποιηθούν προκειμένου να παραμείνουν στην εργασία τους.

Η ενασχόληση με τις εξαρτήσεις χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και ματαίωση, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αποχωρήσεων από την εργασία. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η υπερβολική ενασχόληση με διοικητικές και γραφειοκρατικές διαδικασίες, η έλλειψη ουσιαστικής εποπτείας θα αναμενόταν να είναι ανάμεσα στους βασικούς παράγοντες δυσαρέσκειας, όμως και εδώ οι συσχετισμοί που παρουσιάστηκαν ήταν μόλις δύο. Η φύση της εργασία στις κοινωνικές υπηρεσίες εμφανίζει ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με το ότι στο επίκεντρο της λειτουργίας τους βρίσκεται το αγαθό της υγείας, με υψηλά επίπεδα ευθύνης και εμπλοκής σε συναισθηματικό επίπεδο. Υπό αυτή την έννοια, και η επαγγελματική ικανοποίηση στο συγκεκριμένο πεδίο διαφοροποιείται σε ένα βαθμό σε σχέση με άλλα εργασιακά πλαίσια, ως προς τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής δεν παρουσίασαν μεγάλη εξάρτηση της φύσης της εργασίας με τη συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα αυτά δεν μπορούν να γενικευθούν για όλους τους εργαζομένους του συγκεκριμένου οργανισμού, γιατί, αν και η έρευνα αφορούσε όλους/-ες τους/τις εργαζόμενους/-ες, το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωσαν μόνο εκατόν ογδόντα ένα (181) εργαζόμενοι/-ες. Παρόλο που έχει αναγνωριστεί ότι η εργασία στον χώρο των εξαρτήσεων συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους και ματαίωσης, η έρευνα σε ό,τι αφορά στην εργασιακή ικανοποίηση υπολείπεται σημαντικά. Σύμφωνα με την Kaitelidou και συνεργάτες (2016), η μείωση του είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) έχει συμβάλει σε πολλαπλές μειώσεις μισθών, και σε αρκετές περιπτώσεις απολύσεις τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό είχε μεγάλο αντίκτυπο τόσο στον τρόπο λειτουργίας των οργανώσεων/οργανισμών σε όλα τα επίπεδα, όσο και στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα προσαρμόστηκαν στις δυσβάσταχτες οικονομικές πιέσεις, ανακατατάξεις σε καινούρια αντικείμενα εργασίας και σε καινούριες θέσεις, ενώ επιπλέον υπάρχει συνεχής μεγάλος φόρτος εργασίας, αν και έχουν μειωθεί κατά το ήμισυ σχεδόν οι οικονομικές απολαβές. Κάτω από αυτές τις συνθήκες επηρεάζονται σημαντικά και οι επαγγελματικές συμπεριφορές και προσδοκίες όλων των εργαζομένων.

Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πλειονότητα του δείγματος ήταν αμφίθυμοι/-ες και η εργασιακή ικανοποίηση εμ-

φανίζεται για ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων μέτρια. Στην έρευνα αυτή το 56,9% παρουσίασε μέτρια ικανοποίηση, ενώ ποσοστό 30,9%, το οποίο είναι αρκετά σημαντικό, εμφάνισε χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση. Παράλληλα, η συνολική ικανοποίηση σχετίσθηκε ισχυρά με τον τόπο διαμονής αποτέλεσμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Η έλλειψη αναμενόμενων συσχετισμών παρουσιάζεται, επίσης, τόσο για τον παράγοντα «φύση της εργασίας» όπως ήδη αναφέρθηκε όσο και για τον σημαντικό ρόλο της «εποπτείας» στο ευαίσθητο αντικείμενο εργασίας, όπως αυτός της τοξικοεξάρτησης. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως, ενώ η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε τα χρόνια προϋπηρεσίας και την ηλικία να παρουσιάζουν θετικό συσχετισμό με την εργασιακή ικανοποίηση, η παρούσα έρευνα κατέληξε στο αντίθετο συμπέρασμα, καταδεικνύοντας εργασιακή κόπωση έπειτα από αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας.

Η συνολική ικανοποίηση σχετίσθηκε ισχυρά με τον τόπο διαμονής αποτέλεσμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Τα χρόνια προϋπηρεσίας και η ηλικία παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την εργασιακή ικανοποίηση καταδεικνύοντας εργασιακή κόπωση έπειτα από αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας. Τα ανωτέρω αποτελέσματα προτείνεται να διερευνηθούν σε μια πιο εκτεταμένη έρευνα στις μονάδες απεξάρτησης και σε άλλους οργανισμούς που έχουν ως αντικείμενο την τοξικοεξάρτηση.

Η παρούσα έρευνα μπορεί να λειτουργήσει ως αφετηρία για τον σχεδιασμό και την οριοθέτηση των κατάλληλων παρεμβάσεων, με σκοπό την ενίσχυση των παραγόντων οι οποίοι οδηγούν στη μέτρια και χαμηλή ικανοποίηση των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ και στον περιορισμό αυτών που επιφέρουν δυσαρέσκεια. Προτείνεται η εφαρμογή τεχνικών υποκίνησης για την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού που θα οδηγήσει σε βελτίωση και του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι υψηλές απαιτήσεις της φύσης της εργασίας απαιτούν τη λήψη μέτρων προώθησης της συνεργασίας και της επικοινωνίας σε επίπεδο ομάδας, διαρκούς εκπαίδευσης και στο πλαίσιο της υποστήριξης των εργαζομένων, με τη μορφή παροχής ομαδικής εποπτείας και τη δυνατότητα ατομικής εποπτείας, αν κριθεί απαραίτητο.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αράχωβας, Δ. (2014). *Ικανοποίηση εσωτερικών και εξωτερικών πελατών και ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον ΟΚΑΝΑ*. (Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία). Λευκωσία, Κύπρος: University of Nicosia.

Κάντας, Α. (1998). *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία: Μέρος 1ο Κίνητρα – Επαγγελματική Ικανοποίηση – Ηγεσία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαρκάκη, Α. (2008). *Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης*. (Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία) Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Παγκάκης, Γ. Λ. (1998). *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Τόμος Α.* Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Σταυροπούλου, Κ. Λ. (2010). Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. *Το Βήμα του Ασκληπιού,* 9 (3), σελ 280.

Στυλιανού, Μ. (2014). *Ικανοποίηση εργαζομένων στον τομέα της τοξικοεξάρτησης σε δομείς του λεκανοπεδίου Αττικής. (Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία)* Τρίκαλα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Ξενόγλωσση

Broome, K.M, Knight, D.K, Edwards, J.R and Flynn, P.M. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37 (2), pp. 160-170. doi: 10.1016/j.jsat.2008.12.002.

Drydakis, N. (2014). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science and Medicine*, 128, pp. 43-51. doi: 10.1016/j.socscimed.12.025.

Duraisingam, V., Pidd, K., Roche, A. and O'Connor, J. (2006). *Satisfaction, Stress, And Retention Among Alcohol And Other Drug Workers In Australia*. Adelaide, Australia: National Center For Education And Training On Addiction.

Evans, W.N. (1997). Job satisfaction of substance abuse counselors. *Alcoholism Treatment Quarterly,* 15 (2), pp. 1-13.

Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction.* New York: Harper and Brothers.

Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou,

O. and Souliotis, K. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4, pp. 111-125.

Knudsen, H.K., Ducharme, L.J. and Roman, P.M. (2008). Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trials Network of The National Institute On Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 35, pp. 387-395. doi: 10.1016/j.jsat.2008.02.003.

Knudsen, H.K., Ducharme, L.J., Roman, P.M. (2006). Counselor emotional exhaustion and turnover intention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2), pp. 173-180. doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.003.

Knudsen, H.K., Johnson, J.A., Roman, P.M. (2003). retaining counseling staff at substance abuse treatment centers: Effects of management practices. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 24, pp.129-135. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.013.

Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction?. *Organizational Behavior and Human Performance,* 4, pp. 309-336.

Michalakoukos, I., Kostagiolas, P.A., Alexias, G. and Niakas, D. (2011). Job satisfaction in substance abuse treatment organisations: empirical evidence from KETHEA in Greece. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2, pp. 247-264. doi: 10.1504/IJBHR.2011.041047.

Oikonomou, N. and Mariolis, A. (2010). How is Greece conforming to Alma-Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *British Journal of General Practice.* 60 (575), pp. 456-7. doi: 10.3399/bjgp10X509711.

Schroder, R. (2008). Job satisfaction of employees at a Christian University. *Journal of Research on Christian Education,* 17 (2), pp. 225-246. doi: 10.1080/10656210802433467.

Spector, P. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology,* 13, pp. 693-713. doi:10.1007/BF00929796.

Spector, P., (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Tsounis, A., Niakas, D. and Sarafis, P. (2017). Social capital and job satisfaction among substance abuse treatment employees. *Substance Abuse Treatment Prevention Policy,* 12(1), 8. doi: 10.1186/s13011-017-0093-6.

Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation.* Oxford, England: Wiley.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ

ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

*Ευσταθία Λύτρα**

Εισαγωγή

Η εξάρτηση αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο στην εγκατάσταση του οποίου συμβάλλουν ατομικοί, ψυχολογικοί κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες (Olievenstein, 1982). Το άτομο μέσω της χρήσης ουσιών προσπαθεί να επιλύσει μια εσωτερική σύγκρουση (Bergeret, 1999· Noaille, 2010) και να ναρκώσει τις αισθήσεις του, ώστε να αμβλύνει τα επίπεδα άγχους και τον ψυχικό του πόνο (Μάτσα, 2001). Η οικονομική κρίση αποτελεί έναν από τους παράγοντες που βρίσκεται σε στενή αλληλεπίδραση με το φαινόμενο της εξάρτησης. Στην ουσία το ευνοεί, το εντείνει. Αυτό συμβαίνει γιατί η κρίση μέσω της μακροχρόνιας ανεργίας και της μη προσβασιμότητας στα κοινωνικά αγαθά συμβάλλει στην μείωση της ψυχικής ανθεκτικότητας και στην αύξηση προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας. Παράλληλα επιδρά αλλάζοντας τον τρόπο χρήσης και διάδοσης των ουσιών, καθώς επικρατούν στην αγορά φθηνές και επικίνδυνες ουσίες.

Σύμφωνα με τον Freud (1920), η χρήση ουσιών συνδέεται με μια αυτοτιμωρητική διάθεση του ατόμου απέναντι στις απαγορευμένες

* Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας Εξαρτήσεων ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς ΟΚΑΝΑ.

επιθυμίες αυτοερωτισμού και η εξάρτηση διέπεται από τον καταναγκασμό της επανάληψης, ως προσπάθειας του ατόμου να αποδείξει ότι μπορεί να ελέγξει τη χρήση. Από την άλλη πλευρά, ο Fenichel (1945), όπως αναφέρεται στο Kaufman (1994), υποστηρίζει ότι τα άτομα χρησιμοποιούν τη χρήση ουσιών ως μία προσπάθεια ικανοποίησης πρωταρχικών επιθυμιών, οι οποίες σχετίζονται με τη σεξουαλική ικανοποίηση, την ανάγκη για αίσθηση ασφάλειας και την αυτοεκτίμηση, και οι οποίες στις σχέσεις τους με τα πρωταρχικά αντικείμενα παρέμειναν ανικανοποίητες.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, στην παρούσα εργασία η εξάρτηση αναδεικνύεται ως μια προσπάθεια ρύθμισης του ψυχικού πόνου μέσω μιας κατευναστικής ουσίας. Ο ψυχικός πόνος γίνεται αντιληπτός ως επακόλουθο σοβαρών ελλειμμάτων στις πρώιμες σχέσεις φροντίδας, τα οποία λειτούργησαν ως παράγοντας ισχυρού τραυματισμού. Ο Freud ορίζει το τραύμα ως ένα συμβάν στη ζωή του ατόμου που προκαλεί έντονες διεγέρσεις με σοβαρές συνέπειες στην ψυχική του οργάνωση (Laplanche et Pontalis, 1986). Οι διεγέρσεις αυτές προσβάλλουν και θέτουν εκτός λειτουργίας την αρχή της ευχαρίστησης. Όσες άμυνες κι αν θέσει σε λειτουργία το άτομο δεν μπορεί να επεξεργασθεί την ένταση των διεγέρσεων αυτών. Οι αυξημένες αυτές διεγέρσεις οδηγούν σε ψυχικούς τραυματισμούς και, ειδικά σε νεανικές ηλικίες, αυξάνουν τις πιθανότητες να αναπτυχθούν συμπεριφορές κινδύνου (Κλεώπας, 2015· Λαζαράτου, 2012· Ποταμιάνου, 2008). Σύμφωνα με τον Freud (1909), οι ανεπίλυτες τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος επανεμφανίζονται μέσω της αρχής του καταναγκασμού της επανάληψης, με αποδιοργανωτικές συνέπειες για τον ψυχισμό. Το απωθημένο τραυματικό υλικό επανεμφανίζεται σαν απρόσκλητο φάντασμα του παρελθόντος (Fraiberg, 1975). Στο «τραυματικό», η δυσκολία έγκειται στη δημιουργία αναπαράστασης (Ποταμιάνου, 2008). Όταν το τραύμα δεν έχει εγγραφεί αναπαραστατικά, δε δύναται να ψυχικοποιηθεί, παραμένει εκτός ψυχικής λειτουργίας με αποτέλεσμα να «στοιχειώνει» ολόκληρο τον ψυχισμό του ατόμου (Μπόμπος, 2014).

Η αντίδραση του ατόμου απέναντι σε ένα απειλητικό, τραυματικό ερέθισμα είναι η πάλη ή η φυγή. Εντούτοις, το άτομο, αντιμέτωπο με κακοποιητικά γεγονότα, πολλές φορές αντιδρά με πάγωμα ως μια προσπάθεια αυτοπροστασίας του (Βεντουράτου, 2009). Πολλές φο-

ρές ενδέχεται να μη μπορούν να ανακληθούν μνημονικά τα τραυματικά γεγονότα, αλλά το άτομο να βιώνει έντονα διάχυτα αρνητικά συναισθήματα. Τα παιδιά που βιώνουν συνεχή κακοποίηση, στην προσπάθειά τους να εσωτερικεύσουν μια εικόνα καλού γονέα, διατηρούν μια εξιδανικευμένη εικόνα του. Άλλα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν μια τάση αυτομομφής ως προσπάθειά τους να διατηρήσουν μια θετική γονεϊκή εικόνα στην οποία μπορούν να στηριχθούν (Herman, 1992).

Ως τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία μπορούν να θεωρηθούν: η αποστέρηση του γονεϊκού περιβάλλοντος, η έλλειψη ασφαλούς δεσμού, η παρουσία βίας, η παραμέληση, οι έντονες στερήσεις, ανεπεξέργαστες απώλειες (Σαββόπουλος, 2004· Λαζαράτου, 2012). Η έλλειψη διεργασίας της απώλειας και του πένθους αναφέρεται στην αδυναμία του ατόμου να αναδιοργανώσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του και να αποεπενδύσει τους δεσμούς με τον εκλιπόντα (Angel and Angel, 2010). Επίσης, ως τραυματική μπορεί να εγγραφεί η απουσία ύπαρξης ρυθμιστικής γονεϊκής λειτουργίας σε ό,τι αφορά στις διεγέρσεις, τόσο λόγω υπερβολικής μητρικής παρουσίας όσο και λόγω ανεπάρκειας της μητρικής παρουσίας (Μπόμπος, 2014).

Αυτό επιβεβαιώνουν επιδημιολογικές μελέτες (Taylor, Repetti and Seeman, 1997, όπως αναφέρεται σε Repetti, Taylor and Seeman, 2002) σχετικά με τη σημασία της οικογενειακής λειτουργίας στα πρώτα χρόνια ζωής ως παράγοντα πρόβλεψης της υγείας στην ενήλικη ζωή. Επισημαίνεται ότι τα παιδιά που υπήρξαν θύματα σωματικής και ψυχολογικής βίας διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχική διαταραχή, διαβήτη, καρδιακή ασθένεια και παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή. Η συνεχής και επαναλαμβανόμενη συναισθηματική παραμέληση, καθώς και οι οικογενειακές συγκρούσεις, υπονομεύουν την ψυχοσυναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και χρόνιας ασθένειας κατά την ενήλικη ζωή (Repetti, Taylor and Seeman, 2002).

Η τραυματική εμπειρία έχει τόσο άμεσες όσο και μακροχρόνιες συνέπειες. Η χρόνια έκθεση σε πολλαπλά και έντονα τραυματικά γεγονότα από την παιδική ηλικία δημιουργεί ένα είδος σύνθετου τραύματος (Βεντουράτου, 2009· Herman, 1992). Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες με βάση το DSM IV συνίσταται στην ύπαρξη μιας

τραυματικής εμπειρίας, η οποία επαναλαμβάνεται μέσω αναμνήσεων, σκέψεων, εφιαλτών, που συνοδεύονται από έντονη ψυχική αναστάτωση (Βεντουράτου, 2009).

Μελετώντας τη σχέση μεταξύ τραύματος και εξάρτησης, οι Hien, Cohen και Campbell (2005) επισημαίνουν πως αυτές οι δύο έννοιες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Υπάρχουν ευρήματα τα οποία έχουν αναδείξει ότι η μακροχρόνια ή βραχυπρόθεσμη έκθεση του παιδιού σε κακοποιητικά περιβάλλοντα προσβάλλει την ωρίμανση των αυτορρυθμιστικών μηχανισμών. Αυτοί οι μηχανισμοί μεσολαβούν μεταξύ πρώιμων τραυματικών γεγονότων και της μετέπειτα χρήσης ουσιών. Οι μηχανισμοί αυτοί θεωρούνται σημαντικοί για την ανάπτυξη και λειτουργία των γνωστικών μοντέλων, για την επίλυση προβλημάτων, για την ανάπτυξη των συναισθηματικών, διαπροσωπικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η δυσλειτουργία στα συστήματα αυτά, επίσης, προκαλεί δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων και αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς. Σε όλη αυτή τη διεργασία η χρήση ουσιών απαντά ως μια προσπάθεια αυτοΐασης στη δυσκολία των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του τραύματος, τα στρεσογόνα συναισθήματα, να ανακουφιστούν από επώδυνα συναισθήματα, όπως θυμό και θλίψη, και να ρυθμίσουν την υπερβολική ψυχική και σωματική τους διέγερση (Herman, 1992· Hien et al., 2005).

Γυναικεία εξάρτηση και μητρότητα

Τα στοιχεία που συνθέτουν την ταυτότητα των εξαρτημένων γυναικών διαφέρουν κατά πολύ από εκείνα των ανδρών. Με βάση κλινικές μελέτες, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά συννοσυρότητας και ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους άντρες. Συνήθως παρουσιάζουν δομικά καταθλιπτικά στοιχεία και αυτός είναι ο λόγος που συχνά υποτροπιάζουν (Brady and Randall, 1999· Convigton, 2007). Οι εξαρτημένες γυναίκες δε διαθέτουν καλά οργανωμένους μηχανισμούς άμυνας και καταφεύγουν στη χρήση προκειμένου να μετριάσουν τις συνέπειες του τραύματος. Οι όροι που χρησιμοποιούν για να περιγράψουν οι ίδιες την εμπειρία τους είναι: αμηχανία, ενοχή, ντροπή, απαξίωση, ταπείνωση και αποδοκιμασία (Convigton, 2007). Πολλές κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι ποσοστό μεγαλύτερο από 80% όσων

γυναικών απευθύνθηκαν σε υπηρεσίες για θεραπεία της εξάρτησης είχε υποστεί επαναλαμβανόμενο ψυχικό τραύμα, το οποίο συνυπήρχε με μετατραυματική διαταραχή. Με βάση τα ερευνητικά ευρήματα, στις γυναίκες αυτές παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά θυματοποίησης, μετατραυματικές διαταραχές, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και προβλήματα σωματικής υγείας (Cohen et Hien, 2006· Brady and Randall 1999). Σύμφωνα με την έρευνα των Conners, Bradley, Mansell, Liu, Roberts, Burgdorf και Herrell (2003), οι εξαρτημένες γυναίκες έχουν υπάρξει θύματα σεξουαλικής, σωματικής και συναισθηματικής βίας κατά την παιδική τους ηλικία. Σε ποσοτικές μετρήσεις η ύπαρξη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης κυμάνθηκε μεταξύ 30-90% στις γυναίκες που παρακολουθούσαν προγράμματα απεξάρτησης (Najavits, Weiss and Shaw, 1997).

Καθώς έρχεται η εξαρτημένη γυναίκα σε επαφή με την μητρότητα, διαφαίνονται τα ελλείμματα και οι δυσκολίες στο ρόλο της. Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια περίοδο στην οποία ωριμάζει η γυναίκα, όμοια με αυτή της εφηβείας. Αμφιθυμικά συναισθήματα κυριαρχούν μέσα της, καθώς η ίδια από παιδί γίνεται γονιός, ενώ παράλληλα προσπαθεί να συνδεθεί με το μωρό της. Η μητρότητα εμπεριέχει όλο το νόημα της αναβίωσης της παιδικής ηλικίας, της συνάντησης με τις εσωτερικευμένες γονεϊκές εικόνες, της ανάσυρσης παιδικών αναμνήσεων (Κραμέρ, 1992). Η επαφή με τη γονεϊκότητα φέρει ένα πλέγμα αναπαραστάσεων, το οποίο μεταφέρεται από προηγούμενες σχέσεις (Bydlowski, 2009). Οι ψυχικές αναπαραστάσεις που αφορούν στη μητρότητα και το μωρό είναι ενεργές την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και της λοχείας (Angel and Angel, 2010· Stern, 1995 όπως αναφέρεται στο Pajulo, Suchman, Kalland and Mayes, 2006). Λόγω αυτών των έντονων ψυχικών διεργασιών, η έγκυος γυναίκα χαρακτηρίζεται από έντονες ψυχικές κινήσεις, που ακόμη και σε έγκυες χωρίς προβλήματα εξάρτησης θα μπορούσε να αναχθεί στη σφαίρα της ψυχοπαθολογίας (Bydlowski, 2009).

Στην περίπτωση που μια γυναίκα έχει βιώσει μια δύσκολη παιδική ηλικία και δεν έχει εσωτερικεύσει ένα καλό αντικείμενο, ως μητέρα έχει την τάση να επαναλαμβάνει το σχεσιακό αυτό μοτίβο στη σχέση της με το παιδί της (Kreisler σε Bydlowski, 2009). Οι μητρικές αναπαραστάσεις των γονεϊκών μορφοειδώλων στις εξαρτημένες μητέρες

είναι συνήθως συνδεδεμένες με τραυματικά γεγονότα και συνδέονται με εμπειρίες της παιδικής τους ηλικίας. Οι εξαρτημένες μητέρες αισθάνονται τη σχέση τους με τη δική τους μητέρα ανεπαρκή και ελλιπή σε ό,τι αφορά στα γονεϊκά αποθέματα που τους κληροδότησαν (Pajulo, Savonlahti, Sourander, Ahlqvist, Helenius, Piha, 2001).

Οι εξαρτημένες έγκυες μητέρες βρίσκονται σε μια κατάσταση όπου έχουν να αντιμετωπίσουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους, φτωχή εκπαίδευση και λαμβάνουν μικρή κοινωνική υποστήριξη. Πολλές φορές υποφέρουν από κατάθλιψη, άγχος άλλες μορφές σοβαρής ψυχοπαθολογίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ντροπής και ενοχής. Αυτές που έχουν εμπειρίες τραυματικές, οικογενειακό περιβάλλον χρήσης ουσιών και αρνητικές αναπαραστάσεις από την παιδική ηλικία και τη γονεϊκή φιγούρα, έχουν ενδοβάλει αρνητικά γονεϊκά μοντέλα (Mayes and Truman, 2002).

Οι κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι, στο κομμάτι της άσκησης του γονεϊκού τους ρόλου, οι μητέρες συχνά βιώνουν αισθήματα ανικανότητας και αβοηθησίας. Τα αρνητικά αυτά στοιχεία έχουν αντίκτυπο και οδηγούν σε μια χρόνια κοινωνικοπολιτισμική και περιβαλλοντική δυσλειτουργία όπου κυριαρχούν η φτώχια, η κακή υγεία, οι μονογονεϊκές οικογένειες (Grossman and Schottenfeld, 1992). Αναφέρεται ότι ειδικότερα οι χρήστριες ηρωίνης χρησιμοποιούν περισσότερο κατασταλτικά μέτρα, όπως εκφοβισμό και αυταρχικότητα. Παρ' όλα τα ελλείμματά τους, ωστόσο, φαίνεται ότι με την κατάλληλη θεραπεία και εκπαίδευση μπορούν να αυξήσουν τις γονεϊκές δεξιότητες (Black and Mayer, 1980).

Τραυματικά γεγονότα στις ζωές των εξαρτημένων

Εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ πρωταρχικών αντικειμένων και εξαρτημένων ατόμων, η McDougall (2010) αναφέρει ότι στην εγκατάσταση της εξάρτησης η σχέση με τη μητέρα βρίσκεται στο προσκήνιο. Αν στη μεταξύ μητέρας-βρέφους σχέση η μητέρα καθρεφτίσει στο παιδί τα θετικά συναισθήματα, τότε το μωρό επενδύεται και ενδυναμώνεται με θετικό τρόπο. Αν, όμως, η μητέρα, λόγω των δικών της ψυχικών δυσκολιών, δεν δημιουργεί τον κατάλληλο ψυχικό χώρο, ώστε το βρέφος να αναπτύξει τις ψυχικές του ικανότητες μέσω των φαντασιώσε-

ων, τότε ενισχύεται η ανάπτυξη μιας «εθιστικής σχέσης τόσο με την παρουσία της όσο και με τις φροντίδες της» (McDougall, 2010, σελ. 28). Οι υπερβολικές διεγέρσεις και ερεθίσματα αυξάνουν την ψυχική ένταση στο παιδί οδηγώντας το να στρέφεται σε εξωτερικά αντικείμενα προκειμένου να λάβει ανακούφιση. Αυτά λειτουργούν ως μεταβατικά αντικείμενα: το αλκοόλ, το φαγητό, τα ναρκωτικά, μπορούν να αντικαταστήσουν την ελλιπή μητρική λειτουργία. Όταν οι σχέσεις με τα πρωταρχικά αντικείμενα διέπονται από στοιχεία προσκόλλησης, συγχώνευσης και εξάρτησης τότε δημιουργούνται ελλείμματα στον ψυχισμό του βρέφους, αλλά και στις διαδικασίες αυτονόμησής του (Μάτσα, 2001). Στις ζωές των εξαρτημένων ατόμων η πατρική φιγούρα αναπαριστάται ως ελλιπής, αδύναμη και ανεπιτυχής να εκπληρώσει το ρόλο της ως προς τον ορισμό των κοινωνικών εικόνων (Bergeret, 1999). «Ο πατέρας είτε είναι απών, είτε έχει πεθάνει, ή αν υφίσταται ως παρουσία είναι ασταθής ή αιμομικτικός» (McDougall, 2010, σελ. 30).

Οι ιστορίες ζωής των εξαρτημένων ατόμων αποκαλύπτουν ότι έχουν υπάρξει πολλά τραυματικά γεγονότα, κατά την διάρκεια της (Kok, Haan, Meer, Najavits, and Corde, 2015). Οι Cohen και Hien (2006) υποστηρίζουν ότι τα εξαρτημένα άτομα έχουν βιώσει από την παιδική τους ηλικία μια μορφή σύνθετου και επαναλαμβανόμενου τραύματος. Τα άτομα αυτά που έχουν βιώσει συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση, και άλλα γεγονότα που είναι τραυματικά, στην προσπάθειά τους να απαλύνουν το τραύμα, καταφεύγουν στη χρήση ουσιών (Λιάππας, 2001). Έχουν παρατηρηθεί απώλειες και πένθη με ταυτόχρονη αδυναμία επεξεργασίας αυτών (Μάτσα, 2012· Angel and Angel, 2010). Αυτά μπορεί να είναι ο θάνατος γονέα, η κατάθλιψη της μητέρας, ο θάνατος αδελφού, οργανικές ασθένειες, το διαζύγιο ή ό,τι άλλο εμπεριέχει την έννοια του θανάτου (Angel and Angel, 2010· Μάτσα, 2012).

Άλλα ζητήματα που αφορούν στην οικογενειακή δομή των εξαρτημένων είναι η μειωμένη συνοχή, έντονες συγκρούσεις, διαταραγμένη συναισθηματική επικοινωνία, ασαφή όρια, ασαφείς ρόλοι και ιεραρχία (Μάτσα, 2001). Τα όρια είναι δυσδιάκριτα ή χαοτικά, η έκφραση των συναισθημάτων ελλιπής, ενώ η επικοινωνία μεταξύ των μελών ανεπαρκής (Minuchin, 2000). Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, η οικογένεια του εξαρτημένου αποτελεί ένα κλειστό σύστημα, όπου η θέση του χρήστη διαπραγματεύεται το δίπολο ανεξαρτησία ή εξάρτη-

ση. Μέσω της ψευδούς αίσθησης αυτονομίας που προσφέρει η χρήση, το άτομο επιτυγχάνει την απόλυτη εξάρτηση από τους γονείς. Επίσης, μέσω του συμπτώματος της χρήσης ουσιών, μπορεί να διασφαλίζεται η ενότητα και η συνέχιση της οικογένειας, όταν αυτή απειλείται με διάλυση. Επιπλέον, υπό αυτή την οπτική, η χρήση μπορεί να ιδωθεί ως η απάντηση στην εργαλειοποίηση του ατόμου, δηλαδή του παιδιού που θυσιάζεται στο βωμό της οικογενειακής συνοχής (Angel and Angel, 2010). Με τη θυσία του εξαρτημένου ατόμου διαφυλάσσεται κατά τρόπο παράδοξο η ομοιόσταση της οικογένειας (Μάτσα, 2001· Minuchin, 2000).

Οι παρατηρήσεις του Stanton (1982) σχετικά με τις οικογένειες των εξαρτημένων από οπιοειδή αναδεικνύουν δυσκολίες στην αυτονόμηση των μελών και στον αποχωρισμό, διαγενεακή χρήση αλκοόλ στα μέλη της οικογένειας, κυρίως από την πατρική πλευρά. Επίσης, στις οικογένειες των εξαρτημένων παρατηρούνται υποομάδες με συμμαχίες μεταξύ των μελών. Επικρατούν δίπολα και άκρα στην επικοινωνία των μελών, που βρίσκονται είτε σε μεγάλη εγγύτητα ή σε συμμετρική κλιμάκωση μεταξύ τους. Στις οικογένειες αυτές δεν υφίστανται σαφή όρια μεταξύ των μελών. Ο Kaufman (1994) επισημαίνει την ύπαρξη ενός απόμακρου και αλκοολικού πατέρα, ενώ οι μητέρες διατηρούν συμβιωτική σχέση με τα παιδιά τους και παράλληλα παρουσιάζονται ως καταθλιπτικές. Οι ίδιοι οι εξαρτημένοι περιγράφουν τις σχέσεις τους με τους δικούς τους γονείς στη βάση μιας υπερπροστατευτικής μητέρας κι ενός αδιάφορου πατέρα. Μια άλλη έντονη δυσλειτουργία που συχνά συναντάμε στις οικογένειες αυτές είναι ότι αδέλφια στην ίδια οικογένεια συχνά γίνονται χρήστες. Πράγματι τα αδέλφια αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου στο να αποκτήσουν σχέσεις εξαρτητικές και αυτό μπορεί να κατανοηθεί μέσα από τους ισχυρούς δεσμούς αφοσίωσης/αδιαφοροποίητης προσκόλλησης που διέπουν τα άτομα αυτά ή μιας έντονης ψυχοπαθολογίας της οικογενειακής λειτουργικότητας (Angel and Angel, 2010). Οι δεσμοί υποταγής προς τους γονείς λειτουργούν επίσης ως παράγοντας κινδύνου σε περιπτώσεις χρήσης των γονέων (Bergeret, 1999).

Πολλές φορές συναντάμε στις οικογένειες προέλευσης των εξαρτημένων γονέων διαγενεακούς τραυματισμούς και μια σειρά από βίαια γεγονότα. Συνήθως είναι οικογένειες που έχουν βιώσει απώλεια γονέα, εγκατάλειψη, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, χρήση ου-

σιών, δυσλειτουργική σχέση των γονέων, μετανάστευση, διαγενεακό τραύμα. Τα παιδιά αυτά τις περισσότερες φορές είναι μάρτυρες βίαιων γεγονότων (Mayes and Tuman, 2002· Μάτσα, 2001).

Οι Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

Τα προγράμματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης, παρόλο που θεωρούν την εξάρτηση μια βιολογική νόσο, εντάσσουν στη θεραπεία την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των μελών τους, με βάση το πλαίσιο λειτουργίας του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (2012). Η σημαντικότητα αυτού αναδεικνύεται και από τις νευροβιολογικές έρευνες. Παρόλο που η παραδοσιακή άποψη υποστήριζε ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική εξέλιξη αλλά όχι τη γονιδιακή έκφραση, ο Medel (1866, όπως αναφέρεται στο Pretorius, 2010) αναφέρει ότι, ενώ το DNA δεν αλλάζει, τα γονίδια μέσω επιγενετικών μηχανισμών μπορούν να αλλάξουν και ότι το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την έκφραση των γονιδίων. Οι επιγενετικές αλλαγές επιτρέπουν στον οργανισμό να ανταποκριθεί στις αλλαγές του περιβάλλοντος μέσω γονιδιακής έκφρασης. Με βάση αυτή τη θεωρία αποδεικνύεται επιστημονικά ότι τα γονίδια αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον για να δημιουργήσουν φαινοτύπους και ότι το περιβάλλον μπορεί να αλλάξει την έκφραση των γονιδίων. Η Anna Freud (1944) (όπως αναφέρεται στο Pretorius, 2010) αναφέρει ότι η συμπεριφορά ενός παιδιού εξαρτάται από την αντίδραση των γονέων απέναντι στα τραυματικά γεγονότα. Αυτό σημαίνει ότι οι πρώιμες παρεμβάσεις στους γονείς και στα παιδιά μπορούν να διαφοροποιήσουν τις γονιδιακές αντιδράσεις σε ευάλωτα παιδιά. Η ιδέα αυτή αναδεικνύει τη σημαντικότητα της ένταξης των μέλλουσων μητέρων από τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης σε θεραπευτικά προγράμματα.

Η ένταξη των μητέρων στα προγράμματα ήδη από την εγκυμοσύνη μπορεί να μειώσει τις περιγεννητικές βλάβες στο έμβρυο και στο μωρό, να βελτιώσει τη δημόσια υγεία και την ψυχική κοινοτική υγεία (Brady and Randall, 1999). Συγκεκριμένα τα προγράμματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης μπορούν να μειώσουν το φαινόμενο απότομης διακοπής του προγράμματος (drop out) στις έγκυες μητέρες, εφόσον τους επιτρέπεται ο δεσμός με την ουσία και δεν χρει-

άζεται αυτός ο δεσμός να εγκαταλειφθεί. Από την άλλη, η παραμονή στο πρόγραμμα μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης στερητικού συνδρόμου στο νεογνό (Lejeune, Durand, Gourarier and Aubisson, 2005). Τα προγράμματα φαρμακευτικής υποστήριξης βοηθούν τις εγκύους να μειώσουν τη χρήση ηρωίνης, άρα και την έκθεση του μωρού σε προγεννητικούς και περιγεννητικούς κινδύνους. Επίσης, επιτυγχάνεται το να μη γεννιούνται μωρά λιποβαρή, ενώ μειώνει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την προσπάθεια εξεύρεσης της παράνομης ουσίας και της έκθεσης και του εμβρύου σε μολυσματικές ασθένειες (EMCDDA, 2014). Τα προγράμματα μείωσης βλάβης μπορούν να είναι αποτελεσματικά σε κάποιες περιπτώσεις, διότι παρέχουν σε άτομα που είναι πολύ τραυματισμένα υποστήριξη (Fletcher, 2001), (όπως αναφέρεται στο Najavits 2004).

Επίσης, σύμφωνα με τους Angel και Angel (2010) τα προγράμματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης σέβονται και αναγνωρίζουν τη σχέση με την εξαρτητική ουσία, το γεγονός ότι αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου. Είναι σημαντικό ο σεβασμός αυτός να αποτελεί τη βάση για την έναρξη της θεραπείας, μεριμνώντας παράλληλα να μην αποτελέσει αυτός μια μονιμότητα στη θεώρηση των σχέσεων, άρα και μια νέα δυσλειτουργία.

Μεθοδολογία

Μέθοδος

Η μέθοδος που επιλέχθηκε ως κατάλληλη για τη διεξαγωγή της μελέτης είναι η ποιοτική, η οποία ενδιαφέρεται κυρίως για τη διερεύνηση της εμπειρίας των συμμετεχουσών και λιγότερο για το πόσο είναι αξιόπιστα τα λεγόμενά τους (Willig, 2010). Η ποιοτική έρευνα μπορεί να αναδείξει την οπτική των ατόμων, τα συναισθήματά τους, το προσωπικό τους βίωμα. Η αλληλεπίδραση δε μεταξύ συνεντευξιαζόμενων και ερευνητή είναι πολύ σημαντική στο να αναδειχθούν οι ιδέες, και τα βιώματα του υποκειμένου (Καλλινικάκη, 2010). Οι ερευνητικοί στόχοι της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει, να μελετήσει και να περιγράψει τα τραυματικά γεγονότα, τα συναισθήματα, τις εμπει-

ρίες και σχέσεις των μητέρων και να αναδείξει μέσα από αυτές τα εσωτερικευμένα γονεϊκά μοντέλα, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι ίδιες το γονεϊκό τους ρόλο.

Συμμετέχουσες

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 14 μητέρες εξαρτημένες που είναι ενταγμένες στις Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης του Οργανισμού Κατά Των Ναρκωτικών στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Ο περιορισμός που τέθηκε ως προς το εξεταζόμενο δείγμα είναι να είναι νέες μητέρες παιδιών έως 5 ετών, με στόχο να υπάρχουν πρόσφατες οι εικόνες γύρω από την εγκυμοσύνη και τη λοχεία και κυρίως κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία των παιδιών τους. Η ηλικία τους κυμαίνεται μεταξύ 32-47 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα 35. Η ηλικία των παιδιών είναι προσχολική με το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκεται στα 3 έτη. Είναι απόφοιτες Λυκείου σε μεγάλο ποσοστό, ή Γυμνασίου που κατόπιν ακολούθησαν κάποια επαγγελματική σχολή. Μία μητέρα είναι κάτοχος Μεταπτυχιακού. Δεν έχουν συνάψει γάμο και μόνο 3 από τις 14 έχουν καλή συντροφική σχέση και ζουν με τον σύντροφό τους και πατέρα του παιδιού.

Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων

Ως μέθοδος συλλογής των ευαίσθητων αυτών δεδομένων επιλέχθηκε η ημιδομημένη εις βάθος συνέντευξη που σύμφωνα με την Καλλινικάκη (2010) είναι κατάλληλη για την ανάδειξη ευαίσθητων θεμάτων, όπως οι τραυματικές εμπειρίες, ενώ παράλληλα επιτρέπει την παραγωγή νέων δεδομένων.

Ακολούθως ακροάσθηκε και αναγνώσθηκε λεπτομερώς το απομαγνητοφωνημένο υλικό, ώστε να καταγραφεί το γενικότερο πνεύμα των συνεντεύξεων αλλά και τα εκπεφρασμένα νοήματα. Ακολούθησε η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων με στόχο να αναδυθούν οι ιδέες, και τα νοήματα μέσα από το λόγο των ερωτώμενων.

Αξιοπιστία, δεοντολογία και περιορισμοί της έρευνας

Η αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων τέθηκε ως ένα πρωταρχικό ζήτημα. Πρώτο μέλημα ήταν η αρχική ενημέρωση για το περιεχόμενο

της μελέτης και επιβεβαίωση των μελών για την ανωνυμία της έρευνας. Επίσης, ενημερώθηκαν για το αντικείμενο, τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας, καθώς και για τον εθελοντικό της χαρακτήρα και πληροφορήθηκαν για την αξιοποίηση των δεδομένων που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια λήψης των συνεντεύξεων, τη φύλαξη και την καταγραφή τους. Πριν την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας και αφού εξασφαλίστηκε η συνειδητή συναίνεση των ερωτώμενων να συμμετάσχουν, ζητήθηκε η έγκρισή τους για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων.

Στοιχεία που μπορεί να επηρέασαν την αξιοπιστία της έρευνας αποτέλεσαν οι πολλές διευκρινιστικές ερωτήσεις που χρειάστηκε να γίνουν λόγω έλλειψης κατανόησης των ερωτημάτων και η τάση κάποιων μητέρων να απαντούν μονολεκτικά, που επίσης επέβαλε περισσότερη διερεύνηση. Με αυτό τον τρόπο αυξήθηκε ο όγκος των δεδομένων. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες ανέφεραν πολλά και λεπτομερή στοιχεία της ιστορίας τους, πράγμα που μετέφερε τη συζήτηση σε άλλο θέμα. Εξίσου σημαντικό υπήρξε και το γεγονός ότι η έκθεση και η επαφή με τα ευαίσθητα προσωπικά τους στοιχεία επιφόρτιζαν τις μητέρες και δημιουργούσαν κλίμα συγκίνησης. Σε κάποιες μητέρες έγιναν νέες συνδέσεις. Προκειμένου να αυξηθεί ο αυθορμητισμός των συμμετεχουσών της έρευνας τα δημογραφικά στοιχεία ελήφθησαν κατά το τέλος της συνέντευξης.

Σε σχέση με την αξιοπιστία της έρευνας έγινε προσπάθεια να υπάρχει ενημερότητα της ερευνήτριας για τη στάση της απέναντι στις συμμετέχουσες, ώστε να μην επηρεασθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Ευρήματα

Η μητρική φιγούρα

Η απούσα μητέρα αποτέλεσε πτυχή μιας μητρικής φιγούρας που έχουν ενδοβάλει κάποιες μητέρες της παρούσας μελέτης. Αυτή περιγράφηκε μέσα από το λόγο τους ως ελλιπής μητρική φροντίδα, με τη μορφή μητρικής εγκατάλειψης και έκθεσης σε κίνδυνο. Ως απουσία χαρακτηρίστηκε και η συναισθηματικά απούσα, απόμακρη, αδιάφορη και χωρίς ψυχική σύνδεση με την κόρη της μητέρα.

> *«Δεν είχαμε καμία σχέση, η μαμά μου έφυγε όταν ήμουν εγώ 3,5 χρονών».* (Ευαγγελία, 41)

> *«Στην παιδική ηλικία ήταν ανύπαρκτη, μεγάλωσα με τη γιαγιά και τον παππού».* (Μαρία, 38)

Κάποιες άλλες μητέρες ανέδειξαν μια υπερπροστατευτική μητρική φιγούρα, που εκφράστηκε τόσο μέσω του περιορισμού των ενεργειών των παιδιών τους, αλλά και μέσω των εκδηλώσεων φόβου και άγχους για εκείνα. Αυτή η περιγραφή έχει συμπεριλάβει την εικόνα μιας μητέρας που είναι υπερεμπλεκόμενη με την κόρη της μέσω μιας αδιαφοροποίητης σχέσης. Μια μητέρα που βρίσκεται πάντα εκεί, ενώ η κόρη δεν έχει αποσυνδεθεί από εκείνη και δεν έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες αυτονόμησης.

> *«Η μάνα μου ήταν και είναι πάρα πολύ υπερπροστατευτική σε βαθμό που σε πνίγει».* (Γιώτα, 37)

> *«Ήταν μια μαμά υπερπροστατευτική, πολύ δοτική. Ήταν πάντα εκεί, δηλαδή δεν σου άφηνε το περιθώριο να σκεφτείς ότι θα είσαι κάπου μόνος σου».* (Γιάννα, 38)

Η πατρική φιγούρα

Στην παρούσα μελέτη συναντήσαμε δύο τύπους πατρικής φιγούρας, που κυρίως ρυθμίστηκαν και εξαρτήθηκαν από την ποιότητα της πρωταρχικής σχέσης με τη μητέρα. Ο πατέρας λειτουργούσε συμπληρωματικά ως προς την ποιότητα της σχέσης μεταξύ μητέρας–κόρης. Στενή συναισθηματική σχέση με τον πατέρα αναδείχθηκε σε ένα αριθμό γυναικών, όπου η μητέρα χαρακτηρίστηκε ως συναισθηματικά απούσα και απόμακρη. Εκεί κυριάρχησε μια πατρική φιγούρα που διατηρούσε ένα πολύ στενό σύνδεσμο με την κόρη. Σε αυτές τις σχέσεις, ο ρόλος του πατέρα είχε αντικαταστήσει σημαντικά κομμάτια διαπαιδαγώγησης, που αφορούσαν κυρίως στην επικοινωνία μητέρας–κόρης, σε θέματα όπως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η εκμυστήρευση των δυσκολιών της, των θηλυκών προβληματισμών της. Μια σχέση που έμοιαζε ως ερωτικοποιημένη, κυρίως διότι βρισκόταν σε μια συγχωνευτική διάσταση.

> *«Εκτός από πατρική, αδελφική, φιλική σχέση, με τον μπαμπά μου τα έλεγα ακόμα και τα σεξουαλικά μου, και μετά την εφηβεία δεν μιλούσα ποτέ με την μητέρα μου».* (Βίβιαν, 32)

> *«Με τον πατέρα μου ήμουν πολύ καλά, πέρναγα πολλές ώρες μαζί. Με τη μητέρα μου είχα απομακρυνθεί αρκετά. Απλά εκείνος μου έδινε συμβουλές όσον αφορά με το αγόρι που θα είμαι, πώς το βλέπει».* (Τόνια, 34)

Ένας άλλος τύπος πατέρα που αναδείχθηκε ήταν ο απόμακρος και αυταρχικός πατέρας, που σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίστηκε ως συναισθηματικά απόμακρος, αυστηρός και αυταρχικός και σύμφωνα με τα λεγόμενα των συμμετεχουσών, βίαιος, κυρίως εκεί όπου εντοπιζόταν ελλιπής θέσπιση ορίων από πλευράς της μητέρας.

> *«Δεν ερχόταν πολύ συχνά στο σπίτι, μου έλειπε πολύ ο πατέρας».* (Γιώτα, 34)

> *«Ο πατέρας μου ο οποίος ήταν απών γιατί έπρεπε να δουλεύει όλη μέρα».* (Κάτια, 47)

Η σεξουαλική κακοποίηση

Ένα μεγάλο ποσοστό μητέρων έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση από συγγενικό μέλος, παππού, θείο ή εξάδελφο. Η σεξουαλική κακοποίηση παρατηρήθηκε κυρίως σε μητέρες που η φυσική παρουσία της δικής τους μητέρας ήταν ανεπαρκής ή ήταν συναισθηματικά απούσες, όταν συνέβη το γεγονός της κακοποίησης. Οι επαναφορές των εικόνων έφερναν ψυχική φόρτιση, ενώ λεκτικοποιήθηκαν τα συναισθήματα ντροπής, ενοχής και αποτροπής.

> *«Ένας ξάδελφος. Πράξη αλλά όχι ολοκληρωμένη».* (Μπέττυ, 43)

> *«Ήταν από θείο μου».* (Κυβέλη, 42)

Οι εμπειρίες σωματικής και ψυχικής βίας

Οι αφηγήσεις των γυναικών ανέδειξαν εμπειρίες βίας, όπως κακοποίηση με χρήση επίθεσης, σοβαρής σωματικής βίας και επιβολή σωματικής πειθαρχίας με πρόκληση τραυματισμού. Η άσκησή της προερχόταν κυρίαρχα από την πατρική φιγούρα. Η σωματική κακοποίηση αφορούσε σε σοβαρά περιστατικά που πολλές φορές αξιολογήθηκαν ως επικίνδυνα για τη σωματική ακεραιότητα, με κακώσεις

και εισαγωγές σε νοσοκομεία. Η συναισθηματική παραμέληση περιγράφηκε στην αφήγηση των υποκειμένων της έρευνας είτε ως παραλείψεις πράξεων αγάπης και τρυφερότητας προς τα παιδιά τους είτε ως συμπεριφορά υποτίμησης, παραμέλησης, εκμετάλλευσης, εκφοβισμού και απόρριψης. Επίσης, αναφέρθηκε χρήση λεκτικής βίας που αφορούσε στη χρήση προσβλητικών εκφράσεων και λεκτική επίθεση προς τις μητέρες, με φωνές, απειλές και χρήση εκφοβισμών.

> *«Το ίδιο και ο πατέρας μου, 32 χρονών με έστειλε τελευταία φορά στο νοσοκομείο, μου έσπασε όλα τα δόντια, όλα τα πλευρά».* (Μαρία, 38)

> *«Πολύ ξύλο, όταν πέθανε ο μπαμπάς ήθελε εμένα προσωπικά να με βάλει σε ίδρυμα».* (Βασιλική, 32)

Οι απώλειες

Στη βιογραφία των συμμετεχουσών, πριν από τη χρήση, παρατηρήθηκαν σοβαρές απώλειες που διατάραξαν την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη αλλά και την οικογενειακή δομή. Αυτές συνδέθηκαν με πρόσωπα πρώτου βαθμού συγγένειας, που είχαν λάβει ισχυρή θέση στην ανάπτυξη των ίδιων, όπως απώλεια γονέα, πατέρα, μητρικής γιαγιάς, αδελφού. Ως απώλεια, επίσης, καταγράφηκε μέσα από το λόγο των γυναικών, το διαζύγιο των γονέων ή η απομάκρυνση κάποιου γονιού λόγω εγκατάλειψης.

> *«Ο μπαμπάς μου ήταν αλκοολικός. Πέθανε στα 13 μου που ήταν 50 χρονών από εκεί αρχίσαμε».* (Χριστίνα, 34)

> *«Ο αδελφός μου σκοτώθηκε. Ήταν σα να έπεσε μια βόμβα μέσα στο σπίτι».* (Μπέττυ, 43)

Το διαγενεακό τραύμα

Το διαγενεακό τραύμα επισημάνθηκε στο λόγο των συμμετεχουσών της έρευνας και εκφράστηκε μέσα από τις αφηγήσεις που οι ίδιες άκουσαν σχετικά με εμπειρίες από μετανάστευση, ξεριζωμό, αλλά και από πολέμους και κατοχή, στις προηγούμενες γενιές των πατρικών ή μητρικών παππούδων. Σωματική κακοποίηση, βιασμοί, σεξουαλική κακοποίηση, σοβαρή παραμέληση, εγκλεισμοί ανηλίκων σε ορφανοτροφεία, παιδική εκμετάλλευση και εξαθλίωση, απώλειες παιδιών

που χάθηκαν σε προηγούμενες γενιές, οικογένειες με ηθικές και κοινωνικές παραβιάσεις, που αναφέρθηκαν ως ιστορίες συγγενών, συνηθέστερα των παππούδων, ήταν στοιχεία της βιογραφίας τους. Η μεταφορά αυτού του υλικού έχει συμβεί μέσω των αφηγήσεων και των περιγραφών με έντονο συναισθηματικό χρωματισμό και έχει εγγραφεί στον ψυχισμό των ερωτηθεισών. Περιγράφηκαν, ωστόσο, περιπτώσεις όπου τα διαγενεακά τραύματα αποτελούσαν ένα μυστικό που αποκαλύφθηκε, άλλα η αφήγησή τους έχει αφήσει κενά στις μητέρες, ενώ υπήρξαν γεγονότα που υπονοούνταν και γίνονταν υποθέσεις ότι αυτά αφορούσαν σε κάτι το απαγορευμένο. Διαγενεακά φαίνεται να έχουν μεταφερθεί συναισθήματα ενοχής, αλλά και μυστικά, από ένα σοβαρό γεγονός που είχε αποσιωπηθεί.

> *«Ήταν τόσο σκληρή γυναίκα γιατί είχε ζήσει δύο πολέμους. Τέτοιες ιστορίες».* (Κάτια, 47)

> *«Η γιαγιά μου έζησε τη μικρασιατική καταστροφή».* (Μαντώ, 40)

Ιστορικό εξάρτησης στην οικογένεια

Στις οικογένειες των εξαρτημένων μητέρων παρατηρήθηκε εξάρτηση άλλων μελών της οικογένειας, στενών συγγενών. Κυρίαρχα μοντέλα ήταν η ύπαρξη ενός αλκοολικού πατέρα, παππού ή θείου. Τα πρόσωπα αυτά ήταν πρόσωπα με τα οποία συνδέθηκαν με δεσμούς αφοσίωσης, στενούς συναισθηματικούς δεσμούς. Ο αλκοολισμός συνδέθηκε με χαμηλή γονεϊκή φροντίδα.

> *«Αλκοόλ ο πατέρας μου αλλά δεν τον έβλεπα. Ήταν αλκοολικός και το έτσουζε πολύ ο πατέρας μου». (*Γιώτα, 34*)*

> *«Ο μπαμπάς μου ήταν αλκοολικός. Ο αδερφός μου που ήταν ο πιο μεγάλος ξεκίνησε τη χρήση. Τους έβλεπα».* (Χριστίνα, 34)

Τραυματικά συναισθήματα

Οδυνηρά συναισθήματα που σχετίζονται με βιώματα της παιδικής ηλικίας

Τα συναισθήματα που χαράχθηκαν από τα έντονα τραυματικά βιώματα ήταν το άγχος αποχωρισμού, ο φόβος εγκατάλειψης, το βίωμα της μοναξιάς, που έμοιαζαν να είχαν στοιχειώσει την παιδική ηλικία σε

περιπτώσεις μητρικής εγκατάλειψης ή συναισθηματικής απόστασης. Συναισθήματα που εκφράστηκαν ανοιχτά ήταν ο θυμός σχετικά με πράξεις ή παραλείψεις των γονέων, αλλά και ο αντίποδας αυτού, η λύπη. Οι συμμετέχουσες εξέφρασαν συναισθήματα ντροπής, ενοχής και άγχους στις περιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης, ιδίως όταν αυτό έχει προκύψει από μέλος της οικογένειας. Πολλές ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια του βίου τους βίωναν εφιάλτες και εικόνες από τη βίαιη αυτή σκηνή.

> *«Εγώ πάλι από τότε που έφυγε η μάνα μου από μικρή είχα τάσεις αυτοκαταστροφής. Έκοβα τα χέρια μου, αυτοτραυματιζόμουν, ησύχαζα και ηρεμούσα μόνο όταν έβλεπα το αίμα να τρέχει. Μόνο αυτό μπορούσε να με ηρεμήσει, να με γαληνεύσει, ούτε το κλάμα».* (Κάτια, 47)

Τα καταθλιπτικά συναισθήματα κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία

Οι ψυχικές διεργασίες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας ενεργοποίησαν την εσωτερικευμένη φιγούρα των συμμετεχουσών. Οι τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος επηρέασαν την περιγεννητική περίοδο και αρκετές κατά την περίοδο της λοχείας ανέφεραν κατάθλιψη και καθώς ήταν ενταγμένες στο πρόγραμμα, τους χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή.

> *«Πέρασα δύσκολα γιατί ήμουν μακριά από τη μητέρα μου».* (Κυβέλη, 42)

> *«Αγχωνόμουν για το τι θα κάνω όταν έρθει»* (Άννα, 35)

Η χρήση ουσιών ως αντισταθμιστική μέθοδος στο τραύμα

Οι μητέρες νοηματοδότησαν και συνέδεσαν τη χρήση ουσιών με κάποια λειτουργία που αυτή επιτελούσε στην οικονομία του ψυχισμού τους. Κάποιες ανέφεραν ότι κάλυπτε τα εσωτερικά κενά. Οι γυναίκες κυρίως που υπέστησαν επαναλαμβανόμενα τραύματα ανέφεραν ότι η χρήση άμβλυνε τα επώδυνα συναισθήματα.

> *«Με βοήθησε κάπου, στο να ξεχάσω κάποια πράγματα».* (Γιώτα, 34)

> *«Δεν με ευχαριστούσε απλά έκρυβα συναισθήματα, όπως κάνει η ηρωίνη».* (Βασιλική, 32)

Η έλλειψη θετικών συναισθηματικών συνδέσεων με τη μητρική μητέρα

Στην πλειονότητα των συμμετεχουσών αναδείχτηκε απουσία συναισθηματικής συνομιλίας με τη μητέρα. Ειδικότερα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν αναφέρθηκαν θετικές ψυχικές συνδέσεις με τη δική τους μητέρα. Στο λόγο τους επισημάνθηκε μια απουσία του θηλυκού στοιχείου της μητρότητας, αφού η απουσία της μητέρας στοίχειωνε τη ζωή τους και δε συνέβαλε στη δημιουργία των συνδέσεων μαζί της. Δεν παρατηρήθηκαν μητρικές ταυτίσεις στις ερωτώμενες. Στην παρούσα μελέτη αρκετές βρήκαν στοιχεία ταύτισης αρνητικών στοιχείων στο χαρακτήρα τους και εξέφρασαν επιθυμία στο να τα επεξεργασθούν.

> *«Δύσκολος άνθρωπος η μητέρα μου, πάρα πολύ κλειστός, και πραγματικά δεν μου έχει μιλήσει ποτέ. Το μόνο που μου έχει αναφέρει ήταν ότι γέννησε στο Μητέρα και φέρνανε φαγητό».* (Βίβιαν, 32)

> *«Βάρος».* (Κάτια, 47)

Οι εμπειρίες ελλιπούς οριοθέτησης στο μοντέλο διαπαιδαγώγησης

Το μοντέλο διαπαιδαγώγησης που έχουν εσωτερικεύσει οι συγκεκριμένες μητέρες αφορούσε κυρίως την έλλειψη ορίων, κυριάρχησε κατά την περίοδο της εφηβείας, αλλά είχε ήδη ξεκινήσει από την παιδική ηλικία. Η μη θέσπιση ορίων, η αστάθεια και η αναίρεση των λεγομένων, η υπερβολική ανοχή και παροχή ελευθεριών από πολύ μικρή ηλικία ήταν αυτά που περιέγραψαν μέσα από το λόγο τους οι συμμετέχουσες. Παράλληλα, στα μοντέλα ελλιπούς οριοθέτησης στη διαπαιδαγώγηση συναντήσαμε ένα ακραίο και αντιφατικό μοντέλο, κατά το οποίο περιγράφηκε, από τη μια, μια άκρα αυστηρότητα και, από την άλλη, επισημάνθηκε έλλειψη ορίων στη μετέπειτα εφηβική ηλικία.

> *«Ναι δεν ήξερε να βάζει όρια. Βασικά έλειπα πολλές ώρες από το σπίτι».* (Βίβιαν, 32)

> *«Η μάνα μου με τα όρια δεν τα πήγαινε καλά, μας είχε αφημένες πάρα πολύ, δεν μας χάλαγε χατίρι. Ε γι' αυτό κι εγώ ξέφυγα, γιατί είχα αρκετή ελευθερία».* (Γιώτα, 34)

Υπερπροστατευτικότητα ή αυστηρότητα στην άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου

Αρκετές από τις ερωτώμενες στην άσκηση του μητρικού τους ρόλου ένιωθαν ότι προσπαθούσαν να λειτουργούν αντισταθμιστικά σε σχέση με την προσωπική τους ιστορία. Στην ουσία περιέγραψαν μια μορφή άσκησης μητρικής φροντίδας που αφορούσε στην προσπάθειά τους να μην επαναλάβουν το δικό τους τραυματικό παρελθόν.

> *«Ήμασταν πάρα πολύ προστατευτικοί αφού να φανταστείς το παιδί δεν είχε χτυπήσει ποτέ ήμουν από πάνω της παντού».* (Γιώτα, 34)

> *«Υπερπροστατευτική». (Τόνια, 34)*

Η μητρότητα ως κίνητρο για αλλαγή

Το επιστημονικό ενδιαφέρον της μελέτης αυτής εστίασε στην διερεύνηση των θετικών στοιχείων που έχει μεταφέρει η μητρότητα στις ερωτώμενες καθώς και στον τρόπο που οι ίδιες δομούν τη εικόνα τους για τη μητρότητα. Οι ίδιες υποστήριξαν ότι το παιδί έφερε μια αλλαγή στη ζωή τους, οι περισσότερες με αφορμή τη μητρότητα εντάχθηκαν στο πρόγραμμα υποκατάστασης και διέκοψαν τη χρήση. Το παιδί αποτέλεσε το φορέα αλλαγής στη ζωή τους, την επανεκκίνηση, το κίνητρο για μια νέα αρχή. Συναισθηματικά η μητρότητα αφύπνισε αισθήματα αγάπης και στοργής μέσα στη σκληρότητα της χρήσης και τους τραυματισμούς του παρελθόντος

> *«Αυτό είναι το παν για μένα, ότι έμεινα έγκυος και ότι έφερα το παιδί, με βοήθησε πάρα πολύ, δεν ξέρω αν θα άλλαζα».* (Γιώτα, 34)

> *«Η ζωή μου». (Κάτια, 47)*

Συμπεράσματα – Συζήτηση

Με βάση την οπτική του Olievenstein (1982), η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, όπου το κοινωνικό πολιτιστικό πλαίσιο παίζει καθοριστικό ρόλο και η κοινωνία συμβάλλει με ένα δυναμικό τρόπο στην εγκατάσταση και διαιώνιση του φαινομένου. Είναι λοιπόν σημαντικό να αναφερθεί ότι το πλαίσιο στο οποίο διεξήχθη η

παρούσα μελέτη το 2017 ήταν μια περίοδος όπου οι κοινωνικές πολιτιστικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης βρίσκονταν σε ύφεση λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Σε τέτοιες συνθήκες ύφεσης, ευνόητο είναι ότι μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πολιτική.

Η οικονομική κρίση επιφέρει ανεργία, περιορισμό πόρων και δαπανών για την εκπαίδευση, την υγεία, τον πολιτισμό, τον ελεύθερο χρόνο, την κοινωνική πολιτική των πολιτών γενικότερα και δημιουργεί τεράστια ζητήματα κοινωνικοποίησης (Μάτσα, 2001).Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η οικονομική κρίση πλήττει τις ευάλωτες ομάδες και επηρεάζει την ψυχική τους υγεία. Σε περιόδους κρίσεις υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ψυχικών δυσκολιών, κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών και αυτοκτονίας (WHO, 2012). Επίσης, σε περιόδους κρίσης βάλλεται η λειτουργία προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας λόγω μειωμένων πόρων. Στην ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης για τα Ναρκωτικά το 2017 αναφέρεται ότι κατά την περίοδο 2009-2015 οι δαπάνες για την πρόληψη και την θεραπεία των εξαρτήσεων μειώθηκαν σημαντικά.

Σε άτομα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα, χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, η οικονομική κρίση πλήττει καθολικά την ψυχική τους υγεία και επιφέρει τη δημιουργία φαύλων κύκλων, όπου δεν επιλύονται, αλλά εντείνονται και διαιωνίζονται οι δυσκολίες τους (Γιωτάκος, Κράμπελας Καυκάς, 2011· Γιωτάκος, 2010). Παράλληλα η κρίση επηρεάζει και καταστρέφει την κοινωνική συνοχή (Πουλόπουλος, 2013). Σε μια υπάρχουσα ελλειμματική δομή του Εγώ, οι ελλιπείς διαδικασίες κοινωνικοποίησης που επιφέρουν κοινωνικές εντάσεις και αναταραχές ενισχύουν την ευαλωτότητα του ατόμου. Η κοινωνία δεν μπορεί να εκπληρώσει το έργο της και να εντάξει τις ευάλωτες αυτές δομές των εξαρτημένων κοινωνικά και πολιτισμικά, με αποτέλεσμα σε περιόδους κρίσης να εντείνονται συμπεριφορές κινδύνου και να παραμένει το άτομο εκτός κοινωνίας, με ανεκπλήρωτα κενά και κοινωνικά αδιέξοδα. Η χρήση ουσιών αποτελεί μια φωνή του ατόμου απέναντι στις κοινωνικές συνθήκες, μια φωνή που κυρίαρχα φανερώνει την ρήξη του προς αυτό που η κοινωνία αντιπροσωπεύει (Μάτσα, 2001).

Οι εύθραυστες ψυχικές δομές των μητέρων της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται να έχουν εσωτερικεύσει μια μητρική φιγούρα, η

οποία μοιάζει να μην έχει επιτελέσει τη ρυθμιστική μητρική λειτουργία της και παρουσιάζεται στη βάση ενός άκρου. Αρκετές εξαρτημένες μητέρες έχουν την εσωτερικευμένη εικόνα μιας μητέρας που τις έχει εγκαταλείψει, είναι απούσα, συναισθηματικά και απόμακρη, μια εικόνα ελλιπούς μητρικής λειτουργίας. Με το εύρημα αυτό συμφωνεί και η μελέτη του Kaufman (1994), του Bergeret (1999) και του Κόντου (2014). Στον αντίποδα της μητρικής απουσίας, παρατηρούμε την ύπαρξη μιας εσωτερικευμένης μητρικής μητέρας, υπερπροστατευτικής, που με τις υπερβολικές διεγέρσεις της δεν αφήνει στο παιδί της τον κατάλληλο χώρο για αυτονόμηση. Η παρούσα έρευνα συμφωνεί με τους Bernardi, Jones και Tennant (1989), τον Stanton (1982), τους Mayes και Truman (2002) και την McDougall (2010), που αναφέρουν ότι οι μητέρες των εξαρτημένων είναι υπερπροστατευτικές και παρουσιάζουν συγχωνευτικές τάσεις.

Η πατρική φιγούρα των παιδικών χρόνων των εξαρτημένων γυναικών περιγράφεται σε μια στενή σχέση απόλυτης λατρείας. Σε πολλές περιπτώσεις υπονοείται μια ερωτικοποιημένη σχέση με αιμομικτικά στοιχεία. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η χρήση ρυθμίζει τις αιμομικτικές ενορμήσεις (Angel and Angel, 2010· Noaille, 2010). Παρατηρείται, κυρίως, σε περιβάλλοντα όπου ελλείπει η μητέρα ή είναι συναισθηματικά απούσα, ο πατέρας να έχει μια σχέση εγγύτητας με την κόρη και να αναλαμβάνει τομείς διαπαιδαγώγησης, κομμάτια επικοινωνίας για ζητήματα θηλυκότητας που η μητέρα δεν έχει αναλάβει. Όπως και στην έρευνα των Torresani, Favaretto και Zimmermann (2000), ο πατέρας μοιάζει να υποκαθιστά μητρικά καθήκοντα. Στις περιπτώσεις όπου υφίσταται μια υπερδιεγερτική, υπερπροστατευτική μητέρα, ο πατέρας έχει ένα ρόλο αποστασιοποιημένο, απόμακρο και αυστηρό.

Σοβαροί ψυχικοί τραυματισμοί, όπως αναδεικνύεται και στην παρούσα μελέτη, έχουν βιωθεί στις ζωές των εξαρτημένων μητέρων (Cohen and Hien, 2006· Hien et al. 2005· Kok et al., 2015). Η μελέτη μας ταυτίζεται με διεθνείς έρευνες, οι οποίες αναφέρουν ότι σημαντικός αριθμός γυναικών έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Rivas, Fiorentine, Anglin and Taylor, 1997· Conners et al., 2003· Λιάππας, 2001) ή παρενόχληση από πρόσωπα οικεία, βίαιες πράξεις, όπως λεκτική βία και συναισθηματική κακοποίηση (Najavits, Gastfriend, Barber, Reif, Muenz, Blaine and Weiss, 1998· Conners et al., 2003).

Ακόμη έχουν βιωθεί απώλειες, όπως θάνατος, ή μπορεί να πρόκειται για την απώλεια μιας αγαπημένης σχέσης, ενός αγαπημένου προσώπου, όπως και βιβλιογραφικά αποδεικνύεται (Angel and Angel, 2010· Μάτσα, 2012· Stanton, 1982).

Το τραύμα μεταφέρεται διαγενεακά, σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία (Tisseron, 2014). Στις αφηγήσεις, είτε μέσω κάποιας αποκάλυψης μυστικού είτε ενός άλλου μυστικού που αιωρείται, οι εξαρτημένες μητέρες αποκαλύπτουν τραυματικά γεγονότα που σημάδεψαν τις προηγούμενες γενιές, όπως σεξουαλική κακοποίηση, σωματική βία, σοβαρή παραμέληση ανηλίκων, εγκλεισμοί σε ορφανοτροφεία, εγκατάλειψη, οικογένειες με ηθικές και κοινωνικές παραβιάσεις, πόλεμοι, κατοχή, ξεριζωμοί, στοιχεία που επιβεβαιώνουν και οι έρευνες των Mayes και Truman (2002).

Στο ιστορικό των εξαρτημένων μητέρων της παρούσας μελέτης υπάρχει εξάρτηση και άλλου μέλους της οικογένειας με συνηθέστερη την ύπαρξη ενός αλκοολικού πατέρα ή άλλου μέλους της οικογένειας που έχει εξαρτητική σχέση με κάποια ουσία, στοιχείο που βιβλιογραφικά αποδεικνύεται (McDougall, 2010· Bergeret, 1999· Kaufman, 1994).

Τα συναισθήματα των εξαρτημένων μητέρων είναι απόρροια των ισχυρών τραυματικών εγγραφών που έχουν υποστεί άγχος αποχωρισμού, ντροπή, ενοχή, θυμός, κατάθλιψη. Ιδιαίτερα, η ντροπή και η ενοχή εκφράζονται σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης. Τα αρνητικά συναισθήματα αυτά συνδέονται με τη χρήση μιας κατευναστικής ουσίας, προκειμένου να απαλύνουν το τραύμα, όπως τεκμηριώνεται και από την έρευνα του Convigton (2007). Τα τραυματικά συναισθήματα επανέρχονται κατά την περίοδο της δικής τους μητρότητας. Οι περισσότερες μητέρες κατά την περίοδο της λοχείας βιώνουν κατάθλιψη και λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή, γεγονός που επιβεβαιώνουν και οι έρευνες των Conners (2003) και Najavits (1997).

Στην παρούσα έρευνα, οι εξαρτημένες μητέρες εμφανίζουν αδυναμία ταύτισης με τη μητέρα τους. Πολλές ταυτίζονται και συνδέονται με αρνητικά στοιχεία της. Στην πλειονότητά τους οι μητέρες της έρευνας στις αναπαραστάσεις τους δεν αναφέρουν θετικές συναισθηματικές συνδέσεις μαζί της. Οι βιβλιογραφικές αναφορές του Bergeret (1999) σχετικά με τις δυσκολίες των εξαρτημένων μητέρων να αναπαραστήσουν εσωτερικά μια μητέρα, αλλά και η έλλειψη ταυτίσεων μαζί της, συνδέονται με τα ευρήματα της έρευνάς μας. Τα μοντέλα ταύτισης των

εξαρτημένων συνδέονται περισσότερο με τον πατέρα, ειδικά εκεί όπου αναφέρεται ότι υπήρξε στενή συναισθηματική σχέση, όπως αποδεικνύεται και στην έρευνα του Torresani και των συνεργατών του (2000).

Οι μητρικές αυτές αναπαραστάσεις επηρεάζουν το γονεϊκό τους ρόλο και αναδεικνύονται δυσκολίες. Οι περισσότερες αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες τόσο σε σχέση με τα ασαφή και ελλιπή όρια που οι ίδιες έλαβαν ως παιδιά όσο και με διαχείριση των ορίων στα δικά τους παιδιά. Τα ευρήματα αυτά ταυτίζονται με τη διεθνή και εθνική βιβλιογραφία (Μάτσα, 2001· Minuchin, 2000· Stanton, 1982). Για παράδειγμα, η Najavits (2006) αναφέρει ότι οι εξαρτημένες μητέρες με εμπειρίες τραύματος, λόγω της ελλιπούς ρύθμισης σε σχέση με την εγγύτητα και την απόσταση που έλαβαν από τους γονείς τους, αλλά και του φτωχού και κακοποιητικού περιβάλλοντος στο οποίο έζησαν, παρουσιάζουν ελλείψεις στη θέσπιση ορίων. Επίσης, οι αναπαραστάσεις τους εμφανίζουν μια εικόνα συγκεχυμένη, όπως αναδεικνύεται και στην έρευνα των Mayes και Truman (2002). Η εικόνα αυτή στις εξαρτημένες μητέρες μοιάζει να προέρχεται από τις εμπειρίες που οι ίδιες είχαν ως παιδιά, στις οποίες κυριαρχούσαν δίπολα, αυστηρότητα στην παιδική ηλικία και χαλαρά όρια στην εφηβική ή δίπολα στα γονεϊκά πρότυπα, όπου ο ένας γονέας ήταν υπερβολικά αυστηρός και ο άλλος υπερβολικά επιτρεπτικός. Το εύρημα αυτό ταυτίζεται και με τη μελέτη των Angel και Angel (2010). Οι συμμετέχουσες σε σχέση με τον δικό τους γονεϊκό ρόλο προσπαθούν να λειτουργήσουν αντισταθμιστικά. Εκείνες που χαρακτηρίζονται ως υπερπροστατευτικές παρουσιάζουν συγχωνευτικές τάσεις και η θέση αυτή προέρχεται από το φόβο τους να μην επαναλάβουν μοτίβα που για εκείνες ήταν τραυματικά.

Πέρα από τις δυσκολίες και τα τραύματα, η μητρότητα παραμένει ένα δώρο για εκείνες, κίνητρο για αλλαγή και επανεκκίνηση. Το μωρό αποτέλεσε αφορμή για την εισαγωγή στο πρόγραμμα υποκατάστασης, από το οποίο θεωρούν ότι έχουν λάβει σημαντική βοήθεια, γεγονός που διαπιστώνει και η έρευνα του Fletcher (2001) (όπως αναφέρεται στο Najavits, 2004) για τα προγράμματα υποκατάστασης των μητέρων με τραύμα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ευρήματα είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι τα προγράμματα φαρμακευτικής υποστήριξης χρειάζεται να συμπεριλαμβάνουν προγράμματα για μητέρες και βρέφη από την

περίοδο της εγκυμοσύνης. Η ένταξη στα προγράμματα δύναται να ξεκινά με υποστήριξη από φαρμακευτικό υποκατάστατο, βοηθώντας έτσι τα άτομα να μην αποκόπτουν απότομα τον δεσμό με την εξάρτηση, που για ψυχικούς και οικογενειακούς λόγους έχει κάποιο νόημα στην ψυχική τους οργάνωση. Η έμφαση χρειάζεται να δοθεί προς την πλευρά της επεξεργασίας του τραύματος, της εμπερίεξης των εγκύων και μητέρων, της ενίσχυσης του δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους, της υποστήριξης του γονεϊκού ρόλου τους.

Η κατανόηση και η ευαισθητοποίηση απέναντι στη φροντίδα του τραύματος και η διάνοιξη νέων εσωτερικών δυνατοτήτων είναι το κλειδί για την ανάπτυξη της κοινοτικής υγείας και τη διακοπή του φαύλου κύκλου του επανατραυματισμού. Η ένταξη των εξαρτημένων μητέρων στα προγράμματα, η εμπερίεξή τους, η ενδυνάμωση της ταυτότητάς τους προλαμβάνει τη διαγενεακή μετάδοση του τραύματος και ανακόπτει τη λειτουργία φαύλων κύκλων, να παραμένουν αφρόντιστα παιδιά που αργότερα θα γίνουν πολίτες αυτής της κοινωνίας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Βεντουράτου, Δ. (2009). *Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία. Η μέθοδος EMDR*. Αθήνα: Πεδίο.

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

Bydlowski, M. (2001). *Το χρέος ζωής*. Θεσσαλονίκη: Παπαζήση.

Γιωτάκος, Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*, 21, σελ. 195-204.

Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας, Δ. και Καυκάς, Α. (2011). Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 22, σελ. 109-119.

Dougall, J. M. (2010). Η ψυχική οικονομία του εθισμού. Στο V. Marinov (επιμ.), *Ανορεξία, εξαρτήσεις και ναρκισσιστικές ευθραυστότητες* (σελ. 15-45). Αθήνα: Κατάρτι.

ΕΠΙΨΥ (2017). Ετήσια Έκθεση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, http://www.epipsi.gr/Documents/Ethsia_Ekthesh_2016.pdf ανακτήθηκε 12/4/2019

Καλλινικάκη, Θ. (2010). *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Τόπος.

Κλεώπας, Ι. (2015). Τραυματισμοί ψυχής- Τραυματισμοί σώματος. *Οιδίπους*, 14, σελ. 84-116.

Κόντος, Γ. (2014). Συναίσθημα, Αναπαράσταση, Λειτουργία, Αντικείμενο. (Προλεγόμενα για την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού). *Οιδίπους*, 11, 132-150.

Κραμέρ, Μ. (1992). *Επάγγελμα μωρό*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Λιάππας, Ι. (2001). Εφηβεία και χρήση ουσιών. Στο Α. Γ. Αλεβίζος και Γ. Τσιάντης (επιμ.), *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική* (σσ. 261-282). Αθήνα: Καστανιώτη.

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

Μάτσα, Κ. (2012). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη. Ο τοξικομανής και ο Θάνατος*. Αθήνα: Άγρα.

Minuchin, S. (2000). *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπόμπος, Φ. (2014). Τραύματα και ανάγκες. *Οιδίπους*, 12, σελ. 333-345.

Μπούρας, Γ. και Λαζαράτου, Ε. (2012). Η ανάδυση του ψυχικού τραύματος της πρώιμης ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των Ενηλίκων. *Ψυχιατρική*, 23, Παράρτημα 1.

Noaille, P. (2010). Η τοξικομανία ως οριακή οργάνωση. Στο V. Marinov (Επιμ.), *Ανορεξία, εξαρτήσεις και ναρκισσιστικές ευθραυστότητες* (σσ. 107-139). Αθήνα: Κατάρτι.

ΟΚΑΝΑ. (2012). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ. Ανακτήθηκε 9/04/19 από http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhs-antimetwpishs-ths-eksarthshs.

Olivenstein, C. (1982). *Η ζωή του Τοξικομανή*. Αθήνα: Παλλάδα.

Laplanche, I.και Pontalis, B. J. (1986). *Λεξικό της ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέρδος.

Ποταμιάνου, Α. (2008). *Το τραυματικό. Επανάληψη και διεργασία*. Αθήνα: Εστία.

Πουλόπουλος, Χ., (2013). *Κρίση και Ναρκωτικά*. Ανακτήθηκε 10/4/2019 από https://tvxs.gr/news

Σαββόπουλος, Σ. (2004). Το τραυματικό στον έφηβο τοξικομανή και οι συμπεριφορές κινδύνου. Στο Κ. Π. Μαρινοπούλου (επιμ.), *Η εξαρτητική διαδικασία. Κείμενα για τη χρήση τοξικών ουσιών* (σελ. 127-140). Αθήνα: Χατζηνικολή.

Tisseron, S. (2014). *Οικογενειακά μυστικά*. Αθήνα: Άγρα.

Willig, C. (2015). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στην Ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσση

Angel, S. and Angel, P. (2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειές τους. Μια συστημική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Bernardi, E., Jones, M. and Tennant, C. (1989). Quality of parenting in Alcoholics ans Narcotic Addicts. *British journal of Psychiatry*, 154, pp. 677-682.

Black, R. and Mayer, J. (1980). Parents with special problems: Alcoholism and opiate addiction. *Child Abuse and Neglect*, 4 (1), pp. 45-54.

Brady, K. and Randall, C. (1999). Gender differences in substance use disorders. *The psychiatric clinics of North America*, 22 (2), pp. 241-252.

Cohen, L. and Hien, D. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric services*, 57 (1), pp. 100-106.

Conners. N., Bradley R., Mansell. L., Liu J., Roberts T., Burgdorf, K. and Herrel, L. (2003). Children of mothers with serius substance abuse problems: an accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4 (29), pp. 743-758.

Covington, S. (2007). Working with trauma abusing mothers: a trauma- informed gender- responsive approach. *Institute for Relational Development Center for Gender and Justice. National Abandoned Infants Assistance Resource Center Berkley*, 16 (1), pp. (1-11).

EMCDDA (2014). *Pregnancy and opioid use: strategies for treatment*. Ανακτήθηκε 5/03/19 στο http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/807/TDAU14006ENN_483434.pdf.

Fraiberg, S., Adelson, E. and Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, pp. 387-421.

Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five- year- old boy. In J. Strachey (Eds), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, vol. X, (pp. 1-152). London: Hogarth Press.

Grossman, J. and Schottenfeld, R. (1992). Pregnancy and women's issues. In T. Kosten and H. Kleber (eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction* (pp. 374-388). New York: Guilford.

Herman, J. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Joumal of traumatic stress*, 5 (3), pp. 377-391.

Hien, D., Cohen, L. and Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25, pp. 813-823.

Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. New York: The Guilford Press.

Kok, T., Haan, H., Meer, M., Najavits, L. and Corde, J. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: What is the gain in addition to PTSD symptoms?. *Psychiatry Research*, 226, pp. 328–332.

Lejeune, C., Durand, L., Gourarier, L. and Aubisson, S. (2005). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenophine substitution. *Drug and alcohol dependence*, 82 (3), pp. 1-8.

Mayes, L. and Tuman S. (2002). Substance Abuse and Parenting. In M. Bornstein (Eds.), *Handbook of parenting*. (pp. 329-359). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Ανακτήθηκε 10/4/19 στο https://www.researchgate.net/profile/Douglas_Teti2/publication/232543346_Parenting_competence/links/5405a1a20cf2c48563b1723f.pdf#page=364.

Najavts, L. (2006). Managing trauma reactions in intensive addiction treatment environments. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8 (2), pp. 153-161.

Najavits, L. (2004). Assesment of tauma PTSD and substance use disorder: A practical guide. In J. P. Wilson (ed.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 466-491). New York: Guilford Press.

Najavits, L., Gastfriend, D., Barber, J., Reif, S., Muenz, L., Blaine, J., Frank,A., Christoph, P., Thase, M. and Weiss, R. (1998). Cocaine dependence with and without ptsd among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155 (2), pp. 214-219.

Najavits, L., Weiss, R. and Shaw, S. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6 (4), pp. 273-283.

Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M. and Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: focus on maternal reflective functioning and mother -child relationship. *Infant mental health journal*, 27 (5), pp. 448-465.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H. and Piha, J. (2001). An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (2), pp. 143-151.

Pretorius, I. (2010). Genetic and enviromental contributors to the intergenerational transmission of trauma and disorganized attachment relationships. In T. Baradon (ed.), *Relational Trauma in Infancy* (pp. 6-18). New York: Routledge.

Reppeti, R., Taylor, S. and Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (20), pp. 330-366.

Rivas, V., Fiorentine, R., Anglin, M. and Taylor, E. (1997). Sexual and Physical Abuse: Do they compromise drug treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (4), pp. 351-358.

Stanton, D. and Todd, T. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: The Guilford Press.

Torresani, S., Favaretto, E. and Zimmermann, C. (2000). Parental representation in drug -dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), pp. 123-129.

World Health Organization (2012). *Impact of economic crises on metal health: World Health Organization, Copenhagen.* Ανακτήθηκε 12//4/2019 στο http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΧΗΣ

Γιάνης Ζάχος[*], *Δέσποινα Ανδροπούλου*[**]

Εισαγωγή

Τα προγράμματα υποκατάστασης αποτελούν αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας της εξάρτησης από οπιοειδή (Kaplan and Sadock, 1998· Marsch, 1998· Sees et al., 2000). Αντικείμενο των προγραμμάτων είναι η μείωση ή παύση της χρήσης οπιοειδών, η μείωση του κινδύνου προσβολής από τους ιούς του HIV και HPV ως συνέπειες της χρήσης, και η μείωση της παραβατικότητας (Carroll, 1997· Kaplan and Sadock, 1998· Marsch, 1998).

Μελέτες σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη έδειξαν ότι ασθενείς που συμμετείχαν σε συνεδρίες ψυχοθεραπείας, παράλληλα με τη συμβουλευτική, επέδειξαν μεγαλύτερη πρόοδο στη ζωή τους, μπήκαν στην αγορά εργασίας και σταμάτησαν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Luborsky, McLellan, Woody, Obrien, and Auerbach, 1985· Woody et al., 1983). Σύμφωνα με τον Potik και συνεργάτες, οι αλλαγές που έκαναν οι ασθενείς στον τρόπο ζωής τους μπορεί να οφείλονταν στη χρησιμοποίηση του θεραπευτικού πλαισίου ως ενδιάμεσου χώρου και στην αξιοποίηση του υποκατάστατου και του θεραπευτή ως *μεταβατικών αντικειμένων* (Potik et al., 2010).

* Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΟΚΑΝΑ.
** Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΟΚΑΝΑ.

Το *μεταβατικό αντικείμενο* είναι βασική έννοια που εισήγαγε στην ψυχαναλυτική θεωρεία και κλινική ο D. Winnicott και έχει εφαρμογή και στον χώρο της εξάρτησης. Σύμφωνα με τον D. Winnicott (1953, 1971), οι εθισμοί στις ψυχοτρόπες ουσίες, το αλκοόλ, την τροφή, το σεξ αποτελούν απόπειρες επανεύρεσης του χαμένου *αντικειμένου* μέσω άμεσης σωματικής επιβράβευσης (Potik et al, 2010). Υπ' αυτήν την έννοια, ο εθισμός ως μεταβατικό φαινόμενο αναπαριστά την ψευδαίσθηση επανεύρεσης του πρωταρχικού *αντικειμένου* –τη μητέρα–, αν και ουσιαστικά το υποκείμενο αναγνωρίζει ότι οι εμπειρίες αυτές όχι μόνο δεν είναι ταυτόσημες, αλλά και ότι οι εξαρτήσεις το καθηλώνουν στη στέρηση (Summers, 1994· Winnicott, 1971). Σύμφωνα με τον Winnicott (1960), η απόλυτη εξάρτηση είναι η πρώτη φάση ανάπτυξης, κατά την οποία το βρέφος ζει σε έναν μαγικό κόσμο παντοδυναμίας (αποσπασμένο από την πραγματικότητα), στον οποίο οι ανάγκες αυτό-ικανοποιούνται, καθώς δεν αναγνωρίζεται ως ξεχωριστό *αντικείμενο* ικανοποίησης ο άλλος. Η εμπειρία του στερείται οποιασδήποτε αίσθησης συνέχειας στον ίδιο και στους άλλους και ο παράγοντας του χρόνου απουσιάζει.

Η αναζήτηση των ψυχοτρόπων ουσιών συνιστά μια βούληση να δημιουργηθεί ένας τέλειος κόσμος συνεχούς ικανοποίησης χωρίς πόνο, παρόμοιος με τον πρωτογενή κόσμο του βρέφους.

Η αποχή από τις ουσίες είναι μια διαδικασία η οποία είναι παράλληλη με τη μετάβαση από την απόλυτη εξάρτηση στη σχετική εξάρτηση. Η σχετική εξάρτηση περιλαμβάνει τις αναπτυξιακές διαδικασίες που περιλαμβάνουν τον κλονισμό της παντοδυναμίας της απόλυτης εξάρτησης, την αποδοχή της πραγματικότητας και την αμφιθυμία προς τα αντικείμενα (Summers, 1994). Ο πρώτος στόχος σε αυτή τη φάση είναι η διαχείριση του άγχους αποχωρισμού.

Τόσο η φαρμακευτική αγωγή (αγχολυτικά, αντιψυχωσικά κ.ά.), καθώς και τα ίδια τα υποκατάστατα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως *μεταβατικά αντικείμενα* (Adelman, 1985· Gutheil, 1982· Hausner, 1985· Schlierf, 1983· Shred, 1963), δεδομένου ότι είναι άμεσα διαθέσιμα, μειώνουν το άγχος, παρέχουν χαλάρωση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν πριν από τον ύπνο, όπως συμβαίνει στα παιδιά (Winnicott, 1953, 1971). Όσον αφορά στα υποκατάστατα οπιοειδών μπορεί να χρησιμεύσουν ως *μεταβατικά αντικείμενα*, καθώς μειώνουν τον πόνο και καταστέλλουν το σύνδρομο στέρησης.

Τα μεταβατικά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν στα προγράμματα υποκατάστασης, κυρίως λόγω της συνεκτικότητας που παρέχεται στους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εξαιρετικά χαοτικό τρόπο ζωής. Το πλαίσιο, ως ενδιάμεσος χώρος της θεραπείας, μπορεί να λειτουργήσει εκ παραλλήλου με τη μεταβατική περίοδο μεταξύ της χρήσης ουσιών (απόλυτη εξάρτηση) και ενός κόσμου χωρίς χρήση ουσιών (σχετική εξάρτηση).

Ο θεραπευτής, επίσης, μπορεί να εκληφθεί ως *μεταβατικό αντικείμενο*. Η μεταβίβαση συχνά κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής και της θεραπείας χαρακτηρίζεται από προβολές *αντικειμένων* που είναι απολύτως κακά ή απολύτως καλά. Στην ουσία, πρόκειται για προβολή των μεγαλομανιακών τάσεων του ασθενούς που κρύβουν αισθήματα κατωτερότητας. Συχνά παρατηρείται στη μεταβίβαση η προσπάθεια του ασθενούς να ελέγξει τον θεραπευτή, προκειμένου να επαναφέρει ένα χαμένο μητρικό δεσμό.

Η προστιθέμενη αξία και η σημασία της ψυχοθεραπείας στη θεραπεία και την αποκατάσταση των τοξικομανών παρουσιάστηκαν από τους Woody, McLellan, Luborsky και O'Brien (1995). Στη μελέτη τους, 84 ασθενείς, σε τυχαία δειγματοληψία, έλαβαν συμβουλευτική για τις ψυχοτρόπες ουσίες, ενώ η άλλη ομάδα έλαβε συμβουλευτική για τις ψυχοτρόπες ουσίες και ατομική ψυχοθεραπεία (Woody et al., 1995). Κατά τη διάρκεια της μελέτης και οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια αποτελέσματα θετικών σε οπιούχα δειγμάτων ούρων, αλλά οι ασθενείς που έλαβαν ατομική ψυχοθεραπεία είχαν λιγότερα δείγματα ούρων θετικών σε κοκαΐνη και χρειάζονταν χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης.

Ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της πρόσθετης θεραπείας και οι δύο ομάδες είχαν σημειώσει εξ ίσου σημαντική πρόοδο. Στο «follow-up» έξι (6) μήνες αργότερα, η πρόοδος που είχε σημειώσει η ομάδα που λάμβανε μόνο συμβουλευτική είχε μειωθεί, ενώ η πρόοδος που είχαν κάνει οι ασθενείς που έλαβαν ψυχοθεραπεία εξακολουθούσε να υφίσταται, καθιστώντας έτσι την ψυχοθεραπεία σημαντική παράμετρο της θεραπείας (Woody et al., 1995).

Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ): Μια μονάδα ενάντια στην κρίση

Η Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ιδρύθηκε με την απόφαση με αρ. πρωτ. 3193/ 12.12.2016, κατόπιν πρωτοβουλίας της Διοίκησης του ΟΚΑΝΑ, που στόχο είχε την ενίσχυση του κινήτρου της απεξάρτησης ως κορωνίδας της μείωσης της βλάβης από τη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με ό,τι προβλέπει το πλαίσιο λειτουργίας του Οργανισμού (2012), η ΜΕΨΥ αποτελεί το πρώτο στάδιο της Φάσης Συνεχιζόμενης Φροντίδας και απευθύνεται σε θεραπευόμενους που επιθυμούν τη μείωση έως και διακοπή του υποκατάστατου, με παράλληλη αποχή από όλες τις ουσίες, αποσκοπώντας στην ένταξή τους στην κύρια φάση της Κοινωνικής Επανένταξης (ΚΕ).

Αν και το στάδιο αυτό ήταν έως τα τέλη του 2016 προσαρτημένο στη Φάση της Κοινωνικής Επανένταξης, η διάκριση της από αυτήν και η υλοποίηση μιας αυτόνομης Μονάδας κρίθηκε απαραίτητη για δύο βασικούς λόγους: α) για την περαιτέρω κινητοποίηση των θεραπευομένων σε χαμηλή δοσολογία υποκατάστατου και β) για τη συνεχή υποστήριξη του δυναμικού εξέλιξης – επανένταξης, καθώς και την αποφυγή ομοιογενοποίησης με την πληθώρα των θεραπευομένων των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) που βρίσκονται σε φάσεις εισαγωγής και αποκατάστασης, σημαντικό ποσοστό των οποίων βρίσκεται σε παράλληλη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Υπ' αυτή την έννοια, η Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι ένας μεταβατικός χώρος που βασικός του ρόλος είναι ο μηδενισμός του υποκατάστατου και η ενίσχυση του κινήτρου επανένταξης μέσω σταθερών συνεδριών, εβδομαδιαίων ελέγχων ούρων σε όλες τις ουσίες, συνοδειών σε καλλιτεχνικά δρώμενα (εκθέσεις, θεατρικές παραστάσεις κ.ά), επανασύνδεσης με σημαντικούς άλλους, εστίασης σε ζητήματα επαγγελματικού προσανατολισμού, διεκπεραίωσης νομικών εκκρεμοτήτων και της συνέχισης της φροντίδας των χρόνιων νοσημάτων.

Η μετάβαση από τη μία φάση και έναν χώρο θεραπείας σε έναν άλλο έχει συμβολικό χαρακτήρα που αφορά στην ίδια τη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης, καθώς συνιστά μια αλλαγή και ένα αρνητικό πρόσημο που συνδέεται με ένα κέρδος. Η αλλαγή αφορά

στο πλαίσιο, στον χώρο και στον θεραπευτή. Η σύναψη μιας σχέσης με έναν άλλον «ειδικό» αποτελεί παραδοσιακά στον χώρο της εξάρτησης ένα στοίχημα και ως τέτοιο λειτουργεί ως πρόκληση θεραπευτική στη διαδικασία της επανένταξης, πόσω δε μάλλον όταν η μετάβαση γίνεται από ένα πρόσωπο σε πολλά (θεραπευτής προς θεραπευτή, ψυχοδραματιστή, μουσικοθεραπευτή, οικογενειακό θεραπευτή κ.ά.). Όσον αφορά στο αρνητικό πρόσημο, τα όρια χορήγησης υποκατάστατου συνιστούν ένα μείον στα *αντικείμενα* κατανάλωσης (ουσίες), στα οποία επενδύει ο θεραπευόμενος προς όφελος των ψυχικών διεργασιών του *συμπτώματος* και της *φαντασίωσης*. Με άλλα λόγια, επιδίωξη της ΜΕΨΥ είναι να προσφέρει τα μέσα για να αναδυθούν πιο καθαρά το *σύμπτωμα* στην κοινωνική και υποκειμενική διάστασή του –στον τρόπο του σχετίζεσθαι και στον υποκειμενικό τρόπο *απόλαυσης* πέραν του *αντικειμένου*– και η *φαντασίωση* του χρήστη, το «παράθυρο», δηλαδή, μέσα από το οποίο βλέπει τον κόσμο. Αν και ένα σημαντικό μέρος της δουλειάς αυτής έχει γίνει στις μονάδες, στην προ-επανενταξιακή αυτή διαδικασία, ενισχύονται οι δημιουργικές πλευρές του *συμπτώματος* –στοχεύοντας στη μετουσίωσή του–, ενώ ο τρόπος του σχετίζεσθαι, σκέπτεσθαι και οραματίζεσθαι παίρνει σάρκα και οστά μέσα από την επαφή με τρίτους αλλά και μέσα από διαδικασίες που χρησιμοποιούν έμμεσους τρόπους έκφρασης εκτός του λόγου.

Είναι αυτονόητο ότι για να είναι εφικτή η εν λόγω μετάβαση χρειάζονται λεπτοί χειρισμοί με την έννοια της διακριτικότητας και του σεβασμού στο προς άρθρωση αίτημα του εκάστοτε θεραπευομένου. Δεν αρκούν οι κοινές συναντήσεις με τον θεραπευτή και τον ίδιο στη μονάδα προέλευσης, ούτε ακόμα και το γραπτό αίτημα που θα μπορεί να υποστηρίξει. Χρειάζεται σεβασμός στον χρόνο μετάβασης, που ποικίλλει για τον κάθε θεραπευόμενο χωριστά, καθώς και σεβασμός στις ιδιαιτερότητές του. Στη λογική της ΜΕΨΥ δεν είναι να διαγράψει την ιδιαιτερότητα σε μια βάση σωφρονισμού και ένταξης στον «σωστό δρόμο των καθαρών» (που δεν υπάρχουν), αλλά η ανάδειξη τρόπων που η ιδιαιτερότητα μπορεί να γίνει δημιουργική για τον ίδιο τον χρήστη. Μέλημά της δομής αυτής είναι η συνοδεία του θεραπευομένου σε πιο λειτουργικές όψεις της εξάρτησης πέραν της ουσίας.

Η ΜΕΨΥ απευθύνεται κυρίως σε όσους μπορούν και θέλουν να κάνουν χρήση ενός διακριτού μεταβατικού χώρου ένταξης στον κοινωνικό δεσμό, δοκιμάζοντας και ισχυροποιώντας το αίτημα για την

επανένταξη σε μια κοινωνία σε κρίση. Αυτός ο στόχος θεωρούμε ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθεί σε έναν χώρο με σαφώς προσδιορισμένη ταυτότητα, την ταυτότητα που ενέχει ο όρος «μεταβατικότητα» σε όλα τα επίπεδα. Ο θεραπευόμενος που προχωρά στην επανένταξη, έχοντας επίγνωση τόσο της τραυματικής εμπειρίας που θεράπευε η ψυχοτρόπος ουσία όσο και του εναλλακτικού τρόπου που βρήκε να την αντιμετωπίζει, θα κάνει πιο σταθερά και ασφαλή βήματα προς την τελική φάση της θεραπείας του. Αναμφίβολα, αυτήν την πορεία δεν μπορούν να την κάνουν όλοι οι θεραπευόμενοι με μόνο κριτήριο τη δοσολογία του υποκατάστατου. Μπορούν μόνο όσοι βρίσκουν ένα νόημα και θέλουν να επιχειρήσουν το ενδιάμεσο βήμα.

Μεθοδολογία

Σκοπός της μελέτης

Πρωταρχικός σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση των αποτελεσμάτων λειτουργίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, μίας μονάδας εντατικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που λειτούργησε ως μεταβατικός χώρος θεραπείας με στόχο την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και τα υποκατάστατα. Πρόκειται για μια κρίσιμη περίοδο στην προσπάθεια των χρηστών υποκατάστατων, δεδομένου του άγχους που προκαλεί η απουσία της ουσίας ως ρυθμιστή και σταθεροποιητή τόσο της σωματικής και ψυχικής υγείας όσο και της κοινωνικής τους ζωής. Επίσης, σκοπός της μελέτης ήταν μια πρώτη απόπειρα διερεύνησης των χαρακτηριστικών των ατόμων και της δομής που σχετίζονται με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος.

Σχεδιασμός της μελέτης

Επιλέχθηκε ο σχεδιασμός μίας συγχρονικής μελέτης. Σύμφωνα με τη μεθοδολογία των συγχρονικών μελετών (Σπάρος, Γαλάνης και Ζάχος, 2004) η πληροφορία για την εξαρτημένη μεταβλητή ή αποτέλεσμα, συλλέχθηκε ταυτόχρονα με την πληροφορία για τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και λοιπά χαρακτηριστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές ή προσδιοριστές) των ατόμων. Ως προς τον αριθμό των ατόμων που συμμετείχαν η μελέτη ήταν δειγματοληπτική. Όπως συμβαίνει στις

συγχρονικές μελέτες, δεν πραγματοποιήθηκαν χωριστές δειγματοληψίες για τις συγκρινόμενες ομάδες, αλλά μία δειγματοληψία για ολόκληρο τον μελετώμενο πληθυσμό, ενώ ο μελετώμενος πληθυσμός δεν παρακολουθήθηκε στο χρόνο (προοπτικά ή αναδρομικά) αλλά μόνο μία φορά.

Μελετώμενος πληθυσμός

Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 36 άτομα που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης τη χρονική περίοδο από 26 Ιουνίου 2017 έως 22 Μαρτίου 2019. Κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσε μόνο η παρακολούθηση του προγράμματος για λιγότερο από 7 ημέρες, χωρίς όμως να εμπίπτει τελικά κάποιο άτομο σε αυτήν την κατηγορία.

Στατιστική επεξεργασία

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές, τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕΜ) και οι ακραίες τιμές, ενώ οι διάμεσες τιμές, τα εκατοστιαία σημεία (ΕΣ) και οι ακραίες τιμές υπολογίστηκαν για τις μεταβλητές που δεν εμφάνιζαν κανονικότητα. Ο έλεγχος της υπόθεσης της κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία «Kolmogorov-Smirnov». Όσον αφορά στις διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή τους οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (n/N) συχνότητες. Για τη σύγκριση ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι «Pearson's X^2» με τη διόρθωση συνέχειας του Yates και «Fisher's exact», ανάλογα με το αν υπήρχαν επαρκείς παρατηρήσεις για τα κριτήρια του κάθε ελέγχου. Η δοκιμασία «Fisher's exact» χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση που το σύνολο των παρατηρήσεων σε κάποια κατηγορία ήταν ίσο με είκοσι (20) ή μικρότερο ή αν μία ή περισσότερες αναμενόμενες τιμές ήταν μικρότερες του πέντε (5). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο μελετώμενων ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος «Student's t» για ανεξάρτητες παρατηρήσεις, όταν τα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, και ο μη παραμετρικός έλεγχος «Mann-Whitney's U» για ανεξάρτητες παρατηρήσεις, όταν τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Ο έλεγχος για την ισότητα

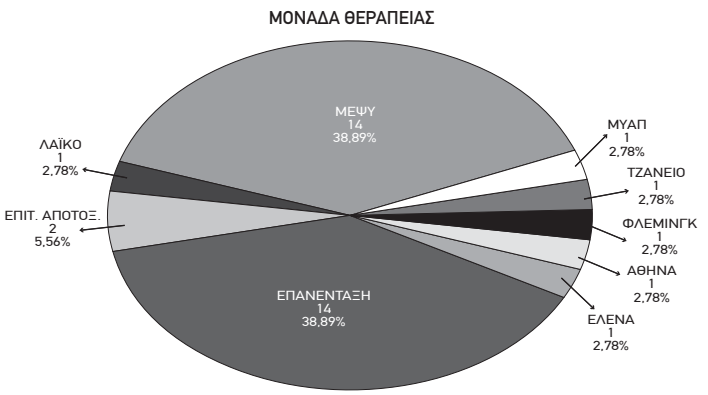
των διασπορών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία του «Levene». Οι στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά αποτελέσματα

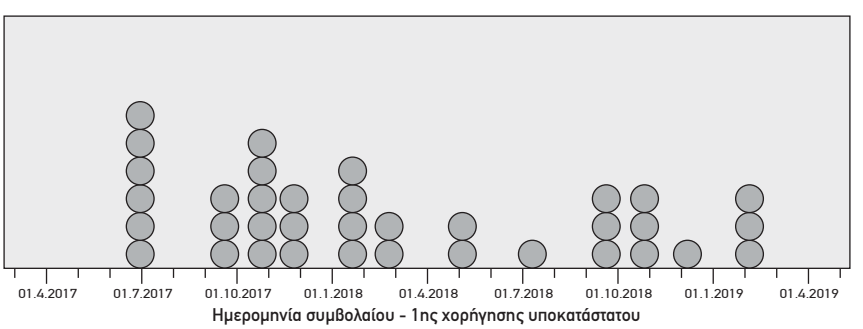
Γράφημα 1

Μονάδα θεραπείας στην οποία βρίσκονταν στις 22 Μαρτίου 2019, τα 36 άτομα που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ)



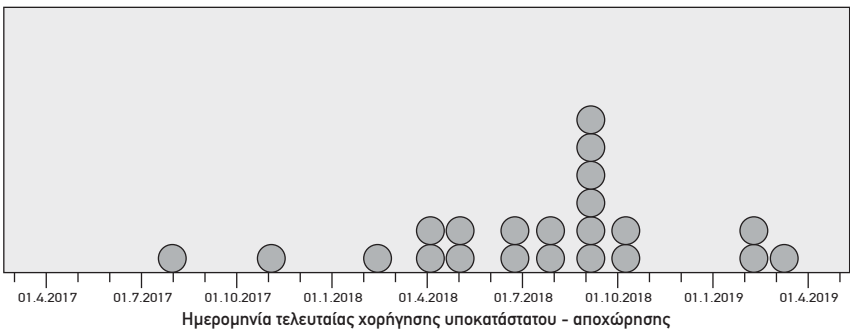
Γράφημα 2

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ημερομηνία εισαγωγής τους στο πρόγραμμα



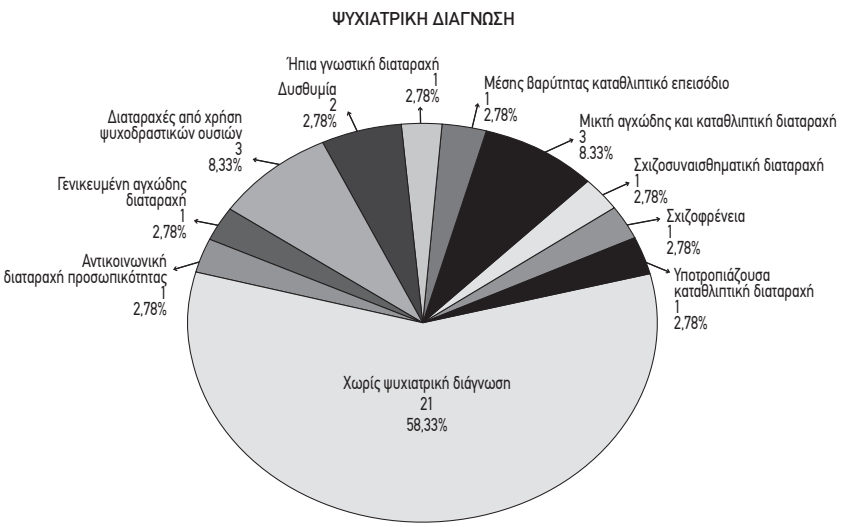
Γράφημα 3

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ημερομηνία που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα



Γράφημα 4

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ψυχιατρική τους διάγνωση



Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά των 36 ατόμων που εισήχθησαν στη ΜΕΨΥ έως τις 22 Μαρτίου 2019, τα οποία κωδικοποιήθηκαν ως ποσοτικές μεταβλητές

	N	Μέση τιμή	95% ΔΕΜ	Διάμεση τιμή	25ο & 75ο ΕΣ	Ελάχιστο & μέγιστο
Ημέρες έως την ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ	22	250	(191, 310)			(10, 442)
Ηλικία σε έτη	36			41	(39, 47)	(30, 62)
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας βουπρενορφίνης	33			2	(1, 6)	(0, 8)
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας μεθαδόνης	3			20	(20, 25)	(20, 25)
Ημέρες έως την 1η μείωση	31	93	(59, 126)			(0, 319)
Ημέρες έως την 2η μείωση	17	94	(60, 128)			(24, 243)
Ημέρες έως την 3η μείωση	12	67	(52, 83)			(38, 112)
Ημέρες έως την 4η μείωση	7	51	(20, 82)			(20, 100)
Ημέρες έως την 5η μείωση	5	35	(0, 71)			(13, 84)
Αριθμός μειώσεων δοσολογίας	36			1	(0, 3)	(0, 6)
Ημέρες έως τη διακοπής της κάνναβης	32			0	(0, 36)	(0, 177)
Συνολικός αριθμός υποτροπών	36			0	(0, 1)	(0, 4)

ΔΕΜ: Διάστημα Εμπιστοσύνης του Μέσου, ΕΣ: Εκατοστιαίο Σημείο, ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Ν: Μέγεθος μελετώμενης ομάδας πληθυσμού

Πίνακας 2

Χαρακτηριστικά των 36 ατόμων που εισήχθησαν στη ΜΕΨΥ έως τις 22 Μαρτίου 2019, τα οποία κωδικοποιήθηκαν ως διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές

	Αριθμός περιπτώσεων (n)	Μέγεθος μελετώμενης ομάδας (N)	Ποσοστό (n/N) %
Επιτυχής ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ	16	22	72,7%
Πρόσωπο αναφοράς			
Α	4	36	11,1%
Α & Γ	4		11,1%
Β	5		13,9%
Β & Δ	4		11,1%
Γ	14		38,9%
Δ	4		11,1%
Ε	1		2,8%
Φύλο		36	
Άντρας	27		75,0%
Γυναίκα	9		25,0%
Ψυχιατρική συνοσηρότητα	15	36	41,7%
Είδος υποκαταστάτου			
Βουπρενορφίνη	28	36	77,8%
Μεθαδόνη	3		8,3%
Κανένα	5		13,9%

ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

Είναι αξιοσημείωτο ότι το ποσοστό επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος της ΜΕΨΥ μέχρι τις 22 Μαρτίου 2019, ήταν περίπου 73% (16/22) και ότι τα 14 από τα 16 μέλη που ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα, συνέχισαν στη μονάδα της Κοινωνικής Επανένταξης (ΚΕ), όπως δείχνει και το Γράφημα 1. Εάν εξαιρεθεί ο πρώτος μήνας λειτουργίας της ΜΕΨΥ, όπου έγιναν έξι (6) συνολικά εισαγωγές, η είσοδος μελών φαίνεται να γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με ένα μικρό κενό κατά την περίοδο των εορτών της Πρωτοχρονιάς,

του Πάσχα και των καλοκαιρινών διακοπών (Γράφημα 2). Αντίθετα, όπως φαίνεται στο Γράφημα 3, τα μέλη επιλέγουν κυρίως τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο για να πραγματοποιήσουν το τελικό βήμα στη διακοπή του υποκατάστατου.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε 12 μήνες, κατά μέσο όρο τα μέλη ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της μονάδας σε περίπου 250 ημέρες (Πίνακας 1). Εξαίρεση αποτελούν τα έξι (6) άτομα που δεν ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και επέστρεψαν στις δομές προέλευσης. Συγκεκριμένα, για ένα τρίμηνο παρέμειναν στο πρόγραμμα τρία (3) άτομα, για δύο τρίμηνα τέσσερα (4) άτομα, για τρία τρίμηνα τέσσερα (4) άτομα, για τέσσερα τρίμηνα πέντε (5) άτομα και για πέντε τρίμηνα και αφού είχαν πάρει μία μικρή παράταση, έξι (6) άτομα. Μόνο σε μία περίπτωση, μέλος αποχώρησε πριν τους δύο μήνες και επέστρεψε στη 2η Μονάδα Υποδοχής Άμεσης Πρόσβασης (ΜΥΑΠ) από την οποία προερχόταν.

Όπως παρουσιάζεται στους Πίνακες 1 και 2, η ΜΕΨΥ απευθύνεται σε ένα μεγάλο εύρος ηλικιών (30-62 έτη), τόσο σε άντρες (75%) όσο και σε γυναίκες (15%) και οι οποίοι/-ες μπορεί να βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών με βουπρενορφίνη (78%), με μεθαδόνη (8%) ή ακόμη και να μην λαμβάνουν κανέναν υποκατάστατο (14%). Όσον αφορά στο ψυχιατρικό ιστορικό (Γράφημα 4), σχεδόν ένας στους δύο διαγνώστηκε από τον συνεργαζόμενο ψυχίατρο με κάποια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή και χρειάστηκε να ξεκινήσει, να συνεχίσει ή να τροποποιήσει τη θεραπευτική αγωγή του.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα για εισαγωγή στο πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε άτομα με ημερήσια δοσολογία 8mg βουπρενορφίνης και 25mg μεθαδόνης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, το 50% είχε αρχική ημερήσια δοσολογία ίση ή μικρότερη των 2mg βουπρενορφίνης. Όσον αφορά στα άτομα που λαμβάνουν μεθαδόνη, οι δύο (2) ξεκίνησαν με δοσολογία 25mg ενώ ο ένας (1) στα 20mg.

Αν εξαιρέσει κανείς τα πέντε (5) άτομα που δεν ελάμβαναν υποκατάστατο, στο διάστημα των δύο πρώτων εβδομάδων μείωσαν τη δοσολογία του υποκατάστατου δύο (2) άτομα, ενώ απ' την άλλη πλευρά, υπήρχε ένα άτομο που επιχείρησε την πρώτη μείωση μετά από 319 ημέρες. Κατά μέσο όρο, όπως δείχνει ο πίνακας 1, τα άτομα πραγματοποίησαν την 1η μείωση περίπου στις 93 ημέρες, τη 2η μετά από 94 ημέρες, την 3η μετά από άλλες 67, την 4η μετά από επιπλέον 50, την

5η μετά από άλλες 35 ημέρες, ενώ μόνο 1 άτομο χρειάστηκε και 6η μείωση δοσολογίας μετά από συνολικά 283 ημέρες.

Από τα 10 άτομα που έκαναν χρήση κάνναβης όταν ξεκίνησαν στη ΜΕΨΥ, μόνο τα δύο (2) δεν κατάφεραν να τη διακόψουν και να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, ενώ όσον αφορά στις υποτροπές σε όλες τις ουσίες, το 50% των ατόμων δεν είχε καμία υποτροπή και το 75% είχε έως μία (Πίνακας 1).

Αποτελέσματα στατιστικών ελέγχων συσχέτισης

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, το πρόσωπο αναφοράς φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά (p=0,009) με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος και την απεξάρτηση από το ίδιο το υποκατάστατο. Είναι χαρακτηριστικό ότι επτά (7) από τους οκτώ (8) θεραπευόμενους που ανέλαβε αποκλειστικά ο θεραπευτής Γ ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα, όπως επίσης και οι τέσσερις (4) που ανέλαβε προς το τέλος της πορείας τους, όταν χρειάστηκε να αποχωρήσει κάποιος άλλος θεραπευτής.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά (p=0,012) ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και σε όσους δεν τα κατάφεραν, είναι ο αριθμός των μειώσεων στη δοσολογία του υποκατάστατου. Κατά μέσο όρο, όσοι ολοκλήρωσαν με επιτυχία, επιχείρησαν περίπου δύο (2) περισσότερες μειώσεις. Αυτό δεν μπορεί να εξηγηθεί από το συνολικό χρόνο που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ή από το πότε ξεκίνησε η πρώτη μείωση ή από την αρχική δοσολογία υποκατάστατου, γιατί αυτές οι μεταβλητές δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης (p=0,975, p=0,985, p=0,714 αντίστοιχα).

Τέλος, στατιστικά σημαντικά (p=0,021) διέφερε ανάμεσα σε αυτούς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία και σε αυτούς που επέστρεψαν στις μονάδες προέλευσης ο συνολικός αριθμός των υποτροπών. Η διάμεση τιμή όσων τα κατάφεραν ήταν μηδέν υποτροπές, ενώ η αντίστοιχη τιμή όσων δεν τα κατάφεραν, ήταν ενάμιση.

Πίνακας 3

Συσχέτιση της επιτυχούς ολοκλήρωσης της ΜΕΨΥ με τις μεταβλητές των μελετώμενων χαρακτηριστικών των ατόμων

	Επιτυχής ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ			
	Ναι	Όχι	N	p-value
Πρόσωπο αναφοράς Α Α & Γ Β Β & Δ Γ Δ Ε	 100,0% 100,0% 20,0% - 87,5% - 0,0%	 0,0% 0,0% 80,0% - 12,5% - 100,0%	22	0,009[α]
Φύλο Άντρας Γυναίκα	 70,6% 80,0%	 29,4% 20,0%	22	>0,999[β]
Ψυχιατρική συννοσηρότητα Ναι Όχι	 77,8% 69,2%	 22,2% 30,8%	22	>0,999[β]
Είδος υποκαταστάτου Βουπρενορφίνη Κανένα	 73,7% 66,7%	 26,3% 33,3%	22	>0,999[β]
Ημέρες έως την ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ (μέση τιμή)	251,1	248,5	22	0,975[γ]
Ηλικία σε έτη (μέση τιμή)	41,8	46,1	22	0,184[γ]
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας (μέση τιμή)	2,9	2,5	22	0,714[γ]
Ημέρες έως την 1η μείωση (μέση τιμή)	103,6	102,8	22	0,985[γ]
Αριθμός μειώσεων δοσολογίας (μέση τιμή)	2,6	0,5	22	0,012[γ]

Ημέρες έως τη διακοπής της κάνναβης (διάμεση τιμή)	0	144	22	0,203[δ]
Συνολικός αριθμός υποτροπών (διάμεση τιμή)	0	1,5	22	0,021[δ]

ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, N: Μέγεθος μελετώμενης ομάδας πληθυσμού, p-value: παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
[α]: στατιστικός έλεγχος Pearson's X^2
[β]: στατιστικός έλεγχος Fisher's exact
[γ]: στατιστικός έλεγχος Student's t
[δ]: στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney's U

Συζήτηση

Το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ, ως μεταβατικός χώρος θεραπείας με στόχο την απεξάρτηση φαίνεται ότι αποτελεί πολύ αποτελεσματική στρατηγική για την τελική διακοπή του υποκατάστατου και την πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Το ποσοστό επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος μέχρι τις 22 Μαρτίου 2019 ήταν περίπου 73%, το οποίο είναι υψηλό τόσο συγκρινόμενο με δομές θεραπείας υποκατάστασης όσο και με δομές προεπανένταξης (Alderks, 2013).

Αυτό το υψηλό ποσοστό πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός της εθελοντικής συμμετοχής σε μία δομή με σαφές πλαίσιο, του οποίου κύρια χαρακτηριστικά είναι ο στόχος της απεξάρτησης, η αναγκαία και αδιαπραγμάτευτη συμμετοχή του θεραπευόμενου σε ατομικές και ομαδικές συνεδρίες, η συγκεκριμένη χρονική περίοδος αξιοποίησης του προγράμματος και τα μικρά περιθώρια υποτροπών. Η σαφήνεια του πλαισίου, ωστόσο, δεν το καθιστά άτεγκτο και αδιάλλακτο. Ο ρυθμός μείωσης του υποκατάστατου, η ευελιξία στη συχνότητα των ατομικών συνεδριών [από μία (1) έως και τρεις (3) εβδομαδιαίως], τα ατομικά συμβόλαια που ρυθμίζουν την *απόλαυση* (με τη λακανική έννοια του όρου) με σεβασμό στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του θεραπευόμενου, αποτελούν παραμέτρους που τον εμπλέκουν αναπόφευκτα στη θεραπευτική διαδικασία και επομένως και στους όρους διακοπής της ουσίας υποκατάστασης. Το πλαίσιο αυτό σε σχέση με τη συναίνεση και το αίτημα του ασθενούς για μετάβαση στο στάδιο της απεξάρτησης, φαίνεται να αποτελούν

τους βασικούς λόγους επιτυχίας του προγράμματος. Είναι, επίσης, αξιοσημείωτο ότι περίπου το 88% των μελών που ολοκλήρωσε με επιτυχία το πρόγραμμα, συνέχισε στη μονάδα της Κοινωνικής Επανένταξης. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι η ΜΕΨΥ έχει έναν de facto προεπανενταξιακό ρόλο.

Εάν εξαιρεθεί ο πρώτος μήνας λειτουργίας της ΜΕΨΥ, όπου έγιναν συγκεντρωμένες αρκετές εισαγωγές, η είσοδος στο πρόγραμμα παρατηρήθηκε ότι γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με ένα μικρό κενό κατά την περίοδο των εορτών της Πρωτοχρονιάς, του Πάσχα και των καλοκαιρινών διακοπών. Το κάθε μέλος φαίνεται να διαλέγει το δικό του προσωπικό χρόνο για να επιχειρήσει το επόμενο βήμα στην πορεία του προς τη διακοπή του φαρμάκου και την κοινωνική επανένταξη. Αυτό κάνει αναγκαία την ύπαρξη μιας εξειδικευμένης δομής που θα είναι έτοιμη καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου να ανταποκριθεί στα αιτήματα εισαγωγής χωρίς να ματαιώνει το θεραπευτικό αίτημα λόγω φόρτου εργασίας, κορεσμού θέσεων, έλλειψης προσωπικού, χώρων ή υλικοτεχνικής υποδομής.

Αντίθετα, τα μέλη επιλέγουν κυρίως τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο για να πραγματοποιήσουν το τελικό βήμα στη διακοπή του υποκατάστατου. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί οι καλοκαιρινοί μήνες συνδυάζονται με άδεια από την εργασία, θαλάσσιο ή ορεινό τουρισμό, ταξίδια κ.α. Μία εξειδικευμένη δομή, όπως η ΜΕΨΥ έχει ως στόχο να υποστηρίζει με ομαδικές και ατομικές συνεδρίες την απόφαση των μελών να πραγματοποιήσουν με επιτυχία το βήμα προς την πλήρη διακοπή του υποκατάστατου καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και ιδιαίτερα κατά την περίοδο των καλοκαιρινών μηνών που συνήθως άλλες δομές «υπολειτουργούν» λόγω καλοκαιρινής άδειας του προσωπικού.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε δώδεκα (12) μήνες –ενώ παρέχεται επιπλέον και η δυνατότητα για μία ολιγόμηνη παράταση εάν συντρέχει κάποιος θεραπευτικός ή άλλος σημαντικός λόγος– παρατηρήθηκε ότι τα μέλη ολοκληρώνουν το πρόγραμμα, κατά μέσο όρο, περίπου τέσσερις (4) μήνες νωρίτερα. Αυτό είναι αξιοσημείωτο, δεδομένου ότι αρκετά άτομα βρίσκονταν πριν τη ΜΕΨΥ σε άλλες μονάδες του ΟΚΑΝΑ για πολλά έτη.

Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι η ύπαρξη ενός συγκεκριμένου χρονικού ορίζοντα για την ολοκλήρωση του προγράμματος,

διαφαίνεται να κάνει το πρόγραμμα αυτό πιο αποτελεσματικό στην επιτυχή διακοπή του υποκατάστατου σε σχέση με άλλες δομές απεξάρτησης.

Όσον αφορά στα άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ, στην πλειονότητά τους ήταν άνδρες, όπως παρατηρείται και στα περισσότερα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ, είχαν ένα μεγάλο εύρος ηλικιών και βρίσκονταν σε θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών, κυρίως με βουπρενορφίνη. Υπήρχαν όμως και λίγες περιπτώσεις που παρακολούθησαν το πρόγραμμα χωρίς να λαμβάνουν υποκατάστατο. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, η εξατομικευμένη προσέγγιση φαίνεται να είναι πιο κατάλληλη στρατηγική, εφόσον η διαφορετικότητα των περιστατικών συνεπάγεται διαφορετικό χρόνο σε δομές του ΟΚΑΝΑ, διαφορετικό ιατρικό νοσημάτων και διαταραχών, διαφορετικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο αλλά και διαφορετική κοσμοαντίληψη και κουλτούρα. Όσον αφορά συγκεκριμένα στο ψυχιατρικό ιστορικό, είναι χαρακτηριστικό ότι σχεδόν ένας στους δύο διαγνώστηκε από τον συνεργαζόμενο ψυχίατρο με κάποια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή και χρειάστηκε να ξεκινήσει, να συνεχίσει ή να τροποποιήσει τη θεραπευτική αγωγή του.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα για εισαγωγή στο πρόγραμμα της ΜΕΨΥ με ημερήσια δοσολογία 8mg βουπρενορφίνης, το 50% είχε αρχική ημερήσια δοσολογία ίση ή μικρότερη των 2mg. Μπορεί να υποθέσει κανείς βάσιμα, ότι υπάρχει στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης ένας πληθυσμός σε χαμηλή δοσολογία υποκατάστασης, ο οποίος για διάφορους λόγους δεν επιχειρεί τον μηδενισμό της δοσολογίας και την απεξάρτηση από το υποκατάστατο. Στόχος της ΜΕΨΥ είναι να υποστηρίξει την προσπάθεια αυτού του πληθυσμού να απεξαρτηθεί σωματικά και ψυχολογικά από τη θεραπεία υποκατάστασης και να προχωρήσει στην ΚΕ και τελικά στη ζωή έξω από τις δομές και τις υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ.

Παρότι τα περισσότερα άτομα ξεκίνησαν με ήδη χαμηλή δοσολογία χορήγησης, είναι αξιοπρόσεκτο ότι η πλειονότητα πραγματοποίησε περισσότερες από μία μειώσεις της δοσολογίας του υποκατάστατου κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στη ΜΕΨΥ. Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν για άλλη μία φορά ότι το κάθε άτομο ακολουθεί το δικό του ρυθμό μέσα στο δεδομένο χρονικό πλαίσιο του ενός έτους. Συνεπώς, μία εξατομικευμένη προσέγγιση φαίνεται πιο ορθολογική για την υποστήριξη της απεξάρτησης του κάθε ατόμου.

Όσον αφορά στην κάνναβη, μόνο το 20% όσον ξεκίνησαν τη ΜΕΨΥ και έκαναν χρήση δεν κατάφερε να τη διακόψει και να ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Τα άτομα αυτά, όμως, δεν εξέφρασαν την επιθυμία να τη διακόψουν, δεν το προσπάθησαν, ενώ δεν παρακολούθησαν και την αντίστοιχη ομάδα διακοπής της κάνναβης.

Στις περιπτώσεις που το άτομο ξεκίνησε να παρακολουθεί το πρόγραμμα, ενώ έκανε κάνναβη, δεν υπολογίστηκε η χρήση αυτή σαν υποτροπή για την παρούσα μελέτη. Όπως, επίσης, δεν υπολογίστηκε ως υποτροπή η χρήση βενζοδιαζεπινών μετά από συνταγογράφηση σε ένα άτομο με διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή και ιστορικό νοσηλειών σε ψυχιατρική κλινική. Όλες οι άλλες περιπτώσεις υπολογίστηκαν ως υποτροπές. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, το 75% είχε μία ή καμία υποτροπές σε όλες τις ουσίες.

Παρότι το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού ήταν σχετικά μικρό, η χρησιμοποίηση ποσοτικών μεταβλητών και ορθολογικών κατηγοριοποιήσεων στις διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές επέτρεψε να αναδειχθούν ορισμένες στατιστικές συσχετίσεις οι οποίες έχουν πολύ μικρή πιθανότητα (p-value) να οφείλονται στην τύχη.

Το πρώτο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι το πρόσωπο αναφοράς φαίνεται να σχετίζεται με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος και την απεξάρτηση από το ίδιο το υποκατάστατο. Είναι χαρακτηριστικό ότι το πρόσωπο αναφοράς που ανέλαβε τα περισσότερα περιστατικά, είχε και το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων που ολοκλήρωσαν επιτυχώς το πρόγραμμα. Η σχεδόν 100% αποτελεσματικότητα αυτή ίσως συνδέεται με το γεγονός ότι ο θεραπευτής αυτός είναι ο μόνος που συνεχίζει στη ΜΕΨΥ από την αρχή της λειτουργίας της. Είναι αρκετά τεκμηριωμένο στη βιβλιογραφία ότι ένας από τους πιο ισχυρούς προσδιοριστές για την επιτυχή πορεία των μελών σε προγράμματα απεξάρτησης και μείωσης της βλάβης, είναι το σταθερό πλαίσιο και περιβάλλον λειτουργίας του προγράμματος (Alderks, 2013). Εάν αυτό δε μπορεί να εξασφαλιστεί τότε κάθε προσπάθεια για συγκράτηση των μελών και επιτυχή ολοκλήρωση των προγραμμάτων μπορεί να υποβαθμιστεί.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και σε όσους δεν τα κατάφεραν είναι ο αριθμός των μειώσεων στη δοσολογία του υποκατάστατου. Αυτό το εύρημα δεν μπορεί να εξηγηθεί από το συνολικό χρόνο που τα άτομα παρακολούθησαν το πρόγραμμα

ή από το πότε ξεκίνησαν την πρώτη μείωση ή από την αρχική δοσολογία υποκατάστατου, γιατί αυτές οι μεταβλητές δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης. Φαίνεται ότι όσοι τα κατάφεραν προτίμησαν να κάνουν πολλές μικρές μειώσεις παρά λίγες μεγάλες. Η κατάτμηση ενός δύσκολου στόχου σε επιμέρους ευκολότερα σκαλοπάτια είναι μία ορθολογική στρατηγική επίλυσης προβλημάτων που συχνά φέρνει αποτέλεσμα σε πολλούς τομείς της ζωής.

Τέλος, στατιστικά σημαντικά διέφερε ανάμεσα σε αυτούς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία και σε αυτούς που επέστρεψαν στις μονάδες προέλευσης, ο συνολικός αριθμός των υποτροπών. Αυτό, όμως, είναι κάτι αναμενόμενο και συνηγορεί στην εγκυρότητα της μελέτης παρά τον μικρό μελετώμενο πληθυσμό. Σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας της ΜΕΨΥ και το θεραπευτικό συμβόλαιο που αποδέχονται κατά την εισαγωγή, κάποιος που μπαίνει σε αλλεπάλληλες φάσεις υποτροπών, επιστρέφει στη μονάδα προέλευσης και μπορεί να επιχειρήσει μία νέα προσπάθεια διακοπής της παράλληλης χρήσης και της χορήγησης υποκατάστατου σε μεταγενέστερο χρόνο.

Περιορισμοί της έρευνας

Ο πιλοτικός χαρακτήρας της μελέτης αλλά και το μικρό μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού λόγω της φύσης της ΜΕΨΥ *(εθελοντικός χαρακτήρας προσέλευσης των μελών, παραπομπές από τις άλλες μονάδες του ΟΚΑΝΑ και μη ύπαρξη άλλης δομής στην Ελλάδα με τα ίδια χαρακτηριστικά)* περιόρισε τη μελέτη περισσότερων και πιο σύνθετων μεταβλητών που μπορεί να εμπλέκονται στην επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος, όπως τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής προσέγγισης, το προφίλ των θεραπευτών, το αίτημα των θεραπευομένων, η ικανότητα διαχείρισης του άγχους, η ψυχική ανθεκτικότητα κ.ά.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Σπάρος, Λ., Γαλάνης, Π., Ζάχος, Ι. και Τσιλίδης, Κ. (2004). *Επιδημιολογία Ι*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Ξενόγλωσση

Adelman, S. A. (1985). Pills as transitional objects: A dynamic understanding of the use of medication in psychotherapy. *Psychiatry*, 48, pp. 246–253.

Alderks, C.E. (2013). *Trends in the use of methadone and buprenorphine at substance abuse treatment facilities: 2003 to 2011. The CBHSQ Report*. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins

Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction*, 93, pp. 515-532.

McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E. and Obrien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959.

Potik, D., Adelson, M. and Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80 (2), pp. 311-325.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. and O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1302-1308.

Schlierf, C. (1983). Transitional objects and object relationship in a case of anxiety neurosis. *International Review of Psychoanalysis*, 10, pp. 319-332.

Sees, K. L., DeLucchi, K. L., Masson, C., Rosen, P., Clark, H. W., Robillard, H., et al. (2000). Methadone maintenance vs. 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. *Journal of the American Medical Association*, 283, pp. 1303-1310.

Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*, 22, pp. 233-245.

Hausner, R. S. (1985). Medication and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 11, pp. 375-398.

Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, pp. 89-97.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 585-595.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ: ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ. Η ΟΙΟΝΕΙ-ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΙΝΗΤΡΩΝ

*Ελευθερία Ζαμπουρίδου**

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη διερεύνηση των κινήτρων για αλλαγή στη συμπεριφορά των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών, που είναι μέλη θεραπευτικών προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ και έχουν εκτεθεί στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται αν η οιονεί-υποχρεωτική θεραπεία και η συνεργασία με το υπάρχον θεραπευτικό σύστημα μπορούν να λειτουργήσουν ως αποτελεσματικές στρατηγικές με σκοπό να αποφευχθεί η αρνητική συμπεριφορά των ατόμων αυτών.

Η οικονομική ύφεση δρα ανασταλτικά. Η ευαίσθητη αυτή κοινωνική ομάδα τόσο των δραστών-χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών όσο και των οικογενειών τους παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες σε παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής περίθαλψης με αποτέλεσμα να καθίστανται περισσότερο ευάλωτοι σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αντιμετωπίζουν δυσχερείς κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, όπως είναι ο κοινωνικός στιγματισμός, η ανεργία, τα χρόνια προβλήματα υγείας, σωματικά ή και ψυχικά, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη κοινωνικού δικτύου στήριξης που συνδυαστικά με την οικονομική κρίση τους απομονώνει και τους περιθωριοποιεί.

---

* Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης ΟΚΑΝΑ Καβάλας.

Ωστόσο, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, είναι συχνή τακτική η λήψη μέτρων, όπως η μείωση των εξόδων του δημοσίου τομέα, συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας και των οργανισμών υγείας, οι οποίοι πρέπει να μειώσουν τα λειτουργικά τους κόστη και να ελέγχουν σημαντικά τις δαπάνες τους. Επίσης, η οικονομική κρίση επιφέρει και αρνητικές συνέπειες στην υγεία, με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική υγεία, προβλήματα εθισμού, πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυμένες υπηρεσίες υγείας (Stuckler et al., 2009). Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η ανεργία στη χώρα μας το 2008 ανήλθε στο 7,4%, ενώ το 2012 στο 12,5% του πληθυσμού. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ανεργία σχετίζεται άμεσα με ψυχολογικές συνέπειες όπως αύξηση ανησυχίας, άγχος, κατάθλιψης, κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, μέχρι και αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονίες (Karanikolos et al., 2013· Polyzos, 2012).

Στην Ελλάδα, πολλοί οργανισμοί του δημόσιου τομέα, όπως οι οργανισμοί υγείας, ευρίσκονται κάτω από συνθήκες πίεσης, καθώς τα ποσοστά ανεργίας, το εργασιακό άγχος, η συνεχόμενη απώλεια θέσεων εργασίας και το κύμα μετανάστευσης νέων επιστημόνων στο εξωτερικό αυξάνονται συνεχώς (Κυριόπουλος και Τσάντου, 2010). Σε έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει στην Ελλάδα, φαίνεται πως υπάρχει έντονη συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Η οικονομική κρίση ανάγκασε τους πολίτες να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας, ενώ μικρή ικανοποίηση καταγράφεται από τους χρήστες των υπηρεσιών, με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση (ΔιαΝεοσις, 2016, σελ. 9).

Ο δείκτης Σωματικής Υγείας της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) μειώνεται σημαντικά στην περίοδο 2013-2015 για τους άνδρες και τις γυναίκες. Όσον αφορά στον δείκτη Ψυχικής Υγείας, παρατηρείται σημαντική μείωση στο διάστημα 2010-2015 και για τα δύο φύλα, άνδρες και γυναίκες. Η χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία (SHR) εμφανίζεται πιο συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανέργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, σε αντίθεση με τους άνδρες, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλότερο εισόδημα (ΔιαΝεοσις, 2016, σελ. 6). Ευρήματα έχουν δείξει ότι μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώ-

χιας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία και, ειδικότερα, ότι έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από αυτά που δεν βρίσκονται σε τέτοιο κίνδυνο. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) έχουν αυξηθεί και ήδη διαφαίνονται δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας υγείας είναι ήδη αντιμέτωπος με παρόμοια προβλήματα (Dubois and Anderson, 2013). Προβλήματα έχουν, επίσης, ανακύψει και στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ιδιαίτερα των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες (OECD, 2009).

Πάρ' όλα αυτά η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης καθώς και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας παρά τις ελλείψεις τους, η ενσυναίσθηση και οι υπερπροσπάθειες του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού συνιστούν θετικά στοιχεία για την Ελλάδα, καθώς είναι σε θέση να απορροφήσουν τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν, κατά το δυνατόν, τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις έχουν μειώσει το ποσοστό της φτώχιας. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν >40% του εισοδήματός τους εξαιτίας ενός αιφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος (Dubois and Anderson, 2013).

Μεταξύ των συμπερασμάτων μελέτης της ΔιαΝεοσις (2016) «*Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*» από τις καλές επιδόσεις στην Ελλάδα ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων. Παρόλα αυτά δεν παρουσιάζει επιδείνωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων συνολικά την περίοδο 2006-2015 (ΔιαΝεοσις, 2016, σελ. 336-338).

Παρότι το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει περάσει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης να διαφαίνονται στην παγκόσμια, αλλά και ελληνική οικονομία, είναι αρκετά τα θέματα τα οποία πρέπει να διευθετηθούν. Το ασταθές οικονομικό περιβάλλον και οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης, τόσο στους κοινωνικούς θεσμούς όσο και στους οργανισμούς κοινωνικής μέριμνας και υγείας, όπου βρέθηκαν αντιμέτωποι με την επείγουσα λήψη μέτρων προκειμένου να επιβιώσουν, είναι κατασταλτικοί παράγοντες. Ωστόσο, είναι πιθανό εν τέλει η οικονομική κρίση να επιφέρει θετικά αποτελέσματα, κατευθύνοντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, κοινωνική αλληλεγγύη και στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, η εργασία μέσα από την επισκόπηση του νόμου περί ναρκωτικών, Ν. 4139/2013, τη θεωρία της θεραπευτικής δικαιοσύνης και της οιονεί – υποχρεωτικής θεραπείας, τη μελέτη των κινήτρων αλλαγής, καθώς και μέσα από ποιοτική έρευνα προσπαθεί να δώσει φωνή στις ανάγκες του χρήστη ουσιών που είναι σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα, αλλά και να αναδείξει την ανάγκη συνεργασίας και δημιουργίας διεπιστημονικής ομάδας μεταξύ των δύο φορέων δικαστικού και θεραπευτικού.

Θεωρητική επισκόπηση

Είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός ότι ο Ν. 4139/2013, νόμος περί ναρκωτικών, όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 4322/2015, δίνει έμφαση στην ανάγκη για θεραπευτική προσέγγιση των εξαρτημένων δραστών, με στόχο την πλήρη (σωματική και κυρίως ψυχική) απεξάρτησή τους από τις ναρκωτικές ουσίες, η οποία υπερτερεί της κατασταλτικής και τιμωρητικής λογικής. Έτσι, στα άρθρα 31-35 του Ν. 4139/2013 παρέχονται κίνητρα και μια σειρά ευεργετικών μέτρων σε όσους παρακολουθούν και ολοκληρώνουν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Βέβαια η πολιτεία, ήδη με το Ν.Δ. 743/1970, τους αναγνώριζε ως «άρρωστους δράστες», όμως, οι αυστηρές ποινές που επιβάλλονταν τα προηγούμενα χρόνια δεν επέφεραν θετικά αποτε-

λέσματα όσον αφορά στο παράνομο εμπόριο και στη χρήση ουσιών (Χάιδου, 2016, σελ. 81-103· Κουκουτσάκη, 2002, σελ. 121).

Η ελληνική νομοθεσία, προσπαθώντας να εναρμονιστεί με τις διεθνείς νομοθετικές επιταγές, αλλά και σύμφωνα με τις αρχές του ποινικού μας δικαίου περί καταλογισμού και ευθύνης, επιφυλάσσει μεν αυστηρή αντιμετώπιση όσον αφορά στους εμπόρους ναρκωτικών, αλλά εφόσον πρόκειται για εξαρτημένους δράστες που εμπλέκονται στο σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης, υιοθετεί παράλληλα με τις στερητικές της ελευθερίας ποινές και εναλλακτικά θεραπευτικά μέτρα, δίνοντας τη δυνατότητα της απεξάρτησης και θεραπείας σε όσους το επιθυμούν. Οι παρεμβάσεις αυτές δεν είναι μόνο ανθρωπιστικά και κοινωνικά αναγκαίες, αλλά και οικονομικά αποδοτικότερες, καθώς το κόστος φυλάκισης είναι υψηλότερο από αυτό της θεραπείας. Το κόστος παραμονής ενός ατόμου στη φυλακή είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κόστος παραμονής του σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής και οκτώ φορές μεγαλύτερο από ένα πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εντός της κοινωνίας. Επίσης, χωρίς κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, μετά την αποφυλάκιση τα ποσοστά υποτροπής στη χρήση και το έγκλημα είναι υψηλά (Πουλόπουλος, 2011, σελ. 257).

Στα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης των κρατών-μελών της ΕΕ, όπως Βέλγιο, Φιλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, σημειώνονται καινοτομίες με την καθιέρωση έγκαιρων παρεμβάσεων και εναλλακτικών λύσεων αντί της δίωξης. Οι έγκαιρες παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη της εγκληματικότητας από τα πρώτα στάδια εκδήλωσής της. Ένα από τα μέτρα που συνήθως εφαρμόζεται σε όλα τα κράτη-μέλη είναι η αποφυγή ή η καθυστέρηση της πρώτης ποινής φυλάκισης και η ώθηση των νέων από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης σε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα θεραπείας, στοχεύοντας στην κοινωνική επανένταξη και στην προαγωγή της υγείας. Άλλες παρεμβάσεις είναι η παραπομπή σε κοινωνική εργασία ή οιονεί-υποχρεωτική θεραπεία εκτός φυλακής, όπου δίνεται στον δράστη-χρήστη ουσιών η επιλογή φυλάκισης ή θεραπείας υπό δικαστική επιτήρηση, άρα ημι-εθελούσια επιλογή. Ως οιονεί-υποχρεωτική θεραπεία ορίζονται τα εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης, τα οποία θεσπίζονται στο πλαίσιο αναθεωρήσεων του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, βάσει της παραδοχής ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι καταλληλότερες, δεδομένων των ιδι-

αίτερων αναγκών π.χ. ομάδων δραστών όπως οι ασθενείς-χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών (ΕΚΠΝΤ, 2004, σελ. 73).

Τα ποινικά δικαστήρια θεραπείας από τα ναρκωτικά, *Drug Treatment Courts*, είναι ακόμα μία καινοτομία στο σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης, αποτρέποντας, ειδικότερα τους νεαρούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, να έλθουν σε επαφή με τον εγκληματικό υπόκοσμο των φυλακών (EMCDDA, 2003). Έρευνες (Marchand et al., 2006· Barton, 2007· Spohn et al., 2001· Granfield, Eby and Brewster, 1998) αποδεικνύουν ότι η υποτροπή, τόσο στην χρήση ουσιών όσο και στην εγκληματικότητα που συνδέεται με την εξάρτηση, καθώς και η περιστρεφόμενη πόρτα: ναρκωτικά – έγκλημα – φυλακή – αποφυλάκιση – ναρκωτικά – έγκλημα, μειώνονται δραματικά όπου λειτουργούν Δικαστήρια Θεραπείας της εξάρτησης από τα Ναρκωτικά (ΔΘΝ) (Randall, 2010).

Ο τρόπος απονομής της δικαιοσύνης ως αμιγές τιμωρητικό σύστημα δημιουργεί πολλά προβλήματα, έτσι ώστε να υιοθετούνται εναλλακτικές μορφές απονομής δικαιοσύνης, όπως είναι η θεραπευτική δικαιοσύνη *(Therapeutic Jurisprudence – TJ)*, όρος που προτάθηκε αρχές του 1990, από τον D. Waxler και B. Winick.[1] Η θεραπευτική δικαιοσύνη μελετάει τον ρόλο του δικαίου ως θεραπευτικού παράγοντα και εστιάζει στο συγκινησιακό και ψυχικό κόσμο του ανθρώπου προσφέροντας μια πρόταση διαλόγου με την κοινωνικά ευαισθητοποιημένη δικαιοσύνη και τη συμμετοχική δικαιοσύνη. Η συμμετοχική δικαιοσύνη έχει ως στόχο να συμμετέχουν στη λύση του προβλήματος τα άτομα που θίγονται από μια διαφορά, σε πλαίσιο μη κατηγορηματικό, προκειμένου να προσδιοριστούν οι αξίες που βρίσκονται πίσω από τους κανόνες. Οι δύο κύριες μορφές της είναι η επανορθωτική δικαιοσύνη όσον αφόρα στον ποινικό τομέα και η συναινετική όσον αφόρα στον αστικό (Μαγγανάς, 2006, σελ. 303).

Τα βασικά στοιχεία για τις εναλλακτικές μορφές απονομής δικαιοσύνης και την ανάπτυξη των εναλλακτικών αυτών μέτρων είναι η διαμεσολάβηση και η αποκατάσταση σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών. Κατά κύριο λόγο συνίσταται παροχή θεραπείας, η οποία έχει αποδει-

1. D.Wexler και B.Winick (1991) στο βιβλίο τους «*Essays in Therapeutic Jurisprudence*».

χθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση της χρήσης ουσιών αλλά και της εγκληματικότητας (Stevens et al., 2003).

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της αποκαταστατικής προσέγγισης, το έγκλημα δεν πρέπει να ερμηνεύεται μόνο ως παραβίαση ενός ποινικού νόμου, για την οποία το κράτος αναλαμβάνει να τιμωρήσει το άτομο. Το έγκλημα, και στην προκειμένη περίπτωση η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, επιφέρει «διάρρηξη» κοινωνικού δεσμού και έχει κοινωνικές συνέπειες, βλάπτει τις διαπροσωπικές σχέσεις και προκαλεί πόνο τόσο στον χρήστη και την οικογένεια του, όσο και στην κοινωνία (Zehr, 1990). Με τον όρο «αποκατάσταση» ή «επανόρθωση» δεν εννοείται η επαναφορά στην προ του εγκλήματος κατάσταση, αλλά ενθαρρύνεται η έμπρακτη ενεργή ανάληψη της ευθύνης της πράξης από τον χρήστη ουσιών και όχι η «παθητική» απόδοση ευθύνης από το δικανικό σύστημα. Η «αποκαταστατική δικαιοσύνη» θεωρεί ότι μια συγκρουσιακή σχέση, είναι κτήμα των εμπλεκομένων και επικεντρώνεται ταυτόχρονα στο θύμα, στον δράστη και στην κοινότητα, στοχεύοντας στη δημιουργία μιας αρμονικής σχέσης μεταξύ του θύματος, του δράστη και της τοπικής κοινότητας (Van Ness, 1993).

Σύμφωνα με τον Ricoeur (1995), το «κατά – δικάζειν» οφείλει να αποβλέπει μακροπρόθεσμα στο να επανοικοδομήσει και να αποκαταστήσει την κοινωνική ειρήνη, να προστατεύει τα έννομα αγαθά των πολιτών, αλλά και να διαφυλάσσει τα ανθρώπινα δικαιώματα των κρατουμένων. Είναι γενικά αποδεκτό ότι, εκτός των άλλων, ο κοινωνικός αποκλεισμός ενισχύει την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την έλλειψη εμπιστοσύνης στις προσωπικές ικανότητες, την πιτοπάθεια και γενικά την μοιρολατρική στάση απέναντι στο μέλλον (Csiernik, 2016). Ο στιγματισμός, ο αποκλεισμός από βασικά κοινωνικά αγαθά και δικαιώματα που θεωρούνται προϋποθέσεις αξιοπρεπούς διαβίωσης, η πρόσβαση στη νόμιμη αγορά εργασίας, στην εκπαίδευση, στις υπηρεσίες υγείας, είναι παράγοντες καθοριστικοί για την σωματική και ψυχική υγεία των ευάλωτων πολιτών, όπως είναι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών (UKDPC, 2012). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της έχουν επηρεάσει τομείς της ζωής μας, μεταξύ άλλων και τον τομέα της υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και σε άλλες χώρες της ΕΕ που βίωσαν την ίδια οικονομική κατάσταση, έχουν ήδη επιδεινώσει τις συνθήκες ζωής και την καθημερινότητα των πολιτών δημιουργώ-

ντας ένα περιβάλλον ανασφάλειας και αβεβαιότητας για το παρόν και το μέλλον και έχουν οξύνει το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών καθώς οι υπάρχοντες χρήστες έχουν στραφεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές.

Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν τα κίνητρα για αλλαγή στη συμπεριφορά των ασθενών-χρηστών. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται αν η οιονεί – υποχρεωτική θεραπεία και η αποκαταστατική δικαιοσύνη είναι αποτελεσματικές στρατηγικές, ώστε να αποφευχθεί η αρνητική συμπεριφορά των ασθενών-χρηστών, καθώς και ποιες δυσκολίες και ποιες αλλαγές ίσως χρειαστεί να γίνουν. Διερευνώνται, επίσης, οι δυσκολίες και οι αλλαγές που ίσως χρειαστεί να γίνουν, τόσο στο νομοθετικό πλαίσιο, όσο και στο πλαίσιο των θεραπευτικών προγραμμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότερη διαχείριση των δραστών που είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες. Ο δράστης-χρήστης ψυχοτρόπων ουσιών, λόγω της πολυπαραγοντικότητας της εξάρτησης, χρήζει εξατομικευμένης προσέγγισης μέσω εξειδικευμένων υπηρεσιών και για το λόγο αυτό υπάρχει ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας των δυο συστημάτων, δικαστικού και θεραπευτικού.

Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διακρίνονται σε εκ των προτέρων σχηματισμένες θεματικές κατηγορίες, ως ακολούθως:

Α. Ποια είναι η αντίληψη και τα βιώματα των εμπλεκόμενων ομάδων, είτε άμεσα, μέσα από την ίδια τους την εμπειρία, είτε έμμεσα μέσα από την εργασιακή τους θέση, τόσο στο θεραπευτικό, όσο και στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης;

Β. Ποια τα κίνητρα αλλαγής; Κατά πόσο το ποινικό σύστημα με την απειλή της «τιμωρίας» μπορεί να επιδράσει στην διαδικασία αλλαγής; Κατά πόσο θα ήταν χρήσιμη η «ημι-υποχρεωτική» θεραπεία ως ένα ενδιάμεσο στάδιο μετάβασης από την «αναγκαστική» υπα-

κοή για αποφυγή της φυλάκισης στην συνειδητή αλλαγή μέσα από ώριμη σκέψη και κρίση; Είναι εφικτή η μετατροπή ενός εξωγενή παράγοντα πίεσης για διακοπή χρήσης και συμμόρφωση με τον «νόμο», σε ενδογενές κίνητρο για αλλαγή;

Γ. Ποιες οι δυσκολίες των εμπλεκομένων ομάδων, που προκύπτουν από το υπάρχον σύστημα σχετικά με την παρακολούθηση ή την παραπομπή σε θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς και την διαχείριση των υποτροπών και ποιες οι προτάσεις για την αντιμετώπιση αυτών.

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες επελέγησαν ακολουθώντας την τεχνική του δείγματος ευκολίας. Τα πλεονεκτήματα του δείγματος ευκολίας αφορούν στη διαθεσιμότητα των ατόμων, σε συγκεκριμένη ώρα και τόπο, ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμα. Με αυτό τον τρόπο, το κόστος της έρευνας είναι χαμηλό και εύκολο να βρεθούν οι συμμετέχοντες. Τα μειονεκτήματα του δείγματος ευκολίας είναι η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληπτικών απαντήσεων και η χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού (Παρασκευόπουλος, 1999).

Το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι δεκαπέντε (15) άτομα. Οι πέντε (5) από αυτούς είναι ασθενείς-χρήστες που έχουν περάσει από τη διαδικασία του ποινικού (διαφορετικά στάδια της διαδικασίας), είναι ασθενείς μονάδων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ που βρίσκονται στη φάση αποκατάστασης. Η φάση αποκατάστασης περιγράφεται όπως παρακάτω: *«κύριος στόχος της φάσης αποκατάστασης είναι να ενδυναμώσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα μεγάλα προβλήματα της ζωής τους –χρήση αλκοόλ, ιατρικά προβλήματα, συνοδές διαταραχές, εργασιακές και εκπαιδευτικές ανάγκες, οικογενειακά προβλήματα, νομικά θέματα–, που μπορεί να εμποδίζουν σημαντικότερους στόχους, όπως εκπαίδευση, εργασία και οικογενειακή συμφιλίωση. Η δοσολογία έχει σταθεροποιηθεί»* (Πλαίσιο Λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του ΟΚΑΝΑ, 2012, σελ. 65-68).

Οι πέντε (5) από αυτούς είναι εργαζόμενοι στον τομέα της δικαιοσύνης, όπως δικηγόροι, επιμελητές ανηλίκων και κοινωνικής αρωγής, στη δίωξη ναρκωτικών και οι πέντε (5) είναι ιατροί, νοσηλευτές και θεραπευτές (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) του ΟΚΑΝΑ. Οι

ασθενείς-χρήστες του δικαστικού συστήματος έχουν το βίωμα, οι δικαστές είναι θεσμικά εμπλεκόμενοι με το δικαστικό σύστημα, ενώ οι θεραπευτές προγραμμάτων απεξάρτησης συνδέονται με το θεραπευτικό σύστημα.

Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ανάλυσης

Από την ερευνήτρια ζητήθηκε η έγγραφη άδεια από τους συμμετέχοντες πριν την έναρξη της συνέντευξης και ενημερώθηκαν σχετικά με τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών τους δεδομένων, καθώς και ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Επιπλέον, η ερευνήτρια τους ενημέρωσε σχετικά με το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, ώστε να τηρηθούν όλα τα δεοντολογικά ζητήματα που αφορούν τις έρευνες μέσω της χρήσης συνεντεύξεων (Παρασκευόπουλος, 1999· Cohen and Manion, 1992). Το ερευνητικό εργαλείο είναι η ημι-δομημένη συνέντευξη. Επιλέχθηκε αυτό το είδος της συνέντευξης γιατί το πλεονέκτημα είναι ότι η ερευνήτρια είναι ελεύθερη να τροποποιήσει τις ερωτήσεις καθ' οδόν, ότι επιτρέπει να εξετάσει το θέμα σε μεγαλύτερο βάθος, να εξηγήσει στους συμμετέχοντες το σκοπό της έρευνας και να διεγείρει το ενδιαφέρον για συνεργασία, να βεβαιώνεται κάθε φορά ότι ο συμμετέχων στην έρευνα καταλαβαίνει πλήρως κάθε ερώτηση (Παρασκευόπουλος, 1999· Cohen and Manion, 1992). Η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων είναι η θεματική ανάλυση. Πρόκειται για μια μέθοδο εντοπισμού, περιγραφής αναφοράς και «θεματοποίησης» επαναλαμβανόμενων μοτίβων (Ισαρη και Πουρκός, 2015).

Ευρήματα

Σε αυτό το κεφάλαιο αρχικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για καθεμία από τις τρεις κατηγορίες του δείγματος, δράστες-χρήστες, εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης και εργαζόμενοι στο θεραπευτικό σύστημα αντιμετώπισης της εξάρτησης και του εθισμού.

Δράστες-χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών

Οι δράστες-χρήστες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν πέντε (5) άτομα, όλοι άρρενες, σε φάση αποκατάστασης σύμφωνα με

το πλαίσιο λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ (2012). Οι δύο είναι έγγαμοι με τέκνα, ένας διαζευγμένος και δύο άγαμοι, ενώ το ηλικιακό φάσμα είναι 33-62 ετών. Ο ένας είναι μετανάστης, ενώ οι υπόλοιποι γηγενείς. Όλοι οι συμμετέχοντες φαίνεται πως βρίσκονται σε δύσκολη οικονομική θέση, οι τρεις τους δεν εργάζονται, ο ένας λαμβάνει οικονομική ενίσχυση από τους γονείς του και ο άλλος λαμβάνει ως οικονομική ενίσχυση την αναπηρική του σύνταξη. Τείνουν να μένουν στην πατρική οικεία. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού σε τρεις από τους πέντε συμμετέχοντες έκαναν χρήση ουσιών, ενώ μόνο σε δύο από τους συμμετέχοντες δεν έκαναν.

Αντίληψη – βιώματα

Οι περισσότεροι, τέσσερεις (4) στους πέντε (5) ερωτηθέντες υποστήριξαν ότι η χρήση ουσιών είναι προσωπική τους επιλογή, ειδικά στο ξεκίνημα της χρήσης, αλλά τελικά καταλήγει να μην έχουν επιλογή, να «έχει χαθεί ο έλεγχος», να «έχουν αρρωστήσει».

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση ενός συμμετέχοντα:

> *«όλα είναι στο μυαλό, το κεφάλι σου φταίει, νομίζεις ότι λύνεις το πρόβλημα αλλά τα κάνεις χειρότερα… Χάλασα τα νεύρα μου με τα ναρκωτικά, τσακώνομαι και νευριάζω γρήγορα… Βέβαια όταν πάρεις ναρκωτικά νομίζεις ότι μπορείς να κάνεις τα πάντα, εγώ όταν έπαιρνα αισθανόμουν δυνατός, μπορούσα να δουλέψω, ήμουν χαρούμενος, δεν πονούσα, δεν κουραζόμουν».*

Άλλος συμμετέχων υποστήριξε ότι:

> *«Μικρός το έλεγα μαγκιά μέχρι και τα 27 μου πίστευα ότι γινόμουν μέλος μιας ομάδας, αντρική υπόθεση, είχα χρήματα και περνούσα καλά, όλοι με αγαπούσαν, αισθανόμουν σπουδαίος και διασκέδαζα, πλησίαζα γυναίκες και είχα πολλές παρέες… θέλω να είμαι διαφορετικός, αρχηγός και η χρήση σε βοηθάει σε αυτό, με την χρήση μπορείς να καταξιωθείς».*

Όλοι υποστήριξαν ότι η οικογένεια διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο και αποτελεί έναν εξωγενή παράγοντα που επηρεάζει και μπορεί είτε να ωθήσει το άτομο στη χρήση ουσιών είτε να το βοηθήσει. Κατά τη γνώμη τους, συνήθως η πατρική οικογένεια είναι αυτή που ωθεί προς την χρήση, ενώ η οικογένεια που δημιουργούν οι ίδιοι οι χρήστες ουσιών και κυρίως τα παιδιά τους, θεωρούν ότι είναι παράγοντας κινητοποίησης και αποφυγής της υποτροπής. Πολλές μελέτες έχουν

δεχτεί την ύπαρξη κοινών χαρακτηριστικών τα οποία, παρότι δεν μπορούν να ορίσουν και να τεκμηριώσουν την ύπαρξη «τοξικογενούς οικογένειας», συναντιούνται με ιδιαίτερη συχνότητα και ένταση σε αυτές τις οικογένειες. Οι δύσκολες σχέσεις των γονιών με τις ανεπίλυτες συγκρούσεις, η σύγχυση των ρόλων, η ελλιπής και η χαοτική επικοινωνία, η αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων, οι διαγενεακοί συνασπισμοί, η απουσία ενός σταθερού συστήματος οριοθέτησης και διαπαιδαγώγησης, η έκπτωση της πατρικής λειτουργίας, η υπερεμπλοκή της μητέρας, η βία στους κόλπους της οικογένειας, η πιθανή χρήση νόμιμων ή και παράνομων ουσιών από τους γονείς (Stanton, Todd and Associates, 1982) δημιουργούν προϋποθέσεις ανάπτυξης ευαλωτότητας και εξαρτητικής διαταραχής. Η οικογένεια γίνεται δυσλειτουργική και πολλές φορές επέρχεται γενικότερη κοινωνική παρακμή. Η κρίση της οικογενείας συμπυκνώνει μέσα της τη δυσλειτουργία της ίδιας της κοινωνίας (Μάτσα, 2001)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη ενός συμμετέχοντα:

> *«η μοναξιά και η έλλειψη αγάπης από τους γονείς, μου έδιναν λεφτά για να φύγω από το κεφάλι τους, αγαπούσαν τα αδέρφια μου πιο πολύ... τώρα νοιώθω σαν κατοικίδιο που δεν του δίνουν κανένα χάδι, του πετούν για κόκαλο κανένα 10ευρο για να φύγω από το κεφάλι τους... θέλω να είμαι ξεχωριστός στην αγκαλιά τους, όχι να περιμένουν να πάρω κανένα χάπι να κοιμηθώ, για να μην τους ενοχλώ».*

Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτώνται η χρήση ή μη ουσιών είναι ο ίδιος ο άνθρωπος, παρόλα αυτά εντοπίζουν τη στιγμή που «αρρώστησαν» και το ζήτημα διέφυγε του ελέγχου τους. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι:

> *«όλα στο κεφάλι σου είναι ή τουλάχιστον έτσι νομίζεις. Στην αρχή, μέχρι να αρρωστήσεις, θεωρείς ότι έχεις τον έλεγχο, τρως το παραμύθι και αισθάνεσαι κυρίαρχος, ότι δεν έχεις ανάγκη κανένα... Όταν αρρωσταίνεις από ηρωίνη είναι τα δύσκολα, όταν δεν έχεις είναι πολύ δύσκολα τα στερητικά... όταν φεύγουν τα ναρκωτικά από το σώμα, θέλεις να κοιμάσαι για να μην καταλαβαίνεις τον πόνο, σωματικό και ψυχικό... ακόμα και εάν καθαρίσεις μετά από πολλές προσπάθειες συνήθως έχεις χάσει τον εαυτό σου, έχεις καταστρέψει τα πάντα, οικογένεια, σχέσεις, φίλους, δουλεία... πρέπει να επαν-επινοήσεις τον εαυτό σου».*

Φαίνεται να κυριάρχησε η άποψη ότι σημαντικός παράγοντας αποφυγής της υποτροπής είναι η λήψη υποκατάστατου και το πρόγραμμα. Ενδεικτικά αναφέρεται η απάντηση ενός συμμετέχοντα:

> *«Στην αρχή νόμιζα ότι η ηρωίνη ήταν η λύση και η ξεκούραση από τα προβλήματα μου, όμως όταν μπήκα στο λούκι δεν είχα εγώ τον έλεγχο. Τώρα με την βοήθεια του φαρμάκου, εγώ έχω τον έλεγχο. Αν μου κόψεις το φάρμακο δεν ξέρω τι θα κάνω σε μια αναποδιά που μπορεί να τύχει. Με το πρόγραμμα υποκατάστασης θεωρώ ότι εγώ έχω τον έλεγχο της χρήσης, ακόμα και όταν κάνω υποτροπή το πρόγραμμα με μαζεύει».*

Όλοι οι συμμετέχοντες θεώρησαν τον εαυτό τους «ασθενή», καθώς ακόμα και τώρα χρειάζεται να λαμβάνουν κάποιο φάρμακο για να μην κάνουν χρήση ουσιών. Κάποιοι πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν ποτέ να ξεφύγουν από την επίβλεψη του προγράμματος γιατί, αν αυτό συνέβαινε, τότε θα επέστρεφαν στη χρήση ουσιών. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση:

> *«Ακόμα είμαι άρρωστος και όσο κάνω χρήση φαρμάκου σημαίνει ότι είμαι άρρωστος. Όμως το φάρμακο με προστατεύει, το έχω σαν ασπίδα, ήθελα να πιω αλλά επειδή παίρνω το φάρμακο συγκρατούμαι, εξάλλου τόσα χρόνια δεν θέλω να πάνε άδικα, ευτυχώς έχω το φάρμακο και το πρόγραμμα … Είμαι χρόνιος ασθενής και έτσι θα παραμείνω, είμαι καλά με την αγωγή μου και θα κάνω ότι μου πουν οι γιατροί. Πλέον δεν χρειάζεται να αγοράζω τον θάνατο μου».*

Όσον αφορά στην εμπλοκή των δραστών-χρηστών με το σύστημα απονομής δικαιοσύνης, όλοι τη βίωσαν με παρόμοιο τρόπο, υποτιμώντας την εμπλοκή τους με το ποινικό σύστημα και μιλώντας για καθυστέρηση μέχρι να τελεσιδικήσει η απόφαση. Κάποιοι ήρθαν σε επαφή με το ποινικό σύστημα από μικρή ηλικία, γύρω στα 15 τους χρόνια, ενώ ένας μπήκε ως νεαρός ενήλικας στη φυλακή για απόπειρα ανθρωποκτονίας. Κατά την περιγραφή της εμπειρίας του αναφέρει ότι:

> *«φασαρία σε μπουζούκια, είχα πιει και λίγο παραπάνω, απόπειρα ανθρωποκτονίας, αρχικά 11χρόνια, αλλά μετά το εφετείο βγήκα στα 7 χρόνια… στην φυλακή τα γνωρίζεις όλα, πέρασα δύσκολα όμως προσαρμόστηκα, έχει και αυτή τους κανόνες της, μπαίνεις μαθητής και βγαίνεις με ντοκτορά».*

Όσον αφορά στην άποψη τους σχετικά με τις στρατηγικές εναλλακτικής μεταχείρισης και τις εναλλακτικές της φυλάκισης μέτρων, όλοι εκτός από έναν, που υποστηρίζει τη φυλάκιση ως σωστό μέτρο, άλλα υπό όρους, συμφωνούν ότι ο χωροχρονικός περιορισμός (η φυλάκιση), όχι μόνο δεν βοηθά, αλλά μπορεί να επιτείνει δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Ο συμμετέχων που διαφοροποιήθηκε ανάφερει ότι:

> *«Είμαι υπέρ, όλοι οι άνθρωποι πρέπει να περνάμε κανένα χρόνο στην φυλακή, σε κάνει καλύτερο άνθρωπο, εκτιμάς κάποια πράγματα, είναι πολύ κλειστή κοινωνία και δεν μπορείς να κρυφτείς εκεί, η φυλακή σου δίνει την ευκαιρία να κάνεις δουλειά με τον εαυτό σου, αρκεί να έχεις και βοήθεια ειδικών στην φυλακή, είσαι σε ένα ασφαλές περιβάλλον».*

Όλοι οι υπόλοιποι συμμετέχοντες δήλωσαν πως *«δεν είναι σωστό μέτρο η φυλάκιση»* και θα πρέπει *«να δίνονται μετρημένες ευκαιρίες στους «πραγματικούς ασθενείς-χρήστες που το έχουν ανάγκη»* Ενδιαφέρον προκάλεσε η άποψη των περισσοτέρων σχετικά με τα όρια και τις ευκαιρίες.

Χαρακτηριστικά ειπώθηκε ότι:

> *«Θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία από τον εισαγγελέα να μπορείς να επιλέξεις ανάμεσα σε φυλακή ή θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά μετρημένες φορές «και θεός να είναι άντε να σου δώσει την ευκαιρία να γυρίσεις 2-3 φορές πίσω στην ζωή», μετά παίρνεις στο λαιμό σου και άλλους χρήστες γιατί κάνεις κατάχρηση της ευκαιρίας που σου δίνει ο νόμος».*

Κίνητρα αλλαγής

Σχετικά με τα κίνητρα αλλαγής και την άποψη τους για το αν η «τιμωρία» μπορεί να είναι «ευκαιρία» για θεραπεία και αλλαγή οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι η φυλάκιση τις περισσότερες φορές όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά επιδεινώνει τη χρήση ουσιών. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι για κάποιους το δίλημμα «φυλακή ή θεραπεία» τους έδωσε κίνητρο να εμπλακούν έστω και έτσι στη θεραπευτική διαδικασία. Ενδιαφέρον προκαλεί η άποψη ότι για έναν ερωτηθέντα «η φυλακή ήταν η σωτηρία του». Αναφέρθηκε ότι:

> *«Ο φόβος ότι θα τιμωρηθείς με φυλακή δεν βοηθάει να σταματήσεις την χρήση ναρκωτικών, θα πρέπει να το θέλεις από μόνος σου. Οι γονείς μου βέβαια από την πλευρά τους με έκλεισαν φυλακή για να με γλυτώσουν όπως*

λένε, από σίγουρο θάνατο, τότε ήμουν βαριά χωμένος στην χρήση, χρόνια μετά κατάλαβα πόσο δίκαιο είχαν.»

Κάποιος άλλος συμμετέχων απάντησε ότι:

«Η απόφαση του δικαστηρίου μπορεί να γίνει τελικά η αίτια ώστε να δοκιμάσει κάποιος κάτι διαφορετικό και ίσως το τελεσίδικο της απόφασης να σε σπρώξει σε άλλους δρόμους»... «μια δοκιμή είτε με το καλό, είτε με το κακό θα σε πείσει».

Όλοι τελικά συμφώνησαν ότι είναι δύσκολα, αλλά μέσα από την καταξίωση, την αναγνώριση των προσπαθειών και με υπομονή επέρχεται η «αλλαγή».

Όσον αφορά στους εξωγενείς παράγοντες που οδηγούν σε αλλαγή, αυτοί που είχαν παιδιά υποστήριξαν ότι τα παιδιά τους είναι κίνητρο για να αλλάξουν, ίσως και μοναδικό για κάποιους. Αυτοί που δεν είχαν παιδιά ή ήταν άγαμοι αναφέρουν πολύ έντονα την επιθυμία να βρουν σύντροφο και να κάνουν δική τους οικογένεια. Μόνο ένας, αν και παραδέχεται ότι θέλει να κάνει οικογένεια, *«για να μειώσει την μοναξιά του»*, τελικά νοιώθει *«σακατεμένος και ανίκανος από την χρήση»* δηλώνοντας *«ζω από περιέργεια να δω πώς θα πεθάνω».*

Ο άνθρωπος, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, μπορεί να αλλάξει και αυτό μπορεί να γίνει μέσω της δύναμης, της θέλησης και του κινήτρου, την υποστήριξη του περιβάλλοντος, την οργάνωση του χρόνου, την κοινωνική αποδοχή και την εύρεση εργασίας, καθώς και το συναισθηματικό δέσιμο με αγαπημένα πρόσωπα, σημαντικά για τους ίδιους. Βασικό στοιχείο ήταν η *«ισορροπία στην ζωή τους»*, όπως χαρακτηριστικά δήλωσε κάποιος:

«Ο άνθρωπος δεν ξέρω εάν μπορεί να αλλάξει αλλά πρέπει να ισορροπεί τις χαρές και τις λύπες, να διαχειρίζεται τα σκαμπανεβάσματα της διάθεσης του, να αποδεχτεί τα λάθη του παρελθόντος. Θα ήθελα ο γιος μου να με δεχτεί, θέλω να είμαι καλά για να πάω να τον βρω, τον βλέπω που και που κρυφά, αλλά ντρέπομαι να πλησιάσω, τι θα του πω;»

Ενώ κάποιος άλλος από τους συμμετέχοντες υποστήριξε ότι:

«ο παράγοντας που ωθεί το άτομο να αλλάξει είναι η παραδοχή και αποδοχή του παρελθόντος, βέβαια οι συνθήκες ζωής, το οικονομικό μπορούν να σε σπρώξουν στο καλό ή στο κακό, η σχέση που έχεις σε κρατάει... μόνο όταν δέχεσαι το παρελθόν σου μπορείς να αλλάξεις».

Επίσης ενδιαφέρουσα άποψη ήταν ότι:

> *«ο έρωτας σε αλλάζει... όποιος δεν αγάπησε ειλικρινά, δεν έβγαλε συναίσθημα, δεν αλλάζει... δεν θέλω πολλά, δουλειά, αγάπη και κανένα παιδάκι, βαρέθηκα να είμαι μόνος».*

Όσον αφορά την άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με την πρόταση της συμμόρφωσης η πλειονότητα δήλωσε πως η σχέση με τον εαυτό είναι πολύτιμη:

> *«Συμφωνώ – Η συμμόρφωση μπορεί να σε κάνει πρόβατο αλλά δεν σε κάνει αληθινό κι ειλικρινή, δεν θα αλλάξεις, όσο μένεις δεμένος μπορεί να μην κάνεις χρήση αλλά εάν σε αφήσουν θα ξανακάνεις. Χρειάζεται να δεις κατάματα το παρελθόν σου, να αποδεχτείς και να αγαπήσεις τον εαυτό σου με τα λάθη του και τα καλά του Πρέπει να αλλάξεις εσύ τον εαυτό σου, ΕΣΥ να ζητήσεις βοήθεια όταν το αποφασίσεις, όταν κουραστείς από τα παλιά να ζητήσεις βοήθεια ειδικών, να πιστέψεις στον εαυτό σου, να δουλέψεις με τον εαυτό σου».*

Δυσκολίες

Όσον αφορά στην επιστροφή στην παραβατική τους συμπεριφορά, αυτοί που είχαν παιδιά και είχαν καλές σχέσεις με την οικογένεια υποστήριξαν ότι, αν χάσουν τη στήριξη των μελών της οικογένειας τους, τότε είναι πιθανό να επιστρέψουν στη χρήση ουσιών. Ενδεικτικά αναφέρθηκε:

> *«Η οικονομική ανάγκη μπορεί να σε σπρώξει σε πολλά. Όσο έχω την στήριξη της οικογενείας δεν έχω ανάγκη... οι παλιές παραβάσεις και τα λάθη σε κρατάνε να μην κάνεις καινούργια, αρκεί να μην έχεις αδύναμη μνήμη, τα παλιά λάθη σου είναι ο καλύτερος δάσκαλος».*

Όσον αφορά στις παροχές του συστήματος για αποτροπή της υποτροπής τους όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως αποτρεπτικοί παράγοντες είναι η εύρεση εργασίας, η οργάνωση της ημέρας, συμμέτοχη σε ομάδες διαβάσματος και απασχόλησης, καθώς και εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, δήλωσαν ενδιαφέρον για την προστασία της σωματικής τους υγείας, καθώς και τη διασύνδεση με το σύστημα υγείας και θεραπείας της ηπατίτιδας. Επίσης, τόνισαν την ανάγκη για πιο γρήγορη εκδίκαση των ποινικών υποθέσεων τους, για εξατομίκευση της θεραπευτικής τους προσέγγισης όσον αφορά στη χρήση ουσιών, π.χ.

κάποιος ανέφερε *«ότι εγώ την περιστασιακή χρήση κάνναβης δεν θα την σταματήσω, αλλά θέλω να σταματήσω τα χάπια και εκεί θέλω την βοήθεια του προγράμματος»*, τη μοναδικότητα του ανθρώπου και τη μοναδικότητα «των προβλημάτων», *«όταν έρχεται το πρόβλημα ποτέ δεν έρχεται μόνο του αλλά έρχεται ένα μπουκέτο προβλημάτων, διαφορετικό κάθε φόρα»*. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση ενός συνεντευξιαζόμενου *«Να με βλέπεις ως ξεχωριστό άτομο, δεν είμαστε όλοι ίδιοι, διαφορά με διαφορά έχει... διαφορά»*.

Εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης

Οι εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης ήταν πέντε άτομα. Εκτός από δύο δικηγόρους, ένας συμμετέχοντας ήταν από τη δίωξη ναρκωτικών, μία διευθύντρια καταστήματος κράτησης και ένας ψυχολόγος από Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων και Κοινωνικής Αρωγής.

Αντίληψη – βιώματα

Όσον αφορά στην επίδραση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών στην εγκληματογένεση, όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν μεταξύ τους ότι η χρήση ουσιών παράγει εγκληματικότητα.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται:

> *«Αυτή καθεαυτή η χρήση θεωρώ ότι συμβάλλει στην παραγωγή της εγκληματογένεσης για τον λόγο ότι μειώνει τις αναστολές των δραστών και ως εκ τούτου τους καθιστά περισσότερο επιρρεπείς στην τέλεση άδικων πράξεων, μειώνει επίσης την αίσθηση της ανάγκης για προσήλωση στην τήρηση των κανόνων για μια ομαλή κοινωνική συμπεριφορά και αυξάνει την διάθεση του ζειν επικινδύνως. Την ίδια στιγμή περιθωριοποιώντας η χρήση τον χρήστη και αναγκάζοντας τον να συγχρωτίζεται με ανθρώπους, που ζουν στα όρια της νομιμότητας αν όχι της παρανομίας σαφώς και συμβάλει στην παραγωγή ή στην αύξηση της εγκληματικότητας. Τέλος η ανάγκη για την εξεύρεση χρημάτων με σκοπό την εξασφάλιση των ουσιών, που είναι απαραίτητες για τον χρήστη, παράγει δευτερογενή εγκληματικότητα και ήτοι: κλοπές, ληστείες, πορνεία, κ.λπ.».*

Η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το αν θεωρούν το δράστη-χρήστη ουσιών ασθενή ήταν θετική. Δύο στους πέντε ξεχώρισαν

τον εξαρτημένο χρήστη από τον περιστασιακό, αναφέροντας ότι στον εξαρτημένο είναι ασθένεια, αλλά στον περιστασιακό χρήστη είναι επιλογή. Πάντως, όλοι συμφωνήσαν ότι η συμμετοχή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα επιλογής βοηθά στη διακοπή της χρήσης και στη μείωση της εγκληματογένεσης προερχόμενη από την κατάχρηση ουσιών.

Αναφέρεται η σχετική απάντηση ενός από τους συμμετέχοντες:

> *«Υπάρχουν κατηγορίες δραστών χρηστών, αλλά όταν μιλάμε για εξαρτημένους τότε ναι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς και η θεραπεία θα μπορούσε να μειώσει την παραβατικότητα. Εξάλλου είναι γνωστό ότι είναι η συμμετοχή του χρήστη σε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι σαφώς προτιμότερη από το να βρίσκεται στον δρόμο, ακόμα και οι υποτροπές είναι μέρος της θεραπείας».*

Σχετικά με το ποια είναι η άποψη τους για τις στρατηγικές εναλλακτικής μεταχείρισης και τις εναλλακτικές φυλάκισης μέτρων, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως μπορεί να βοηθάει υπό συνθήκες. Ενδεικτικά ένας συμμετέχων υποστήριξε:

> *«Θεραπευτικά μέτρα και αποκαταστατική δικαιοσύνη θεωρώ ότι μπορούν να αποτελέσουν ένα επαρκές πλέγμα εναλλακτικής διαχείρισης του ζητήματος και εναλλακτικής μεταχείρισης των δραστών – ασθενών, τόσο για την διασφάλιση της δημόσιας ασφάλειας και υγείας, όσο και για να δίνουν το χρόνο στον δράστη-χρήστη να κινητοποιηθεί και να απεμπλακεί από την χρήση παράνομων ουσιών, παρά να κλειστεί στην φυλακή».*

Οι εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης πιστεύουν ότι ίσως να χρειάζεται επαναπροσανατολισμός της δικαιοσύνης, αλλά και της κοινωνίας. Οι περισσότεροι αναφέρθηκαν στην καθυστέρηση της απονομής δικαιοσύνης, τη δυσκολία στο να τελεσιδικήσει η υπόθεση με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος για παρέμβαση, ειδικά όταν ο εξαρτημένος βρίσκεται σε κρίση. Επίσης, δήλωσαν ότι χρειάζεται καλύτερο φιλτράρισμα και διαφοροποίηση των χρηστών-δραστών και μίλησαν για τον στιγματισμό των εξαρτημένων δραστών που προσφέρουν κοινωφελή εργασία, ακόμα και από τους ιδίους εργαζόμενους, που έχουν δυσκολία να τους αποδεχτούν στους χώρους όπου δουλεύουν. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε ότι:

> *«Η απονομή της δικαιοσύνης στη χώρα μας χρειάζεται να επενδύσει περισσότερο στον στόχο της, που είναι η γενική και η ειδική πρόληψη. Η*

δικαιοσύνη δεν πρέπει να έχει εκδικητικό χαρακτήρα έναντι του δράστη χρήστη και ούτε να αδιαφορεί για την εξασφάλιση όρων για την επανένταξη του στην κοινωνία».

«Σίγουρα χρειάζεται εξειδίκευση, αλλά και ο φόρτος εργασίας δεν βοηθάει. Υπάρχει δυσαναλογία αναγκών και διαθέσιμων υπηρεσιών».

Κίνητρα αλλαγής

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν θετική άποψη σχετικά με την αποκαταστατική-θεραπευτική δικαιοσύνη, αρκεί να μη διαταραχτεί η ισορροπία στην κοινωνία. Συμμετέχοντας δήλωσε χαρακτηριστικά:

«Ιδιαιτέρως θετική, ωστόσο για να δούμε την αποτελεσματικότητα της απαιτείται να οργανωθεί στη βάση ενός δοκιμασμένου και ολοκληρωμένου καθόλα μοντέλου και όχι συμπτωματικά ή αποσπασματικά. Πρέπει δε το μοντέλο αυτό να υποστηριχθεί με συνέπεια από ειδικούς, που κατέχουν τη γνώση, καθώς και θα τους διατεθούν τα μέσα προς τούτο».

Όλοι οι εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης συμφώνησαν με την άποψη ότι στη διαμεσολάβηση χρειάζεται:

«Αποτελεσματική δικαστική ηγεσία, ταχύτητα στην παραπομπή, λεπτομερής αξιολόγηση του περιστατικού και σαφή κριτήρια επιλεξιμότητας παραβατών, οριοθέτηση στη συνεργασία, ενδελεχής ενημέρωση και συγκατάθεση του συμμετέχοντα, σύντομες συγκεκριμένες και σίγουρες κυρώσεις για όσους διακόπτουν αλλά και προνόμια εάν συμμορφώνονται».

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν με την άποψη ότι πρέπει να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα από δικαστές, ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές που να υποστηρίζει τους δράστες-χρήστες, τόσο στη θεραπευτική τους διαδικασία, όσο και στη σύνδεση τους με την κοινωνία. Σχετικά με την εποπτεία αυτής της ομάδας οι περισσότεροι συμφωνήσαν σε μια συνεργασία εισαγγελέα για την εποπτεία της συμμόρφωσης και ψυχίατρο για την εποπτεία της θεραπείας.

Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το υπάρχον πλαίσιο συνεργασίας με τις θεραπευτικές δομές χρειάζεται να βελτιωθεί, χρειάζονται περισσότερες δομές και περισσότερες θεραπευτικές επιλογές κυρίως στα καταστήματα κράτησης. Ενδεικτικά δηλώθηκε ότι:

> *«Το δικαστικό σώμα χρειάζεται αμεσότητα στην παραπομπή και παρακολούθηση της πορείας του δράστη χρήστη, πλαίσιο συνεργασίας με τα θεραπευτικά προγράμματα, καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με το τι προσφέρει το κάθε πρόγραμμα, τη ψυχοπαθολογία και συμπεριφορά του εξαρτημένου ανάλογα με την ουσία κατάχρησης».*

Οι εργαζόμενοι στο σύνολό τους συμφώνησαν με το ότι το υπάρχον σύστημα δεν βοηθά τους χρήστες να μην υποτροπιάσουν σε ένα αδίκημα/έγκλημα. Χαρακτηριστικά κάποιος από τους ερωτηθέντες είπε:

> *«Εφόσον ένα σύστημα αντιμετωπίζει τον χρήστη ως ασθενή και εφόσον στην ιατρική η υποτροπή είναι αναπόφευκτη θα έπρεπε και το δικαστικό σύστημα να αντιμετωπίζει την υποτροπή του αδικήματος ως αναπόφευκτη εκδοχή, στατιστικά. Θεωρώ ότι ο υπότροπος δράστης-ασθενής παραμένει ασθενής και ως εκ τούτου δεν θα πρέπει να υπάρχει επιβαρυντική αντιμετώπιση του. Το υπάρχον σύστημα δεν είναι σε θέση να βοηθήσει τον δράστη -ασθενή, σε περίπτωση υποτροπής του».*

Δυσκολίες

Όσον αφορά στην άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το αν είναι επαρκής η οιονεί υποχρεωτική θεραπεία για την αποφυγή του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας», όλοι συμφώνησαν με την άποψη ότι: *«Σίγουρα το υπάρχον σύστημα δεν επαρκεί. Μένει στην τήρηση των προσχημάτων και προσπαθεί να αξιοποιήσει τα «παραθυράκια» ενός αναποτελεσματικού τιμωρητικού συστήματος»*. Ανέφεραν μάλιστα χαρακτηριστικά ότι: *«οι δυσκολίες εντοπίζονται στην ανεπάρκεια των θέσεων, στην απουσία εξειδίκευσης, στα αναχρονιστικά προγράμματα, στην έλλειψη εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων και προτάσεων»*.

Ένας συνεντευξιαζόμενος διαφοροποιήθηκε σχετικά και διατύπωσε:

> *«Μέχρι ένα σημείο, μπορεί να ελέγξει τόσο την υποτροπή, όσο και να δώσει και κίνητρα σε κάποιον που υπό άλλες συνθήκες δεν θα «ξεβολεύονταν» να αναζητήσει θεραπεία, όμως λόγω της πολυπαραγοντικότητας του φαινομένου της εξάρτησης είναι δύσκολος ο πλήρης έλεγχος».*

Όσον αφορά στην άποψη σχετικά με το πώς θα είχε καλύτερη πρόγνωση-εξέλιξη η διαχείριση των υποτροπών, η πλειονότητα των

συμμετεχόντων υποστήριξε ότι: *«Το ιδανικό θα ήταν η συνεργασία των δύο συστημάτων ποινικό-θεραπευτικό».* Όλοι αναφέρθηκαν στην ανάγκη ολιστικής υποστήριξης του δράστη-ασθενή τόσο από θεραπευτικές δομές όσο και από την ίδια την κοινωνία ως προς την εύρεση και συγκράτηση στην εργασία.

Εργαζόμενοι στο θεραπευτικό σύστημα αντιμετώπισης της εξάρτησης και του εθισμού

Οι εργαζόμενοι στο θεραπευτικό σύστημα ήταν πέντε άτομα, εργαζόμενοι σε μονάδα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Εκτός από δύο νοσηλευτές συμμετείχαν ψυχίατρος, ψυχολόγος και κοινωνικός λειτουργός.

Αντίληψη – βιώματα

Όσον αφορά στο αν οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η χρήση ουσιών είναι προσωπική επιλογή ή ο χρήστης ουσιών πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής, οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι ακόμα και αν αρχικά φαίνεται σαν επιλογή, σύντομα γίνεται ασθένεια:

> *«Αρχικά μπορεί να φαίνεται σαν επιλογή, ίσως ακόμη να δίνει και ευχαρίστηση ή αίσθημα φυγής από τα προβλήματα και την πίεση εξωτερικών παραγόντων, σίγουρα όμως μέσα από την μακροχρόνια χρήση καταλήγει κάποιος ασθενής με σοβαρές βλάβες στη σωματική και ψυχική υγεία».*

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες επιχείρησαν να ορίσουν τη διαταραχή ως *«χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος με υφέσεις και εξάρσεις».*

Όσον αφορά στο ότι η επιβολή θεραπείας διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία και την αλλαγή του ατόμου, οι απαντήσεις που δόθηκαν σχεδόν μοιραστήκαν, τρεις δήλωσαν ότι:

> *«η επιβολή θεραπείας μπορεί να διευκολύνει και να κινητοποιήσει τον χρήστη ουσιών και ουσιαστικά να καθοδηγήσει το άτομο της την κατεύθυνση της θεραπείας».*

Και οι άλλες δύο εξέφρασαν την αντίθεσή τους. Ενδεικτικά αναφέρεται η άποψη:

> *«Είμαι άκρως αντίθετη στην επιβολή θεραπείας. Η θεραπεία δεν μπορεί να επιβληθεί, είναι ελεύθερη προσωπική επιλογή του καθενός. Δεν θεωρώ*

ότι μπορούμε να ονομάζουμε θεραπεία την «ημι-υποχρεωτική θεραπεία» ίσως καλύτερα να μιλούσαμε για «άλλα μέτρα αντιμετώπισης της χρήσης» ή «εναλλακτικά μέτρα αντιμετώπισης των χρηστών, όχι όμως θεραπεία. Η επιβολή θα μπορούσε να βοηθούσε πιο πολύ στη μείωση της παραβατικής του συμπεριφοράς και συμμόρφωση, αλλά για την «αλλαγή» τα αίτια πρέπει να είναι ενδογενή».

Οι περισσότεροι θεραπευτές συμφώνησαν με την άποψη ότι οι χρήση ψυχοδραστικών ουσιών παράγει εγκληματογένεση. Διαφορετική ήταν μόνο μια απάντηση:

«Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ίσως κατά το ήμισυ μπορεί να παράξει εγκληματογένεση, καθότι κάποιες ουσίες είναι παράνομες, όμως κυρίαρχο ρόλο παίζει η ηθική του ατόμου... Υπάρχουν και χρήστες ουσιών που δεν εμπλέκονται, δεν ενοχλούν το σύστημα».

Όσον αφορά στην οιονεί υποχρεωτική θεραπεία με σκοπό τη μείωση της εγκληματογένεσης, όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν τη σημαντικότητα της επιλογής του ίδιου του ατόμου. Ενδεικτικά αναφέρεται η απάντηση ενός από τους πέντε ερωτηθέντες:

«Σίγουρα η χρήση ουσιών παράγει εγκληματογένεση. Κατά τη χρήση ουσιών χάνεται ο αυτοέλεγχος, δεν έχεις επίγνωση των πράξεων σου. Μπλέκεσαι με παράνομα κυκλώματα για την ανεύρεση παράνομης ουσίας. Ακόμα κι έτσι, δηλαδή μέσα από την ημι-υποχρεωτική θεραπεία καλό θα ήταν ο χρήστης δράστης να είναι μέρος της απόφασης, να έχει π.χ. επιλογή προγράμματος, διάρκεια κ.λπ. ίσως έτσι να έχει και επιπλέον κίνητρο ώθησης για συμμόρφωση, ακόμα και εάν επιβάλλεται για να αποφύγει την έκτιση ποινής να δοθεί».

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν με το ότι θα έπρεπε να υπάρχουν εναλλακτικά της φυλάκισης μέτρα για να μειωθεί η εγκληματογένεση. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι απαντήσεις δύο εκ των ερωτηθέντων:

«Συμφωνώ αρκεί να γίνεται καλύτερο φιλτράρισμα από το δικαστήριο. Το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι υποδοχέας της εντολής του δικαστηρίου».

«Η καταστολή δεν αποτελεί θεραπεία. Το άτομο όταν βρεθεί στη φυλακή μόνο αρνητικά μπορεί να επηρεαστεί από τους υπόλοιπους συγκρατούμενους του, δεδομένου και ότι υπάρχουν ελάχιστα θεραπευτικά προγράμματα εντός των φυλάκων, για να μην μιλήσουμε για τις υπόλοιπες συνθήκες, ενώ

σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο με τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας θα μπορούσε αν το επιθυμούσε να προχωρήσει στην «αλλαγή».

Κίνητρα αλλαγής

Οι θεραπευτές συμφώνησαν όλοι μεταξύ τους σχετικά με το ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει εφόσον το θελήσει, αλλά σημαντικό ρόλο διαδραματίζει κατά πόσο το άτομο ή η σχέση του με τους σημαντικούς άλλους έχει υποστεί μόνιμες βλάβες από την κατάχρηση. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι:

> *«Η πράξη μου έδειξε ότι υπάρχει χρονιότητα στη χρήση, με υποτροπές και υφέσεις. Θεραπεία νοείται είτε ολοκληρωτική, εάν θελήσει κάποιος να μπει σε διαδικασία αλλαγής και η αλλαγή είναι προσωπική επιλογή, είτε στα πλαίσια μείωσης βλάβης, δηλαδή περιστασιακή χρήση αλλά να είναι λειτουργικός στην κοινωνία και στις άλλες του σχέσεις και υποχρεώσεις.»*

Οι θεραπευτές υποστήριξαν ότι το άτομο εμποδίζεται ή σταματάει ή «κρατιέται πίσω» από το να κάνει την αλλαγή, εξαιτίας πολλών παραγόντων, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οικογένεια, οι φίλοι και η αναβλητικότητα. Αναφέρθηκε ότι:

> *«Σίγουρα το βόλεμα στα γνωστά και το αποκούμπι της χρήσης, στις δυσκολίες είναι εμπόδια. Επίσης όταν κάποιος θεωρεί ότι μέσα από τη χρήση παίρνει ευχαρίστηση, ανακούφιση ή ότι άλλο νομίζει ότι κερδίζει από τη χρήση ουσιών... Χρειάζεται αλλαγή νοηματοδότησης, εάν νοηματοδοτεί τη ζωή του μέσα από τη χρήση και έχει το αίσθημα του ανήκειν στην ομάδα των χρηστών. Το βασικό που τον κρατάει πίσω είναι ότι δεν έχει πίστη στις δικές του δυνάμεις, στον εαυτό, αναγκαίο είναι η πίστη στον εαυτό μας ότι θα τα καταφέρουμε, το εσωτερικό κίνητρο. Βέβαια πολλές φορές χρειάζεται κάποιος να τον κινητοποιήσει, το εξωτερικό κίνητρο και ερέθισμα, από τον περίγυρο, την οικογένεια, το θεραπευτή, τις εξωτερικές συνθήκες που βιώνει κάποιος, ποτέ όμως υπό την απειλή φόβου, όπως για παράδειγμα του φόβου φυλάκισης. Δεν νομίζω ότι ο άνθρωπος αλλάζει μέσα από την τιμωρία, μπορεί προσωρινά να συμμορφωθεί, όχι όμως να αλλάξει».*

Όσον αφορά στην άποψή τους για τη συμμόρφωση, όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν σχετικά με το περιεχόμενο της φράσης «Η συμμόρφωση δεν είναι αλλαγή και η αλλαγή απαιτεί κρίση - η αλλαγή απαιτεί μια πιο βαθιά διαδικασία ψυχολογικής απεξάρτησης, επανα-

προσδιορισμό του "εαυτού", διαχείριση συναισθημάτων, δυσκολιών και τραυματικών εμπειριών».

> *«Η συμμόρφωση είναι μια οδηγία-εντολή, σε αντίθεση με την αλλαγή που προϋποθέτει προσωπική βούληση του ατόμου.»*

Δυσκολίες

Όσον αφορά στις δυσκολίες για την παραπομπή και την παρακολούθηση των δραστών-χρηστών από θεραπευτικά προγράμματα, συμφωνήθηκε ότι χρειάζεται καλύτερο πλαίσιο συνεργασίας των δύο φορέων και καλύτερη επικοινωνία, ενώ κοινό τους σημείο είναι ο φόρτος εργασίας. Επίσης, εκφράστηκε ο φόβος της προκατάληψης του δικαστικού σώματος, αλλά και η πιθανή δυσκολία του δικαστή να δει από διαφορετική οπτική γωνία το αδίκημα και τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, καθότι η μέχρι τώρα εκπαίδευση και φιλοσοφία του ήταν η «καταστολή» και όχι η «θεραπεία» του χρήστη ουσιών, ακόμα και όταν μέρος της θεραπείας περιλαμβάνει τις υποτροπές. Σχετικά με τη σχέση θεραπευτή και δράστη-χρήστη ουσιών που προσέρχεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα μετά από εισαγγελική παραγγελία, χαρακτηριστικές ήταν οι απαντήσεις δύο, εκ των πέντε, συμμετεχόντων:

> *«Πιθανή αρχική άρνηση συνεργασίας από τον ασθενή, όταν κάτι δεν είναι συνειδητή επιλογή ίσως να δημιουργήσει άμυνες. Φόβος και καχυποψία για τη μη τήρηση του απόρρητου και ότι εκφάνσεις της ζωής του μπορεί να γίνουν γνωστές στο δικαστήριο. Χωρίς τήρηση εχεμύθειας δεν μπορεί να υπάρξει θεραπευτική σχέση. Προβολή της δικαστικής αρχής στο πρόσωπο του θεραπευτή με αποτέλεσμα να τηρεί αμυντική στάση και δυσκολία στην ανάπτυξη σχέσης».*

> *«Η σχέση θεραπευτή ασθενή είναι σχέση γάμου, άρα άσχετα από πού θα γίνει η παραπομπή, σημασία έχει η χημεία κα το ταίριασμα στη σχέση».*

Όλοι οι θεραπευτές συμφώνησαν με το ότι την εποπτεία της διεπιστημονικής μονάδας χρειάζεται να την έχει ο ψυχίατρος και ο εισαγγελέας, με ξεκάθαρο πλαίσιο συνεργασίας των δύο φορέων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η δήλωση ενός από τους συμμετέχοντες που κάνει

λόγο για διεπιστημονική ομάδα ψυχιάτρου και εισαγγελέα, ανεξάρτητη από την ομάδα συνεργασίας με τον δράστη-χρήστη:

> *«Είναι απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση δεδομένου της πολυπλοκότητας του χρήστη και της πολυπαραγοντικότητας του φαινομένου. Επιβάλλεται η ολιστική προσέγγισηΗ ομάδα που εποπτεύει την πορεία του ασθενή στο πρόγραμμα θα ήταν καλό να ήταν εξωτερική-ανεξάρτητη ομάδα από την ομάδα που συνεργάζεται με τον χρήστη, να είναι αμερόληπτη και να μην έχει μπει σε θεραπευτική διαδικασία με το άτομο και να μην έχει συναισθηματική σύνδεση μαζί του, να επιλέγεται τυχαία και απλά να βαθμολογεί την επίδοση και τις αποδείξεις, να βασίζεται σε πιο αντικειμενικά κριτήρια, όπως για παράδειγμα ουροληψίες. Την εποπτεία θα έπρεπε να έχει συνεργατικά ο εισαγγελέας με ψυχίατρο».*

Η πλειονότητα των θεραπευτών δήλωσε ότι χρειάζεται πιο τακτική παρακολούθηση του δράστη-χρήστη προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας». Σίγουρα μπορεί αυτό να αντιμετωπιστεί μέσω της δημιουργίας μιας διεπιστημονικής ομάδας και καλύτερης συνεργασίας. Έγινε αναφορά, επίσης, σε: *«άμεση, γρήγορη ανταπόκριση και παρέμβαση στην υποτροπή, ίσως μικρές αλλά σημαντικές ποινές προς συμμόρφωση και μελλοντική αποφυγή του ίδιου λάθους. Μετρημένες ευκαιρίες σε υπότροπους».*

Τέλος, όλοι οι θεραπευτές υποστήριξαν ότι η κοινωνία διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη στήριξη του δράστη-χρήστη προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή στη συμπεριφορά του. Σημαντικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος για την υποστήριξη του δράστη–χρήστη ουσιών. Η εκπαίδευση, η εύρεση εργασίας, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και δικτύου υποστήριξης του χρήστη στην κοινωνία διαδραματίζουν επιπλέον ζωτικό ρόλο στη μετέπειτα πορεία του.

Συμπεράσματα

Η εργασία αυτή πραγματεύτηκε τη διερεύνηση των κινήτρων για αλλαγή στη συμπεριφορά των ασθενών-χρηστών, καθώς επίσης ανάδειξε την επιτακτική ανάγκη συνεργασίας που εκφράστηκε ομοφώνα τόσο από τους εργαζόμενους του δικαστικού, αλλά και του θεραπευτικού τομέα για την πληρέστερη παρακολούθηση των δραστών-χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.

Μέσα από την οπτική των εναλλακτικών της φυλάκισης μέτρων δίνονται κίνητρα για θεραπεία και επανένταξη. Τα κίνητρα αυτά, εσωτερικά (όπως, η ανάγκη τού να αλλάξει τρόπο ζωής, τα αισθήματα ενοχής, κ.ά.) ή εξωτερικά (όπως, ο φόβος απώλειας της οικογένειας του, της εργασίας του, της ελευθερίας του), που αφορούν κατά κύριο λόγο στους εξαρτημένους δράστες που έχουν εμπλοκή με τη ποινική δικαιοσύνη, ωθούν το άτομο προς τη θεραπεία-θεραπευτικά προγράμματα, ακόμα και ως μέσο διαφυγής της τιμωρίας (Σαγκουνίδου-Δασκαλάκη, 2002, σελ. 279).

Το περιβάλλον όπου λαμβάνει χώρα η θεραπεία μπορεί να γίνει ένας χώρος αλλαγής τρόπου ζωής, καθώς και νέας, υγιούς νοηματοδότησης της ζωής. Όποια και αν είναι τα κίνητρα εμπλοκής με τη θεραπεία, πρέπει να επισημαίνεται ότι το κίνητρο του δράστη για θεραπεία δεν είναι στατικό, αλλά μπορεί να μετακινηθεί από εξωγενές, π.χ. λόγω δικαστικών πιέσεων, σε ισχυρό προσωπικό κίνητρο και πραγματική ανάγκη για εσωτερική αλλαγή. Έτσι, οι νομικές πιέσεις μπορούν να αποτελέσουν εφαλτήριο για την εισαγωγή και την αποτελεσματική ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος. Όσο περισσότερο χρονικό διάστημα παραμένει ο θεραπευόμενος σε θεραπευτικό πρόγραμμα τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα, καθώς αναπτύσσονται σχέσεις εμπιστοσύνης και αποδοχής με τον θεραπευτή του. Ακόμα λοιπόν και αν δεν είναι εθελοντική η θεραπεία, υπάρχουν περιθώρια αλλαγής, εξάλειψης της αμφιθυμίας και δέσμευση με την θεραπευτική διαδικασία, προϋπόθεση βέβαια ότι υπάρχει περιθώριο προσωπικής επιλογής (Πουλόπουλος, 2011· Σαγκουνίδου-Δασκαλάκη, 2002).

Ως προς το θέμα των βιωμάτων και της αντίληψης, οι μισοί δράστες-χρήστες φαίνεται να στηρίζουν την άποψη ότι για τη χρήση των ουσιών ευθύνονται οι ίδιοι, ενώ οι άλλοι μισοί ότι ευθύνεται ένας εξωτερικός παράγοντας, συνήθως η οικογένειά τους. Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η «μη χρήση των ουσιών» είναι ο ίδιος τους ο εαυτός, το οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και το πρόγραμμα υποκατάστασης. Όλοι οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι είναι ακόμα ασθενείς, καθώς χρειάζεται να λαμβάνουν κάποιο «φάρμακο» προκειμένου να αποφύγουν τη χρήση ουσιών, και παρομοιάζουν τον εαυτό τους με άλλους ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την υπέρταση ή τη δυσλιπιδαιμία, ενώ αισθάνονται ασφαλείς όσο λαμβάνουν φαρμακευτικό υποκατάστατο. Μάλιστα, κάποιοι υποστή-

ριξαν ότι δεν επιθυμούν να διακόψουν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Επιπλέον, σε μικρή ηλικία ήρθαν σε επαφή με τις ουσίες και συνελήφθησαν. Όσον αφορά στις στρατηγικές εναλλακτικής μεταχείρισης, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν με αυτές, καθώς θεωρούν ότι η τιμωρία μέσω φυλάκισης μπορεί να οδηγήσει τον άνθρωπο στο να θέλει να εκδικηθεί ή να επαναλάβει το λάθος του και δεν αποτελεί μέσο, ώστε να επέλθει η θεραπείααλλαγή.

Ως προς το θέμα των κινήτρων αλλαγής, οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα συναισθήματά τους και γενικά επικράτησε η άποψη ότι εκείνοι μονάχα μπορούν να ελέγξουν τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά τους. Έτσι, αναφέρθηκε ότι η αναγνώριση και η καταξίωση έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή. Οι εξωγενείς παράγοντες που οδηγούν το άτομο σε αλλαγή είναι η οικογένεια και τα παιδιά του, η αποδοχή, το μπράβο και η ειλικρίνεια, ενώ για πολλούς η πατρική οικογένεια αποτελεί τροχοπέδη και τους δυσκολεύει. Κάθε ένας πρόβαλε διαφορετικούς παράγοντες αλλαγής. Έτσι, μεταξύ άλλων αναφέρθηκαν η δύναμη, η θέληση, το κίνητρο, η ειλικρίνεια, ο συναισθηματικός παράγοντας, η αποδοχή του παρελθόντος, ο έρωτας, η εύρεση συντρόφου. Με αυτό τον τρόπο επιβεβαιώθηκαν τα αποτελέσματα των Deci και Ryan (1985), Prochaska και Clamente (1985) και Ryan (1995) που υποστήριξαν την άποψη των εσωτερικών κινήτρων για την αλλαγή συμπεριφοράς των ατόμων. Αξίζει να τονιστεί ότι ο τρόπος ζωής των ανθρώπων μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα ορισμένων ερευνών (Schwarzer, 1992, 2009· Conner and Norman, 1996· Weinstein, 1993). Η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας ή αλλιώς της αυτοπεποίθησης μπορεί να οδηγήσει το άτομο να αυξήσει και τα κίνητρα αλλαγής του (Brown and Inoye, 1978· Miller and Carlyle, 1992). Υπάρχουν ερευνητές που τόνισαν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα τη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στη ζωή των ατόμων που είναι πρώην χρήστες (Miller and Sanchez, 1994· Deci and Ryan, 1985· Ryan, 1995).

Όσον αφορά στην άποψή τους για τη συμμόρφωση, η πλειονότητα των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι αυτή μπορεί να επέλθει όταν ο άνθρωπος πιστέψει στον εαυτό του. Αυτή είναι και η βασική αρχή της θετικής ψυχολογίας. Ο άνθρωπος είναι μοναδικός κι έτσι μπορεί να αλλάξει μονάχα όταν εκείνος αναγνωρίσει και αναλάβει την ευθύνη

των πράξεων του. Σε καμιά περίπτωση δεν γυρίζει στην «προ χρήσης» κατάσταση, αλλά με την έννοια της ενεργητικής αποδοχής, της προσπάθειας άμβλυνσης των συγκρούσεων και αποκατάσταση των συνεπειών της κατάχρησης, οδεύει προς την αλλαγή (Τσέλιος, 2018· Canfield, 2005). Με αυτή την άποψη φαίνεται ότι συμφώνησαν και οι θεραπευτές.

Οι Schultz και Schultz (2012) τόνισαν, επίσης, ότι ο άνθρωπος προκειμένου να αλλάξει χρειάζεται να συνειδητοποιήσει ότι αυτός είναι η κινητήριος δύναμη. Με άλλα λόγια, χρειάζεται να αναλάβει την ευθύνη για όλα όσα έχει κάνει μέχρι σήμερα και έπειτα να ξεκινήσει να εφαρμόζει συγκεκριμένες ασκήσεις θετικής ψυχολογίας. Επιπροσθέτως, όσον αφορά στην υποτροπή στην παραβατική συμπεριφορά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως είναι πιθανό να επιστρέψουν αν χάσουν τα μέλη της οικογένειας τους, αλλά θεωρούν το πρόγραμμα και το υποκατάστατο «ασπίδα». Σε αυτό το σημείο επαληθεύτηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας του Ryan (1995) που υποστήριξε ότι η έλλειψη κινήτρων μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε υποτροπή.

Καθώς τα κίνητρα του εξαρτημένου για θεραπεία δεν είναι στατικά, είναι σημαντικό να επανεκτιμώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, να γίνεται προσπάθεια κινητοποίησης σχετικά με την πλήρη αποχή και να εκπαιδεύονται σε πρακτικές ασφαλέστερης χρήσης, ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την υποτροπή. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι πολλοί ποινικοί θεωρούν την υποτροπή ως σημαντική ένδειξη μιας προσεχούς επανάληψης της εγκληματικής συμπεριφοράς, ενώ θεραπευτές στον τομέα ψυχικής υγείας θεωρούν ότι η υποτροπή είναι αναμενόμενο στάδιο σε μια διαδικασία επανένταξης, προσφέροντας πολύτιμο υλικό για παρέμβαση και λειτουργώντας ως σημαντικό εργαλείο θεραπείας (Μαγγανάς,2004).

Επίσης, η οικονομική κρίση δεν άφησε αλώβητη αυτήν την ευαίσθητη κοινωνική ομάδα. Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις της ομάδας Pompidou[2] που συγκλήθηκε στην Αθήνα το 2013, επιβεβαιώθηκε

2. Η ομάδα Pompidou είναι διακυβερνητικό όργανο που ιδρύθηκε το 1971 με πρωτοβουλία του Γάλλου Προέδρου Georges Pompidou για την συνεργασία και την καταπολέμηση της κατάχρησης και της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών. Αρχικά, αποτελούνταν από επτά ευρωπαϊκές χώρες – Γαλλία, Βέλγιο, Γερμανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο. Το 1980 ο Όμιλος ενσωματώθηκε στο θεσμικό

η ύπαρξη νέων, φθηνότερων και πιο επικίνδυνων ψυχοδραστικών ουσιών, αναδείχτηκαν οι κίνδυνοι που διατρέχουν οι νέοι, λόγω των μέτρων λιτότητας και της αυξημένης ανεργίας, καθώς και η ραγδαία εξάπλωση της ενέσιμης χρήσης σε όλη την Ευρώπη, η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στις χώρες που κυρίως έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση, έχοντας ταυτόχρονα υποστεί σημαντικές μειώσεις στους προϋπολογισμούς των φορέων θεραπείας. Τέλος συμφώνησε με τα ευρήματα μελετών που δείχνουν ότι οι νέοι στρέφονται στην μικροδιακίνηση ψυχοδραστικών ουσιών ως μέσο προσπορισμού εισοδήματος και ότι υπάρχει άνοδος σε όλη την Ευρώπη της εγκληματικότητας που συνοδεύει την κατάχρηση ουσιών.

Στην παρούσα μελέτη, όλοι οι εργαζόμενοι, τόσο από το θεραπευτικό τομέα όσο και από το σύστημα απονομής δικαιοσύνης συμφωνούν με το ότι υπάρχει άρρηκτη σχέση ανάμεσα στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και την εγκληματογένεση. Ο δράστης-χρήστης ουσιών είναι ασθενής, και μάλιστα με αυξημένες ανάγκες, και η εξάρτηση είναι υποτροπιάζουσα νόσος με υφέσεις και εξάρσεις. Οι νέες φαρμακευτικές αλλά και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δίνουν ελπίδα σε ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα ώστε να συζητείται η ίαση και διακοπή της χρήσης. Σημαντικός παράγοντας είναι η ενδογενής ανάγκη για αλλαγή, η εύρεση κατάλληλων κινήτρων, ο «γάμος» και το ταίριασμα θεραπευτή-χρήστη ουσιών, στο σωστό χρόνο και η νέα νοηματοδότηση της ζωής. Η προσέγγιση οφείλει να είναι ολιστική, με σεβασμό στις επιθυμίες του ατόμου.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης θεωρούν ότι η θεραπεία μπορεί να μειώσει την εγκληματογένεση και τα θεραπευτικά μέτρα μπορούν να βοηθήσουν σε επαρκές σημείο. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο εργάζονται, υποστηρίζουν ότι η δικαιοσύνη καθώς και η κοινωνία

πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης και σήμερα περιλαμβάνει 39 κράτη μέλη. Επιπλέον, έχουν προσκληθεί να συμμετάσχουν μη ευρωπαϊκές χώρες, όπως ο Καναδάς, ΗΠΑ, η Αυστραλία και το Μεξικό, καθώς και άλλοι διεθνείς οργανισμοί όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το *Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών* και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ - EMCDDA) Από το 2006, ο Όμιλος έχει αναπτύξει επίσης δραστηριότητες συνεργασίας και με άλλα κράτη μέλη της λεκάνης της Μεσογείου, όπως η Αλγερία, το Μαρόκο, η Τυνησία, ο Λίβανος, η Αίγυπτος και η Ιορδανία. (https://www.coe.int/en/web/pompidou/home)

χρειάζεται να επαναπροσανατολιστούν, γιατί ο σκοπός δεν πρέπει να είναι η τιμωρία, αλλά η διαμεσολάβηση και η επανένταξη. Οι θεραπευτές, επιπροσθέτως, υποστήριξαν ότι θα πρέπει να υπάρχουν εναλλακτικά της φυλάκισης μέτρα για να μειωθεί η εγκληματικότητα. Με άλλα λόγια πρέπει να υπάρχουν προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης.

Οι εργαζόμενοι στη δικαιοσύνη έχουν θετική άποψη για την αποκαταστατική-θεραπευτική δικαιοσύνη. Η διαμεσολάβηση χρειάζεται αποτελεσματική δικαστική ηγεσία, ταχύτητα στην παραπομπή, λεπτομερή αξιολόγηση του περιστατικού, σαφή κριτήρια επιλεξιμότητας παραβατών, οριοθέτηση στη συνεργασία, ενδελεχής ενημέρωση και συγκατάθεση συμμετέχοντα. Όλοι οι εργαζόμενοι υποστήριξαν ότι χρειάζεται να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα στην οποία να ηγείται ο ψυχίατρος με τον εισαγγελέα. Οι υπάρχουσες θεραπευτικές δομές χρειάζονται να βελτιωθούν και το υπάρχον σύστημα δεν βοηθά τους χρήστες να μην υποτροπιάσουν. Επιπλέον, οι θεραπευτές υποστήριξαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αναβλητικότητα του ατόμου και έλλειψη κινήτρων, καθώς και η μη υποστηρικτική οικογένεια όπως και η συναλλαγή με τις ίδιες παρέες μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στην πορεία του προς την απεξάρτηση και επανένταξη.

Σε αυτό το σημείο προτείνεται η δημιουργία προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως εκείνο που πρότειναν οι Ronel και Segey (2013). Οι φύλακες χρειάζεται να δείξουν υποστήριξη και αποδοχή σε όσους έλαβαν ψυχοδραστικές ουσίες και να τους διδάξουν την ελπίδα για το μέλλον και τις προοπτικές τους. Εξάλλου, όμοια ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Orford (2008) και Horwitz (1990). Επιπλέον, εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να δείξουν σε αυτούς τους ανθρώπους το θετικό τρόπο σκέψης, προκειμένου να επιτύχουν την αλλαγή στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Σε αυτό το πλαίσιο κινήθηκαν και οι Ryan και Deci (2000), τονίζοντας τη σημασία της ενίσχυσης και της ανάπτυξης των ταλέντων. Στη βάση αυτή, είναι επιτακτική ανάγκη οι άνθρωποι που δικάστηκαν για τις ουσίες να αντιμετωπιστούν ως «οι καλοί άνθρωποι που έκαναν μια κακή πράξη» (Braithwaite, 2000).

Επιπλέον, χρειάζεται να ληφθεί σοβαρά υπόψη το πρόγραμμα των Duckworth et al. (2005) που έθεσαν ως στόχο τους την αποφυγή του στρες, του εθισμού και της εγκληματικότητας. Έρευνες απέδειξαν

ότι όσοι σταματούν να εγκληματούν έχουν πιο θετική σκέψη, ελπίδα και υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης (Cherry, 2005· LeBel et al., 2008· Ronel et al., 2013) και για αυτό το λόγο χρειάζεται τα στοιχεία αυτά να τα εφαρμόσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στα αντίστοιχα προγράμματα. Στο πλαίσιο του προγράμματος αποκατάστασης, ο πρώην χρήστης χρειάζεται να συνεργαστεί με την κοινότητα (Gray, 2005) και να εργαστεί, να εφαρμόσει τη θετική σκέψη και να έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Επιπλέον, χρειάζεται να πιστέψει στον εαυτό του, να αποδεχτεί το παρελθόν του, να προχωρήσει μπροστά, μαθαίνοντας από τα λάθη του και αλλάζοντας συμπεριφορά (Bonta et al., 2009· Cherry, 2005· Totter, 2009).

Χρήσιμο είναι να δημιουργηθούν θέσεις εθελοντισμού μέσω του προγράμματος αποκατάστασης, προκειμένου οι πρώην χρήστες να μπορέσουν να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και ικανότητες, ώστε να ενταχθούν πιο ομαλά στην κοινωνία (Bazemore and Strichocomb, 2014). Δεν είναι επαρκής η οιονεί υποχρεωτική θεραπεία για την αποφυγή του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» σύμφωνα με την άποψη των εργαζομένων και από τους δύο τομείς, και σίγουρα μια διεπιστημονική ομάδα θα ανταποκρινόταν καλύτερα και ταχύτατα στην υποτροπή, αρκεί να υπήρχε το κατάλληλο πλαίσιο συνεργασίας και εποπτείας. Επίσης, ουσιαστικό ρόλο για την αποφυγή της υποτροπής ασκεί η κοινωνία και η οικογένεια.

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι πρόβλημα πολυπαραγοντικό και χρήζει ολιστικής παρέμβασης, καταξιωτικής προσέγγισης, εστίασης και ανάδειξης θετικών χαρακτηριστικών του ατόμου, στοχοθεσίας και επίτευξης στόχων για το μέλλον. Οι δυσκολίες για την παραπομπή και την παρακολούθηση των δραστών-χρηστών σε θεραπευτικά προγράμματα, σύμφωνα με την άποψη των εργαζομένων στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης είναι η ανεπάρκεια θέσεων, τα αναχρονιστικά προγράμματα, η έλλειψη εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων και η έλλειψη χρόνου. Ο φόρτος εργασίας είναι ένας παράγοντας με τον οποίο συμφώνησαν όλοι οι εργαζόμενοι ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο εργάζονται. Οι θεραπευτές πρόσθεσαν ως παράγοντες τη διαφορετική εκπαίδευση των δικαστών, την αρχική ίσως αντίσταση στη θεραπεία από τους δράστες-χρήστες ουσιών, καθότι η «θεραπεία» δεν μπορεί να «επιβάλλεται». Γενικά φαίνεται ότι οι απόψεις των εργαζομένων, ανεξαρτήτως φορέα, συγκλίνουν μεταξύ τους. Δημιουρ-

γείται η ανάγκη για την ύπαρξη των θεραπευτικών προγραμμάτων και τη διεύρυνση των ήδη υπαρχόντων, με στόχο την ευελιξία και την προσαρμογή, καθώς και τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων με συγκεκριμένο πλαίσιο εργασίας και εποπτείας. Επόμενες μελέτες μπορούν να ασχοληθούν και να διερευνήσουν περαιτέρω το θέμα, προκειμένου να εντοπιστούν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των ευρημάτων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αιτιολογική έκθεση στο Νόμο «Νόμος περί Ναρκωτικών και άλλες διατάξεις» 4139/2013. (ΦΕΚ, Α 74 20130320). στο https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/n-nard-eis.pdf

Brochu, S. και Scheenberger, P. (2002). Η αποτελεσματικότητα και οι δυσκολίες της παραπομπής των τοξικομανών παραβατών σε ένα κέντρο θεραπείας της κοινότητας. *Ποινική Δικαιοσύνη*,3, σελ. 279.

Canfield, J. (2005). *Η επιτυχία βήμα -βήμα*. Αθήνα: Διόπτρα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2012). Μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας κατά Νομό 2004-2011. https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO01/-

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ), (2004). *Ετήσια Έκθεση Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία*, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ίσαρη, Φ. και Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στη ψυχολογία και στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.

Κουκουτσάκη, Α. (2016). *Χρήση ναρκωτικών και ομοφυλοφιλία*, Αθήνα: Κριτική.

Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), σελ. 834-840.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1995). *Ψυχολογία κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαγγανάς, Α. (2004). *Το εγκληματικό φαινόμενο στην πράξη*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Μαγγανάς, Α. (2006). *Εναλλακτικές μορφές απονομής της ποινικής δικαιοσύνης. Ποινική Δικαιοσύνη*, 3 (9), σελ. 298-304

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε για ανθρώπους και βρήκαμε σκιές: Το αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.

Παρασκευόπουλος, Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*(τ.Β') Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.

Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών-ΟΚΑΝΑ (2012). *Πλαίσιο Λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του ΟΚΑΝΑ*. https://www.okana.gr/psifiakibibliothiki/doc_download/282

Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.

Σορβατζιώτη, Δ. (2018). Τα ποινικά δικαστήρια θεραπείας από τα ναρκωτικά. Δικαιοσυγκριτική προσέγγιση και προτάσεις για εφαρμογή τους στο ελληνικό σύστημα δικαίου. *Ποινική Δικαιοσύνη*, 11. http://www.nbonline.gr/journals/6/volumes/915/issues/1630/lemmas/ 4909171

Τούντας, Γ., Βαρδαβάς, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γώτη, Γ., Καντζανού, Μ., Καστανιώτη, Κ., Μαυριδόγλου, Γ., Μεράκου, Κ. και Μπαρμπούνη, Α. (2016). *Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. ΔιαΝεοσίς. https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf

Τσέλιος, Δ. (2018). *Απόδραση από το σπήλαιο*. Θεσσαλονίκη: The law of success publishing.

Χάιδου, Α. (2016). *Χρήση – Εξάρτηση – Επίσημος κοινωνικός έλεγχος*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ξενόγλωσση

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change: Stanford U. Source. Psychological Review, 84(2), pp. 191-215.

Barton, G. (2007). *Baltimore City Drug Treatment Court: Process Evaluation*. Portland, OR: NPC Research.

Bazemore, G. and Stinchcomb J., (2004). A civic engagement model of reentry: Involving community through service and restorative justice. *Federal Probation*, 68 (2), pp. 14-24.

Bonta, J., Rugge, T., Scott, T.L., Bourgon, G. and Yessine, A.K. (2009). Exploring the black box of community supervision. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47, pp. 248-270.

Braithwaite, J. (2000). Shame and criminal justice. *Canadian Journal of Criminology*, 42, pp. 281-298.

Brown, I. and Inouye, K. (1978). Learned helplessness through modeling: The role of perceived similarity in competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), pp. 900-908.

Cherry, S. (2005). *Transforming behavior: Pro-social modeling in practice*. Cullompton, UK: Willan Publishing.

Cohen, L. and Lawrence, M. (2000). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Conner, M. and Norman, P. (1996). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK: Open University Press.

Csiernik R. (2016). *Substance use and abuse: Everything matters*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' press.

Deci, E.L. and Ryan. R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Dubois, H. and Anderson R. (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in EU*. Eurofound. Available at https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu

Duckworth, A.L., Steen, T.A. and Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 629-651.

EMCDDA (2003). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Selected Issue 2003, pp. 54-56.

Granfield, R., Eby, C. and Brewster, T. (1998). An Examination of the Denver Drug Court: The Impact of a Treatment-Oriented Drug-Offender System. *Law & Policy*, 20(2), pp. 183-202.

Gray, P. (2005). The politics of risk and young offenders' experiences of social exclusion and restorative justice. *British Journal of Criminology*, 45, pp. 938-957.

Horwitz, A.V. (1990). *The logic of social control*. New York, NY: Plenum.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., et al. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381, pp. 1323-31.

LeBel, T.P., Burnett, R., Maruna, S. and Bushway, S. (2008). The "chicken and egg" of subjective and social factors in desistance from crime. *European Journal of Criminology*, 5, pp. 131-159.

Marchand, G., Waller, M. and Carey, SM. (2006). *Barry County Adult Drug Court Outcome and Cost, Evaluation*. Portland: NPC Research.

Miller, M. and Carlyle, S. (1992). The relationship between motivation and

self-efficacy in competitive athletes participating in swimming, ice hockey and basketball. *Journal of Sport Behavior*, 15 (3), pp. 201-209.

Miller, W.R. and Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. Nathan and P.E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-81). Notre Dame, IN: University of Notre Dame.

OECD (2009). *Economic outlook, Greece*. Available at http://www.oecd.org/greece/

Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103, pp. 875-892.

Polyzos, N. (2012). Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*, 379, pp. 9820-9831.

Pompidou Group (2013). *Austerity: Athens Declaration on protecting public health by ensuring essential services in drug policy under austerity budgets-and explanatory memorandum*. Available at http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/AthensDeclaration

Prochaska. J.O. and DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heater (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum.

Randall, T.B. (2010). Systematic review of the impact of adult drug treatment courts. Translational Research, 155 (6), pp. 263-274.

Ricoeur, P. (1995). Le Juste, Paris, ed. Esprit, coll. *Philosophie*, 1, pp. 185.

Ronel, N. (2013). From a criminal spin to positive criminology. In K. Jaishankar& N. Ronel (Eds.), *Global criminology, crime and victimization in a globalized era* (pp. 335-351). Boca Raton, FL: CRC Press.

Ronel, N. and Segev, D. (2014). Positive criminology in practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58 (11), pp. 1389-1407.

Ryan, T.A. (1970). *Intentional behavior*. New York: Ronald Press

Ryan, R.M. and Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, pp. 68-78.

Schulz, D. and Schultz, S. (2012). *Theories of personality*. Wadswith, USA: International Edition.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behavior: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (2), pp. 47-51.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*.USA: D. Appleton

Spohn, C., Piper, R.K., Martin, T. and Frenzel, E.D. (2001). Drug courts and recidivism: The results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *Journal of Drug Issues*, 31 (1), pp. 149-76

Stanton, T. and Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: The Guilford Press

Stevens, A., Berto D., Kerschl V., Oeuvray K. - Van Ooyen M. - Steffan E. - Heckman W. - Uchtenhagen A. (2003). *QCT Europe: Literature Review Summary*. University of Kent: Canterbury, HB.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. and McKee, M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *The Ulster Medical Journal*, 78 (3), pp. 142-145

Trotter, C. (2009). Pro-social modeling. *European Journal of Probation*, 1, pp. 142-152.

UKDPC (2012). *Essays on the governance of drug policy*. London: UK Drug Policy Commission

Van Ness, D. (1993). New Wine and Old Wineskins: Four Challenges of Restorative Justice. *Criminal Law Forum*, 4, pp. 251-76

Waxler, D. (2017). "*Therapeutic Jurisprudence an overview*". *United world Law Journal*,1, pp .4-11

Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, pp. 324-333.

Weissman, A. (2000). Dysfunctional Attitude Scale (DAS). In K. Corcoran & J. Fischer (Eds.), *Measures for clinical practice: a sourcebook* (pp. 187-190). New York: Free Press.

Zehr, H. (1990). *Changing lenses: A new focus for crime and justice*. Scottsdale, PA: Herald Press.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΚΑΝΑ

Έλλη Δρακάκη[*], *Χαρίσιος Ασημόπουλος*[**]

Εισαγωγή

Η παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών από γονείς έχει ως αποτέλεσμα, αφενός, δυσλειτουργικά σχήματα γονεϊκής φροντίδας, καθώς καθιστά τους γονείς λιγότερο ικανούς να φιλοξενήσουν αλλά και να συναντήσουν τις ανάγκες των παιδιών τους, αφετέρου, σοβαρά προβλήματα στην οικογενειακή λειτουργικότητα (Dawe, Harnett, Straiger and Dadds, 2000). Στην Ελλάδα, ειδικότερα τη χρονική αυτή περίοδο της οικονομικής κρίσης, η διάσταση αυτή ενέχει ακόμα μεγαλύτερη σημασία. Η κρίση είχε σοβαρές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις γενικά στον πληθυσμό και, ειδικότερα, αυτές παρουσιάζονται εντονότερα στις ευάλωτες ομάδες με επίταση του άγχους, αυξημένη ανασφάλεια, αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, εξουθένωση και δυσλειτουργία στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις (Economou, Madianos, Peppou, Souliotis, Patelakis and Stefanis, 2012· Efthimiou, Argalia, Kaskaba and Makri, 2013· Giotakos, Karabelas and Kafkas, 2011· Skapinakis, Bellos, Koupidis, Grammatikopoulos, Theodorakis and Mavreas, 2013). Ως εκ τούτου, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρήστες παράνομων ουσιών εκδηλώνονται πλέον περισσότερο σύνθετα και με μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας, σε ένα

* ΟΚΑΝΑ.
** Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

ιδιαίτερα επιβαρυμένο περιβάλλον που έχει λιγότερες πηγές υποστήριξης εξαιτίας των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόσθηκαν στις διάφορες υπηρεσίες (Καλατζή και Κερασιώτη, 2011). Από την άλλη, οι ενταγμένοι σε προγράμματα μεθαδόνης ουσιοεξαρτημένοι γονείς εκφράζουν σοβαρές ανησυχίες σχετικά με τα παιδιά τους. Στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν και να καλύψουν τις βασικές ανάγκες των παιδιών τους, αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα θεραπείας ως προς την ουσιοεξάρτηση (Fraser, Intyre and Manby, 2009). Οι Street, Harrington, Chiang, Cairns and Ellis (2004) αναφέρουν ότι η χρήση ναρκωτικών από μητέρες δεν οδηγεί απαραίτητα σε μη αποδεκτό επίπεδο γονεϊκότητας. Παρομοίως, οι Burns, O' Driscoll και Wason (1996) διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες σε προγράμματα μεθαδόνης μπορούν να αναθρέψουν και να φροντίσουν τα παιδιά τους, όπως και οι γονείς που δεν είναι χρήστες ναρκωτικών. Ταυτόχρονα, η γονεϊκή ιδιότητα δεν περιορίζεται μόνο στις μητέρες. Πατέρες που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης εκδηλώνουν το ενδιαφέρον και την επιθυμία τους για υποστήριξη στο γονεϊκό τους ρόλο (McMahon, Winkel and Rounsaville, 2007). Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά τα έτη 2004-2005, εκτιμάται ότι το 2004 το 5,7% των παιδιών κάτω των 16 ετών διέμεναν με έναν γονέα χρήστη ναρκωτικών ουσιών, ενώ τα αντίστοιχα αποτελέσματα το 2000 ήταν 2,3% (Manning, Best, Faulkner and Titherington, 2009). Στην επιστημονική βιβλιογραφία οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν στις επιπτώσεις της ουσιοεξάρτησης των γονέων στα παιδιά τους (Caliendo, Senese and Cantone, 2017) καθώς και στις ουσιοεξαρτημένες μητέρες. Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειας των ουσιοεξαρτημένων γονέων των προγραμμάτων υποκατάστασης. Η διερεύνηση που επιχειρήθηκε αφορούσε σε διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργικότητας και, ειδικότερα, στην επίλυση προβλημάτων στην οικογένειά τους, στην επικοινωνία μεταξύ των μελών, στους οικογενειακούς ρόλους, στον έλεγχο της συμπεριφοράς, στη συναισθηματική εμπλοκή και ανταπόκριση των μελών της οικογένειας. Στη συνέχεια, στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται δεδομένα βιβλιογραφικής ανασκόπησης που αφορούν στην επίδραση της ουσιοεξάρτησης των γονέων στην οικογενειακή λειτουργικότητα, στη δεύτερη ενότητα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και τέ-

λος, στη τρίτη ενότητα παρατίθενται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, τα συμπεράσματα και προτάσεις.

Ουσιοεξάρτηση γονέων και οικογενειακή λειτουργικότητα

Η εξάρτηση από ουσίες από τον έναν ή και τους δύο γονείς δημιουργεί δυσλειτουργία σε ολόκληρη την οικογένεια (Blackson, Tarter, Martin and Moss, 1994). Ο βαθμός δυσλειτουργίας εξαρτάται από την κατάσταση που βιώνουν οι γονείς αναφορικά με τη χρήση ουσιών. Συγκεκριμένα, οι Hogan and Higgins (2001) περιγράφουν πως όταν οι γονείς δεν κάνουν χρήση ουσιών ή η χρήση είναι ελεγχόμενη, δεν επηρεάζεται άμεσα η λειτουργικότητα της οικογένειας. Αντίθετα, σε περιόδους μη ελεγχόμενης χρήσης ουσιών, διαταράσσεται η λειτουργικότητα της οικογένειας, καθώς η ανάγκη για χρήση αποτελεί προτεραιότητα για τους γονείς συγκριτικά με τις ανάγκες των παιδιών τους (McKeganey, Barnard and McIntosh, 2002). Επίσης, η άρση της γονικής επιμέλειας ή οι περίοδοι φυλακίσεως των γονέων επηρεάζουν την οικογενειακή λειτουργικότητα, καθώς συνοδεύονται από διαστήματα αποχωρισμού των εξαρτημένων γονέων από τα παιδιά τους (Kolar, Brown, Hertzen and Michaelson, 1994). Στη συνέχεια, παρουσιάζονται δεδομένα σχετικά με τις επιδράσεις της ουσιοεξάρτησης των γονέων σύμφωνα με τους 7 παράγοντες της οικογενειακής λειτουργικότητας που ορίζει το μοντέλο McMaster (Epstein, Baldwin and Bishop, 1983). Οι παράγοντες αυτοί είναι η γενική οικογενειακή λειτουργικότητα, η επίλυση προβλημάτων, η επικοινωνία, η αντίληψη των ρόλων, η συναισθηματική ανταπόκριση, η συναισθηματική εμπλοκή, και ο έλεγχος της συμπεριφοράς.

Ρόλοι μελών στην οικογένεια

Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλα οικογενειακά υποσυστήματα και ρόλους. Οι El-Guebaly, Carra, Clerici, Ghodse, και Poldrugo (2007) υποστηρίζουν ότι τα μέλη της οικογένειας που ζουν με ένα εξαρτημένο άτομο θεωρούνται όλα συν-εξαρτώμενα, διότι όλα υποφέρουν και επηρεάζονται από τις αλληλεπιδράσεις και τη

δυναμική της οικογένειας. Οι Bancroft, Wilson, Cunningham- Burley, Backett- Milburn και Masters (2004) κάνουν αναφορά στη γονεοποίηση των παιδιών, όταν δηλαδή αυτά φροντίζουν για τις ανάγκες των γονιών τους –ακόμη και των αδερφών τους– και αναλαμβάνουν ρόλους χωρίς να είναι συναισθηματικά και αναπτυξιακά έτοιμα. Σημαντικός, επίσης, είναι και ο ρόλος του συν-εξαρτημένου γονέα. Ο συν-εξαρτημένος γονιός (Cermak, 1991) αφορά στον σύντροφο, ο οποίος, ενώ ο ίδιος δεν κάνει χρήση ουσιών, ωστόσο έχει εμπλακεί στην εξάρτηση του συντρόφου του και λειτουργεί ως βασικός αποδέκτης της εξαρτημένης συμπεριφοράς του χρήστη. Ο συν-εξαρτημένος γονέας ασχολείται υπερβολικά με τον εξαρτημένο σύντροφό του, σε σημείο που παραμελεί τον δικό του εαυτό, τις προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες σε τέτοιο βαθμό ώστε να απειλείται η ύπαρξή του σε κάθε προσπάθεια αυτονόμησης και διαφοροποίησης μέσα στην εξαρτητική σχέση. Ένας ακόμη ρόλος που επηρεάζει τη λειτουργικότητα της οικογένειας είναι εκείνος του συν-εξαρτημένου συντρόφου. Πρόκειται για το νέο σύντροφο του ουσιοεξαρτημένου γονέα, που πιθανότατα αντιμετωπίζει και εκείνος/-η προβλήματα με τη χρήση ουσιών και διαμορφώνει εκ νέου τη δομή και λειτουργία της οικογένειας (Bancroft et al., 2004).

Συναισθηματική ανταπόκριση στην οικογένεια

Η χρήση ουσιών απειλεί την ικανότητα των γονέων να εκδηλώσουν τρυφερότητα, ζεστασιά και αγάπη στα παιδιά τους (Barnard and McKeganey, 2004· Schuler, Nair, Black and Kettinger, 2002). Στην προσπάθεια διατήρησης ενός «κανονικού» σπιτιού και μιας «φυσιολογικής» οικογένειας, ευνοείται η μυθοπλασία, η σιωπή και η μυστικότητα τόσο μεταξύ των μελών όσο και η σχέση τους με το ευρύτερο περιβάλλον (Barnard and Barlow, 2003). Και τα παιδιά των εξαρτημένων γονέων κρύβουν τα συναισθήματά τους, έχουν την τάση να αισθάνονται υπεύθυνα για την εξάρτηση των γονέων τους, δυσκολεύονται να εμπιστευτούν τη δική τους αντίληψη λόγω της προσπάθειας των ενηλίκων να τους αποκρύψουν πληροφορίες ή λόγω της διαστρεβλωμένης αντίληψης των γονέων τους, είναι δύσπιστα και οχυρώνονται πίσω από αμυντικές διεργασίες (Cwiakal and Mordock,

1996). Επίσης, ενοχή και ντροπή αισθάνονται όταν αναγκάζονται να εμπλέκονται σε παράνομες δραστηριότητες για λογαριασμό των γονέων τους (Brooks and Rice, 1997). Ως μέτρο αυτοπροστασίας τους τελικά, «τα παιδιά καταφέρνουν να μην αισθάνονται» (Black, 2006, σελ. 74). Επιπλέον, από μικρή ηλικία, τα παιδιά εξαρτημένων γονέων καλούνται να διαχειριστούν αισθήματα φόβου, αποχωρισμού και απώλειας (Cleaver, Unell and Aldgate, 1999· Hogan, 2007), είτε εξαιτίας των πολύωρων ή/και πολυήμερων απουσιών των γονέων από το σπίτι, οι οποίες σχετίζονται με την αναζήτηση της ουσίας, είτε λόγω φυλάκισης, είτε λόγω αφαίρεσης της επιμέλειας, είτε λόγω θανάτου των γονέων (Bancroft et al., 2004).

Συναισθηματική εμπλοκή στην οικογένεια

Ο χρόνος και η ενέργεια που δαπανά στην αναζήτηση της ουσίας το ουσιοεξαρτημένο άτομο στην καθημερινή του ζωή του κλέβουν χώρο και χρόνο από σημαντικούς ανθρώπους, από τα μέλη της οικογένειάς του (Nakken, 2006). Το ίδιο ισχύει και για τον συν-εξαρτημένο γονέα, καθώς υπερεμπλέκεται στη ζωή του ουσιοεξαρτημένου συντρόφου του, καλύπτοντάς τον και διαστρεβλώνοντας την πραγματικότητα της εξάρτησής του στα παιδιά. Οι γονείς πολλές φορές δεν δείχνουν το ενδιαφέρον τους στα παιδιά και δεν αναγνωρίζουν τα επιτεύγματά τους (Black, 2006). Από την άλλη τα παιδιά, αντιλαμβανόμενα ότι οι ανάγκες των γονιών τους αποτελούν προτεραιότητα, νιώθουν ότι δεν είναι σημαντικά και ότι δεν αξίζουν (Nakken, 2006).

Έλεγχος συμπεριφοράς στην οικογένεια

Η γονεϊκή πρακτική στο πλαίσιο της εξάρτησης από ουσίες χαρακτηρίζεται είτε από στοιχεία εγωκεντρισμού και μειωμένης γονεϊκής διαθεσιμότητας, είτε από καταστάσεις υπερεμπλοκής του γονέα στη ζωή των μελών της οικογένειας (Hogan, 1998· Kerwin, 2005· Mayes, 1995). Οι Lawrinson, Copeland και Indig (2006) αναφέρουν ότι οι εξαρτημένες μητέρες, από τη μία πλευρά, υιοθετούν μια σκληρή και τιμωρητική στάση προς τα παιδιά τους, και την ίδια στιγμή συνυπάρ-

χουν στοιχεία παραμέλησης. Επιβαρυντικά λειτουργεί και η δυσκολία των εξαρτημένων γονέων να αντιληφθούν ή να αποδεχτούν τους κινδύνους στους οποίους μπορεί να εκθέτουν το παιδί μέσω της συμπεριφοράς χρήσης (Rhodes, Bernays and Houmoller, 2010). Στην ακραία της μορφή, η επίπτωση της γονεϊκής χρήσης ουσιών στο παιδί έχει συσχετιστεί με συμπεριφορές κακοποίησης ή παραμέλησης (Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci, and Kirillova, 2002). Τα ποσοστά και οι πιθανότητες κακοποίησης αυξάνονται όταν συντρέχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου από πλευράς του γονέα και του κοινωνικού πλαισίου, όπως για παράδειγμα ψυχική νόσος στο γονέα, κακή οικονομική κατάσταση, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου (Nair, Schuler, Black, Kettinger, and Harrington, 2003) και κακοποίηση γονέα κατά την παιδική του ηλικία (McMahon et al., 2007).

Επικοινωνία στην οικογένεια

Οι ουσιοεξαρτημένοι γονείς, ως παιδιά στις οικογένειες καταγωγής τους, κατέφευγαν στη χρήση ουσιών για να μπορέσουν να εκφράσουν απαγορευμένα συναισθήματα. Ως ενήλικοι και γονείς εξαρτημένοι από ουσίες, αναπαράγουν στη δική τους οικογένεια την απουσία άμεσης και ξεκάθαρης επικοινωνίας (Μάτσα, 1997). Η επικοινωνία μεταξύ των μελών εμπεριέχει κατηγορίες και στοιχεία επίκρισης, και συχνά αναδύονται ζητήματα εμπιστοσύνης. Επίσης, δεν επιτρέπεται στα παιδιά να μιλούν ή/και να ρωτούν για την εξάρτηση των γονιών τους από το φόβο των γονέων για ενδεχόμενη απομάκρυνση και αφαίρεση της επιμέλειας των παιδιών τους λόγω της δικής τους ουσιοεξάρτησης (Black, 2006). Στην περίπτωση που τα παιδιά εμπιστευτούν κάποιον ενήλικα και μοιραστούν μαζί του την προβληματική γονεϊκή κατάσταση, τότε φοβούνται και νιώθουν ενοχές ότι προδίδουν τους γονείς τους. Σε κλίμα λοιπόν ανασφάλειας, καχυποψίας και φόβου δεν εκφράζονται άμεσα τα ζητήματα που απασχολούν τα μέλη (Black, 2006· Brooks and Rice, 1997).

Επίλυση προβλημάτων στην οικογένεια

Οι απότομες εναλλαγές των γονέων αναφορικά με το γονεϊκό στυλ που υιοθετούν δημιουργούν στα παιδιά τους αισθήματα σύγχυσης και ανασφάλειας (Lawrinson et al., 2006). Τα παιδιά δεν αισθάνονται διαθέσιμους τους γονείς τους ώστε να εκφράσουν και στη συνέχεια να επιλύσουν το ζήτημα που τα απασχολεί, καθώς πρωταρχικό μέλημα των ουσιοεξαρτημένων γονέων είναι η εξασφάλιση της ουσίας. Μέσα σε αυτό το πρίσμα, αναδύεται η αμφιβολία για την ικανότητα των εξαρτημένων γονέων να ανταποκρίνονται και να επιλύουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν στην οικογένειά τους (Nakken, 2006· Black, 2006). Ωστόσο, μερικά παιδιά φαίνεται να είναι σε καλύτερη θέση να αντιμετωπίσουν κάποιες καταστάσεις από κάποια άλλα. Λόγω της έκθεσής τους από πολύ νωρίς στις αντιξοότητες που προκαλούνται από τους ουσιοεξαρτημένους γονείς τους, τα παιδιά αναπτύσσουν δεξιότητες για την αντιμετώπιση του άγχους και των αλλαγών, αποκτούν αυτονομία, αναλαμβάνουν ευθύνες και έχουν ηθική συμπεριφορά (Wolin and Wolin, 1993).

Ουσιοεξάρτηση γονέων και γενική λειτουργικότητα στην οικογένεια

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτό αναπαράγονται από γενιά σε γενιά. Τα δυσλειτουργικά μοντέλα των οικογενειών καταγωγής, που συνέβαλαν στην ουσιοεξάρτηση των παιδιών, επαναλαμβάνονται στις οικογένειες που δημιουργούν οι ουσιοεξαρτημένοι γονείς (Brooks and Rice, 1997· Iliadis et al., 2015). Ο Pitcher (2002) επισημαίνει την επίδραση των συγγενών, στη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας, όταν αυτοί αναλαμβάνουν την επιμέλεια (επίσημα ή μη) των παιδιών. Η Μάτσα (2011) αναδεικνύει τη συμβολή των «σημαντικών άλλων» στα παιδιά, (συγγενείς, παππούς, γιαγιά, παιδαγωγοί, επαγγελματίες θεραπευτικών προγραμμάτων), οι οποίοι δύνανται να αποτρέψουν τον διαγενεαλογικό κύκλο της εξάρτησης. Συνοψίζοντας την επίδραση της ουσιοεξάρτησης των γονέων στη λειτουργία της οικογένειάς τους, παρατηρείται ότι όχι μόνο τα μέλη της οικογένειας αλλά και η ευρύτερη οικογένεια

επηρεάζεται από την ουσιοεξάρτηση των γονέων. Οι ουσιοεξαρτημένοι γονείς επαναλαμβάνουν δυσλειτουργικά σχήματα συμπεριφοράς από τις πατρικές στις οικογένειές τους.

Μεθοδολογία

Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της λειτουργικότητας οικογενειών όπου ο ένας ή και οι δύο γονείς είναι χρήστες ουσιών σε Προγράμματα Υποκατάστασης και ζουν κάτω από την ίδια στέγη με τον άλλο γονέα και τα παιδιά τους. Στόχοι της έρευνας ήταν η διερεύνηση της γενικής οικογενειακής λειτουργικότητας, της επίλυσης προβλημάτων, της επικοινωνίας, της αντίληψης των ρόλων, της συναισθηματικής ανταπόκρισης, της συναισθηματικής εμπλοκής και του ελέγχου συμπεριφοράς των οικογενειών με ουσιοεξαρτημένους γονείς.

Δείγμα

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 95 ζευγάρια (n=190), τα οποία ήταν παντρεμένα ή συζούσαν και διέμεναν κάτω από την ίδια στέγη με τα ανήλικα παιδιά τους. Τουλάχιστον ο ένας γονέας ή και οι δύο ήταν μέλη των 21 Μονάδων Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στην περιοχή της Αττικής (Αθήνα και Πειραιά). Οι συμμετέχοντες ήταν 95 άνδρες και 95 γυναίκες.

Ερευνητικό εργαλείο

Χρησιμοποιήθηκαν ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Οικογένειας του McMaster (McMaster Family Assessment Device -FAD). Το FAD (Epstein, Baldwin, and Bishop, 1983[1]. Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990)[2] αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του ογδόντα, και αποτελείται από 60 ερωτήσεις αυτό-αξιολόγησης της ικανοποίησης της οικογενειακής λειτουργικότητας, από τις οποίες προκύ-

1. Epstein, Baldwin and Bishop (1983).
2. Kabacoff et al. (1990).

πτουν επτά κλίμακες που αντιστοιχούν στις διαστάσεις του μοντέλου McMaster (Λύση προβλήματος, Επικοινωνία, Ρόλοι, Συναισθηματική απαντητικότητα, Συναισθηματική εμπλοκή, Έλεγχος συμπεριφοράς, Γενική λειτουργικότητα).

Δεοντολογία

Η έγκριση για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας δόθηκε από το Κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας - ΟΚΑΝΑ. Η ερευνήτρια τόνισε σε όλους τους συμμετέχοντες ότι η συμμετοχή τους στην εν λόγω ερευνητική προσπάθεια ήταν εθελοντική και ότι ήταν ελεύθεροι να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας, χωρίς επιπτώσεις. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία και να εξασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών τους στοιχείων, η ερευνήτρια τους καταχώρησε στη βάση των δεδομένων μόνο με έναν κωδικό. Οι συμμετέχοντες έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 20. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τα μέτρα θέσης (μέση τιμή και διάμεσος) και διασποράς (τυπική απόκλιση και ενδοτεταρτημοριακό εύρος) που προέκυψαν από το δείγμα, ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές με τις συχνότητες που αναλογούν σε κάθε κατηγορία. Οι έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι παραμετρικοί έλεγχοι t του student και ANOVA καθώς οι μη παραμετρικοί έλεγχοι των Man-Whitney και των Kruskal-Wallis.v. Η ύπαρξη κανονικότητας ελέγχθηκε μέσω των ελέγχων των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk. Οι συσχετίσεις μεταξύ συνεχών μεταβλητών ελέγχθηκαν μέσω του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Η αξιοπιστία των δεικτών ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή α του Cronbach.

Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείτο από 95 ζευγάρια γονέων, 95 άντρες και 95 γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 42,4 έτη με τυπική απόκλιση ίση με ±7,1. Για τους άνδρες η μέση ηλικία ήταν τα 44,8

(±6,8) έτη, ενώ για τις γυναίκες τα 39,7 (±6,5) έτη. Ο μεγαλύτερος ηλικιακά συμμετέχων ήταν 64 ετών, ενώ η μικρότερη συμμετέχουσα 26 ετών. Σχετικά με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων, ποσοστό 16,3% ανέφεραν ότι δεν έχουν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση, ποσοστό 24,2% ότι έχουν απολυτήριο γυμνασίου, ποσοστό 37,9% δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου, ενώ ποσοστό 21,6% τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σχετικά με την εργασία, το 42,8% των ερωτηθέντων δήλωσαν άνεργοι. Το 40% δήλωσαν ότι εργάζονται σε μόνιμη εργασία ενώ ποσοστό 17,2% περιστασιακά. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (76,8%) ήταν έγγαμοι, ποσοστό 18,9% δήλωσαν ότι βρίσκονται σε σχέση, 2 ζεύγη γονέων βρίσκονταν σε διάσταση, ενώ άλλα 2 ζευγάρια ήταν διαζευγμένα. Από τους 119 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι παρακολουθούσαν πρόγραμμα με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, οι 24 εξ αυτών ήταν ζευγάρια (12 ζευγάρια). Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών τους, από τους 190 γονείς οι 105 ανέφεραν ότι έχουν ένα παιδί, οι 58 δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά, 10 ζεύγη γονέων δήλωσαν ότι έχουν 3 παιδιά, ένα ζευγάρι έχει αποκτήσει 4 παιδιά, ενώ 5 γονείς έχουν 5 παιδιά. Η μέση ηλικία πρώτου παιδιού των ερωτηθέντων ήταν τα 10,8 έτη με το μεγαλύτερο να είναι 28 ετών και το μικρότερο κάτω του έτους. Το 90% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διατηρεί την επιμέλεια των παιδιών του.

Αναφορικά με την ουσιοεξάρτηση, οι 80 από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (58 άνδρες και 22 γυναίκες) απάντησαν θετικά στην ερώτηση «αν είναι χρήστες ουσιών», οι 102 απάντησαν αρνητικά, ενώ 8 συμμετέχοντες δεν έδωσαν καμία απάντηση. Από τους 80 που δήλωσαν χρήστες οι 76 ανέφεραν την κύρια ουσία ή τις ουσίες που κάνουν χρήση. Οι 38 εξ αυτών (ποσοστό 50%) δήλωσαν ότι κάνουν χρήση ηρωίνης, 23 (ποσοστό 30,3%) δήλωσαν ότι κάνουν χρήση κάνναβης, 6 (ποσοστό 7,9%) μεθαδόνης, 4 (ποσοστό 5,3%) βουπρενορφίνης και 5 χρήση κοκαΐνης. Οι 64 από τους 76 έκαναν χρήση κυρίως μιας ουσίας, ενώ οι 12 δηλώσαν πολυχρήστες. Η μέση δηλωθείσα ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών ήταν τα 19,6 (±5,9 SD) έτη, με μικρότερη ηλικία να είναι τα 12 έτη και μεγαλύτερη τα 43. Οι 51 από τους 76 (67,1%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση «αν έχουν κάνει χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες», ενώ 25 απάντησαν αρνητικά. Σχετικά με τη θεραπεία με υποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων γο-

νέων, ποσοστό 82,7% του δείγματος, ήτοι 124 γονείς, συμμετέχουν σε κάποιο θεραπευτικό Πρόγραμμα. 54 γονείς δήλωσαν ότι συμμετείχαν σε πρόγραμμα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ με μεθαδόνη και 65 σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ στο δείγμα ήταν τα 6,41 (±4,5) έτη με εύρος από 1 έως 21 έτη.

Αναφορικά με την Οικογενειακή Λειτουργικότητα παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων εμφάνισε πρόβλημα στους Ρόλους (55,3%) και τον Έλεγχο Συμπεριφοράς (55,3%). Στον αντίποδα, το 87,4% του δείγματος εμφάνισε υγιή λειτουργικότητα στην κλίμακα Επίλυσης Προβλημάτων. Παρατηρήθηκε ότι μόνο η κλίμακα της Επίλυσης Προβλημάτων ήταν σε υγιή επίπεδα για τους ερωτηθέντες που στερούνται βασικής εκπαίδευσης. Διαπιστώθηκε πως η κλίμακα αυτή επηρεάστηκε στατιστικά σημαντικά από το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς εμφάνισε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή στους απόφοιτους δημοτικού σε σχέση με αυτούς που είχαν υψηλότερη μόρφωση. Επίσης οι απόφοιτοι λυκείου εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ σε σχέση με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αναφορικά με την επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος στις κλίμακες της οικογενειακής λειτουργικότητας, παρατηρήθηκε ότι η διάσταση των ρόλων ήταν μη υγιής σε όλες τις ομάδες, και οι έχοντες σταθερή εργασία εμφάνισαν μη υγιή Γενική Λειτουργικότητα σε σχέση με τους άνεργους (P-Value 0,065).

Διαπιστώθηκε πως τις υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στην κλίμακα της Συναισθηματικής Εμπλοκής και της Γενικής Λειτουργικότητας έλαβαν οι γονείς με τρία παιδιά και άνω, συγκριτικά με τους γονείς με ένα ή δύο παιδιά. Οι ουσιοεξαρτημένοι πατέρες εμφάνισαν μη υγιή λειτουργία στην κλίμακα των Ρόλων, σε σχέση με τους πατέρες που δήλωσαν ότι δεν έκαναν χρήση ουσιών (P-Value 0,055). Οι μητέρες που δήλωσαν χρήστριες ουσιών είχαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ μη υγιούς λειτουργικότητας στις κλίμακες Επίλυσης Προβλημάτων (P-Value 0,015), Συναισθηματικής Ανταπόκρισης (P-Value 0,037), Συναισθηματικής Εμπλοκής (P-Value 0,010) και Γενικής Λειτουργικότητας (P-Value 0.038), σε σχέση με τις μητέρες που δήλωσαν μη-χρήστριες.

Παρατηρήθηκε διαφορά στην κλίμακα Επίλυσης Προβλημάτων ανάμεσα στους χρήστες που έκαναν χρήση μόνο μίας ουσίας και

αυτών που έκαναν χρήση περισσότερων από μία. Συγκεκριμένα, οι πολυχρήστες εμφάνισαν αυξημένη μη υγιή λειτουργικότητα στην Επίλυση Προβλημάτων συγκριτικά με τους χρήστες που λάμβαναν μία μόνο ουσία (P-Value 0,002). Αναφορικά με την επίδραση της κύριας ουσίας στις κλίμακες της οικογενειακής λειτουργικότητας, παρατηρήθηκε ότι: α) οι χρήστες βενζοδιαζεπινών είχαν σημαντικά καλύτερη οικογενειακή λειτουργικότητα όσον αφορά τη Συναισθηματική Ανταπόκριση σε σχέση με τους χρήστες κάνναβης και άλλων ουσιών (P-Value 0,015), και β) η ομάδα των χρηστών κάνναβης εμφάνισαν μεγαλύτερη προβληματική στην κλίμακα της Επίλυσης Προβλημάτων σε σχέση με τους χρήστες ηρωίνης και βενζοδιαζεπινών (P-Value 0,033).

Σχετικά με το είδος του Προγράμματος Υποκατάστασης και τις κλίμακες οικογενειακής λειτουργικότητας διαπιστώθηκε ότι οι γονείς που συμμετείχαν σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης με χορήγηση μεθαδόνης εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία μη υγιούς λειτουργικότητας στις κλίμακες Επίλυσης Προβλημάτων (P-Value 0.048), Επικοινωνίας (P-Value 0.083) και Γενικής Λειτουργικότητας (P-Value 0.064) σε σχέση με τους γονείς που συμμετείχαν σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης με χορήγηση βουπρενορφίνης. Τέλος, αναφορικά με τη διάρκεια παρακολούθησης του Προγράμματος και τις κλίμακες οικογενειακής λειτουργικότητας παρατηρήθηκε ότι η μεγάλη χρονική διάρκεια παρακολούθησης συνδέθηκε με προβλήματα Επικοινωνίας και Επίλυσης Προβλημάτων. Συγκεκριμένα: α) στη διάσταση της Επικοινωνίας όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα περισσότερα από 10 έτη εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ σε σχέση με τους νεότερους που συμμετείχαν έως και 5 χρόνια (P-Value 0.054), και β) η κλίμακα Επίλυσης Προβλημάτων έδειξε μη υγιής για τους γονείς που συμμετείχαν στα ΠΥ-ΟΚΑΝΑ περισσότερο από 10 χρόνια, συγκριτικά με τις άλλες 2 ομάδες (P-Value 0.059).

Συζήτηση

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στις οικογένειες με ουσιοεξαρτημένους γονείς εντοπίζεται στους Ρόλους που καλούνται να αναλάβουν τα μέλη και στον

Έλεγχο συμπεριφοράς. Πρόβλημα στους Ρόλους των μελών της οικογένειας εντοπίζει και η Winter (2006) στην έρευνα που διεξήγαγε σε φοιτητές που είχαν εξαρτημένους από ουσίες ή αλκοόλ γονείς. Οι φοιτητές εκφράζουν την έλλειψη γονεϊκών προτύπων κατά την παιδική τους ηλικία και την ανάγκη καλλιέργειας γονεϊκών ρόλων στην οικογένεια. Τη δυσλειτουργία στους Ρόλους στην οικογένεια αναδεικνύει και η έρευνα των Bancroft et al. (2004), καθώς τα παιδιά ουσιοεξαρτημένων γονέων αναφέρουν ότι αναλαμβάνουν καθήκοντα τα οποία δεν αντιστοιχούν στην ηλικία τους. Επίσης, σε οικογένειες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης συναντάται δυσλειτουργία στους ρόλους των μελών. Συγκεκριμένα, η Iovu (2011) στην έρευνα που διεξήγαγε στη Ρουμανία σε κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά 14-18 ετών, με σκοπό τη μελέτη της οικογενειακής λειτουργικότητας των οικογενειών τους, διαπιστώνει ότι τα καθήκοντα προς τα μέλη αποδίδονται μόνο από τον έναν γονέα και δεν επιτρέπεται η αναβολή στην εκτέλεσή τους. Επιπλέον, είναι μη διαπραγματεύσιμα και υπάρχει βία, όταν αυτά δεν εκτελούνται. Γενικώς, επικρατεί κλίμα δυσαρέσκειας ανάμεσα στα μέλη από τα καθήκοντα που αναλαμβάνουν. Στην παρούσα έρευνα, η προβληματική στην ανάληψη ρόλων δύναται να προέρχεται από τα βιώματά τους στην παιδική ηλικία, βιώματα προερχόμενα από την οικογένεια καταγωγής που σχετίζονται με την ασαφή και μη συμβατή απόδοση ρόλων και καθηκόντων στα μέλη της οικογένειας, όπως γονεοποίηση παιδιού κ.ά. Η επανάληψη αυτών των βιωμάτων δημιουργεί στις τωρινές τους οικογένειες δυσκολία αναφορικά με την ανάθεση και ανάληψη ρόλων στα μέλη της οικογένειας.

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι πατέρες που δηλώνουν χρήστες ουσιών εμφανίζουν μη υγιή λειτουργικότητα στην κλίμακα των Ρόλων, σε σχέση με τους πατέρες που δηλώνουν ότι δεν κάνουν χρήση ουσιών. Σύμφωνη με το αποτέλεσμα αυτό είναι και η έρευνα των Caliendo et al. (2017), οι οποίοι διαπιστώνουν ότι οι ουσιοεξαρτημένοι πατέρες, σε σύγκριση με μη-ουσιοεξαρτημένους πατέρες, ασκούν λιγότερο γονεϊκό έλεγχο στα παιδιά τους. Δυσκολεύονται τόσο να θέσουν περιορισμούς και απαγορεύσεις, όσο και να είναι ευέλικτοι και επιτρεπτικοί σε κάποιες περιστάσεις.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, επίσης, ότι οι απόφοιτοι δημοτικού εμφανίζουν δυσλειτουργία στον Έλεγχο της Συμπεριφοράς,

συγκριτικά με τους γονείς που ανήκουν σε άλλες βαθμίδες εκπαίδευσης. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Neger and Prinz (2015), αναφέρεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό επιστημονικών ερευνών εντοπίζεται χαμηλό το επίπεδο εκπαίδευσης των ουσιοεξαρτημένων γονέων. Επίσης, έρευνα των Matejevic, Jovanovic and Lazarevicb (2014) συσχετίζει τον έλεγχο συμπεριφοράς στις οικογένειες ουσιοεξαρτημένων εφήβων, με το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων τους. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι οι γονείς εφαρμόζουν ακραίους τρόπους συμπεριφοράς στα παιδιά τους, είτε ιδιαίτερα αυστηρούς, είτε πολύ χαοτικούς. Αντίστοιχα, η έναρξη της χρήσης ουσιών στην εφηβεία συνδέεται άμεσα με την διακοπή της φοίτησης στο σχολείο. Το σχολείο αποτελεί χώρο εκμάθησης αξιών, αρχών, συμπεριφορών που βοηθούν το άτομο να συνδιαλλάσσεται και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλα άτομα, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην κοινωνικοποίηση και στην προσωπική του ανάπτυξη. Η πρόωρη διακοπή της σχολικής φοίτησης αναστέλλει τη λειτουργία των παραπάνω διαδικασιών. Σε συνδυασμό με την εμπλοκή στη χρήση ουσιών, ο ουσιοεξαρτημένος γονέας αδυνατεί να αναπτύξει ικανότητες και συμπεριφορές που σχετίζονται με την τήρηση και διατήρηση κανόνων και προτύπων συμπεριφοράς, τόσο στο ενδο-οικογενειακό σύστημα όσο και στις συναναστροφές του με άλλα περιβάλλοντα (σχολείο, συγγενείς, κ.ά). Προβλήματα ελέγχου συμπεριφοράς εντοπίζει σε μελέτη του και ο Γεωργάκας (2000), όπου παρατηρεί αυξημένα ποσοστά ανυπακοής, έντονου θυμού και επιθετικότητας σε παιδιά ουσιοεξαρτημένων γονέων ηλικίας 13 μηνών έως 10 ετών. Εκτός από τη διακοπή της φοίτησης στο σχολείο, αίτια μπορεί να πηγάζουν και από την πατρική οικογένεια. Δύνανται, δηλαδή, να επαναλαμβάνονται μοντέλα συμπεριφοράς, προερχόμενα από την προηγούμενη γενιά και να επιφέρουν δυσλειτουργία στις τωρινές οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων γονέων πχ άκαμπτος, χαοτικός τρόπος συμπεριφοράς.

Η έρευνα έδειξε, επίσης, ότι οι μητέρες οι οποίες κάνουν χρήση ουσιών παρουσιάζουν δυσκολία στην Επίλυση Προβλημάτων, στη Συναισθηματική Ανταπόκριση, στη Συναισθηματική Εμπλοκή και τη Γενική Λειτουργικότητα, συγκριτικά με τις μητέρες που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Φαίνεται λοιπόν ότι η ουσιοεξάρτηση των μητέρων καθιστά δύσκολη την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν στην οικογένειά τους. Τη δυσκολία συναισθηματικής ανταπό-

κρισης των ουσιοεξαρτημένων μητέρων εντοπίζουν και οι Mayes και Truman (2002), ενώ οι Nair et al. (2003) αναφέρουν ότι οι χρήστριες μητέρες εμφανίζονται πιο τιμωρητικές και με περισσότερο άγχος για την ικανότητα ανταπόκρισής τους στο γονεϊκό ρόλο, σε σύγκριση με μητέρες που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Με υψηλά επίπεδα γονεϊκού άγχους εμφανίζονται οι μητέρες χρήστριες σε σχέση με μητέρες μη χρήστριες στην προσπάθεια εκπλήρωσης των γονεϊκών τους καθηκόντων (Killeen and Brady, 2000). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η εκπλήρωση των γονεϊκών καθηκόντων σε καθημερινή και συστηματική βάση δημιουργεί στις ουσιοεξαρτημένες μητέρες αυξημένο άγχος και θέτουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των βασικών αναγκών της οικογένειας, υποτιμώντας την σημασία της συναισθηματικής ανταπόκρισης στα μέλη της οικογένειας. Επιπλέον, οι μητέρες χρήστριες συναντούν δυσκολίες, όταν εμπλέκονται συναισθηματικά με τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι Borelli et al. (2012) παρατήρησαν χαμηλή αντανακλαστική λειτουργία των ουσιοεξαρτημένων γονέων καθώς παλεύουν να διαχωρίσουν τα δικά τους συναισθήματα από αυτά των παιδιών τους. Οι Gruber και Taylor (2006), στην έρευνά τους, αναφέρονται στον αγώνα των ουσιοεξαρτημένων μητέρων για παροχή γονικής ζεστασιάς στα παιδιά τους. Ο όρος γονική ζεστασιά που χρησιμοποιούν, περιλαμβάνει τη θετική αλληλεπίδραση στη σχέση γονέα- παιδιού, και συναισθήματα αγάπης, αποδοχής και υποστήριξης. Στην παρούσα έρευνα, διαπιστώνεται ότι οι μητέρες που κάνουν χρήση ουσιών εκτιμούν ότι στην οικογένειά τους δεν εκφράζεται το ενδιαφέρον που μπορεί να νιώθουν τα μέλη μεταξύ τους. Φαίνεται λοιπόν, ότι η χρήση ουσιών δυσκολεύει τις μητέρες να νιώσουν ικανοποίηση για τον τρόπο που λειτουργεί η οικογένειά τους. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνουν και οι Lussier et al. (2010).

Ο αριθμός των παιδιών φαίνεται, επίσης, να επηρεάζει όλες τις κλίμακες της οικογενειακής λειτουργικότητας. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια των ουσιοεξαρτημένων γονέων, τόσο πιο προβληματική γίνεται η οικογενειακή λειτουργικότητα. Οι Nair et al. (2003) συνδέουν τον αυξημένο αριθμό παιδιών στην οικογένεια με το γονεϊκό άγχος και την ουσιοεξάρτηση των μητέρων, ως επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το γονεϊκό άγχος, τα οικονομικά προβλήματα, οι κα-

θημερινές δραστηριότητες των παιδιών (μελέτη, συνοδεία σε άλλες δραστηριότητες, κ.ά.) και η έλλειψη γνώσεων των γονέων αναφορικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των αναπτυξιακών φάσεων των παιδιών δύνανται να λειτουργούν ανασταλτικά στην ανάπτυξη υγιούς λειτουργίας στις οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων γονέων.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται ακόμη ότι ένα μικρό ποσοστό (10%) γονέων δεν έχει την επιμέλεια των παιδιών. Οι Suchman, DeCoste, Leigh και Borelli (2010) παρατήρησαν ότι στην Αμερική οι ουσιοεξαρτημένες μητέρες έχουν διπλάσια πιθανότητα να χάσουν την επιμέλεια των παιδιών τους, συγκριτικά με μη ουσιοεξαρτημένες μητέρες. Γι' αυτό και συχνά δεν απευθύνονται σε θεραπευτικά κέντρα με το φόβο ότι θα χάσουν την επιμέλεια (Niccols and Sword, 2005). Στην παρούσα έρευνα, δεν διαπιστώνεται διαφορά στη λειτουργικότητα των οικογενειών ανάμεσα στους ουσιοεξαρτημένους γονείς που δεν έχουν την επιμέλεια και σε εκείνους που εξακολουθούν να έχουν την επιμέλεια των παιδιών τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι, ακόμα και αν υπάρχει άρση επιμέλειας, τα παιδιά μπορεί να εξακολουθούν να διαμένουν στην ίδια κατοικία με τον ουσιοεξαρτημένο γονέα και τον άλλο γονέα ή συγγενή που έχει τυπικά την επιμέλεια.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται, επίσης, ότι οι γονείς με σταθερή εργασία εμφανίζουν προβλήματα Γενικής Λειτουργικότητας σε σχέση με τους ανέργους. Αντίθετα, η έρευνα των Bancroft et al. (2004) συνδέει την ουσιοεξάρτηση των γονέων με το χαμηλό κοινωνικό οικονομικό στάτους της οικογένειας. Ο Γεωργάκας (2000), επίσης, επιβεβαιώνει το συσχετισμό της ανεργίας, της κακής οικονομικής κατάστασης και της ουσιοεξάρτησης των γονέων. Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα είναι αντίθετα με τα ευρήματα άλλων επιστημονικών ερευνών. Ενδεχομένως, το γονεϊκό άγχος να επηρεάζει την Γενική Λειτουργικότητα των γονέων. Στην έρευνα αυτή, παραλείπεται η πληροφορία από τους άνεργους γονείς αναφορικά με το ύψος των εισοδημάτων και την πηγή αυτών, που, ενδεχομένως, να αιτιολογούσαν το βαθμό λειτουργικότητας στις οικογένειές τους Δεν είναι γνωστή, επίσης, η συμβολή των «σημαντικών άλλων», καθώς είναι γνωστό ότι τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειας, οι παππούδες, οι γιαγιάδες, οι θείες και άλλοι συγγενείς, συχνά αναλαμβάνουν το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και ενδέχεται να παρέχουν φροντίδα

οικονομική *και* ψυχολογική υποστήριξη (Barnard, 2006· Bancroft et al., 2004).

Αναφορικά με τη χρήση ουσιών, διαπιστώνεται ότι η κύρια ουσία χρήσης και η πρόσφατη χρήση (τελευταίων 30 ημερών) επηρεάζει την οικογενειακή λειτουργικότητα των γονέων. Συγκεκριμένα, οι πολυχρήστες γονείς συγκριτικά με τους γονείς-χρήστες που λαμβάνουν μία μόνο ουσία, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην Επίλυση Προβλημάτων. Τέτοιου είδους δυσκολία είναι αναμενόμενη, καθώς ο συνδυασμός διαφόρων ουσιών με πιθανή αντίθετη δράση, π.χ. παράλληλη χρήση διεγερτικών και ηρεμιστικών χαπιών, να αναστατώνουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Και οι γονείς χρήστες κάνναβης αντιμετωπίζουν προβλήματα στην Επίλυση Προβλημάτων σε σχέση με τους χρήστες ηρωίνης και βενζοδιαζεπινών. Τα συμπτώματα που προκαλεί η μακροχρόνια χρήση κάνναβης, όπως γενική απάθεια, άμβλυνση συναισθήματος και δυσκολία στην κριτική ικανότητα, δυσκολεύουν τους γονείς χρήστες κάνναβης να επιλύουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν στην οικογένειά τους. Διαπιστώνεται επίσης, ότι οι γονείς χρήστες βενζοδιαζεπινών έχουν καλύτερη Συναισθηματική Ανταπόκριση σε σχέση με τους χρήστες κάνναβης και άλλων ουσιών. Η αγχολυτική δράση των βενζοδιαζεπινών πιθανόν να καταστέλλει το γονεϊκό στρες και να βοηθά τους ουσιοεξαρτημένους γονείς ν' ανταποκρίνονται στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ακόμη ότι η πρόσφατη χρήση των ουσιοεξαρτημένων γονέων επηρεάζει την οικογενειακή λειτουργικότητα σε όλες τις κλίμακες πλην αυτή της Επίλυσης Προβλημάτων, συγκριτικά με τους ουσιοεξαρτημένους γονείς που δεν έχουν κάνει πρόσφατη χρήση ουσιών. Οι Fraser et al. (2009), αναφέρουν την αρνητική επίδραση στη λειτουργία της οικογένειας μετά από πρόσφατη και ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών των γονέων.

Αναφορικά με τη θεραπεία με υποκατάσταση, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται, ανάλογα με την υποκατάστατη ουσία και τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι γονείς που συμμετέχουν σε πρόγραμμα με χορήγηση μεθαδόνης εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία μη υγιούς οικογενειακής λειτουργικότητας, σε όλες τις κλίμακες –πλην των ρόλων–, σε σχέση με τους γονείς που συμμετέχουν σε πρόγραμμα με χορήγηση βουπρονορφίνης. Έρευνα των Sullivan, Chawarski O' Connor,

Schottenfeld και Fiellin (2005) αναφέρει ότι στη θεραπεία με βουπρενορφίνη, προσέρχονται άτομα που αιτούνται πρώτη φορά θεραπεία από την εξάρτηση οπιοειδών, με λιγότερο επιβαρυμένο ιστορικό χρήσης ουσιών, με λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Στην Αθήνα, η διαφορά στη λειτουργικότητα των οικογενειών των ουσιοεξαρτημένων γονέων αναφορικά με το πρόγραμμα υποκατάστασης που παρακολουθούν (μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης) σχετίζεται με την έναρξη της λειτουργίας των προγραμμάτων στην πρωτεύουσα. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα μεθαδόνης λειτουργούν στην Αθήνα από το 1996, και υπήρχε μεγάλη χρονική διάρκεια αναμονής σε αυτά, γεγονός που επιβάρυνε τον πληθυσμό των ενεργών χρηστών. Αντίθετα, η έναρξη χορήγησης βουπρενορφίνης το 2002 και η ραγδαία αύξηση των μονάδων βουπρενορφίνης στην Αθήνα, το 2009, είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί η λίστα αναμονής και κατ' επέκταση να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες της ουσιοεξάρτησης στον πληθυσμό των ενεργών χρηστών (ΕΚΤΕΠΝ, 2017).

Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι γονείς που συμμετέχουν στα ΠΥ–ΟΚΑΝΑ περισσότερο από 10 χρόνια, συγκριτικά με τους γονείς που είναι λιγότερα έτη σ' αυτά, δυσκολεύονται στην Επίλυση Προβλημάτων Επιπλέον παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η διάρκεια παραμονής των γονέων στα ΠΥ, τόσο αυξάνονται τα προβλήματα στην Επικοινωνία και στη Συναισθηματική Ανταπόκριση. Φαίνεται λοιπόν ότι η μακροχρόνια παραμονή στη θεραπεία με υποκατάσταση δεν διευκολύνει στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων γονέων.

Συμπεράσματα και Προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η οικογενειακή λειτουργικότητα των ουσιοεξαρτημένων γονέων που συμμετέχουν στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Η έρευνα έδειξε ότι οι ουσιοεξαρτημένοι γονείς αντιμετωπίζουν, προβλήματα στους Ρόλους εντός της οικογένειας και στον Έλεγχο της Συμπεριφοράς. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, επηρεάζει τον Έλεγχο Συμπεριφοράς των μελών στην οικογένεια. Η έρευνα έδειξε, επίσης, ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, τόσο περισσότερο προβληματικές εμφανίζο-

νται όλες οι διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργικότητας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι, ανάλογα την κύρια ουσία χρήσης του γονέα, επηρεάζονται και διαφορετικές διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα, οι γονείς χρήστες κάνναβης εμφανίζουν μεγαλύτερη προβληματική στην Επίλυση Προβλημάτων, σε σχέση με τους χρήστες ηρωίνης και βενζοδιαζεπινών. Οι χρήστες βενζοδιαζεπινών έχουν πιο υγιή Συναισθηματική Ανταπόκριση, σε σχέση με τους χρήστες κάνναβης και άλλων ουσιών, ενώ οι πολυχρήστες εμφανίζουν μεγαλύτερη προβληματική στην Επίλυση Προβλημάτων, συγκριτικά με χρήστες που λαμβάνουν μία μόνο ουσία. Τέλος, η μακροχρόνια παρακολούθηση στα προγράμματα υποκατάστασης φάνηκε να λειτουργεί επιβαρυντικά για τους γονείς στην κλίμακα της Επικοινωνίας και Επίλυσης Προβλημάτων συγκριτικά με τους γονείς που παρακολουθούν τα πρόγραμμα λιγότερο από 10 έτη.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν έτσι ώστε να ενσωματωθούν εξειδικευμένες υπηρεσίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις στα προγράμματα υποκατάστασης με στόχο τη βελτίωση της οικογενειακής λειτουργικότητας των ουσιοεξαρτημένων γονέων. Ειδικότερα, προτείνεται η εφαρμογή πρώιμων και συνεχών παρεμβάσεων στις οικογένειες με ουσιοεξαρτημένους γονείς κατά την εισαγωγή των γονέων στα προγράμματα υποκατάστασης, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ψυχοσυναισθηματικές τους ανάγκες μέσω της συμμετοχής τους σε ψυχοεκπαιδευτικές και ψυχοθεραπευτικές ομάδες και οικογενειακές συνεδρίες και να ενισχύσουν τη γονεϊκή τους ταυτότητα. Επίσης, προτείνεται η συνεργασία με ιατροπαιδαγωγικά κέντρα με σκοπό την προώθηση της ανθεκτικότητας των παιδιών και την καλλιέργεια δεξιοτήτων που θα διευκολύνουν τη μετάβαση για την ενηλικίωσή τους σε ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης (O' Connor et al., 2014· Coyer 2003). Τέλος, απαραίτητη αναδεικνύεται η επαναξιολόγηση της λειτουργικότητας κάθε οικογένειας, σε τακτά χρονικά διαστήματα, και η επαναπαρακολούθηση αυτής (Follow up), διότι η ουσιοεξάρτηση ως υποτροπιάζουσα κατάσταση μπορεί να ενεργοποιήσει εκ νέου δυσλειτουργίες στο οικογενειακό σύστημα.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Black, C. (2006). *Αυτό δεν θα συμβεί ποτέ σε μένα: Ζώντας με τις εξαρτήσεις*. Αθήνα: Κριτική.

Γεωργάκας, Π. (2000). Μελέτη των προβλημάτων παιδιών εξαρτημένων γονέων. (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Καλατζή, Μ., Κερασιώτη, Α. (2011). Ευάλωτοι πληθυσμοί στη σύγχρονη πραγματικότητα του Μνημονίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 113, σελ. 19-22.

Μάτσα, Κ. (2011). Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*,115, σελ. 20-25.

Μάτσα, Κ. (1997). *Ο τοξικομανής και η οικογένειά του- Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος* (Αδημοσίευτη Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Nakken, G. (2006). *Το προφίλ του εθισμού*. Αθήνα: Ισόρροπον.

Ξενόγλωσση

Bancroft, A., Wilson, S., Cunningham- Burley, S., Backett- Milburn, K. and Masters, H. (2004). *Parental drug and alcohol misuse: Resillience and transition among young people*. Edinburgh: Joseph Rowntree Foundation.

Barnard, M. (2006). *Drugs in the family. The impact on parents and siblings*. University of Glasgow.

Barnard, M. and McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99 (5), pp. 552-559.

Barnard, M. and Barlow, J. (2003). Discovering parental drug dependence: silence and disclosure. *Children Society*, 17 (1), pp. 45-56.

Blackson, T.C., Tarter, R., Martin, C. and Moss, H. (1994). Temperament mediates the effects of family history of substance abuse on externalizing and internalizing child behavior. *The American journal on Addiction*, 3 (1), pp. 58-66.

Borelli, J.L., West, J.L., Decoste, C. and Suchman, N.E. (2012). Emotionally avoidant language in the parenting interviews of substance- dependent mothers: Associations with reflective functioning, recent substance use, and parenting behavior. *Infant Mental Health Journal*, 33 (5), pp. 506-519. https://doi.org/10.1002/imhj.21340

Brooks, C.S. and Rice, K.F. (1997). *Families in recovery: Coming full circle*. Baltimore: Brookes Publishing.

Burns, E., O' Driscoll, M. and Wason, G. (1996). The health and development of children whose mothers are on methadone maintenance. *Child Abuse Review,* 5 (2), pp. 113-122.

Caliendo, C., Senese, V.P., and Cantone, D. (2017). Parental rejection, addiction and current fathering: A Comparative Study. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, pp. 59-69.

Cermak, T.L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21 (5), pp. 266-272.

Cleaver, H., Unell, I. and Aldgate, J. (1999). *Children's needs – parenting capacity: The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development*. London: Stationery Office.

Coyer, S.M. (2003). Women in recovery discuss parenting while addicted to cocaine. *The American Journal of Maternal/Child Nursing,* 28*(1),* pp. 45-49.

Cwiakal, C.E. and Mordock, J.B. (1996). Let's discover health and happiness play groups: A model for psychoeducation of young children with parents in addiction recovery. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 6 (3), pp. 147-161.

Dawe, S., Harnett, P., Staiger, P. and Dadds, M. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. *Drug and Alcohol Dependence,* 60 (1), pp. 1-11.

Dunn, G. M., Tarter, E. R., Mezzich, C. A., Vanyukov, M., Kirisci, L. and Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review,* 22 (7), pp. 1063-1090.

Economou, M., Madianos, M., Peppou. L.E., Souliotis, K., Patelakis, A. and Stefanis C. (2014). Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. *Social Science & Medicine*, 100, pp. 141-147. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.006

Efthimiou, K., Argalia, E., Kaskaba, E. and Makri A. (2013). Economic crisis & mental health. What do we know about the current situation in Greece? *Encephalos*, 50, pp. 22-30.

El-Guebaly, N., Carra, G., Clerici, M., Ghodse, H. and Poldrugo, F. (2007). Addiction, culture and family therapy strategies. *Psychiatriki,* 18 (4), pp. 331-336.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M. and Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy,* 9 (2), pp. 171-180.

Fraser, C., Intyre, A. and Manby, M. (2009). Exploring the impact of parental drug/ alcohol problems on children and parents in a midlands county in 2005/06. *British Journal of Social Work,* 39 (5), pp. 846-866.

Giotakos, O., Karabelas, D. and Kafkas, A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatric=Psychiatriki*, 22 (2), pp. 109-119.

Gruber, K.J., and Taylor, M.F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6 *(1-2),* pp. 1-29.

Hogan, D.M. (2007). The impact of opiate dependence on parenting processes: Contextual, physiological and psychological factors. *Addiction Research and Theory*, 15 (6), pp. 617-635.

Hogan, D.M. and Higgins, L. (2001). *When parents use drugs: key findings from a study of children in the care of problem drug using parents*. Dublin: Children's Research Centre, Trinity College.

Hogan, D.M. (1998). Annotation. The psychological development and welfare on children of opiate and cocaine users: Review and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 39 (5), pp. 609-620.

Iliadis, C., Kourkouta, L., Koukourikos, K., Monios, A., and Tsaloglidou, A. (2015). Drug addiction of women. *International Journal of Advances in Case Reports*, 2 (22), pp. 1328-1332.

Iovu, M.B. (2011). Family functioning in maltreating families: implications for parenting programs. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 34, pp. 127-143.

Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B., and Keitner, G. I. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology*, 3(4), pp. 431-439.

Kerwin, M. E. (2005). Collaboration between child welfare and substance-abuse fields: Combined treatment programs for mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (7), pp. 581-597.

Killeen, T., and Braby, K. (2000). Parental stress and child Behavioral outcomes following substance abuse residential treatment: Follow-up at 6 and 12 months. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 19 (1), pp. 23-29.

Kolar, A.F., Brown, B.S., Hertzen, C.A. and Michaelson, B.S (1994). Children of substance abusers: the life experiences of children of opiate addicts in methadone maintenance. *American Journal of Drug Abuse*, 20, pp. 159-171.

Lawrinson, P., Copeland, J. and Indig, D. (2006). Regional differences in injecting practices and other substance use related behavioral among entrants into opiod maintenance pharmacotherapy treatment in NSW Australia. *Drug Alcohol Dependence,* 82 (1), pp. 95-102.

Lussier, K., Laventure, M., and Bertrand, K. (2010). Parenting and maternal

substance addiction: factors affecting utilization of child protective services. *Substance Use and Misuse*, 45 *(10)*, pp. 1572-1588.

Manning, V., Best, D.W., Faulkner, N. and Titherington, E. (2009). New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national house- hold surveys. *BMC Public Heath*, 9, pp. 377. https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-377

Matejevic, M., Jovanovic, D., and Lazarevicb, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance problems. *Social and Behavioral Sciences, 128*, pp. 281-287. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.157

Mayes, L. C. (1995). Substance abuse and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*, (pp. 101-125). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mayes, L.C. and Truman, S.D. (2002). Substance abuse and parenting. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (pp.329-359). Mahwah, NJ, Usa: Lawrence Erlbaum Associates.

McKeganey, N., Barnard, M.B. and McIntosh, G. (2002). Paying the price for their parents addiction: meeting the needs of the children of drug using parents. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 9 (3), pp. 233-246.

McMahon, T.J., Winkel, J.D. and Rounsaville, B.J. (2007). Drug abuse and responsible fathering: a comparative study of men enrolled in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 103 (2), pp. 269-283.

Nair, P., Schuler, E. M., Black, M. M., Kettinger, L. and Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse Neglect*, 27 (9), pp. 993-995.

Neger, E.N., and Prinz, R.J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. Clinical Psychology Review, 39, pp. 71-82. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004

Niccols, A., and Sword, W. (2005). New choices for substance using mothers and their children: preliminary evaluation. *Journal of Substance Use*, 10(4), pp. 239-251.

O' Connor, L., Forrester, D., Holland, S., and Williams, A. (2014). Perspectives on children's experiences in families with parental substance misuse and child protection interventions. *Children and Youth Services Review*, 38, pp. 66-74.

Pitcher, D. (2002). Placement with grandparents. The issues for grandpar-

ents who care for their grandchildren. *Adoption and Foresting,* 26 (1), pp. 6-14.

Rhodes, T., Bernays, S. and Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science and Medicine*, 71 (8), pp. 1489-1497.

Schuler, M.E., Nair, R., Black, M.M. and Kettinger, L. (2002). Mother- infant interaction: Effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), pp. 424-431. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_13

Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P.N. and Mavreas, V. (2013). Prevalence and social demographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population ο Greece. *BMC Psychiatry*, 13:163. Ανακτήθηκε 10 Νοεμβρίου, 2019, από https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-163

Street, K., Harrington, J., Chiang, W., Cairns, P. and Ellis, M. (2004). How great is the risk of abuse in infants born to drug- using mothers? *Child: Care, Health and Development*, 30 (4), pp. 325-330.

Suchman, N.P., DeCoste, C., Leigh, D., and Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12 *(6),* pp. 567-585.

Sullivan, L.E., Chawarski, M., O' Connor, P.G., Schottenfeld, R.S. and Fiellin, D.A (2005). The practice of office-based buprenorphine treatment of opiod dependence: is it associated with new patients entering into treatment? *Drug and Alcohol Dependence*, 79 (1), pp. 113-116.

Winters, A. (2006). Influential factors of parental substance and alcohol abuse on children's academic achievement. *Portland State University McNairy Scholars Online Journal*, 2, 32.

Wolin, S.J. and Wolin, S. (1993). *Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family*. New York: Villard Press.

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μαρία Δημητροπούλου[*], *Μένη Μαλλιώρη*[**], *Θωμάς Παπαρρηγόπουλος*[***], *Νικόλαος Στεφανής*[****], *Σωτήρης Ρούσσος*[*****], *Κωνσταντίνος Κοκκώλης*[******], *Βασιλική-Αναστασία Σύψα*[*******]

Εισαγωγή

Παγκοσμίως ο εκτιμώμενος αριθμός χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών προσεγγίζει τα 29,5 εκατομμύρια. Αυτό σημαίνει ότι το 0,6% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού εμπλέκεται σε προβληματική χρήση ουσιών (UNODC, 2017). Η «προβληματική χρήση» ουσιών καθορίστηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EMCDDA) ως «χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ή μακροχρόνια χρήση ή τακτική χρήση οπιοειδών, κοκαΐνης ή και αμφεταμινών, εξαιρουμένων των χρηστών έκστασης και κάνναβης». Από τον Φεβρουάριο του 2013, ο όρος «προβληματική χρήση ναρκωτικών»

* Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογία», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
** Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
*** Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
**** Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
***** Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.
****** Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών.
******* Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

μετονομάστηκε και επαναπροσδιορίστηκε ως «χρήση ναρκωτικών υψηλού κινδύνου», που σημαίνει «επαναλαμβανόμενη χρήση ναρκωτικών που προκαλεί στον άνθρωπο πραγματικές βλάβες (αρνητικές συνέπειες) –συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης, αλλά και άλλων μορφών υγείας, ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα– ή θέτει το άτομο σε μεγάλη πιθανότητα/κίνδυνο να υποστεί τέτοια βλάβη» (EMCDDA, 2015). Τα οπιοειδή αποτελούν το πιο επιβλαβές είδος ουσιών, καθώς το 70% των αρνητικών για την υγεία επιπτώσεων που συνδέονται με διαταραχές χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών παγκοσμίως (UNODC, 2017). Το 2016 καταγράφηκαν 60.000 θάνατοι από υπερβολική δόση στην Αμερική και 9.000 στην Ευρώπη (CDC, 2018· EMCDDA, 2018).

Η ενέσιμη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο και διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην εξάπλωση αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως αυτά που προκαλούνται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και σε κάποιες χώρες, από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) (Nelson et al., 2011· EMCDDA, 2017).

Για το 2015 εκτιμάται ότι ο αριθμός των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (ΧΕΝ) ανέρχεται σε 15,6 εκατομμύρια παγκοσμίως, δηλαδή το 0,3% ηλικίας 15-64 ετών. Αυτός ο αριθμός αναφέρεται σε άτομα που έχουν κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες (Degenhardt et al., 2017). Στην Ελλάδα, για το έτος 2016, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή είναι 17.067 (με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 14.663-20.103). Η συνολική εκτίμηση του αριθμού των ΧΕΝ με ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα είναι 4.173 άτομα (95% δ.ε. 3.376-5.303), στη συντριπτική πλειονότητα άνδρες (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Η μετάδοση αιματογενώς μεταδιδόμενων ιών μέσω μολυσμένων συσκευών ενέσιμης χρήσης, συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV, του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) και του ιού της ηπατίτιδας B (HBV), αποτελεί τον κύριο παράγοντα της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, ως συνέπεια της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών. Εκτιμήθηκε ότι από τα 15,6 εκατομμύρια ΧΕΝ παγκοσμίως, περίπου ένας στους έξι ζει με τον ιό HIV (το 17,8%), περισσότεροι από τους μισούς έχουν εκτεθεί σε HCV (52,3% anti- HCV (+)) και ένας στους δέκα έχει ενεργό HBV (9,1%

HBsAg (+)) (Degenhardt et al., 2017). Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί επιδημίες HIV στον πληθυσμό των ΧΕΝ σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ (UNAIDS, 2017· Des Jarlais et al., 2016).

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης στους χρήστες ενέσιμων ουσιών που προσεγγίζουν τις υπηρεσίες απεξάρτησης/μείωσης της βλάβης υπολογίζεται σε εθνικό επίπεδο στο 63,5% (60,4% στους χρήστες στην Αθήνα) (ΕΚΤΕΠΝ, 2018). Ο επιπολασμός του αυστραλιανού αντιγόνου (HBsAg) εκτιμάται στο 1,6% των ενέσιμων χρηστών που εξετάστηκαν κατά την είσοδο τους σε θεραπευτικά προγράμματα της χώρας (ΕΚΤΕΠΝ, 2018). Ο επιπολασμός της HIV λοίμωξης στους ΧΕΝ που προσέγγισαν υπηρεσίες απεξάρτησης ή μείωσης της βλάβης παρουσίασε σταθερότητα το 2016 κυμάνθηκε μεταξύ 5,1% σε εθνικό επίπεδο και 9,2% στην Αττική (ΕΚΤΕΠΝ, 2018). Η Ελλάδα ανέφερε τοπική επιδημική έξαρση νέων κρουσμάτων HIV το 2011 στους ΧΕΝ της Αθήνας (Paraskevis et al., 2011). Ο εκτιμώμενος επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ της Αθήνας κατά τη διάρκεια της επιδημίας (2012-2013) ήταν 16,5% (Sypsa et al., 2017). Από τα δεδομένα του προγράμματος «Αριστοτέλης», ο κίνδυνος HIV λοίμωξης αυξάνεται όταν οι ενεργοί χρήστες είναι άστεγοι, έχουν φυλακιστεί, κάνουν ενέσιμη χρήση καθημερινά, έχουν κάνει πρόσφατη κοινή χρήση σύριγγας, χρησιμοποιούν κοκαΐνη ή συνδυασμό κοκαΐνης και ηρωίνης (σπίντμπολ), δεν έχουν μπει στο παρελθόν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και έχουν διευρυμένο δίκτυο ενέσιμων χρηστών (Hatzakis et al., 2015). Η επιδημία HIV του 2011 συνέβη στο πλαίσιο των χαμηλών επιπέδων παροχής υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και σοβαρής οικονομικής ύφεσης (Sypsa et al., 2017). Στην Ελλάδα, η κάλυψη της πρόληψης πριν από την έναρξη της επιδημίας απείχε πολύ από τα διεθνώς συνιστώμενα πρότυπα (EMCDDA, 2012· Paraskevis et al., 2013). Η ταχεία αντίδραση στην επιδημία HIV μείωσε τον Αύγουστο του 2012 τον κατάλογο αναμονής για θεραπεία ναρκωτικών στην Αθήνα και η εκτιμώμενη κάλυψη των προγραμμάτων υποκατάστασης έφθασε το 35% από το 20% το 2010. Η διανομή συρίγγων και η ετήσια κάλυψη συρίγγων έφθασε τις 133 βελόνες / σύριγγες ανά ενέσιμο χρήστη στην Αθήνα το 2012 (EMCDDA, 2014· Nikolopoulos et al., 2015).

Η προβληματική χρήση ουσιών και οι αρνητικές και επιβλαβείς συνέπειες που συνδέονται με αυτήν, όπως η εξάπλωση λοιμωδών νο-

σημάτων, αντιμετωπίζονται κυρίως με παρεμβάσεις-πρακτικές μείωσης της βλάβης (EMCDDA, 2010). Αυτές στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο, προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο» street-work), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου (open access services), οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών. Ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης τέτοιων δομών, σταδιακά ανέπτυξε υπηρεσίες, όπως είναι και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (ΣΦΕΑ), ο οποίος λειτουργεί από τον Απρίλιο του 2003. Είναι υπηρεσία άμεσης πρόσβασης και προσέγγισης χρηστών στο δρόμο και απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών που είναι αποκομμένοι από τις υπηρεσίες ή δεν έχουν αίτημα ένταξης σε θεραπεία. Η δομή προσφέρει χώρους όπου οι χρήστες ναρκωτικών μπορούν κατά τη διάρκεια της ημέρας να αποφορτιστούν από την πιάτσα, να λάβουν υποστήριξη, φροντίδα για τις άμεσες ανάγκες τους για να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης ουσιών (σίτιση, ατομική υγιεινή, παροχή συμβουλευτικής σε θέματα ασφαλούς χρήσης και ασφαλούς σεξ, ενημέρωση για κινδύνους από τη χρήση- δυνατότητες ασφαλέστερης χρήσης, δυνατότητες αξιοποίησης των πηγών της κοινότητας, ενημέρωση για κοινωνικοπρονοιακά θέματα δημιουργική απασχόληση, διανομή υλικού προφύλαξης κ.α.). Οι Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης αποτελούν κέντρα παροχής πολλαπλών υπηρεσιών που διαχειρίζονται –στο μέγιστο βαθμό– τις επίκαιρες και έκτακτες ανάγκες επιβίωσης ενός βαριά πάσχοντος πληθυσμού που κάνει χρήση επικίνδυνων ναρκωτικών ουσιών, με υψηλό φορτίο λοιμωδών νοσημάτων (HIV/AIDS, ηπατίτιδες) και υιοθετεί συμπεριφορές υψηλού κινδύνου με τεράστιο δημόσιο υγειονομικό ενδιαφέρον.

Σε ετήσια βάση, από το 2002, στην Ελλάδα συλλέγονται στοιχεία από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) για άτομα που αιτούνται θεραπείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας. Αναφορικά με τους ενεργούς χρήστες ναρκωτικών ουσιών που δεν προσεγγίζουν προγράμμα-

τα θεραπείας δεν υπάρχουν δεδομένα, με εξαίρεση τα στοιχεία από την παρέμβαση «Αριστοτέλης» που πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια της επιδημίας HIV, τα οποία όμως αφορούν τη συγκεκριμένη περίοδο (2012-2013) (Hatzakis et al., 2015· Sypsa et al., 2017). Στην παρούσα εργασία αξιοποιήθηκαν τα στοιχεία που συλλέγονται από το Κέντρο Ημέρας (στέκι)-Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης ενεργών χρηστών στην Αθήνα, τον Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων του Ο.ΚΑ.ΝΑ., τα οποία δεν έχουν αξιοποιηθεί στο παρελθόν. Τα στοιχεία από τις υπηρεσίες αυτές αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για χρήστες που είναι ενεργοί και δεν βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στο:

1. Να αποτυπωθεί το προφίλ των ενεργών χρηστών ναρκωτικών ουσιών που προσέρχονται για πρώτη φορά σε Υπηρεσία Άμεσης Πρόσβασης και δεν έχουν κάνει αίτημα για θεραπεία (κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρήση ναρκωτικών κ.α.)
2. Να περιγραφούν διαχρονικές μεταβολές σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου σε αυτόν τον πληθυσμό σε ενδεικτικά έτη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επιδημία του HIV στην Αθήνα.

Μεθοδολογία

Υλικό της μελέτης αποτέλεσε ο πληθυσμός των ενεργών χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών που προσέρχονται για πρώτη φορά στο Σταθμό ΣΦΕΑ του ΟΚΑΝΑ, Μονάδα Ειδικών Εφαρμογών και Άμεσης Πρόσβασης και δεν έχουν κάνει αίτημα για θεραπεία. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 342 άτομα, τα οποία είχαν έρθει σε επαφή με το ΣΦΕΑ τα έτη 2010 (*N*=109, πριν την επιδημία HIV), 2012 (*N*=99, κατά τη διάρκεια της επιδημίας HIV), 2016 και 2017 (*N*=134, μετά την επιδημία HIV). Η μελέτη έχει κυρίως περιγραφικό χαρακτήρα (αποτύπωση χαρακτηριστικών του πληθυσμού και διαχρονικών τάσεων). Το ερευνητικό εργαλείο στο οποίο καταγράφονται τα δεδομένα και αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνας είναι ειδικό έντυπο που συμπληρώνεται κατά την πρώτη επίσκεψη στην υπηρεσία. Κάθε άτομο το οποίο έρχεται σε επαφή με το ΣΦΕΑ, ενημερώνεται σχετικά με τους κανονισμούς του Σταθμού, προχωρά σε ενυπόγραφη συγκατάθεση, καθώς και στη συμπλήρωση ενός σύντομου ερωτημα-

τολογίου μέσω συνέντευξης. Στο ειδικό έντυπο συγκεντρώνονται πληροφορίες που αφορούν στα εξής στοιχεία: δημογραφικά, χρήσης ουσιών, συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, κατάσταση υγείας κ.ά. Λόγω του μικρού αριθμού ερωτηματολογίων για τα έτη 2016-2017, οι δύο αυτές χρονιές αναλύθηκαν μαζί. Για το έτος 2010 –λόγω του μεγάλου όγκου των ερωτηματολογίων– επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο τα 103 ερωτηματολόγια. Για τα έτη 2012, 2016-2017 αναλύθηκαν όλα τα διαθέσιμα ερωτηματολόγια (*N*=99, *N*=134 αντίστοιχα).

Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιγράφηκαν με κατάλληλα μέτρα θέσης/διασποράς ή ποσοστά. Για τη διερεύνηση διαχρονικών μεταβολών ως προς τα διάφορα χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά κριτήρια $x^{2,}$ ANOVA και Kruskall-Wallis.

Ηθικά ζητήματα

Δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη έχει αναδρομικό χαρακτήρα (συλλογή στοιχείων από τους φακέλους των ατόμων που προσήλθαν στην υπηρεσία) δεν ήταν εφικτή η λήψη συγκατάθεσης για αυτήν. Σύμφωνα με τις διεθνείς επιταγές για την ανάλυση προσωπικών δεδομένων, η χρήση αυτών των στοιχείων ήταν δυνατή με την προϋπόθεση ότι δεν θα υπήρχε τρόπος ταυτοποίησης των ατόμων. Αυτό κατέστη εφικτό με ανωνυμοποίηση των καταχωρίσεων στο αρχείο δεδομένων που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες του πρωτοκόλλου. Στα κριτήρια επιλογής του δείγματος για την παρούσα μελέτη αναφέρθηκε το ονοματεπώνυμο του ατόμου. Αυτό συνέβη προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι η συγκεκριμένη εγγραφή αποτέλεσε την πρώτη του επίσκεψη. Το αρχείο δεδομένων που συμπληρώθηκε από τις φόρμες δεν περιελάμβανε το ονοματεπώνυμο των ατόμων.

Ευρήματα

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε τρεις ενότητες.

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 1 περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος της παρούσας μελέτης.

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν άνδρες σε ποσοστό 83,04% (284 άτομα), με μέση ηλικία τα 34,48 έτη (τ.α.=8,50 έτη). Ελληνική

εθνικότητα είχε το 78,65% με υψηλό και το ποσοστό των ατόμων άλλης εθνικότητας. Αστεγία-μη σταθερή στέγη δήλωσε το 45,61%. Το 85,09% δήλωσαν άνεργοι και το 70,47% ανασφάλιστοι. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο το 64,04% του δείγματος δεν έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 1

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, του δείγματος, που προσήλθαν στο ΣΦΕΑ τα έτη 2010, 2012 και 2016-2017

Μεταβλητή	**Σύνολο** *(N = 342)*
Ηλικία (έτη), μ.τ., (τ.α.)	34,48 (8,50)
Φύλο, ν (%)	
Άνδρες	284 (83,04)
Γυναίκες	58 (16,96)
Εθνικότητα, ν (%)	
Ελληνική	269 (78,65)
Μέση Ανατολή	27 (7,89)
Ευρώπη	17 (4,97)
Αφρική	8 (2,34)
Λοιπή Ασία	21 (6,14)
Παρούσα συνθήκη διαβίωσης, ν (%)	
Άστεγος	156 (45,61)
Ξενώνα	3 (0,88)
Προσωρινή στέγη	42 (12,28)
Σταθερή στέγη	141 (41,23)
Ολοκλήρωση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ν (%)	
Όχι	219 (64,04)
Ναι	114 (33,33)
Άγνωστο	9 (2,63)
Ασφάλιση, ν (%)	
Όχι	241 (70,47)
Ναι	79 (23,10)
Άγνωστο	22 (6,43)
Εργασιακή κατάσταση, ν (%)	
Άνεργος	291 (85,09)
Οικονομικά μη ενεργός	6 (1,75)
Περιστασιακή εργασία	35 (10,23)
Σταθερή απασχόληση	5 (1,46)
Φοιτητής-Σπουδαστής-Μαθητής	5 (1,46)

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος ανά έτος. Η ηλικία διέφερε στατιστικά σημαντικά (p=0,026) μεταξύ των τριών ετών/ χρονικών περιόδων προσέλευσης. Τη χρονική περίοδο 2016-2017 η μέση ηλικία ήταν 35,63 έτη (τ.α. 8,80 έτη) έναντι του 2010 που ήταν 32,18 έτη (τ.α. 8,19 έτη). Όσον αφορά στην κατανομή της εθνικότητας διαφοροποιήθηκε ανά έτος προσέλευσης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p=0,023), με υψηλότερο ποσοστό του δείγματος να είναι Ελληνικής εθνικότητας (85,82%), τη χρονική περίοδο 2016-2017. Στα άτομα άλλης εθνικότητας διαχρονικά παρατηρείται μείωση που είναι στατιστικά σημαντική, από το 28% (2010) βαθμιαία στο 14% (2016-2017). Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p = 0,015) διαφορά στα ποσοστά αστεγίας μεταξύ των τριών χρονικών περιόδων. Η αστεγία παρουσιάζει μια διακύμανση, συγκεκριμένα, το έτος 2010, η αστεγία στους συμμετέχοντες ήταν πάνω από το 54%, ενώ παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική μείωση από το 2010 στο 2012 και στη συνέχεια ακολούθησε σημαντική αύξηση από το 2012 προς τη χρονική περίοδο 2016-2017 αγγίζοντας το 47,01%.

Πίνακας 2

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο ΣΦΕΑ ανά έτος

Μεταβλητή		***2010 (n = 109)***	***2012 (n = 99)***	***2016-2017 (n = 134)***	**Τιμή p**
Ηλικία (έτη), μ.τ., (τ.α.)		32,18 (8,19)	35,43 (7,98)	35,63 (8,80)	0,026[2]
Εθνικότητα, ν (%)					0,023[1]
	Άλλη	31 (28,44)	23 (23,23)	19 (14,18)	
	Ελληνική	78 (71,56)	76 (76,77)	115 (85,82)	
Άστεγος, ν (%)					0,015[1]
	Όχι	50 (45,87)	65 (65,66)	71 (52,99)	
	Ναι	59 (54,13)	34 (34,34)	63 (47,01)	

[1] *Από στατιστικό κριτήριο* x^2

[2] *Από στατιστικό κριτήριο one way ANOVA*

Χρήση ουσιών

Ως κύρια ουσία χρήσης η ηρωίνη αναφέρθηκε σε ποσοστό 83,92% (N=287). Η ενέσιμη χρήση αποτέλεσε τον συχνότερα αναφερόμενο τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας με ποσοστό 56,14% (N=192). Όσον αφορά στη συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας, το 83,04% (N=284) ανέφερε καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας. Κοινή χρήση σύριγγας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 45,76% (N=135).

Στον Πίνακα 3 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων του δείγματος ανά έτος. Διαχρονικά, η ηρωίνη αποτελεί την κύρια ουσία χρήσης με στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,001) από άλλες ουσίες. Ως προς τη συχνότητα χρήσης κύριας ουσίας, η πλειονότητα κάνει καθημερινή χρήση (p=0,002) καθ' όλη τη διάρκεια των ετών και, πιο συγκεκριμένα, σε ποσοστό 93,58% (N=102) το 2010 και με μια μείωση το 2012 προσεγγίζοντας το 75,76% (N=75).

Πίνακας 3
Χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο ΣΦΕΑ ανά έτος

Μεταβλητή	*2010 (n = 109)*	*2012 (n = 99)*	*2016-2017 (n = 134)*	*Τιμή p*
Κύρια ουσία, ν (%)				<0,0011
Ηρωίνη	103 (94,50)	78 (78,79)	106 (79,10)	
Κοκαΐνη/Speedball	5 (4,59)	5 (5,05)	11 (8,21)	
Άλλη	1 (0,92)	16 (16,16)	17 (12,69)	
Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας, ν (%)				0,0351
Ένεση	66 (60,55)	59 (59,60)	67 (50)	
Μύτη	39 (35,78)	26 (26,26)	46 (34,33)	
Κάπνισμα-Εισπνοή από το στόμα	3 (2,75)	9 (9,09)	16 (11,94)	
Βρώση-Πόση	1 (0,92)	5 (5,05)	5 (3,73)	
Συχνότητα χρήσης κύριας ουσίας, ν (%)				0,0021
Όχι καθημερινά	7 (6,42)	24 (24,24)	25 (18,94)	
Καθημερινά	102 (93,58)	75 (75,76)	107 (81,06)	

[1] *Από στατιστικό κριτήριο* χ^2

Άλλα αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά

Ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος αναφέρθηκε από το 35,4% (N=121). Διαχρονικά, παρουσιάζεται αύξηση από 20,18 % (N=22) το 2010 σε 45,52% (N=61) τα έτη 2016-2017, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (p=0,001) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4
Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος που προσήλθαν στο Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων ανά έτος

Μεταβλητή		*2010 (n = 109)*	*2012 (n = 99)*	*2016-2017 (n = 134)*	*Τιμή p1*
Ύπαρξη ψυχιατρικού προβλήματος, ν (%)					<0,001
	Όχι	87 (79,82)	61 (61,62)	73 (54,48)	
	Ναι	22 (20,18)	38 (38,38)	61 (45,52)	

[1]*Από στατιστικό κριτήριο* x^2

Συζήτηση

Πριν την επιδημία HIV (2010), υψηλό ποσοστό χρηστών ανήκε σε ευάλωτους πληθυσμούς (μετανάστες, άστεγοι 28,4% και 54% αντίστοιχα για το 2010) και ανέφερε καθημερινή χρήση ενέσιμων ουσιών (93,6% του δείγματος), που αποτελούν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παράγοντες κινδύνου ορομετατροπής για τον HIV (Sypsa et al., 2017· Hatzakis et al., 2015).

Διαχρονικά στο δείγμα μειώθηκε ο αριθμός των χρηστών άλλης εθνικότητας. Αυτό πιθανώς υποδηλώνει είτε μείωση των αλλοεθνών χρηστών στην Αθήνα ή μειωμένη προσέλευση τους στο ΣΦΕΑ. Το 2011, οπότε και ουσιαστικά ξέσπασε η επιδημία HIV μεταξύ των ΧΕΝ στην Ελλάδα, βρέθηκε πως ο τύπος του ιού που αφορούσε στην επιδημία ήταν ο HIV-1 και η προέλευση του φάνηκε να είναι συχνά από άλλες χώρες (Paraskevis et al., 2011). Σε μία προσπάθεια ακριβούς περιγραφής του φαινομένου, μέσω του Προγράμματος «Αριστοτέλης», διερευνήθηκαν παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εξάπλωση του HIV στους ΧΕΝ και βρέθηκε πως οι Έλληνες και οι μη Έλ-

λνες δεν κινδυνεύουν σε διαφορετικό βαθμό για μετάδοση με HIV (Sypsa et al., 2015). Οι μετανάστες από τη Μέση Ανατολή (Αφγανιστάν, Ιράν, Ιράκ και Πακιστάν) είχαν αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό HIV σε σύγκριση με τους ΧΕΝ ελληνικής καταγωγής. Αυτός ο κίνδυνος εξηγείται από την έλλειψη στέγης και τη συχνότητα της ενέσιμης χρήσης. Η ευπάθεια αυτών των μεταναστών αναγνωρίστηκε σύντομα μετά την εκδήλωση (Paraskevis et al., 2011) και ο ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ σχεδιάστηκε για να προσελκύσει αυτόν τον ιδιαίτερα δυσπρόσιτο υποπληθυσμό των ΧΕΝ, χρησιμοποιώντας πολιτιστικούς διαμεσολαβητές από το Ιράν και το Αφγανιστάν. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία, όπου υπογραμμίζεται η ανάγκη για επαρκή και έγκαιρη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας αυτού του πληθυσμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της έλλειψης στέγης, των κινδύνων ενέσιμης χρήσης και της φυλάκισης στον ευρύτερο πληθυσμό των ΧΕΝ (Sypsa et al., 2017).

Διαχρονικά παρατηρείται αύξηση στη μέση ηλικία των ενεργών χρηστών του ΣΦΕΑ, που μπορεί να υποδηλώνει ότι ο πληθυσμός των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών στην Αθήνα γερνάει. Οι ενεργοί χρήστες το 2012 έχουν μέση ηλικία τα 35,4 έτη, εύρημα που συμφωνεί με τα στοιχεία του Προγράμματος Αριστοτέλη το 2013 (Hatzakis et al., 2015).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, το 83% είναι άνδρες. Οι γυναίκες αυξάνουν σταδιακά το ποσοστό τους (από 12,8% το 2010 σε 20,2% την περίοδο 2016-2017), τάση που διαφοροποιείται συγκριτικά με τους αιτούντες θεραπείας Οι γυναίκες αποτελούν σταθερά μειοψηφία και στα προγράμματα απεξάρτησης σύμφωνα με τις ετήσιες εκθέσεις ΕΚΤΕΠΝ. Το φύλο αυξάνει την πιθανότητα προβληματικής εμπλοκής με τις ουσίες, καθώς οι άνδρες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν τέτοια προβλήματα (Stone et al, 2012).

Διαχρονικά, μειώνεται η χρήση ηρωίνης ως κύριας ουσίας. Σημειώνεται χαμηλότερο ποσοστό των ενεργών χρηστών που αναφέρουν τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης από το 2010 στο 2012, και στη συνέχεια παραμένει σταθερό το έτος 2016 (94,5%, 78,79% και 79,1% για τα έτη 2010, 2012 και 2016-17). Στην παρούσα μελέτη, διαχρονικά αυξάνει το ποσοστό χρήσης κοκαΐνης/speedball ως κύριας ουσίας χρήσης (από 4,6% το 2010, σε 8,2% την περίοδο 2016-2017).

Υπάρχει εμφάνιση νέων διεγερτικών ουσιών, ενώ φθηνά ναρκωτικά νέας εποχής κατακλύζουν την Ευρώπη. Οι συνθετικές καθινόνες (π.χ. μεφεδρόνη, MDPV), οι οποίες μιμούνται τη δράση της κοκαΐνης και τα συνθετικά κανναβινοειδή, που υπάρχουν, λ.χ., στα προϊόντα SPICE, είναι δύο από τις μεγαλύτερες ομάδες ουσιών που παρακολουθούνται από το Ευρωπαϊκό Σύστημα Έγκαιρης Προειδοποίησης (EMCDDA, 2015). Πρόκειται για συνθετικά ναρκωτικά, κυρίως με μεθαμφεταμίνη, που είναι νέες φθηνές ουσίες με μακρά διάρκεια επήρειας. Μια νέα γενιά διεγερτικών ναρκωτικών, τα οποία έχουν ως στόχο να υποκαταστήσουν την κοκαΐνη. Μία τέτοια ναρκωτική ουσία, «shisa -η κοκαΐνη των φτωχών» *(μεθαμφεταμίνη που ενώνεται με υδροχλωρικό οξύ και υγρά μπαταρίας)* αποτελεί ένα επικίνδυνο μείγμα, το οποίο, αν και δεν είναι νόμιμο, παρασκευάζεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και χορηγείται ως ενέσιμο ναρκωτικό. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παρατηρείται πτωτική πορεία στην Ευρώπη όσον αφορά στη χρήση οπιοειδών και ηρωίνης, ωστόσο σε αυτή τη χρήση εξακολουθεί να αποδίδεται το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας, θνησιμότητας και κόστους θεραπείας απεξάρτησης (EMCDDA, 2015). Επιπλέον, όσο πιθανό είναι οι αυξανόμενες δυσκολίες, οι μη ευνοϊκές συνθήκες σε περιόδους οικονομικής κρίσης να ενισχύσουν τη χρήση ουσιών, άλλο τόσο πιθανό είναι να αλλάξει την κατανάλωση ναρκωτικών, όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ως προς το είδος και τον τρόπο χρήσης (Costa Storti, De Grauwe and Reuter, 2011). Η αυξανόμενη φτώχια μπορεί να αλλάξει την ουσία χρήσης, καθώς και να ενισχύσει ορισμένους τρόπους χρήσης ουσιών έναντι άλλων (Ben Lakhdar and Bastianic, 2011).

Η ενέσιμη χρήση αποτέλεσε τον συχνότερα αναφερόμενο τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας με ποσοστό 56,1% στο δείγμα της μελέτης. Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου της μετάδοσης του HCV (Giannousis et al., 2010· Hadziyannis et al., 2004). Στη Γαλλία, έρευνα επιβεβαιώνει ότι η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών οδηγεί κάποιους χρήστες στο να προτιμούν την ενέσιμη χρήση έναντι άλλων τρόπων χρήσης, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την επίδραση της δόσης που αγόρασαν (Ben Lakhdar and Bastianic, 2011). Το 2016, στο δείγμα μειώθηκε περαιτέρω η ενέσιμη χρήση, ως συνήθης τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας, ενώ αυξήθηκε η ενδορινική χρήση. Διαχρονικά,

καταγράφεται μείωση της ενέσιμης χρήσης στους ενεργούς χρήστες (2010: 60,6%, 2012: 59,6% ,2016-17: 50%). Η μείωση της ενέσιμης χρήσης επηρεάζεται από την εμφάνιση νέων ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί αποτέλεσμα των πολιτικών δημόσιας υγείας, των εντατικών προσπαθειών και σημαντικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν για τον περιορισμό της μετάδοσης του HIV/AIDS στους ΧΕΝ της Αθήνας, όπως η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ατόμων που απέκτησαν πρόσβαση στις μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η υποκατάσταση έχει προστατευτικό ρόλο περιορίζοντας τις επικίνδυνες συμπεριφορές. Αυτό ενισχύεται όταν συνδυάζεται με προγράμματα ανταλλαγής και διανομής συρίγγων (EMCDDA, 2015). Επίσης, η προσβασιμότητα στην παροχή συμβουλευτικής και εξέτασης για τον ιό HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών τέθηκε σε προτεραιότητα, καθώς, γενικότερα θα πρέπει να εξεταστεί σε χώρες όπου μια τέτοια στρατηγική δεν υιοθετείται ή έχει χαμηλή προτεραιότητα (Amundsen et al., 2003).

Οι σημαντικές διαχρονικές διαφορές στον τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας, συμφωνούν με την ελληνική και την ευρωπαϊκή τάση μείωσης της ενέσιμης χρήσης για την ηρωίνη και την παράλληλη αύξηση της χρήσης κανναβινοειδών που γίνεται κυρίως με το κάπνισμα (ΕΚΤΕΠΝ, 2018).

Σχετικά με τη συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας, η πλειονότητα του δείγματος (83,04%) ανέφερε καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας. Η διαχρονική σύγκριση δείχνει μείωση των ποσοστών καθημερινής χρήσης από το 2010 στο 2012, ενώ μειώθηκε η συχνότητα χρήσης της κύριας ουσίας τις τελευταίες 30 ημέρες στους ενεργούς χρήστες (2010: 93,6%, 2012: 75,8%, 2016-17: 81%). Διαχρονικά, στους ενεργούς χρήστες η καθημερινή χρήση παραμένει ψηλά, ενώ από το 2012 και μετά παρουσιάζεται μια μείωση στατιστικά σημαντική που προφανώς επηρεάζεται από τις ουσίες χρήσης. Αυτή η μείωση είναι σημαντική, καθώς η καθημερινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ορομετατροπή του ιού HIV (Hatzakis et al., 2015).

Αναφορικά με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, η κοινή χρήση σύριγγας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από το 45,8%. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι πρακτικές ενέσιμης χρήσης

παράνομων ουσιών μπορεί να περιλαμβάνουν την κοινή χρήση συριγγών και εξοπλισμού παρασκευής φαρμάκων, όπως τάσια, βαμβάκι και νερό έκπλυσης. Καθεμία από αυτές τις συμπεριφορές έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μετάδοση HCV (Hahn et al., 2002). Οι σημαντικές μειώσεις στην κοινή χρήση σύριγγας έχουν μειώσει δραματικά τη συχνότητα εμφάνισης του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) σε ΧΕΝ σε χώρες υψηλού εισοδήματος, αλλά η κοινή χρήση άλλων υλικών χρήσης ναρκωτικών παραμένει (Bluthenthal et al., 2000· Falster et al., 2009· Hagan, 2011).

Διαχρονικά, παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν ψυχιατρικά προβλήματα. Περίοδοι οικονομικών κρίσεων στο παρελθόν έχουν συσχετιστεί με την εξασθένιση της ψυχικής υγείας των οικονομικά επηρεασμένων (Stavrianakos et al., 2014). Σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης, τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας των ανθρώπων, που είναι περισσότερο ευάλωτοι στη χρήση ουσιών, μεγαλώνουν. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, η χρήση οπιοειδών παρουσιάζει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, εξαιτίας του ότι συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και σωματικών επιπλοκών, οι περισσότερες των οποίων χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα (Clausen et al., 2009· Skeie et al., 2008). Από έρευνες διαπιστώνεται ότι παράγοντες, όπως η φτώχια, η ανεργία, η απουσία στέγης, ασκούν σημαντικές επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού. Πολλές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας που αφορούν στις ψυχικές νόσους, τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα, αλλά και την κατάχρηση ουσιών παρουσιάζουν ανοδικές τάσεις (Kondilis et al., 2013).

Πριν την επιδημία της Αθήνας παρατηρείται πολύ υψηλό ποσοστό αστεγίας. Παρόλο που η μείωση ήταν στατιστικά σημαντική από το 2010 έως το 2012, στη συνέχεια ακολούθησε σημαντική αύξηση από το 2012 έως και την περίοδο 2016-2017, αναδεικνύοντας και πάλι υψηλά επίπεδα αστεγίας. Διαχρονικά, παρόλο το φαινόμενο της προσφυγικής κρίσης, μειώνεται το ποσοστό των αλλοεθνών (2010: 28%, 2012: 23%, 2016-2017: 14%) και αυξάνεται η αστεγία. Επομένως, το πρόβλημα έλλειψης στέγης παραμένει και επιβαρύνει τους έλληνες ενεργούς χρήστες. Η έλλειψη στέγης είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που συνδέεται με την επιδημία του HIV στους ΧΕΝ της Αθήνας. Σε μελέτη των κοινωνικών δικτύων (Tsang et al., 2015), διαπιστώθηκε ότι τα αυξημένα ποσοστά έλλειψης στέγης στο δίκτυο

των ερωτώμενων, βασικό αποτέλεσμα των οικονομικών κρίσεων σε περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα της ενέσιμης χρήσης, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να αποκτήσει κάποιος HIV μέσα στο δίκτυο. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μπορεί να χρειαστεί να επικεντρωθεί ο ρόλος της στέγασης ως προστατευτικής παρέμβασης για τον HIV στο επίπεδο των κοινωνικών δικτύων (Tsang et al., 2015). Στις πρόσφατες επιδημίες HIV σε ΧΕΝ (Αθήνα, Γλασκόβη, Δουβλίνο) φαίνεται ότι οι άστεγοι αποτελούν τον πιο ευάλωτο πληθυσμό (Des Jarlais et al., 2016).

Οι εξαρτημένοι χρήστες αποτελούν ειδική ομάδα πληθυσμού και ως ευάλωτα άτομα υφίστανται την κρίση σε μεγαλύτερο βαθμό. Όσον αφορά αυτούς που προσέρχονται στο ΣΦΕΑ είναι κατά κύριο λόγο, άστεγοι, με υψηλό ποσοστό ανεργίας, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και μεγάλο ποσοστό αυτών έχουν άλλη εθνικότητα. Πρόκειται για ΧΕΝ με χρήση τον τελευταίο μήνα –καθημερινή ενέσιμη χρήση ηρωίνης– και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Οι χρήστες που προσέρχονται σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης αντικατοπτρίζουν τον πληθυσμό σε κίνδυνο για λοιμώδη νοσήματα και διαφέρουν από τους αιτούντες θεραπείας (ενδεικτικά το 2010, σε σύγκριση με στοιχεία από ΕΚΤΕΠΝ για αιτούντες θεραπείας: απουσία στέγης 54,1% έναντι 9,3%, άλλης εθνικότητας: 28,4% έναντι 6,6%). Παρατηρήθηκε ότι ο πληθυσμός των ενεργών χρηστών που προσέρχεται Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης είναι διαφορετικός από τους αιτούντες θεραπείας, τα άτομα, δηλαδή, για τα οποία συλλέγονται στοιχεία πιο συστηματικά.

Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην αποτύπωση του προφίλ αυτού του πληθυσμού των ενεργών χρηστών που διαφέρει από τον πληθυσμό που προσεγγίζει τα θεραπευτικά προγράμματα. Για πρώτη φορά αξιοποιούνται δεδομένα από μια τέτοια υπηρεσία. Ένας περιορισμός της μελέτης είναι ότι οι συμπεριφορές κινδύνου βασίζονται σε αυτοαναφορά.

Οι ενεργοί χρήστες που προσεγγίζουν υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης διαφέρουν από τους αιτούντες θεραπείας για τους οποίους υπάρχει συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή από το 2002. Από τις αρχές του 2018 εφαρμόζεται ειδικό έντυπο από το ΕΚΤΕΠΝ (ατομικό έντυπο καταγραφής προβληματικών χρηστών σε Μονάδες Μείωσης της Βλάβης) και αναμένονται το επόμενο διάστημα τα πορίσματα. Τα

στοιχεία από τις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για χρήστες που είναι ενεργοί και δεν βρίσκονται σε θεραπευτικά προγράμματα, αντανακλώντας το προφίλ και τις πρακτικές του πληθυσμού αυτού. Είναι αναγκαία και απαραίτητη η παρακολούθηση των χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού, ενός πάσχοντος πληθυσμού που κάνει χρήση επικίνδυνων ουσιών, με υψηλό φορτίο λοιμωδών νοσημάτων, που υιοθετεί συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθεί, αλλά και να μεταδώσει λοιμώδη νοσήματα, καθώς και η συστηματική καταγραφή τους για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) (2018). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2017*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

Ξενόγλωσση

Amundsen, E.J., Eskild, A., Stigum, H., Smith, E. and Aalen, O.O. (2003). Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health*, 13 (3), pp. 252-258.

Ben Lakhdar, C. and Bastianic, T. (2011). Economic constraint and modes of consumption of addictive goods. *International Journal of Drug Policy*, 2(5), pp. 360-365. doi:10.1016/j.drugpo.2011.03.004

Bluthenthal, R.N., Kral, A.H., Gee, L., Erringer, E.A. and Edlin, B.R. (2000). The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study. *AIDS*, 14, pp. 605-611.

Drug Overdose Deaths. (2018, April 11). Retrieved at www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html

Costa Storti, C., De Grauwe, P. and Reuter, P. (2011). Economic recession, drug use and public health. *International Journal of Drug Policy*, 22 (5), pp. 321-325. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.07.009.

Clausen, T., Waal, H., Thoresen, M. and Gossop, M. (2009). Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*, 104 (8), pp. 1356-1362.

Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P. et al. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet. Global Health*. 5 (12), pp. e1192-e1207. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30375-3.

Des Jarlais, D.C., Kerr, T., Carrieri, P., Feelemyer, J. and Arasteh, K.. (2016). HIV infection among persons who inject drugs: ending old epidemics and addressing new outbreaks. *AIDS*, 30 (6), pp. 815–826, doi: 10.1097/QAD.0000000000001039

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017). Health and social responses to drug problems: A European guide. Retrieved on April 9 2019 at http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDF-WEB_20171009153649.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). *EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (a-PVP)*. Retrieved on April 9 2019 at http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/alpha-pvp

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). *Thematic report: People who inject drugs. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Figh HIVH/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report*. Retrieved on April 9 2019 at http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-people-who-inject-drugs.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved on April 9 2019 at http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_242420_EN_TD0215722ENN.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2015). HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Retrieved on April 9 2019 at http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2017). *European Drug Report: Trends and Developments*. Retrieved on April 9 2019 at http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2010). *Monographs Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. *HIV outbreak among injecting drug users in Greece. An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece*, 2012.

Falster, K., Kaldor, J.M. and Maher, L. (2009). Hepatitis C virus acquisition among injecting drug users: a cohort analysis of a national repeated cross-sectional survey of needle and syringe program attendees in Australia, 1995–2004. *Journal of Urban Health*, 86, pp. 106-118).

Giannousis, I.P., Papatheodoridis, G.V., Deutsch, M.J., Manolakopoulos, S.G., Manesis, E.K., Koskinas, J.S. and Archimandritis, A.J. (2010). The burden and recent epidemiological changes of the main chronic liver diseases in a Greek referral tertiary centre. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 22, pp. 172-179.

Hagan, H., Pouget, E. and Des Jarlais, D.C. (2011). A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Prevent Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs. The Journal of Infectious Diseases, 204 (1), pp. 74–83. https://doi.org/10.1093/infdis/jir196

Hadziyannis, S.J. and Koskinas, J.S. (2004). Differences in epidemiology, liver disease and treatment response among HCV genotypes. *Hepatology Research*, 29, pp. 129-135.

Hatzakis, A., Sypsa, V., Paraskevis, D. Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Micha, K. et al. (2015). Design and baseline findings of a large-scale rapid response to an HIV outbreak in people who inject drugs in Athens, Greece: the ARISTOTLE programme. *Addiction*, 110, pp. 1453-1465.

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health*, 103 (6), pp. 973-9. doi: 10.2105/AJPH.2012.301126. Epub 2013 Apr 18.

Nelson, P.K., Mathers, B.M., Cowie, B., Hagan, H., Des Jarlais, D., Horyniak, D. and Degenhardt, L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. The Lancet, 378 (9791), pp. 571-83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.

Nikolopoulos, G., Sypsa, V., Bonovas, S., Paraskevis, D., Malliori, M., Hatzakis, A. and Friedman, S.R. (2015). Big Events in Greece and HIV Infection Among People Who Inject Drugs. *Substance Use and Misuse*, 50 (7), pp. 825–838, doi: 10.3109/10826084.2015.978659.

Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Fotiou, A., Tsiara, C., Paraskeva, D., Sypsa, V. et al. (2013).,Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. *PLoS One*, 8 (11), p. e78941. doi: 10.1371/journal.pone.0078941.

Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Paraskeva, D., Antoniadou, A., Lazanas, M., Hatzakis, A.. (2011). HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece: a preliminary report, *Euro Surveillance*, 16 (36). pii: 19962. doi:10.2807/ese.16.36.19962-en

Skeie, I., Brekke, M., Lindbaek, M. and Waal, H. (2008). Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 8, pp. 43. doi: 10.1186/1471-2458-8-43.

Stavrianakos, K., Kontaxakis, V., Moussas, G., Paplos, K., Papaslanis, T., Havaki-Kontaxaki, B. and Papadimitriou G. (2014). Attempted suicide during the financial crisis in Athens. *Psychiatriki*, 25 (2), pp. 104-10.

Stone, A., Becker, L., Huber, A. And Catalano, R. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37 (7), pp. 747-775. doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014

Sypsa, V., Psichogiou, M., Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Paraskeva, D. et al. (2017). Rapid Decline in HIV Incidence Among Persons Who Inject Drugs During a Fast-Track Combination Prevention Program After an HIV Outbreak in Athens. *The Journal of Infectious Diseases,* 215 (10), pp.1496-1505. doi: 10.1093/infdis/jix100.

Sypsa, V., Paraskevis, D., Malliori, M., Nikolopoulos, G.K., Panopoulos, A., Kantzanou, M., et al (2015). Homelessness and Other Risk Factors for HIV Infection in the Current Outbreak Among Injection Drug Users in Athens Greece. *American Public Health Association*, 105 (1), pp. 196–204. doi: 10.2105/AJPH.2013.301656.

Tsang, M., Schneider, J., Sypsa, V., Schumm, P., Nikolopoulos, G.K., Paraskevis, D. et al (2015). Network characteristics of people who inject drugs within a new HIV epidemic following austerity in Athens, Greece, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69 (4), pp. 499–508. doi: 10.1097/QAI.0000000000000665

United Nations Programme on HIV/AIDS (2019). *Data 2017* Retrieved on April 9 2019 at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2019). *World Drug Report 2017*. Retrieved on April 9 2019 at https://www.unodc.org/wdr2017/en/exsum.html

Ο ανά χείρας συλλογικός τόμος αποτυπώνει την επιτυχημένη ερευνητική συνεργασία δύο δημοσίων φορέων, του ΕΚΚΕ και του ΟΚΑΝΑ, την τελευταία δεκαετία. Οι εργασίες που συμπεριλαμβάνονται στο βιβλίο επιδιώκουν να αποκωδικοποιήσουν όψεις της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Επιδιώκεται ιδιαίτερα η αναζήτηση της φυσιογνωμίας της ουσιοεξάρτησης στη χώρα με έμφαση στους πληθυσμούς των μεταναστών και των γυναικών, που εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτοι στην τρέχουσα συγκυρία. Οι μελέτες του συλλογικού αυτού τόμου επιδιώκουν, επίσης, να αποτυπώσουν τις δυνατότητες της αντιμετώπισης του φαινομένου και πιθανές διορθωτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των σχετικών θεραπευτικών πρακτικών.

Στον τόμο συμπεριλαμβάνονται τόσο συλλογικές ερευνητικές προσπάθειες των ερευνητριών και ερευνητών του ΕΚΚΕ και του επιστημονικού προσωπικού και θεραπευτριών και θεραπευτών πεδίου του ΟΚΑΝΑ όσο και μεμονωμένες μελέτες-έρευνες, προσεγγίζοντας πολύπλευρα το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας και αναδεικνύοντας όψεις του για μελλοντικές ερευνητικές αναζητήσεις.

ΕΚΚΕ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH

ΟΚΑΝΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ