ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Γεράσιμος Δ. Παπαναστασάτος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΑΘΗΝΑ, 2007

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνιολογίας
Τομέας Εγκληματολογίας

Θεραπευτικές κοινότητες και κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από ουσίες χρηστών: η ελληνική εμπειρία.

Γεράσιμος Δ. Παπαναστασάτος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:
Καθηγητής Ιάκωβος Φαρσεδάκης

Μέλη:
Καθηγήτρια Χριστίνα Ζαραφωνίτου
Καθηγητής Αντώνης Μαγγανάς

Αθήνα, 2007

...Where is the understanding we lost in knowledge?
Where is the knowledge we lost in information?...

(...Πού είναι η κατανόηση που χάσαμε στη γνώση; Πού
είναι η γνώση που χάσαμε στην πληροφορία;...)

(J. Eliot, The Rock, 1934)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Κατάχρηση ουσιών, Εξάρτηση, Θεραπεία της Εξάρτησης, Θεραπευτική Κοινότητα, Κοινωνική Ένταξη, Επανένταξη, Αξιολόγηση, Έρευνα Αποτίμησης Αποτελεσματικότητας, Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης, Ποιοτική Έρευνα.

Substance Abuse, Addiction, Dependence, Treatment for Drug Addiction, Therapeutic Community, Social Inclusion, Rehabilitation, Treatment Evaluation, Outcome Evaluation, Addiction Severity Index, Qualitative Research.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των ελληνικών θεραπευτικών κοινοτήτων ως προς την κοινωνική ένταξη των πρώην εξαρτημένων. Προκειμένου να αναλυθεί η ελληνική εμπειρία έγινε μια ανασκόπηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων στην τοξικοεξάρτηση και μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των διαφόρων μοντέλων. Η παρούσα έρευνα υιοθέτησε ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους έρευνας αξιοποιώντας την διεθνή εμπειρία. Στην έρευνα συμμετείχαν τριακόσια πενήντα εννέα (N=359) άτομα τα οποία εξετάσθηκαν μετά από πέντε χρόνια που είχαν εισαχθεί σε θεραπευτική κοινότητα. Τα άτομα εξετάσθηκαν με προσωπική συνέντευξη η οποία αποτελείτο από δύο μέρη. Για το πρώτο μέρος, βασικό εργαλείο της έρευνας ήταν το ημιδομημένο ερωτηματολόγιο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Addiction Severity Index- EuropASI) το οποίο δίνει πληροφορίες σε εφτά περιοχές (σωματική υγεία, επαγγελματική και εκπαιδευτική κατάσταση, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, νομική κατάσταση, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις καθώς και ψυχική και ψυχιατρική κατάσταση) και το δεύτερο μέρος με ανοικτές ερωτήσεις που αφορούσαν τη διερεύνηση της αντίληψης των συμμετεχόντων για τη θεραπευτική τους εμπειρία και τις προτάσεις τους για βελτίωση της θεραπευτικής κοινότητας.

Η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη που εφαρμόζεται στην Ελλάδα για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων με τη χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων έρευνας και που επικεντρώνεται τόσο στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όσο και στα χαρακτηριστικά του συστήματος της θεραπευτικής κοινότητας. Η έρευνα δείχνει ότι ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αποτελεί βασικό παράγοντα για τη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων και την ενίσχυση της κοινωνικής τους ένταξης. Η έκβαση της θεραπείας σχετίζεται με το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το βαθμό της ποινικής εμπλοκής, το ιστορικό χρήσης αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών πριν τη θεραπεία και την κατάσταση της σωματικής υγείας. Όσον αφορά το θεραπευτικό σύστημα από την έρευνα αναδεικνύεται η ανάγκη για συστηματική επανεξέταση των μεθόδων και των διαδικασιών που εφαρμόζονται στις θεραπευτικές κοινότητες προκειμένου να συγκρατηθεί μεγαλύτερος αριθμός ατόμων για περισσότερο χρονικό διάστημα στη θεραπεία που θα βοηθήσει στην αποφυγή της υποτροπής και την κοινωνική ένταξη. Γίνονται προτάσεις για τη βελτίωση του μοντέλου της θεραπευτικής κοινότητας που σχετίζονται με την οργάνωσή του, τις μεθόδους, το προσωπικό και τη λειτουργία του ως συστήματος που οφείλει να παραμένει ανοικτό και σε αλληλεπίδραση με την κοινωνία.

Για τη Λυδία, τη Μαρίλη και τη Μυρτώ
ως εξόφληση

και για το Νικήτα
ως χρέος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

		Σελίδα
	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ix
	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ	7
1.1.	Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	7
1.1.1.	Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή.	8
1.1.2.	Ερμηνεύοντας την εξάρτηση	11
1.1.3.	Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης	12
1.1.4.	Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	14
1.1.5.	Προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών	18
1.1.6.	Εστιάζοντας στην προβληματικότητα της κατάχρησης ουσιών	26
1.1.7.	Επιδημιολογικά δεδομένα της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών	31
1.2.	Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	37
1.2.1.	Πολιτικές για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών.	37
1.2.2.	Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	41
1.2.3.	Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής	42
1.2.4.	Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα	45
1.2.5.	Η θεραπευτική κοινότητα.	46
1.2.6.	Το δίκτυο υπηρεσιών στην Ελλάδα	51
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ	55
2.1.	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	55
2.1.1.	Έννοιες και διαφορετικοί ορισμοί στην έρευνα αποτελεσματικότητας	55
2.1.2.	Οι τομείς προβλημάτων που συνδέονται με την κατάχρηση και την εξάρτηση	58
2.1.3.	Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας	61
2.2.	Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ	63
2.2.1.	Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων φαρμακευτικής αγωγής	63
2.2.2.	Η αποτελεσματικότητα των ανοικτών θεραπευτικών προγραμμάτων	65
2.2.3.	Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων	67
2.3.	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	72
2.3.1.	Η εξέταση των ατόμων μετά τη θεραπευτική εμπειρία	72
2.3.2.	Ανασκόπηση των σημαντικότερων ερευνητικών πρωτοκόλλων στον κόσμο	73
2.3.3.	Οι έρευνες αποτελεσματικότητας στην Ελλάδα	86
2.4.	ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ	88
2.4.1.	Έρευνες που εστιάζουν στους εξυπηρετούμενους	89
2.4.2.	Έρευνες που εστιάζουν στο θεραπευτικό σύστημα	99
2.4.3.	Η ανάγκη συνθετικής διερεύνησης	103
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	108
3.1	Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	108
3.2	ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	113
3.2.1.	Βασικά ερωτήματα	116
3.2.2.	Συνδυασμός των μεθόδων	119
3.3.	ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ Η ΜΕΘΟΔΟΣ	120
3.3.1.	Μέθοδος επιλογής και κριτήρια επιλεξιμότητας υποκειμένων	121
3.3.2.	Η υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό και η διόρθωση στο δείγμα	123
3.3.3.	Το πρόβλημα του εντοπισμού των υποκειμένων	123
3.3.4.	Η ανταποκρισιμότητα ως στοιχείο αξιοπιστίας	124
3.3.5.	Θέματα δεοντολογίας κατά τον εντοπισμό	126
3.3.6.	Η προσωπική συνέντευξη	126

3.3.7.	Τα εργαλεία	128
3.3.8.	Όρια και περιορισμοί της έρευνας	137
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	142
4.1.	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	142
4.1.1.	Σχέδιο ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων	143
4.2.	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	144
4.3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	148
4.3.1.	Χρόνος παραμονής στη θεραπεία και αποτελεσματικότητα	149
4.3.2.	Αποτελεσματικότητα ως προς το φύλο	151
4.3.3.	Εκπαιδευτικό επίπεδο και κοινωνική ένταξη	152
4.3.4.	Αποτελεσματικότητα, επαγγελματική απασχόληση και κοινωνική ένταξη	154
4.3.5.	Αποτελεσματικότητα και χρήση αλκοόλ	155
4.3.6.	Αποτελεσματικότητα της θεραπείας ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών	157
4.3.7.	Νομικά προβλήματα, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη	161
4.3.8.	Σωματική και ψυχική υγεία, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη	163
4.3.9.	Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη	165
4.3.10.	Αποτελεσματικότητα και τύπος θεραπευτικού προγράμματος	167
4.3.11.	Συνοπτική ανακεφαλαίωση της ποσοτικής ανάλυσης	168
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	171
5.1.	Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	171
5.1.1.	Σχέδιο ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων	172
5.2.	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	173
5.2.1.	Αρχές και αξίες στη θεραπευτική κοινότητα: Η ηθική πλατφόρμα	173
5.2.2.	Η περιπέτεια της προσωπικής ανάπτυξης	176
5.2.3.	Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων	179
5.2.4.	Ανακαλύπτοντας τα συναισθήματα	181
5.2.5.	Αναπτύσσοντας στρατηγικές επιβίωσης	184
5.2.6.	Θέματα πρακτικής φύσης	190
5.2.7.	Εμπειρία χωρίς κέρδος	191
5.2.8.	Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών	192
5.3.	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΔΙΟΛΙΣΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	194
5.3.1.	Αρχές και αξίες: ανακαλύπτοντας ένα αξιακό σύστημα	195
5.3.2.	Η ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής του εαυτού	196
5.3.3.	Αναπτύσσοντας δεξιότητες για κοινωνική σχέση	199
5.3.4.	Τα συναισθήματα: Η ανακάλυψη νέων εργαλείων	200
5.3.5.	Αναπτύσσοντας δεξιότητες αυτοπροστασίας	202
5.3.6.	Οι πρακτικές δεξιότητες: Εφόδια για την ένταξη	203
5.3.7.	Εμπειρία που δεν ωφέλησε	205
5.3.8.	Συνδυάζοντας τις κατηγορίες	206
5.4.	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	208
5.4.1.	Απαξιώνοντας την εμπειρία	209
5.4.2.	Βιώνοντας ένα περιβάλλον φροντίδας	212
5.4.3.	Οι αξίες και η λειτουργία τους	213
5.4.4.	Αναγνώριση του εαυτού	214
5.4.5.	Οι σχέσεις και η κοινωνικότητα	216
5.4.6.	Μπροστά στην πραγματικότητα	218
5.4.7.	Αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα	220

5.4.8.	Αλλάζοντας στάση με νέα αντίληψη για τη ζωή	221
5.4.9.	Ανάπτυξη δεξιοτήτων σε πρακτικά ζητήματα	223
5.4.10.	Συνδυάζοντας τις κατηγορίες	225
5.5.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΌ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	228
5.5.1.	Μπροστά στους περιορισμούς των κανόνων	228
5.5.2.	Αποχή από σεξουαλικές σχέσεις	229
5.5.3.	Ο χρόνος στη θεραπευτική διαδικασία	230
5.5.4.	Βιώνοντας συνέπειες για την ανεπιθύμητη συμπεριφορά	231
5.5.5.	Αγωνιώντας για την επαγγελματική ένταξη	234
5.5.6.	Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	235
5.5.7.	Η αναγνώριση της ατομικότητας	237
5.5.8.	Να μην αλλάξει τίποτα: Εξιδανίκευση ή αδυναμία προτάσεων;	238
5.5.9.	Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών	239
5.6.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΔΙΟΛΙΣΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	240
5.6.1.	Η μείωση της πίεσης	241
5.6.2.	Ο χρόνος στη θεραπευτική διαδικασία	244
5.6.3.	Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	246
5.6.4.	Η ανάγκη για αναγνώριση της διαφορετικότητας	248
5.6.5.	Η δομή του θεραπευτικού προγράμματος	251
5.6.6.	Τίποτα: αποφυγή κριτικής ή αποδοχή	253
5.6.7	Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών	254
5.7.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΟΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	255
5.7.1.	Η μείωση της πίεσης	256
5.7.2.	Μείωση του χρόνου παραμονής	258
5.7.3.	Θέματα θεραπευτική δομής	260
5.7.4.	Αναγνώριση της διαφορετικότητας	264
5.7.5.	Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	265
5.7.6.	Η πειθαρχία	267
5.7.7.	Θεραπεία χωρίς κοινωνική απομόνωση	268
5.7.8.	Περιορισμοί και προκαταλήψεις	270
5.7.9.	Υποστήριξη και με φαρμακευτική αγωγή	272
5.7.10.	Να μην αλλάξει τίποτα	273
5.7.11.	Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών	274
5.8.	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: ΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ	276
5.8.1.	Το πρώτο σενάριο: Από τη θεραπεία στην πλήρη αποχή και την κοινωνική ένταξη	277
5.8.2.	Το δεύτερο σενάριο: Διολίσθηση στη χρήση ουσιών και αποχή για τουλάχιστον δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης	278
5.8.3.	Το τρίτο σενάριο: δυσκολίες ένταξης για όσους υποτροπιάζουν	278
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	280
6.1.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ	280
6.1.1.	Η θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδος απεξάρτησης και μέσο ενίσχυσης της κοινωνικής ένταξης	281
6.1.2.	Μεταβολές στους δείκτες στα πεδία διερεύνησης και κοινωνική ένταξη	283
6.1.3.	Η ερμηνεία της αλλαγής στους εξυπηρετούμενους και οι υποδείξεις βελτίωσης της θεραπευτικής κοινότητας	290
6.2.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗ	292
6.2.1.	Διαδικασίες κανονικοποίησης	292
6.2.2.	Από τη συμμόρφωση στην αλλαγή	295

6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ 300
6.3.1. Το πεδίο της κλινικής πρακτικής 300
6.3.2. Το πεδίο της έρευνας 302
6.3.3. Το πεδίο της πολιτικής 303
6.4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ 305
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ 308
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 308
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 328
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 334
Παράρτημα 1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ 335
Παράρτημα 2 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ 347

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV και ICD-10 για την εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ψυχοδραστικές ουσίες 9
Πίνακας 1.2. Διαγνωστικά κριτήρια για την κατάχρηση ή την επιβλαβή χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών κατά DSM-IV και ICD-10 10
Πίνακας 3.1. Εισαγωγές στις θεραπευτικές κοινότητες 1994-1995. Κατανομή κατά πρόγραμμα και κατά φύλο 121
Πίνακας 3.2. Ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού εισαγωγών από το σχεδιασμένο δείγμα 122
Πίνακας 3.3. Σύνθεση πληθυσμού και δείγματος και ατόμων που συμμετείχαν σε συνέντευξη 123
Πίνακας 3.4. Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης 125
Πίνακας 3.5. Ανασκόπηση ποσοστού ανταπόκρισης μελετών αποτελεσματικότητας 126
Πίνακας 4.1. Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία 145
Πίνακας 4.2. Χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία 146
Πίνακας 4.3. Νομική κατάσταση των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία 146
Πίνακας 4.4. Κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία 146
Πίνακας 4.5. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία 147
Πίνακας 4.6. Διαφορές σε μέσες τιμές μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία. 148
Πίνακας 4.7. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία κατά φύλο 150
Πίνακας 4.8. Αποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση ουσιών κατά φύλο 150
Πίνακας 4.9. Αποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση και το χρόνο παραμονής για άνδρες και γυναίκες 150
Πίνακας 4.10. Η εκπαίδευση σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας 153
Πίνακας 4.11. Η εκπαίδευσης ως παράγοντας αποτελεσματικότητας της θεραπείας 153
Πίνακας 4.12. Αποτελεσματικότητα και απασχόληση 154
Πινάκας 4.13. Η αποτελεσματικότητα ως προς την απασχόληση 155
Πίνακας 4.14. Η απασχόληση ως προς το χρόνο παραμονής στη θεραπεία 155
Πίνακας 4.15. Βαριά χρήση αλκοόλ μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση παρανόμων ουσιών 156
Πίνακας 4.16. Βαριά χρήση αλκοόλ ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία 156
Πίνακας 4.17. Χαρακτηριστικά της χρήσης παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία 158
Πίνακας 4.18. Χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία 159
Πίνακας 4.19. Ιστορικό χρήσης πριν από τη θεραπεία και αποτελεσματικότητα της θεραπείας 160
Πίνακας 4.20. Νομικά προβλήματα πριν από τη θεραπεία και αποτελεσματικότητα της θεραπείας 161

Πίνακας 4.21. Αποτελεσματικότητα ως προς τη νομική κατάσταση 162
Πίνακας 4.22. Κατάσταση σωματικής υγείας και χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία 163
Πίνακας 4.23. Ψυχολογικά προβλήματα ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών 164
Πίνακας 4.24. Μεταβολές στους δείκτες ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων σε σχέση με τη χρήση ουσιών. 164
Πίνακας 4.25. Μεταβολές των δεικτών στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις πριν και μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία. 166
Πίνακας 4.26. Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις πριν και μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία 166
Πίνακας 4.27. Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις: πρόσφατες συγκρούσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία. 167
Πίνακας 4.28. Εμπειρία κακοποίησης και χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία 167
Πίνακας 5.1. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχει από τη χρήση παρανόμων ουσιών από την ημέρα εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση 192
Πίνακας 5.2. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών τουλάχιστον ένα δωδεκάμηνο από την ημέρα της συνέντευξης επανεξέτασης και είχαν την εμπειρία επεισοδίου διολίσθησης. 206
Πίνακας 5.3. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που βρίσκεται σε κατάσταση υποτροπής την περίοδο της συνέντευξης επανεξέτασης. 225
Πίνακας 5.4. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών από την ημέρα εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση 240
Πίνακας 5.5. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχει από τη χρήση παρανόμων ουσιών δώδεκα μήνες πριν από την επανεξέταση μετά από διολίσθηση που ακολούθησε τη θεραπευτική τους εμπειρία. 254
Πίνακας 5.6. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής κατά την επανεξέταση. 275

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα Γ4.1. Χρόνος παραμονής των συμμετεχόντων στη θεραπευτική κοινότητα 149

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία βήματα κάθε διαδρομής σηκώνουν τη γλυκιά θλίψη που φορτώνεται από την ανακούφιση για την αναμενόμενη άφιξη και την αγωνία της αυτονόητης επιθυμίας, σαν υπόσχεση, για συνέχεια. Για αυτό ίσως βαραίνουν αμφίθυμα, ανάμεσα σε ό,τι επετεύχθη που *είναι* οικείο, πια, και στην προκαθορισμένη επιτακτική προοπτική του ίδιου του αποχωρισμού.

Τα τελευταία βήματα αυτής της διαδρομής, της δικής μου διαδρομής, μου επέτρεψαν να διατρέξω πάλι από την αρχή αυτήν την περιπέτεια και να συναντηθώ ξανά με όλους εκείνους που, γνωρίζοντας το ή όχι, υπήρξαν συνοδοιπόροι και υποστηρικτές. Όλους εκείνους που βοήθησαν να αμβλυνθούν τα εμπόδια, οι δυσκολίες και οι αδυναμίες. Και είναι πολλοί.

Εκείνοι που δέχθηκαν να μοιρασθούν βιώματα, θέσεις και ιδέες που αποτέλεσαν το υλικό αυτής της έρευνας. Όλοι εκείνοι, δηλαδή, που εμπιστεύθηκαν ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής τους με ειλικρίνεια, προθυμία και καθαρότητα δείχνοντας ότι αντιλαμβάνονται τη σκοπιμότητα αυτού του πονήματος και συμμετείχαν ενεργά στην έρευνα.

Οι επιβλέποντες αυτήν την εργασία πού έδωσαν νόημα στο ρόλο του δασκάλου. Ο καθηγητής Ι. Φαρσεδάκης, η καθηγήτρια Χ. Ζαραφωνίτου και ο καθηγητής Α. Μαγγανάς. Όλοι, με το δικό τους τρόπο ο καθένας, με περιέβαλαν με εμπιστοσύνη που μεγάλωνε το μέγεθος της ευθύνης, ενώ η κριτική τους αποτέλεσε ένα σημαντικό πεδίο ανάπτυξης που υποστήριξε το τελικό αποτέλεσμα.

Ο οργανισμός που εργάζομαι, το ΚΕΘΕΑ. Χωρίς φειδώ σε απαιτήσεις, παρείχε υποστήριξη και μέσα που ήταν απαραίτητα για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Δεν αποπροσωποποιώ γενικεύοντας την αναγνώριση. Εννοώ τον καθένα και την καθεμιά που δουλεύουν σ΄ αυτό τον οργανισμό που με το δικό τους τρόπο συμβάλουν στη διαμόρφωση συνθηκών που επιτρέπουν την ολοκλήρωση ενός τέτοιου εγχειρήματος. Είμαι περήφανος που δουλεύω μαζί τους.

Οι άμεσοι συνεργάτες μου που έχουν σημαντική συμβολή στην ολοκλήρωση της εργασίας. Από πιο παλιά η Μ. Ζαμπέλη, και πιο πρόσφατα, οι Π. Τρίαντος, Κ. Θεοδωρίδου, Α. Ψυλλιά και Χ. Σεργιάννη.

Στην κρίσιμη καμπή της ολοκλήρωσης της εργασίας, στην άχαρη διαδικασία των τελευταίων ελέγχων εκεί που η κόπωση και η αμφιθυμία βρίσκουν έδαφος, η Ε. Νταλιάνη, πέραν από την επιστημονικά τεχνική της συνδρομή, υπήρξε γενναιόδωρα υποστηρικτική και με τη συστηματική της βοήθεια πολλά λάθη και ανακρίβειες αποφεύχθηκαν

Για την καλύτερη μορφή του κειμένου ήταν σημαντικές οι συμβουλές και οι υποδείξεις της Κ. Καραβέλη και της Μ. Δασκαλοπούλου, καθώς επίσης και οι κρίσιμες προτάσεις της Ρ. Γεωργιάδου. Η Ι. Συμεωνίδου βοήθησε σημαντικά τη ταξινόμηση και την αντιστοίχηση της βιβλιογραφίας.

Ο Χ. Πουλόπουλος πολλές φορές μου έδινε την εντύπωση πως πίστευε περισσότερο από ότι εγώ ότι αυτή η εργασία μπορούσε, άξιζε και όφειλε να γίνει. Σε μεγάλο μέρος οφείλεται σ΄ εκείνον που με την αυστηρή του κριτική και με τη συγκινητική του υποστήριξη βοήθησε να

φτάσει στο τέλος της. Μαζί του, η Α. Τσιμπουκλή που έκανε την εμπειρία της χρήσιμες συμβουλές.

Και πάνω από όλα η οικογένεια μου: η Μαρίλη και η Μυρτώ Παπαναστασάτου έδειξαν κατανόηση, μετατρέποντας τις απαιτήσεις τους σε προσδοκία για το αποτέλεσμα που περίμεναν αγωνιωδώς, παρέχοντας μου ένα ακόμα κίνητρο να συνεχίσω. Η Λ. Κολλάρου ήταν πολύτιμος σύντροφος: σταθερή σύμμαχος και συμπαραστάτης στις δυσκολίες αυτής της πορείας μείωνε τη σημασία που έπαιρναν οι απογοητεύσεις μου, και φώτιζε τις περιόδους που σκοτείνιαζε το άγχος, ενισχύοντας και ενδυναμώνοντας την προσπάθεια.

Το φως φτιάχνει τη σκιά και το παιχνίδι μεταξύ τους γεννάει την εικόνα. Έτσι γίνεται κατανοητό το ανάγλυφο της ζωής. Ελπίζω το ολοκληρωμένο πλέον κείμενο, η τελική εικόνα, να περιέχει αναγνωρίσιμα από όλους τα ίχνη τους, σημάδια της δικής τους συμβολής σ΄ αυτήν την εργασία.

Θέλω σε μια λέξη να χωρέσω όλη μου την ευγνωμοσύνη προς όλους σας. Μια λέξη που θα περιέχει την καθαρότερη εικόνα της ζωής με τα βασικά υλικά της: δάκρυα, χαμόγελα, συγνώμες και υποσχέσεις. Μια λέξη:

Σας ευχαριστώ· όλους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού πληθυσμιακών ομάδων αποτέλεσε και αποτελεί για την Ευρώπη ένα από τα σημαντικότερα πεδία μελέτης, και η αντιμετώπισή του συνδέεται με ένα πολύμορφο φάσμα παρεμβάσεων που στοχεύουν στην κοινωνική ένταξη ή τη μείωση των συνεπειών του αποκλεισμού. Πολλές πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ειδικά προβλήματα συνθέτουν ένα πολύμορφο πεδίο αναγκών και απαιτήσεων για κοινωνική πολιτική.

Στην Ελλάδα τα σημάδια του κοινωνικού αποκλεισμού αναγνωρίστηκαν ήδη από το τέλος της δεκαετίας του 1980. Στοιχεία που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση τοποθετούν την Ελλάδα το έτος 1996 ως την τρίτη χώρα της Ένωσης μεταξύ αυτών που έχουν υψηλότερο δείκτη κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων (20,5%) μετά την Πορτογαλία (25,1%) και την Ιταλία (22%). Η μείωση των υποστηρικτικών δομών με τη μορφή άτυπων κοινωνικών δικτύων, που παραδοσιακά αποτελούσαν μηχανισμούς καθυστέρησης του φαινομένου, εξαιτίας των σημαντικών κοινωνικο-οικονομικών μεταβολών στην Ελληνική κοινωνία, διαμορφώνουν για την Ελλάδα μια νέα πραγματικότητα όπου οι «μειονεκτούντες πληθυσμοί» αυξάνουν ποσοτικά (υπό την έννοια του πλήθους που αυξάνει) και ποιοτικά (υπό την έννοια των νέων μορφών κοινωνικού αποκλεισμού). Είναι, επίσης, απολύτως παραδεκτό ότι «*η αποστέρηση σε έναν τομέα συνδέεται συνήθως με αποστερήσεις και σε άλλους τομείς*», επιταχύνοντας και επιβαρύνοντας τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1996).

Οι εξαρτημένοι από τη χρήση ουσιών αποτελούν μια από τις ομάδες που υφίστανται τον κοινωνικό αποκλεισμό. Τα δεδομένα τα οποία υπάρχουν για την ελληνική πραγματικότητα και τα οποία συγκρινόμενα με στοιχεία που δημοσιεύονται σχετικά με το συγκεκριμένο πληθυσμό, τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ, παρ' όλο που συνθέτουν μια διαφορετική συνολική εικόνα σχετικά με την οξύτητα του φαινομένου, δείχνουν ότι η ομάδα των εξαρτημένων αποτελεί από τις «ασθενέστερες», τις πιο «μειονεκτικές» κοινωνικές ομάδες σε μια διαδικασία ένταξης: φτωχό εκπαιδευτικό επίπεδο, πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου, περιορισμένες ικανότητες απασχόλησης, αυξημένη ποινική επιβάρυνση (ΚΕΘΕΑ 2005, 2007, ΕΚΤΕΠΝ 2005, 2006, EMCDDA 2005, 2006). Παράλληλα, οι συνέπειες που συνοδεύουν τη χρήση ουσιών και την εξάρτηση επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την ήδη αρνητική προοπτική αυτής της ομάδας: η υγεία παρουσιάζεται με πολλά και χρόνια προβλήματα, οι κοινωνικές σχέσεις διαταράσσονται, οι οικογενειακοί δεσμοί διαρρηγνύονται. Επιπλέον, η πληθυσμιακή ομάδα των εξαρτημένων είναι έκθετη σε πολλούς κινδύνους που δεν είναι κοινοί και για τις υπόλοιπες ομάδες που μειονεκτούν: οι υψηλοί δείκτες θνησιμότητας, καθώς και οι πολλαπλών τύπων πιθανότητες νοσηρότητας που συνοδεύουν τη χρήση, καθιστούν τους χρήστες ουσιών μια από τις πιο ευάλωτες ομάδες και τις πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση εξαιρετικά επείγουσες.

Ήδη από τη δεκαετία του 1970 στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης, το φαινόμενο της χρήσης ουσιών και της εξάρτησης ως συνέπεια της κατάχρησης ουσιών είχε πάρει επιδημικές διαστάσεις, ενώ στην Ελλάδα παρέμενε ως περιθωριακή συμπεριφορά. Η ραγδαία ανάπτυξη του φαινομένου της χρήσης στην Ελλάδα, στη δεκαετία του 1980, συνοδεύθηκε με αποσπασματικές και συχνά αναποτελεσματικές πολιτικές που συνέτειναν στην ενίσχυση της παράλληλης κοινωνικής απομόνωσης των χρηστών και των εξαρτημένων δημιουργώντας μια νέα ομάδα κοινωνικά αποκλεισμένων, η οποία συνεχώς αυξάνεται. (ΕΚΤΕΠΝ, 2005).

Τα προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης αποτελούν ένα νεωτερισμό. Στη δεκαετία του 1960 οργανώθηκαν τα πρώτα προγράμματα τα οποία αποτελούσαν μια απάντηση στο πρόβλημα της εξάρτησης ως πρόβλημα που συγκέντρωνε χαρακτηριστικά και στοιχεία κοινωνικού αποκλεισμού και παράλληλα αποτελούσε ένα πεδίο συγκέντρωσης προβλημάτων

της δημόσιας υγείας. Σημαντικό μοντέλο των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης απετέλεσαν οι θεραπευτικές κοινότητες που προσέγγιζαν τους εξαρτημένους από ουσίες ως άτομα με σημαντικά κοινωνικά ελλείμματα οι οποίοι και έχουν ανάγκη από μια "κοινωνικού τύπου θεραπεία" (social treatment). Χρειάζεται να σημειωθεί ότι οι θεραπευτικές κοινότητες θεωρήθηκε πως κάλυπταν ένα κενό στο χώρο της δημόσιας υγείας στο βαθμό που οι παραδοσιακές δομές της ψυχικής και δημόσιας υγείας φάνηκαν εντελώς ανέτοιμες να αντιμετωπίσουν μια νέα, επί της ουσίας, επιδημία (Tims et al. 1994).

Η "κοινωνικού τύπου θεραπεία" αποτελεί ένα οργανωμένο σύστημα παρεμβάσεων που στοχεύει στην κοινωνική επανένταξη, την επανακοινωνικοποίηση, των εξαρτημένων. Το μέσο που χρησιμοποιεί για την προσωπική αλλαγή δια της οποίας επιτυγχάνεται η κοινωνική ένταξη είναι η θεραπευτική κοινότητα.

Η γενική θεωρία και η ανάπτυξη του μοντέλου της θεραπευτικής κοινότητας προέρχεται από την εναλλακτική ψυχιατρικού τύπου παρέμβαση που εφαρμόστηκε ήδη από το τέλος της δεκαετίας του 1930 σε στρατιωτικά νοσοκομεία της Αγγλίας. Ο πρώτος που αναφέρεται να αναπτύσσει τέτοια μοντέλα είναι ο M. Jones (Hyde, 1988). Αργότερα (στη δεκαετία του 1960), οργανώθηκαν στις ΗΠΑ οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες που απευθύνονταν σε εξαρτημένους ενώ στην Ευρώπη εμφανίστηκαν περί το 1970 (Poulopoulos, 1998, Πουλόπουλος, 2005). Στην Ελλάδα η πρώτη θεραπευτική κοινότητα ιδρύθηκε το 1983. Κατά κανόνα το θεραπευτικό πρόγραμμα στις θεραπευτικές κοινότητες είναι «στεγνό», χωρίς δηλαδή χορήγηση υποκαταστάτων φαρμάκων.

Το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο στηρίζεται η σύγχρονη θεραπευτική κοινότητα περιγράφεται σε εργασίες πολλών μελετητών. Η πιο ολοκληρωμένη εργασία έχει γίνει από το G. De Leon (De Leon 1994, 1997, 2000) και η οποία, συνθέτοντας τις αναλύσεις που προέρχονται από θεωρητικούς της κοινωνικής αλλαγής (Prochaska, 1984) και του κοινωνικού μοντέλου μάθησης (Carroll & Sobel, 1986), οργανώνει μια γενική θεωρία και παρουσιάζει το λειτουργικό μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας. Επιγραμματικά, το μοντέλο αυτό περιγράφει απόψεις σχετικά με τις ερμηνείες της διαταραχής, του προσώπου, του ορθού τρόπου ζωής, όπως και της θεραπείας. Στη συνέχεια, αναλύει τη θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδο και εργαλείο και, ορίζοντας τα συστατικά (*components*) και τα στοιχεία (*elements*) που αποτελούν την πολυφασική διαδικασία (*process*) παρέμβασης που συντελείται στη διάρκεια της θεραπείας, διαμορφώνει ένα σχήμα όπου χώρος, χρόνος, πρόσωπα, ομάδα, σχέσεις, συναισθήματα, διαδικασίες, τεχνικές και προσωπική ανάπτυξη αποτελούν ένα άρρηκτο σύνολο το οποίο και συνθέτει τη θεραπευτική κοινότητα.

Οι προτάσεις που αναπτύχθηκαν συστηματικά στην Ελλάδα στην δεκαετία του 1980 αφέθηκαν ουσιαστικά – τυπικά και άτυπα - στην ευθύνη των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης που οργανώθηκαν από το 1983. Η κορύφωση της αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών σε πολιτικό επίπεδο έρχεται με το Ν 1729/1987, όπου και δημιουργούνται οι νομικές προϋποθέσεις εναλλακτικής αντιμετώπισης των εξαρτημένων, πέραν των κατασταλτικών μέτρων, καθώς και οι δυνατότητες ανάπτυξης πολιτικών πρόληψης (ΦΕΚ, 1987).

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης στοχεύουν στην αντιμετώπιση της εξάρτησης και την πλήρη ένταξη των ατόμων στην κοινωνική πραγματικότητα. Στην Ελλάδα λειτουργούν προγράμματα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης εδώ και είκοσι πέντε χρόνια. Η ανάπτυξη των προγραμμάτων απεξάρτησης συμπίπτει με το αυξανόμενο κοινωνικό-πολιτικό ενδιαφέρον που συνοδεύει το φαινόμενο της χρήσης ουσιών.

Με την ίδρυση της πρώτης θεραπευτικής μονάδας στην Ελλάδα το 1983, της θεραπευτικής κοινότητας «ΙΘΑΚΗ», και, αργότερα, με την ίδρυση του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), ΝΠΙΔ, το 1987 και την ανάπτυξη του με πολυδιάστατα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται στους εξαρτημένους, συγκροτείται ένα δίκτυο υπηρεσιών που στοχεύει στην πλήρη ένταξη των εξαρτημένων.

Στο ΚΕΘΕΑ, σύμβουλο οργανισμό του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ (ECOSOC) σήμερα, λειτουργούν περισσότερες από εβδομήντα θεραπευτικές μονάδες που οργανώνονται σε δεκαεφτά πολυφασικά προγράμματα. Στο πλαίσιο αυτών των προγραμμάτων οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν την κύρια φάση θεραπείας η οποία ακολουθείται από ένα συστηματικό, πολύπλευρο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης (ΚΕΘΕΑ, 2006).

Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα, εκτός από το ότι αποτελούν το ιστορικά κυρίαρχο μοντέλο θεραπείας που στοχεύει στην απεξάρτηση και την κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων, καθίστανται κι ένα συμβολικό πεδίο ρητορικής σύγκλισης στο οποίο επικεντρώνεται η γενικευμένη και ασαφής αναφορά όταν πρόκειται για πρόγραμμα αντιμετώπισης της εξάρτησης,. Πολύ συχνά προσωπικότητες με δημόσιο λόγο αναφέρονται στις θεραπευτικές κοινότητες ακόμα και όταν θέλουν να αναφερθούν σε προγράμματα νοσοκομειακής υποστήριξης απεξάρτησης, ή προγραμμάτων υποκατάστασης και συντήρησης.

Πολύ συχνά, επίσης, στην επιστημονική βιβλιογραφία διατυπώνεται η έλλειψη μελετών και έρευνας αποτελεσματικότητας που αφορούν τα θεραπευτικά προγράμματα. Οι προσεγγίσεις αποτελεσματικότητας που βλέπουν το φως της δημοσιότητας, από την άλλη μεριά, συνήθως έχουν αφετηρία ιδεολογικές αρχές και πολιτικές που σχετίζονται μαζί τους, εκκινώντας, στην καλύτερη περίπτωση, από εμπειρίες που έχουν μελετηθεί αποσπασματικά και αφορούν αποκλειστικά σε παρεμβάσεις εκτός της ελληνικής πραγματικότητας - συνηθέστερα εμπειριών της Βόρειας Αμερικής - και έχουν χαρακτήρα δημοσιογραφικής ενημέρωσης. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση των διαδικασιών ένταξης μέσω της θεραπείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά ελλιπής.

Η παρούσα εργασία συνθέτει μια πρώτη απάντηση για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα ως προς την κοινωνική ένταξη των πρώην εξαρτημένων. Είναι η πρώτη οργανωμένη ευρείας κλίμακας έρευνα που πραγματοποιήθηκε και η οποία, πέραν των αδυναμιών που μπορεί κάποιος να της προσδώσει, αποτελεί το πρώτο ουσιαστικό εγχείρημα να αξιολογηθεί συστηματικά, με όρους αντικειμενικότητας και μεθοδολογικής αυστηρότητας, η πορεία και η κατάληξη ανθρώπων που εντάχθηκαν στις θεραπευτικές κοινότητες για να απεξαρτηθούν και να ενταχθούν κοινωνικά.

Ένα εγχείρημα αυτού του τύπου οφείλει να υπερβαίνει την εξισορροπιστική γενίκευση των μέσων όρων και των δεικτών· οφείλει να αναδεικνύει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των άκρων που καθορίζουν, τελικά, την αφηρημένη μέση τιμή. Οφείλει να αποκωδικοποιεί και να ερμηνεύει την εμπειρία των ανθρώπων που συνδέεται με τη χαρά και τον πόνο τους, την απογοήτευσή τους και την ελπίδα τους. Αυτή η εργασία επιχειρεί να αποδείξει ότι η επιστημονική γνώση όχι μόνον τα χωρά όλα αυτά, αλλά μπορεί και να τα αξιοποιεί.

Η εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια που διατρέχουν το σύνολο των θεματικών της αξόνων.

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η παρουσίαση της προβληματικής που συνδέεται με τη κατάχρηση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών και την αντιμετώπισή της. Οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στην ανάδειξη των αιτιολογικών παραγόντων της εξαρτητικής συμπεριφοράς, αλλά και οι διάφορες πτυχές της κοινωνικής ζωής των ατόμων που επηρεάζονται από την κατάχρηση ουσιών με τη συνοπτική παράλληλη παρουσίαση της επιδημιολογίας που συνδέεται με την παράνομη χρήση είναι τα βασικά στοιχεία του πρώτου μέρους σ΄ αυτό το κεφάλαιο. Το δεύτερο τμήμα είναι προσανατολισμένο στην αντιμετώπιση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Με σταδιακό τρόπο εξετάζονται κατά αρχήν οι πολιτικές από τις οποίες προέρχονται οι κεντρικές στρατηγικές οργάνωσης των μέτρων αντιμετώπισης του φαινομένου συνολικά. Περιλαμβάνουν όχι μόνον την εξάρτηση αλλά και την πρόληψη της

χρήσης ουσιών, την επανένταξη ή ακόμα και την καταστολή. Το μεγαλύτερο βάρος ωστόσο πέφτει στην παρουσίαση των συγκροτημένων θεραπευτικών προτάσεων που ιστορικά απετέλεσαν τους άξονες της θεραπευτικής απάντησης στην εξάρτηση. Έτσι εξετάζονται αρκετά εκτενώς τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής, τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας που δεν παρέχουν φαρμακευτική αγωγή και οι θεραπευτικές κοινότητες, με μια σύντομη αναφορά, τέλος, στο δίκτυο σχετικών υπηρεσιών που λειτουργεί στην Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην έρευνα αποτελεσματικότητας. Σε μια εκτενή ανασκόπηση εξετάζονται οι σημαντικότερες έρευνες αποτελεσματικότητας τόσο στο πεδίο της θεωρητικής μεθόδου από την οποία προκύπτουν όσο και στο πεδίο της εφαρμογής. Η μεθοδολογική αποσαφήνιση, η πολυπλοκότητα των πεδίων διερεύνησης, καθώς και τα κριτήρια που καθιστούν τη θεραπεία αποτελεσματική αποτελούν την πρώτη ενότητα. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται παραθετικά και, όπου δίνεται η δυνατότητα αυτή, συγκριτικά τα στοιχεία που συγκροτούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των τριών κεντρικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως αυτές ταξινομούνται διεθνώς: τα προγράμματα, δηλαδή, υποκατάστασης ή συντήρησης, τα ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα που δεν χορηγούν φαρμακευτική αγωγή και τα προγράμματα διαμονής, που επίσης δεν χορηγούν φαρμακευτικά σκευάσματα και στα οποία συμπεριλαμβάνονται και οι θεραπευτικές κοινότητες. Η τρίτη ενότητα εστιάζει σε συγκεκριμένα ερευνητικά πρωτόκολλα που έχουν εφαρμοσθεί στη διαδικασία αποτίμησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης ανά τον κόσμο και ουσιαστικά αποτελούν τον οδηγό για κάθε ευρείας κλίμακας σχετική έρευνα. Συγχρόνως, αναφέρεται στις ολιγάριθμες ανάλογες προσπάθειες διερεύνησης της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων απεξάρτησης που έχουν επιχειρηθεί στην Ελλάδα. Το τελευταίο μέρος του συγκεκριμένου κεφαλαίου επιχειρεί να διακρίνει τις έρευνες ως προς το κεντρικό αντικείμενο μελέτης τους. Σε γενικές γραμμές είναι σπάνιες οι μελέτες που δεν επικεντρώνονται σ΄ ένα μόνο αντικείμενο – τον εξυπηρετούμενο ή το θεραπευτικό σύστημα - και ως εκ τούτου επιχειρείται η τεκμηρίωση της πρωτοτυπίας της συγκεκριμένης έρευνας αφού συνδέει τη διερεύνηση ταυτόχρονα τόσο στον εξυπηρετούμενο όσο και στο θεραπευτικό σύστημα, στη προκειμένη περίπτωση τις ελληνικές θεραπευτικές κοινότητες.

Το τρίτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην περιγραφή της μεθοδολογίας με τρεις κύριες θεματικές ενότητες. Στην πρώτη, με συστηματικό τρόπο παρουσιάζονται τα βήματα του σχεδίου της έρευνας και της εφαρμογής της, εκκινώντας από την ανάδειξη ως σημαντικού προβληματισμού της επιστημολογικής επιλογής που αφορά στη χρήση τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών τεχνικών έρευνας. Στη συνέχεια, η δεύτερη ενότητα, θέτει τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα και πώς, συνδέοντας την ποσοτική με την ποιοτική έρευνα, επιχειρήθηκε η αλληλοκάλυψη τους. Η τελευταία ενότητα παραθέτει όλα τα τεχνικά ζητήματα της μεθοδολογίας και πώς αυτά εφαρμόσθηκαν στην πράξη: η επιλογή του δείγματος, η διόρθωση της υπερεκπροσώπισης των ανδρών, οι διαδικασίες εντοπισμού και τα σχετικά ζητήματα δεοντολογίας, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και πώς. Το κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται με την αναφορά των περιορισμών που έχει η συγκεκριμένη έρευνα όπως υλοποιήθηκε, αλλά και τις διορθωτικές κινήσεις που απαιτήθηκαν σε προβλήματα που οφείλονταν στο σχεδιασμό ή ανέκυψαν απρόβλεπτα.

Στο επόμενο, τέταρτο κεφάλαιο, μετά από μια παράθεση των παραδοχών που αφορούν τις ομαδοποιήσεις που επιλέχθηκαν και τη σκοπιμότητα των επιλογών, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων κατά την έναρξη της θεραπείας τους σε αντιστοιχία με το αποτέλεσμα της θεραπείας τους, ώστε να είναι κατανοητή η μεταβολή που επετεύχθη από τη θεραπευτική παρέμβαση, όπως προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η εξέταση διαφορών και ομοιοτήτων μεταξύ ομάδων που αφορούν στο χρόνο παραμονής και το φύλο. Τέλος, ελέγχεται το αποτέλεσμα της θεραπείας με βάση τη μεταβολή των δεικτών στα πεδία που διερευνήθηκαν και χωριστά για καθένα από αυτά. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται τα ποσοτικά αποτελέσματα και ο βαθμός ένταξης των ατόμων πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία, ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική απασχόληση, τη χρήση αλκοόλ ως νόμιμη ψυχοδραστική ουσία, τη χρήση παρανόμων ουσιών, τη νομική

κατάσταση, τη σωματική και ψυχική υγεία και τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Πριν από την ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της ποσοτικής ανάλυσης στο τέλος του κεφαλαίου, εξετάζεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με τον τύπο της θεραπευτικής κοινότητας που συμπεριλαμβάνεται στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων παρουσιάζονται στο πέμπτο κεφάλαιο. Μετά την εισαγωγική επεξήγηση σχετικά με τη σημασία της διερεύνησης της θεραπευτικής εμπειρίας, σύμφωνα με την ερμηνεία των συμμετεχόντων και του σχεδίου ανάλυσης, παρουσιάζονται σε δύο κεντρικούς εννοιολογικούς άξονες, περιλαμβάνοντας τη γνώμη τριών διαφορετικών ομάδων ατόμων, η γνώμη, η αντίληψη και το νόημα της θεραπευτικής εμπειρίας που ανέδειξαν οι συμμετέχοντες κατά την αναφορά τους. Οι τρεις διαφορετικές ομάδες προέκυψαν βάσει της σχέση τους με τη χρήση παρανόμων ουσιών και το βαθμό της, παρεπόμενης, κοινωνικής τους ένταξης. Έτσι, η πρώτη ομάδα αποτελείται από τα άτομα που από την εισαγωγή τους μέχρι και την επανεξέταση – ένα χρονικό διάστημα πέντε έως έξι ετών – απείχαν από τη χρήση ουσιών ανεξάρτητα από το αν ολοκλήρωσαν την προτεινόμενη σχεδιασμένη θεραπεία ή όχι. Στη δεύτερη ομάδα εντάχθηκαν όλα τα άτομα που μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία, και επίσης ανεξάρτητα από το πόσο συνεπή ήταν με τον θεραπευτικό σχεδιασμό που τους προτάθηκε, διολίσθησαν στη χρήση ουσιών για ένα διάστημα, αλλά τους τελευταίους δώδεκά μήνες τουλάχιστον, πριν την επανεξέταση απείχαν από τη χρήση κάθε παράνομης ουσίας. Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει όλα τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως συστηματικοί υπότροποι, δεδομένου ότι και στη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών χρησιμοποιούν παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες. Ο πρώτος εννοιολογικός άξονας συγκροτείται από τις θέσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το πώς βίωσαν τη θεραπευτική τους εμπειρία, το πώς ερμηνεύουν την έκβαση της και το πώς νοηματοδοτούν τόσο τη διαδικασία της οποίας υπήρξαν μέρος, όσο και το αποτέλεσμα που συνδέεται με την αντιμετώπιση των προβλημάτων με τη χρήση ουσιών και με την κοινωνική τους ένταξη ως τελικό προσδοκώμενο. Ο δεύτερος άξονας συνδέεται με τις προτάσεις βελτίωσης της θεραπευτικής κοινότητας που οι συμμετέχοντες, ανάλογα με την ομάδα στην οποία βρίσκονται, υποδεικνύουν, αναδεικνύοντας τη σχέση που μπορεί να έχει η τελική έκβαση της θεραπείας με στοιχεία που την καθόρισαν ως αρνητικό ή ουδέτερο βίωμα κατά τη διαδικασία της θεραπευτικής αγωγής. Στην ανασκόπηση των αποτελεσμάτων των ποιοτικών δεδομένων με την οποία ολοκληρώνεται το κεφάλαιο αυτό, επιχειρείται μια σύνθεση των μαρτυριών των συμμετεχόντων με μορφή τριών διαφορετικών σεναρίων, ένα για κάθε ομάδα, που συνδέει σε αλληλουχία νοημάτων την ερμηνευτική τους αντίληψη.

Το τελευταίο, έκτο, κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην κριτική διαπραγμάτευση θεμάτων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας και σε μια προσπάθεια να συνδεθούν με την εμπειρία που η διεθνής πρακτική παρέχει. Παράλληλα επιχειρείται η συζήτηση για την προοπτική που ανοίγει η θεραπευτική διαδικασία στην προσπάθεια ενίσχυσης των ενεργειών που θα διευκολύνουν την κοινωνική ένταξη των πρώην εξαρτημένων χρηστών παρανόμων ουσιών. Η θεραπευτική κοινότητα, στην παρούσα έρευνα, αναδεικνύεται ένας σημαντικός ενισχυτικός μηχανισμός ένταξης των πρώην εξαρτημένων. Για το λόγο αυτό, εξετάζεται κατ΄ αρχήν ο ρόλος που μπορεί να έχει ως σύστημα υποστήριξης στη διαδικασία ένταξης των πρώην εξαρτημένων και σε ποιο βαθμό τελικά αυτό επιτυγχάνεται σε όσους τομείς απετέλεσαν τα πεδία διερεύνησης και στη βάση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας. Στη συνέχεια, υπό το πρίσμα της κριτικής που δέχεται η θεραπευτική κοινότητα ως σύστημα, τίθεται σε συζήτηση η διαδικασία αυτή καθαυτή, με όρους που προκύπτουν από προσεγγίσεις της εγληματολογικής σκέψης και των θεωριών των συστημάτων. Στη βάση αυτή, εξετάζεται ο κανονικοποιητικός χαρακτήρας που μπορεί να έχει η θεραπευτική εμπειρία όπως βιώνεται στη θεραπευτική κοινότητα υπό τη έννοια της διαχείρισης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς με διττή σημασία: τόσο στο επίπεδο της ένταξης και της παραμονής στο θεραπευτικό σύστημα όσο και στην προσπάθεια της μετέπειτα κοινωνικής ένταξης. Οι έννοιες της *συμμόρφωσης* και της *αλλαγής* τίθενται σε συζήτηση ως πεδία συγκέντρωσης ποικίλων φορτίων. Διερευνάται κατά πόσο η θεραπευτική κοινότητα στοχεύει στην *αλλαγή της ταυτότητας* του ατόμου, οπότε περιορίζει το ρόλο της σε

συμμορφωτική στρατηγική ως προς την κάθε φορά ηγεμονεύουσα λογική για την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο, ή αντίθετα στην *αλλαγή της συμπεριφοράς* του ατόμου, οπότε η θεραπευτική-εκπαιδευτική στρατηγική της συνδέεται με την υποστήριξη του ατόμου ώστε αυτό να αναπτύξει αυτόνομα δεξιότητες που με όρους αυτοσεβασμού θα το διευκολύνουν να διεκδικήσει την κοινωνική του ένταξη. Το τελευταίο μέρος της συζήτησης αποτελείται από τις προτάσεις που θεωρούνται σημαντικές σε τρία πεδία, όπως προκύπτουν από την προηγούμενη συζήτηση, και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ταξινομημένα σε τρία πεδία: το πεδίο της κλινικής πρακτικής, το πεδίο της έρευνας και το πεδίο της πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

1.1. Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Ο εξαρτημένος από ψυχοδραστικές ουσίες, πέραν από ένα πρόσωπο με βιοψυχαναγκαστική εμμονή σε ότι αφορά τη χρήση και το εμπειρικό βίωμα του ευφορικού συμπτώματος που εξαρτάται από τις ψυχοδραστικές ιδιότητες της ουσίας αλλά και τα προβλήματα που η έλλειψή τους ή η εξάντληση της δράσης τους προκαλούν, αποτελεί μια έννοια ασαφούς κοινωνικής, επιστημονικής, πολιτισμικής και πολιτικής οριοθέτησης, Ο εξαρτημένος συνδυάζει μια σειρά από εκδοχές παραβίασης του γενικά αποδεκτού ως *«φυσιολογικό»* σε διάφορα επίπεδα τα οποία με πολλούς τρόπους διατρέχει η σχέση αυτή που αναπτύσσει με τη χρήση ουσιών. Η παράθεση αυτών των επιπέδων αν και είναι βοηθητική για την καλύτερη κατανόηση των προβληματικών που αφορούν στη σαφήνεια του όρου δεν εξαντλείται μόνον στις πτυχές της ιατρικής, της νομικής, της ηθικής, της κοινωνικής, της οικονομικής, της αναπτυξιακής ή της κατασταλτικής της πτυχής. Ως εκ τούτου, η εξάρτηση αλλά κυρίως ο εξαρτημένος αποτελούν ένα πολυδιάστατο πεδίο το οποίο διεκδικούν πολλές επιστημονικές περιοχές. Σε κάθε περίπτωση αποτελεί μια περίπτωση που διάφορες μορφές των μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου επικεντρώνονται είτε ως προς την αιτιολογική ερμηνεία της εξάρτησης είτε ως προς τις οργανωμένες προσπάθειες αντιμετώπισής της.

Μέχρι τη δεκαετία του ΄80 τόσο η αιτιολογική ερμηνευτική όσο και η θεραπευτική απάντηση στην εξάρτηση συνδέθηκε με ενιαίες και ομογενείς θέσεις ως προς την αφετηρία του εκφερόμενου επιστημονικού λόγου από τον οποίο προέρχονταν. Έτσι, άλλοτε ερμηνεύτηκε ως παραβατική, εγκληματική συμπεριφορά που ενεργοποιούσε αντανακλαστικά αντιμετώπισης συνδεδεμένα με τη νομική διάσταση του φαινομένου σε όλες τις πτυχές του αλλά κυρίως την καταστολή του και την πρόληψη. Άλλοτε επίσης θεωρήθηκε ένα ιατρικό πρόβλημα αποδίδοντας στον εξαρτημένο την ιδιότητα του ασθενούς και τον ενέταξε στο πεδίο της ιατρικής παρέμβασης και της φαρμακολογίας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Σε κάθε περίπτωση τα δύο συστήματα κοινωνικού ελέγχου που προαναφέρθηκαν ορίζουν και επομένως διαχειρίζονται την προβληματική της εξάρτησης με το δικό τους κάθε φορά αυτόνομο τρόπο όχι απλώς σαν συστηματική απάντηση σ΄ αυτήν αλλά σε μια διαδικασία διαπλοκής τους με την ίδια την εξάρτηση ως μέρος της αφού πέρα από τους χαρακτηρισμούς που της αποδίδουν αποτέλεσαν συστήματα αναπαραγωγής στερεοτύπων επενδυμένα με επιστημονική εγκυρότητα (Κουκουτσάκη, 2002).

Ως *κατάχρηση ουσιών* εννοείται η τάση εμμονής της αναζήτησης μιας απόλαυσης ή ενός ευφορικού συμπτώματος που συνδέεται με την τεχνητή προκλητή ψυχοδραστική αλλαγή μέσω της αλλοίωσης της συνήθους κατάστασης της συνείδησης. Πρόκειται για μια ενέργεια που οδηγεί σε συγκεκριμένες αναγνωρίσιμες επιδράσεις ως αποτέλεσμα της πρόσληψης μιας ψυχοδραστικής ουσίας που έχει αποτέλεσμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Πολύ συχνά, αν και υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, στην προσπάθεια ορισμού της κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνεται και το στοιχείο της εξελικτικής βλάβης στη σωματική ή την ψυχική υγεία του ατόμου που κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και με την πρόκληση ανεπιθύμητων επιπτώσεων σε τρίτους (Pham-Kanter, 2001).

Η κατάχρηση ουσιών, σε πολλές περιπτώσεις, ταυτίζεται με την εξάρτηση από τη φαρμακολογική δράση μιας ουσίας. Τεχνικά οι δύο όροι είναι διαφορετικοί δεδομένου ότι τόσο ο τρόπος όσο και η κοινωνική περίσταση είναι δυνατό να καθορίζουν διαφορετικά πεδία ενδιαφέροντος. Στην πρώτη περίπτωση το ενδιαφέρον εστιάζεται σε μια συμπεριφορά ενώ η δεύτερη περιγράφει μια συμπτωματική κατάσταση στην οποία μπορεί να οδηγηθεί ένα άτομο που κάνει κατάχρηση ουσιών. Παρόλα αυτά, η συλλογική αναπαράσταση και συχνά η σχετική συζήτηση, συνδέεται με την κατανόηση των εννοιών με μια απλοποιητική διάσταση που δημιουργεί συχνά συγχύσεις και αντιλαμβάνεται ως ταυτόσημες έννοιες τους όρους κατάχρηση ουσιών, εξάρτηση ή ακόμα και χρήση (Κουκουτσάκη, 2002· Τζανετάκη, 2006).

Η συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών χαρακτηρίζεται από ένα παγιωμένο μοντέλο στάσης που διαμορφώνεται από τη συνεχή παθολογική χρήση μιας ουσίας και δεν είναι στο πλαίσιο συγκεκριμένης προτεινόμενης φαρμακευτικής αγωγής και στην οποία συχνά αποδίδονται ως επιπτώσεις ελλειμματικές κοινωνικές δραστηριότητες που σχετίζονται με προβλήματα στην εργασία, επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, διαπροσωπικές συγκρούσεις και συχνά νομικά προβλήματα. Η ακριβής διάκριση ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση αποτελεί μια συνεχιζόμενη συζήτηση, αλλά συχνά σε πρακτικό επίπεδο εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες εννοείται με στοιχεία που συνδέονται με συμπτώματα φυσιολογίας και συμπεριφοράς που προκαλούνται από τη χρήση της ουσίας ενώ η κατάχρηση ουσιών συνδέεται με τις κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης (Pham-Kanter, 2001).

Όπως προαναφέρθηκε η κατάχρηση ουσιών μπορεί να καταλήξει σε εξάρτηση. Με όρους φυσιολογίας η εξάρτηση απαιτεί την ανάπτυξη *ανοχής* που αποτελεί τη μείωση της αντίδρασης του οργανισμού στη φαρμακολογική δράση της ουσίας που προσλαμβάνεται ως αποτέλεσμα της συνεχούς και παρατεταμένης χρήσης. Πρακτικά, εξαιτίας των βιολογικών μηχανισμών ανάπτυξης της ανοχής στον οργανισμό που συνδέονται με την ομοιόσταση, τις μεταβολές ιστοχημικού τύπου και το μεταβολισμό, απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας για να προκληθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή για να αποφευχθεί το σύνδρομο στέρησης. Αναλόγως των ιδιοτήτων μιας ουσίας η εξάρτηση μπορεί να εκδηλώνεται με την ανάπτυξη *ευαισθησίας* που αποτελεί την αντίστροφη ανοχή κατά την οποία όλο και μικρότερες δόσεις κατά την πρόσληψη της ουσίας εκδηλώνουν την κλινική δράση της (Λιάπας, 2003· 2004). Παράλληλα, η εξάρτηση συνδέεται με την ανάπτυξη του συνδρόμου στέρησης που αποτελεί ένα σύνολο τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών συμπτωμάτων όταν διακόπτεται η χρήση της ουσίας ή μειώνεται σημαντικά η δόση της. Το είδος, η μορφή, ο χρόνος έναρξης, η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων όπως και η εξέλιξή του συνδρόμου εξαρτώνται από την ουσία αλλά επηρεάζονται επίσης από το πρόσωπό που βιώνει το σύνδρομο στέρησης όπως και το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

Από όλα τα προηγούμενα γίνεται κατανοητό ότι η εξάρτηση σχεδόν πάντα προϋποθέτει την κατάχρηση της ουσίας, αλλά πολύ συχνά η κατάχρηση υφίσταται χωρίς να αποτελεί εξάρτηση. Με την εξάρτηση εμπλέκονται οργανικές διαδικασίες και διαδικασίες φυσιολογίας, ενώ η κατάχρηση ουσιών αντικατροπτίζει μια σύμπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ του προσώπου, της ουσίας και του περιβάλλοντος στο οποίο συμβαίνει.

Έτσι, η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο για την κατάχρηση ή την εξάρτηση ορίζοντας τη χρήση ουσιών μ' έναν τρόπο εκτός των κοινωνικοπολιτισμικών συμβάσεων. Κάθε χρήση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και κάθε χρήση νομίμων ουσιών που δεν υπαγορεύεται από συμβατικές συνήθεις καταστάσεις όπως για παράδειγμα στο πλαίσιο ιατρικών συμβουλών όπου συχνά το υποκείμενο κάνει χρήση της ουσίας χωρίς να προσδοκά ένα συγκεκριμένο ευφορικό σύμπτωμα, ή στο πλαίσιο κοινωνικών κανόνων που πολύ συχνά συνδέονται με την κοινωνική χρήση, αποτελεί αυτό που συχνά αποκαλείται *προβληματική χρήση* και υποδηλώνει τη χρήση ουσιών που έχει σημαντικές προσωπικές ή και κοινωνικές επιπτώσεις, συχνά παράλληλα. Αυτή η προβληματική χρήση που περιλαμβάνει τόσο την κατάχρηση ουσιών όσο και την εξάρτηση ως περιοχές με δυσδιάκριτο όριο διαχωρισμού, είναι άλλωστε και το σημείο στο οποίο εστιάζει τόσο η κοινωνική πολιτική, όσο όμως και το κλινικό ενδιαφέρον αντιμετώπισης. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το πεδίο του οποίου την αποτελεσματικότητα η παρούσα εργασία επιχειρεί να ελέγξει (EMCDDA, 2005· 2006).

1.1.1. Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή

Η διάγνωση της εξάρτησης περιλαμβάνεται στα δύο ισχύοντα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (*American Psychiatric*

Association – APA) και το μέρος της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (*International Classification of the Deseases* – ICD) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (World Health Organisation) που επικεντρώνεται στη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς (*Classification of Mental and Behavioral Disorders*).

Στις αρχές της δεκαετίας του ’50, η πρώτη έκδοση του DSM ομαδοποίησε την κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών στο κεφάλαιο Ψυχοπαθολογικές Διαταραχές της Προσωπικότητας όπου υπαινισσόταν ότι αποτελούσε μια βαθύτερη ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχολογικών διαταραχών ή ηθικής έκπτωσης. Η τρίτη έκδοση του DSM το 1983 (DSM-III), για πρώτη φορά αναγνώρισε τη διάκριση μεταξύ κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και εξάρτησης σαν δύο διαφορετικά διαγνωστικά αντικείμενα περιλαμβάνοντας κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο ορισμός της εξάρτησης έδινε έμφαση στην ανοχή στις ουσίες και στο στερητικό σύνδρομο σαν δύο κομβικές συνιστώσες για τη διάγνωση όπου η κατάχρηση οριζόταν ως προβληματική χρήση με κοινωνικές και επαγγελματικές βλαπτικές δυσλειτουργίες η οποία όμως δεν συνοδεύεται από ανοχή του οργανισμού και συμπτώματα στέρησης. Το ισχύον DSM-IV (APA, 1994, 2000) ορίζει την εξάρτηση ως σύνδρομο που συνδυάζει την καταναγκαστική χρήση με ή χωρίς ανοχή και στερητικά συμπτώματα ενώ την κατάχρηση ουσιών ως προβληματική χρήση χωρίς καταναγκασμό, σημαντική ανοχή ή στερητικά συμπτώματα.

Τα βασικά στοιχεία, οι κατευθύνσεις και οι κεντρικές επιλογές δεν διαφέρουν ουσιαστικά στη δέκατη αναθεώρηση της ICD από αυτές του DSM. Στο ICD-10 γίνεται διάκριση μεταξύ επιβλαβούς χρήσης και συνδρόμου εξάρτησης. Η επιβλαβής χρήση ορίζεται ως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που προκαλεί βλάβη (σωματική ή ψυχική). Αντίθετα το σύνδρομο εξάρτησης περιγράφεται ως *«μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό».* Ως κεντρικό χαρακτηριστικό αναφέρεται η έντονη και μερικές φορές ακατανίκητη επιθυμία για χρήση (WHO, 1992).

Οι Grant και Dawson (1999) στην ανασκόπηση και τη σύγκριση των δύο ταξινομικών συστημάτων παρουσιάζουν μια συνθετική ανάγνωση των κριτηρίων διάγνωσης της εξάρτησης και της κατάχρησης ή επιβλαβούς χρήσης. Αρχικά, σε ότι αφορά την εξάρτηση σημειώνουν ότι ως προς τις κατηγορίες που συγκροτούν τη διάγνωση της εξάρτησης υπάρχουν ελάσσονες διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων και εντοπίζουν ότι και στα δύο συστήματα δεν περιλαμβάνονται κριτήρια που αναφέρονται στην αδυναμία εκπλήρωσης ρόλων στην επιβλαβή χρήση (Grant και Dawson, 1999)

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV και ICD-10 για την εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ψυχοδραστικές ουσίες (Προσαρμοσμένος από την κωδικοποίηση των Grant και Dawson 1999)

	DSM-IV	ICD-10
Κριτήριο ταξινόμησης	Ένα δυσπροσάρμοστο μοντέλο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική κλινική βλάβη ή καταπόνηση που εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα συγχρόνως για μια περίοδο 12 μηνών	Εκδήλωση ή βίωμα τριών ή περισσοτέρων από τα ακόλουθα συμπτώματα για ένα διάστημα τον προηγούμενο χρόνο
Ανοχή	Ανάγκη αξιοσημείωτης αύξησης της ποσότητας της ουσίας που προκαλεί τοξίκωση ή ένα προσδοκώμενο σύμπτωμα· ή αξιοσημείωτη μείωση του αποτελέσματος με συνεχιζόμενη χρήση της ίδια ποσότητας της ουσίας.	Ένδειξη ανοχής, όπως να απαιτούνται αυξημένες δόσεις ΄ώστε να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που αρχικά προκαλούνταν με χαμηλότερες δόσεις
Στερητικό	Χαρακτηριστικό στερητικό	Μια φυσιολογική κατάσταση

	σύνδρομο από μια ουσία ή η χρήση μιας ουσίας (ή συγγενούς σχετικά) ώστε να απαλύνουν ή να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησής	στέρησης όπου η ουσία διακόπτεται ή μειώνεται και εκδηλώνεται με χαρακτηριστικά της ουσίας (ή μιας συγγενούς σχετικά ουσίας) συμπτώματα στέρησης ή χρήση ουσίας για την απαλύνουν ή να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης
Αδυναμία ελέγχου	Διαρκής επιθυμία ή μια ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες μείωσης ή ελέγχου της χρήσης της ουσίας Χρήση της ουσίας σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους από ότι το πρόσωπο επιδιώκει	Δυσκολίες στον έλεγχο της χρήσης της ουσίας με όρους έναρξης, τερματισμού ή επιπέδων χρήσης
Αμέλεια δραστηριοτήτων	Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες αναιρούνται ή μειώνονται εξαιτίας της χρήσης της ουσίας	Προοδευτική αμέλεια εναλλακτικών μορφών ευχαρίστησης ή άλλων ενδιαφερόντων για χάρη της χρήσης της ουσίας
Αφιέρωση χρόνου	Πολύς χρόνος αφιερώνεται σε αναγκαίες δραστηριότητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματα της χρήσης	Πολύς χρόνος αφιερώνεται σε αναγκαίες δραστηριότητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματα της χρήσης
Συνέχεια της χρήσης παρά τα προβλήματα	Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τη γνώση ότι υπάρχει ένα μόνιμο επαναλαμβανόμενο φυσικό ή ψυχολογικό το οποίο φαίνεται να προκαλείται ή να αυξάνεται από τη χρήση της ουσίας	Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τη φανερή ένδειξη σαφούς βλάβης με φυσικές ή ψυχολογικές συνέπειες
Καταναγκασμός		Έντονη επιθυμία ή αίσθηση καταναγκασμού για τη χρήση της ουσίας

Πίνακας 1.2. Διαγνωστικά κριτήρια για την κατάχρηση ή την επιβλαβή χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών κατά DSM-IV και ICD-10 (Προσαρμοσμένος από την κωδικοποίηση των Grant και Dawson 1999)

DSM-IV	ICD-10
Ένα δυσπροσάρμοστο μοντέλο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική κλινική βλάβη ή καταπόνηση που εκδηλώνεται μέσω ενός (ή περισσοτέρων) από τα ακόλουθα συμπτώματα συγχρόνως για μια περίοδο 12 μηνών: • Επαναλαμβανόμενη χρήση που καταλήγει σε αποτυχία επίτευξης σημαντικών υποχρεώσεων στη δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι • Επαναλαμβανόμενη χρήση σε καταστάσεις που η χρήση ουσιών φυσικά επιβλαβής • Επαναλαμβανόμενη χρήση που συνδέεται με νομικά προβλήματα • Συνέχιση της χρήσης παρά την ύπαρξη διαρκών ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή αυξάνουν από τα αποτελέσματα του αλκοόλ	Ένα μοντέλο χρήσης ουσιών που προκαλεί βλάβη της υγείας. Η βλάβη μπορεί να είναι σωματική ή ψυχική. Η διάγνωση απαιτεί ότι η πρόσφατη βλάβη προκλήθηκε στη σωματική ή την ψυχική υγεία του χρήστη
Τα συμπτώματα δεν αποτελούν βάση για διάγνωση εξάρτησης για την ίδια κατηγορία ουσίας	Δεν υφίσταται παράλληλη διάγνωση συνδρόμου εξάρτησης για την αντίστοιχη κατηγορία ουσίας.

Παράλληλα, οι Grant και Dawson εντοπίζουν τη διαφορά προσέγγισης στην οριοθέτηση της επιβλαβούς χρήσης ανάμεσα στο DSM-IV και την ICD-10 αναδεικνύοντας ότι ή επιβλαβής χρήση στην ICD-10 χαρακτηρίζεται από ενεργά προβλήματα φυσιολογίας ή ψυχολογικής κατάστασης ενώ sto DSM-IV η κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνει κοινωνικές, νομικές και επαγγελματικές συνέπειες. Καταλήγουν δε ότι δεδομένου πως το πολιτισμικό πλαίσιο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την προσέγγιση για την εξάρτηση και πως έστω και αν και οι δύο ταξινομικές κατηγοριοποιήσεις επιχειρούν να αποτελέσουν μια α-θεωρητική (atheorical) περιγραφή η οποία βασίζεται στην επικράτηση του κλινικού εμπειρισμού και τα ουδέτερα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπερβαίνουν έναν ιατροκεντρικό τρόπο αντίληψης της διάγνωσης της διαταραχής που αρνούνται την ερμηνεία της κοινωνικής μάθησης (Grant και Dawson, 1999· Στεφανής, 1993).

Πολλοί ερευνητές της συμπεριφοράς στάθηκαν κριτικά απέναντι στην ιατρικοκεντρική λογική των ταξινομικών συστημάτων που προαναφέρθηκαν προτείνοντας εναλλακτικές προσεγγίσεις από αυτήν της ψυχικής νόσου. Στη βάση αυτής της προσέγγισης τα προβλήματα κατάχρησης δεν περιλαμβάνονται σε μια ομογενή τάξη διαταραχών με όρους ενός επιπέδου νοσολογικής τάξης (Adesso, 1995, Pattison, Sobel και Sobel, 1977). Η θεώρηση αυτή αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση ως εμπέδωση συνήθειας που προκύπτει από βιολογικούς, φαρμακολογικούς και παράγοντες προσαρμογής. Έτσι δίνεται έμφαση σε περιβαλλοντικά στοιχεία, σε συναισθηματικά ελλείμματα και σε γνωστικούς προϋπάρχοντες παράγοντες που ενδυναμώνουν τις επιπτώσεις της χρήσης. Αυτή η λειτουργική προσέγγιση θεωρεί ότι υπάρχουν μια ταξινόμηση της προβληματικής χρήσης που καθορίζεται από γενικούς κανόνες και αρχές που αφορούν τη ανθρώπινη κινητοποίηση και μάθηση (Wufert, Greenway και Dougher, 1996).

1.1.2. Ερμηνεύοντας την εξάρτηση

Η έρευνα σχετικά με την αιτιολογία της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης είναι σύνθετη, διεπιστημονική και οι απόψεις που προτείνονται είναι ποικίλες. Οι εξηγήσεις που επιχειρούνται από διάφορες πλευρές για την αιτιολογία της εξάρτησης είναι ως εκ τούτου πολλές και συχνά συγκρουόμενες ή σημαντικά αντιτιθέμενες. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που απομονώνονται και συνθέτουν ένα πλαίσιο ερμηνείας της ανάπτυξης της εξάρτησης ή της κατάχρησης ουσιών, έχουν μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες χωρίς όμως να έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα μια γενικότερη συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο της επίδρασής τους (Πουλόπουλος, 2005.)

Στην ανασκόπηση που επιχειρεί να ταξινομήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης διακρίνονται αρκετά διαφορετικές προσεγγίσεις που, όμως, όπως συχνά υποστηρίζεται απομονώνουν και δίνουν έμφαση αποκλειστικά σε ορισμένους παράγοντες αδυνατώντας να προσεγγίσουν την εξάρτηση ως ένα σύστημα στο οποίο αλληλεπιδρούν πολλοί και διαφορετικοί όροι. Αυτή η αιτιολογική μονομέρεια έχει οδηγήσει τους εκπροσώπους της κάθε θεωρητικής προσέγγισης σε οξείες συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις. Συχνά αυτή η θεωρητική διάσταση διαμορφώνει ένα περιοριστικό πλαίσιο που αδυνατεί να συλλάβει τη πολυπλοκότητα του φαινομένου της εξάρτησης αφού το αντιλαμβάνεται σχετικά στατικό. Πολλοί ερευνητές συμφωνούν, αντίθετα, ότι η εξάρτηση είναι μια μακρά δυναμική αναπτυξιακή διαδικασία που διαφέρει από άτομο σε άτομο, σε κάθε τόπο και σε διαφορετικό χρόνο. Παρόλα αυτά, η συζήτηση και η εμβάθυνση στις επιμέρους θεωρητικές προσεγγίσεις είναι σημαντική δεδομένου ότι η αντιμετώπιση της εξάρτησης συνδέεται με τα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης που αναπτύσσονται και εφαρμόζονται στη βάση κάποιας θεωρητικής προσέγγισης.

Είναι σημαντικό πάντως, όπως αναφέρει η Κουκουτσάκη (2002), να τονισθεί ότι στο επίπεδο που η κατάχρηση ουσιών θεωρηθεί μια αποκλίνουσα συμπεριφορά, οι αιτιολογικές προσεγγίσεις των οποίων επιχειρείται η παρουσίαση εννοούνται και ως σημείο στο οποίο συγκλίνει - ή διερευνάται ως σημείο σύγκλισης – μια ευρύτερα εννοούμενη παθολογικότητα.

Παρόλο που τα κριτικά στοιχεία που συνθέτουν τις σημαντικές στερεοτυπικές οπτικές και ερμηνεύουν την χρήση και κατάχρηση ουσιών ως συμπεριφορά με κοινωνικά προσδιοριζόμενο νόημα έχει σημασία πριν την κριτική που ασκεί η εγκληματολογική σκέψη η παράθεση μιας συνοπτικής παρουσίασης της αιτιολογίας της χρήσης και της κατάχρησης που την καθιστούν εντέλει αντικείμενο κοινωνικού ελέγχου που εδράζει, αναπτύσσεται και υλοποιείται μέσω του ιατρικού και του ποινικού ελέγχου. Πολύ συχνά, άλλωστε ο χαρακτηρισμός του εξαρτημένου είτε ως *ασθενή* είτε ως *εγκληματία –παραβάτη του ποινικού δικαίου* στο δημόσιο διάλογο αποτελούν τις πιο κοινές εκδοχές ορισμού του χρήστη.

Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, η ταξινόμηση των αιτιολογικών παραγόντων και των προσεγγίσεων από τις οποίες προκύπτουν και στην οποία συχνά καταλήγουν οι ερευνητές καθιστούν διακριτούς τρεις διαφορετικούς άξονες που προτείνουν μοντέλα εξήγησης: παράγοντες που συνδέονται με τη γενετική και τη βιολογία, παράγοντες που συνδέονται με την ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας και παράγοντες κοινωνικοπολιτισμικοί. Ο Πουλόπουλος (2005) απλοποιεί την παραπάνω ταξινόμηση σε βιολογικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις στις οποίες εντάσσονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της χρήσης, της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης (Hesselbrock, Hesselbrock και Epstein, 1999· Πουλόπουλος, 2005, Λιάππας, 2003).

1.1.3. Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης

Με δεδομένο ότι πολλές από τις ψυχικές διαταραχές έχουν μια διάσταση κληρονομική, από νωρίς οι ερευνητές με ιατρικοκεντρική αφετηρία στην έρευνα για τις εξαρτήσεις προσπάθησαν να εντοπίσουν γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες που καθορίζουν την εξάρτηση. Το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής έρευνας ωστόσο προέρχεται από μελέτες που συνδέονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ ενώ πολύ λιγότερο έχει ερευνηθεί η εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Επιπλέον, Η διερεύνηση της συμβολής των γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της εξάρτησης στηρίχθηκε για αρκετά χρόνια σε μελέτες οικογενειών με δίδυμα ή υιοθετημένα παιδιά.

Σε μια ανασκόπηση του ο Goodwin (1979) βρήκε ότι το 25% των πατέρων και των αδελφών συγγενών που έχουν αναπτύξει πρόβλημα εξάρτησης με το αλκοόλ έχουν και εκείνοι αναπτύξει προβληματική συμπεριφορά με την κατάχρηση αλκοόλ, ενώ οι Hesselbrock, (1992) διερευνώντας τις εισαγωγές σε νοσοκομεία για αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ βρήκαν ότι το 80% όσων είχαν εισαχθεί είχαν στενούς βιολογικούς συγγενείς με σημαντικά προβλήματα που σχετίζονταν με την υπερκατανάλωση αλκοόλ. (Goodwin, 1979· Hesselbrock και Hesselbrock, 1992· Hesselbrock, Meyer and Hesselbrock 1992).

Μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά έδειξαν ότι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών σχετιζόταν με την κατάχρηση ουσιών από τους βιολογικούς γονείς, παρόλο που τα παιδιά αυτά μεγάλωναν σε διαφορετικό περιβάλλον. Γονιδιακή ωστόσο απομόνωση δεν υπάρχει ώστε να αποδεικνύεται η γραμμική σύνδεση με την εγκαθίδρυση της εξάρτησης. Όμως, οι μελετητές θεωρούν ότι διαθέτουν αρκετές ενδείξεις που τους επιτρέπουν να υποθέτουν πως αυξάνονται οι πιθανότητες να εμπλακεί κάποιος με τις ουσίες όταν οι βιολογικοί του γονείς είχαν επίσης πρόβλημα κατάχρησης. Το κοινωνικό περιβάλλον είναι εκείνο που έρχεται να ενισχύσει ή να περιορίσει αυτή την προδιάθεση για κατάχρηση ουσιών.

Καθώς φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση προβληματικής χρήσης και εξάρτησης από το αλκοόλ (Cloninger, 1987· Goodwin, 1981) νομιμοποιείται η υπόθεση ότι παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάχρησης άλλων ουσιών. Το ποσοστό παράλληλης εμφάνισης αλκοολισμού και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι ιδιαιτέρως υψηλό. Ποσοστά που κυμαίνεται από 30% ως το 51% των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες κάνουν παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ ή είναι εξαρτημένοι από αυτό, ενώ συγγενείς αλκοολικών έχουν συχνά προβλήματα

κατάχρησης άλλων ουσιών ή και το αντίθετο (Dinwiddie και Reich, 1991· Mirin et al., 1991), Ο Miller και οι συνεργάτες του (1989a, 1989b) αναφέρουν ότι οι μισοί εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες έχουν συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού με διάγνωση αλκοολισμού, ενώ άλλες μελέτες (Luthar et al., 1992· Mesoreno et al., 1991) δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών, ο αλκοολισμός, η κατάθλιψη και η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα αυξημένες στα αδέλφια εξαρτημένων. Στα αδέλφια των εξαρτημένων υπάρχουν διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, ακόμη και όταν εκείνοι δεν εμφανίζουν τις ίδιες, που υποδεικνύουν την παρουσία διαταραχής γενετικά προσδιορισμένης. Άλλοι, πάντως, αναφέρουν ότι η συχνότητα κατάχρησης ουσιών σε συγγενείς εξαρτημένων από ουσίες είναι συχνότερη από ό,τι σε συγγενείς εξαρτημένων από αλκοόλ (Hill et al., 1977· Kosten et al., 1991· Meller et al. 1988) επισημαίνοντας ότι η εξάρτηση σχετίζεται περισσότερο με ένα διαφορετικό γενετικό υπόστρωμα από αυτό της κατάχρησης αλκοόλ.

Έρευνες που αφορούσαν αποκλειστικά υιοθετημένα παιδιά (Cadoret et al, 1986), τα οποία είχαν αποχωριστεί τους βιολογικούς τους γονείς αμέσως μετά τη γέννησή τους, δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών σχετιζόταν άμεσα με την αντικοινωνική προσωπικότητα την οποία παρουσίαζαν και οι βιολογικοί γονείς.

Από την άλλη μεριά, η προβληματική χρήση αλκοόλ στους βιολογικούς γονείς συγκροτεί προγνωστικό παράγοντα για τη κατάχρηση ουσιών ακόμη και σε υιοθετημένα παιδιά που δεν είχαν αντικοινωνική προσωπικότητα. Ωστόσο, παράγοντες που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον, όπως το διαζύγιο ή οι ψυχιατρικές διαταραχές στις οικογένειες υιοθεσίας επίσης συνδέθηκαν με την αυξημένη κατάχρηση ουσιών. Οι μελέτες κατέληξαν ότι οι γενετικοί δρόμοι προς την κατάχρηση ουσιών είναι δύο: ο πρώτος μέσα από βιολογικούς γονείς με αντικοινωνική προσωπικότητα και ο δεύτερος μέσα από βιολογικούς γονείς με προβλήματα αλκοόλ, οι οποίοι όμως δεν είχαν αντικοινωνική προσωπικότητα. Ωστόσο, η εξήγηση στο γιατί η επίδραση των γονέων είναι βιολογική και όχι εξωγενής δεν αποδεικνύεται επαρκής.

Ο Pickens και οι συνεργάτες του (1991) που μελέτησε διδύμους αναφέρει διαφορές στατιστικά σημαντικές αφού 63.4% των μονοζυγωτικών έναντι 43.8% των διζυγωτικών διδύμων εμφάνιζαν παράλληλα κατάχρηση αλκοόλ, ενώ προκύπτει και σύνδεση με δεδομένα που στοιχειοθετούν ομοιότητες για την κατάχρηση άλλων ουσιών (Pickens et al, 1991). Παλαιότερα, αναφέρεται ότι από τις μελέτες στα Δανικά αρχεία υιοθεσίας προκύπτει ότι οι γιοι εξαρτημένου από το αλκοόλ πατέρα έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν εξάρτηση από ό,τι γιοι πατέρων που δεν είχαν προβλήματα με το αλκοόλ ακόμα και αν υιοθετήθηκαν και απομακρύνθηκαν από τη βιολογική τους οικογένεια αμέσως μετά τη γέννα (Coodwin et al., 1974).

Παράλληλα, λίγες μελέτες αναφέρονται στη γενετική προδιάθεση που σχετίζεται αποκλειστικά με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Μια μελέτη, για παράδειγμα αναδεικνύει σημαντική αύξηση της επικράτησης εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες μεταξύ βιολογικών συγγενών σε εξαρτημένους που εισήχθησαν για θεραπεία (Meuller et al., 1988). Επιπλέον, άλλες μελέτες εστίασαν σε ομοιότητες στην προτεινόμενη ουσία μεταξύ μονοζυγωματικών και διζυγωματικών διδύμων υποστηρίζοντας ότι βρήκαν υψηλότερα ποσοστά μονοζυγωματικών που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά χρήσης σε ότι αφορά την ουσία προτίμησης και τη συμπεριφορά χρήσης από ότι οι διζυγωματικοί (Λιάππας, 2003). Από την άλλη μεριά οι Hill, Cloninger και Ayre (1977) υποστηρίζουν ότι η μεταφορά της εξάρτησης από οπιοειδή διαφέρει από τον τρόπο που φαίνεται ότι μεταφέρεται η εξάρτηση από το αλκοόλ.

Στα μοντέλα εξέτασης των αιτιολογικών παραγόντων που συνδέονται με τη νευροβιολογία εντάσσεται και η έρευνα που συνδέεται με τους νευροδιαβιβαστές και το ρόλο τους στον εγκέφαλο. Οι νευροδιαβιβαστές που συνδέθηκαν περισσότερο με την εξάρτηση είναι η *ενδορφίνη,* η *ντοπαμίνη* και η *σεροτονίνη.* Οι τρεις αυτοί νευροδιαβιβαστές σχετίζονται

κυρίως με την ψυχική διάθεση και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η ανακάλυψη των ενδορφινών το 1973 προσέφερε μια πρόσθετη εξήγηση για τη λειτουργία των οπιοειδών στον οργανισμό. Οι ενδορφίνες αποτελούν ενδοπαραγόμενες ουσίες που λειτουργούν και επιδρούν όμοια με τα οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, όπιο). Έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση πολύ ισχυρότερη από τη μορφίνη και παράγονται ως φυσικά αγχολυτικά ή αναλγητικά από τον οργανισμό. Διατυπώθηκε, έτσι η υπόθεση ότι σε ορισμένα άτομα το σύστημα των ενδορφινών δυσλειτουργεί και έτσι αυτά χρειάζονται τα οπιοειδή για να μπορέσουν να εξισορροπήσουν την ικανότητα τους στον πόνο. Η ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή αντικαθιστούν τις ενδορφίνες στους υποδοχείς αλλά απαιτείται πολλαπλάσια ποσότητα οπιοειδών για να υποκατασταθεί η λειτουργία των ενδορφινών στον οργανισμό. Η λήψη των οπιοειδών τεχνητά προσαρμόζει το σύστημα των νευροδιαβιβαστών σε μια νέα ισορροπία . Η διακοπή της χρήσης, όμως, επιφέρει στο σύστημα μια αναστάτωση, γιατί μαζί με τους υποδοχείς που είχαν μπλοκαριστεί απελευθερώνονται και άλλα συστήματα, όπως το νοραδρενεργικό το οποίο συνδέεται με την αδρεναλίνη. Αυτό ο μηχανισμός αναστάτωσης είναι το στερητικό σύνδρομο. Η δράση άλλων νευροδιαβιβαστών, όπως είναι η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, συνδέθηκε επίσης με την αιτιολογία της εξάρτησης. Η ντοπαμίνη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο. Οι ψυχότροπες ουσίες επηρεάζουν το σύστημα με το οποίο η ντοπαμίνη συνδέεται και βοηθούν στην απελευθέρωση της. Η υπερβολική έκκριση ντοπαμίνης έχει βέβαια αναφερθεί και ως παράγοντας που συναντάται στη σχιζοφρένεια χωρίς, και σε αυτή την περίπτωση, να είναι ξεκάθαρος ο βαθμός της βαρύτητάς της σε σχέση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η σεροτονίνη συνδέεται με το συναίσθημα και τη διάθεση του ατόμου καθώς και με την αντίληψη. Αδυναμία στην παραγωγή σεροτονίνης συνδέεται με κατάθλιψη, αϋπνίες, αρνητικά συναισθήματα και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά.

Ένα επιπλέον ζήτημα συνδέεται με το ότι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να προξενήσει αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών και των αντίστοιχων υποδοχέων. Σε περιπτώσεις χρόνιας, κατάχρησης είναι δυνατόν η νευροπροσαρμογή να είναι δύσκολο ή και αδύνατο να αναστραφεί. Έτσι φαίνεται να παρέχεται θεωρητική τεκμηρίωση σχετικά με τη θέση για ανάγκη λήψης ή χορήγησης οπιούχων (Γαζγαλίδης, 2003).

Οι μελέτες, επιπρόσθετα που εστίασαν στη διερεύνηση γονιδίου ή γονιδίων δεν κατέληξαν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Όπως αναφέρει ο Πουλόπουλος (2005), τα γονίδια φαίνεται να ευθύνονται περισσότερο σε τροποποίηση που επιφέρουν στην ισορροπημένη λειτουργία των νευροδιαβιαστών που συνδέεται με την ανάπτυξη άγχους και διαταραχών του συναισθήματος που με τη σειρά τους σχετίζονται με την εξάρτηση. Υποστηρίζεται ότι δεν είναι ένα το γονίδιο που συνδέεται με αυτές τις διαταραχές αλλά ένα μικρός αριθμός σημαντικών και ένας μεγαλύτερος τροποποιημένων γονιδίων από τα οποία και εξαρτάται η ισορροπία των νευροδιαβιβαστών (Πουλόπουλος, 2005).

Παρόλο που οι μελέτες φαίνεται να συγκλίνουν ότι υπάρχει μια βάση στην κληρονομική μεταφορά της εξάρτησης, και ότι κάποιοι γενετικοί παράγοντες διαμορφώνουν μια σχετική προδιάθεση φαίνεται επίσης να συμφωνούν ότι δεν υπάρχει ένα κοινός και γενικευμένος μηχανισμός για όλα τα άτομα. Επίσης, αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο μάλλον συγκλίνει το σύνολο των μελετητών ότι η εξάρτηση και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών είναι αποτέλεσμα της περίπλοκης αλληλεπίδρασης γενετικών, βιονευρολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Λιάππας, 2003).

1.1.4. Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Πολύ συχνά η έρευνα συνδέει την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση με διαταραχές συναισθηματικού τύπου και με ψυχολογικές δυσλειτουργίες. Η ψυχοπαθολογία, η προσωπικότητα αλλά και η ιδιοσυγκρασία αποτελούν συστηματικά πεδία διερεύνησης που σχετίζονται με την ανάδειξη παραγόντων που συνδέονται με την εξάρτηση. Από την άλλη

μεριά αυτά τα χαρακτηριστικά δεν είναι σαφές πόσο αποτελούν στοιχεία που προϋπάρχουν ή απλώς είναι νέα, παραγόμενο αποτέλεσμα δηλαδή που συνδέεται με παράγοντες του περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, πολλά από τα στοιχεία που η εγκληματολογική θεώρηση συνδέει με την κατάχρηση ουσιών ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, συμπεριλαμβάνονται ως συστατικά συγκρότησης προτύπων που αποκλίνουν.

Σε πολλές μελέτες η αντικοινωνική προσωπικότητα αναφέρεται ως συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών (Rounseville, 1982· Nace et al. 1991), αλλά η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας δε φαίνεται να προκύπτει από μια σταθερή και σαφή αλληλοσύνδεση. Συχνά επίσης επιχειρείται η αιτιολογική σύνδεση της εξάρτησης με διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρώντας κατά την παιδική ηλικία διαμόρφωσαν την προσωπικότητα. Υπάρχει επίσης μια μεγάλη ποικιλία μελετών που υποστηρίζουν ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας για το μέλλον, η παραπτωματική συμπεριφορά φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Παραμένει ωστόσο αδιευκρίνιστο το κατά πόσο η εμφάνιση αυτών των διαταραχών προϋπάρχουν ή είναι αποτέλεσμα της χρήσης.

Παράλληλα, συχνά αναφέρονται αντικοινωνικές συμπεριφορές κατά την ανάπτυξη στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον και προϋπάρχουσες συμπεριφορές κατάχρησης της ουσίας από τα γονικά πρότυπα. Άλλοι παράγοντες που εντοπίζονται από την έρευνα να συσχετίζονται με τη χρήση ουσιών είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση, η αμυντικότητα, η επιθετικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής της ματαίωσης. Είναι πάντως σαφές ότι οι μελέτες αυτού του τύπου δεν συμβάλλουν στην αποσαφήνιση πλαισίου αιτιολογικών μοντέλων και συγκλίνουν στην επιφύλαξη ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δε θα πρέπει να θεωρούνται a priori ως αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μελλοντικής κατάχρησης ουσιών ή εξάρτησης. Στη βάση όλων των προηγουμένων ο Λιάππας (2003) συμπεραίνει ότι οι διάφορες έρευνες που επικεντρώνονται στον τρόπο που επιδρά μια ουσία στις δυσκολίες ενός χρήστη, φαίνεται να είναι σπουδαιότερης κλινικής σημασίας από συγκριτικές περιγραφικές μελέτες χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ομάδες χρηστών και ομάδες ελέγχου.

Για πολλούς μελετητές επίσης η εξαρτητική συμπεριφορά έχει τις ρίζες της στα παιδικά τραύματα και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το παιδί εκτίθεται σε ασυνήθιστα νοσηρές καταστάσεις βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, εγκατάλειψης, σκληρότητας, ψεύδους και προδοσίας (Wurmser, 1984, 1985). Οι καταστάσεις αυτές συνδέονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή με έντονες συναισθηματικές εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. Μπορεί, μάλιστα, να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση ακόμη και της αξίας του ίδιου του ατόμου και της ανθρώπινης ζωής. Τέτοια γεγονότα γεννούν επίσης εχθρότητα απέναντι σε κάθε μορφή εξουσίας, τάσεις επαναστατικότητας και περιφρόνησης των άλλων και του εαυτού, σκληρότητα (Wurmser, 1985).

Πολλοί μελετητές αναφέρονται στην άποψη ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται άμεσα με την εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες στην εφηβεία. Ο Clark και οι συνεργάτες του (1997) έδειξαν ότι έφηβοι με πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση σε ποσοστό που έφτανε στο 32% για τις γυναίκες και 39% για τους άνδρες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά σε μια ομάδα μη χρηστών ήταν 5% για τις γυναίκες και 3% για τους άνδρες. Παρόμοια στοιχεία προέκυψαν και από άλλες έρευνες, όπου διαπιστώθηκε ότι τα περιστατικά σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης μεταξύ των ατόμων που είχαν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών ήταν από 2 έως και 5 φορές περισσότερα από ό,τι για τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης (Clark et al., 1997). Ποιοτική μελέτη που αφορούσε γυναίκες με προβλήματα κατάχρησης ουσιών στην Ελλάδα και βασιζόταν στην ανάλυση των βιογραφιών τους έδειξε ότι 20% των

γυναικών έκαναν χρήση μαζί με κάποιο μέλος της οικογένειας, ενώ το 80% εγκατέλειψε την οικογένεια σε ηλικία 14-18 ετών, έχοντας ήδη υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Poulopoulos et al., 2001).

Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης η εξάρτηση συνδέεται με την προϋπόθεση σοβαρής διαταραχής στην πρώιμη αναπτυξιακή φάση (Krystal, 1977) και η χρήση ουσιών εξηγείται βάσει των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (*object relations*) συμφωνα με τις οποίες η ουσία βιώνεται συμβολικά από το χρήστη ως το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο και έτσι αντικαθιστά τις λειτουργίες που συνήθως αποδίδονται στη μητρική φιγούρα. Ο χρήστης επομένως σχετίζεται με την ουσία βάσει της διαταραγμένης σχέσης που είχε με τη μητρική φιγούρα, και μεγαλώνοντας «*λαχταρά να ενωθεί με το ιδανικό του αντικείμενο, ενώ ταυτόχρονα το φοβάται πολύ*» (Krystal, 1977· Kernberg, 1975 · Rinsley, 1988). Μια άλλη παραλλαγή υποστηρίζει ότι οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες συναισθηματικές λειτουργίες που ορίζεται ως «αλεξιθυμία», ως δηλαδή ελλειμματική αναγνώριση της γνωστικής διάστασης των συναισθημάτων. Έτσι οι αλεξιθυμικοί βιώνουν ως συνολικές σωματικές καταστάσεις και εντάσεις επιμέρους ανεξάρτητα συναισθήματα όπως στενοχώρια, θυμός, χαρά, αντί να τα βιώνουν ως διαφορετικούς αξιοποιήσιμους οδηγούς για την κατανόηση του εαυτού τους. Με τον ίδιο τρόπο οι εξαρτημένοι βιώνουν τα συναισθήματα τους ως καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης αποτελώντας πηγή άγχους το οποίο προσπαθούν να αποβάλουν με την κατάχρηση ουσιών. Άλλοι αναλυτές (McDougall, 1989) υποστηρίζουν ότι η κατάχρηση ουσιών ανήκει στο φάσμα των συμπεριφορών εξάρτησης στο οποίο περιλαμβάνονται οι διαταραχές της διατροφής και οι σχέσεις εξάρτησης, οι οποίες δεν είναι τίποτα άλλο από ψυχοσωματικές διαταραχές.

Άλλοι μελετητές παίρνοντας αποστάσεις από τις ψυχαναλυτικού τύπου προσεγγίσεις που δέχθηκαν σημαντική κριτική εξαιτίας κυρίως της απαισιοδοξίας με την οποία περιβάλλουν την παρέμβαση στην εξάρτηση, υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών συνδέεται με την αναζήτηση νέων εμπειριών ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, και με την ανάγκη του εφήβου για έντονη συγκινησιακή φόρτιση και ερεθίσματα που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ταυτότητας του (Cloninger et al., 1988). Άλλοι ερευνητές, επίσης, επικεντρώνονται στην ιδιοσυγκρασία (*temperament*), η οποία αποτελεί σύνθεση ψυχολογικών χαρακτηριστικών, νοητική υπόστασης και συγκεκριμένης προσωπικότητας. Ο Kaminer (1994) υποστηρίζει ότι η ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που συναντώνται κατά τη βρεφική ηλικία και στα οποία βασίζεται η ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς κάθε ατόμου συνδεόμενη με γενετικούς παράγοντες, στους οποίους σύμφωνα με κάποιους μελετητές οφείλεται το 40% έως 60% της προσωπικότητας του ατόμου και σε επιδράσεις που δέχεται το άτομο στην πρώιμη παιδική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας εμφανίζουν σχετική σταθερότητα στο χρόνο και τις συνθήκες, ωστόσο είναι σαφές ότι δεν μένουν ανεπηρέαστα από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Kiesler, 1999). Μελέτες αποδίδουν σε έφηβους που κάνουν κατάχρηση ουσιών συμπτώματα συνδρόμου της «*δύσκολης ιδιοσυγκρασίας*» (κακή διάθεση, δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, έλλειψη συγκέντρωσης, έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις, αντιδράσεις σε ερεθίσματα και ανωμαλίες σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως είναι η διατροφή και ο ύπνος) και τα συνδέουν με υψηλότερη πιθανότητα μελλοντικής εξάρτησης, όπως επίσης, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή στην παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία (Fergusson, 1993, Lerner και Vicary 1984· Windle, 1991· Wills et al., 2000· Thomas και Chess, 1984).

Σε άλλες μελέτες δίνεται έμφαση στη συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής πίεσης και της χρήσης ουσιών, και υποστηρίζουν ότι ο βαθμός ψυχολογικής πίεσης εξαρτάται από τα ίδια τα άτομα. Κατά τις έρευνες αυτές πολλά άτομα θεωρούν ότι η χρήση βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης και έτσι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχότροπων ουσιών.

Είναι πάντως σημαντικές οι διαφορές από άτομο σε άτομο ένω παραμένει επίσης αδιευκρίνιστο το κατά πόσο η ψυχολογική πίεση έχει επίδραση στην ίδια τη συμπεριφορά χρήσης (Dawes et al., 2000, Aseltine και Gore, 2000). Ένα μοντέλο που επιχειρεί να αποσαφηνίσει τη σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική πίεση, την ικανότητα αντίστασης και τις άλλες παραμέτρους της προσωπικότητας σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών στην εφηβεία είναι αυτό της κοινωνικής ψυχολογικής πίεσης (Rhodes και Jason, 1990) που δίνει έμφαση σε ατομικούς και οικογενειακούς παράγοντες, στις στρατηγικές αντιμετώπισης της πίεσης και σε ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εφήβων. Στη βάση αυτή, το οικογενειακό περιβάλλον η αλληλεπίδρασή του με το φιλικό κοινωνικό δίκτυο, όπου επενεργούν περιβαλλοντικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και γνωστικοί παράγοντες διαμορφώνουν την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας και συνθέτουν ένα – σε κάθε περίπτωση επισφαλές - προγνωστικό πλαίσιο για τη μελλοντική συμπεριφορά (Piko, 2001). Η αυτοαποτελεσματικότητα πάντως επισημαίνεται ότι επιδρά σε πολλές μορφές της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης και της αλλαγής της συμπεριφοράς, της απόρριψης μιας υιοθετημένης συμπεριφοράς ή της επιτρεπτικότητας άλλης (Bandura, 1997). Σχετιζόμενη με την πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες και μπορεί να αλλάξει μια βλαπτική για το ίδιο συμπεριφορά, η αυτοαποτελεσματικότητα παίρνει ιδιαίτερη αξία στην οργάνωση στρατηγικών πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και την απεξάρτηση και τη συντήρηση της αποχής από τη χρήση και την πρόληψη της υποτροπής (Di Clemente et al., 1995). Ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας επιδρά στις επιλογές των ατόμων, στην προσπάθεια που καταβάλλουν για κάθε εργασία, στο χρόνο που διαθέτουν για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, ενώ οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας διαφέρουν ως προς το βάθος, το βάρος και τη γενίκευση (Kok et al., 1991).

Ο ρόλος που οι σημαντικοί άλλοι διαδραματίζουν καθώς και η διαδικασία κοινωνικής ένταξης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Ο βαθμός με τον οποίο ο έφηβος τείνει να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με τη γνώμη αυτών των προσώπων διαμορφώνει ένα πλαίσιο συμμόρφωσης του ή μη με μια αντίληψη που φαίνεται να κυριαρχεί στο κοινωνικό περιβάλλον (Fishbein και Ajzen, 1975). Παράλληλα διαμορφώνεται ο βαθμός αντίστασής του στις απόψεις της ομάδας των συνομηλίκων σε σχέση με τις ουσίες που μπορεί να επηρεάσει την απόφασή του να κάνει χρήση ουσιών.

Όπως προαναφέρθηκε ο τρόπος με το οποίο επιχειρείται η ερμηνεία της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης συγχέεται συχνά με μια αντίληψη που ταυτίζει οποιουδήποτε χρήση ουσίας που είναι εκτός αποδεκτού πλαισίου, ακόμα δηλαδή και νομίμων ουσιών ως πράξη ή συμπεριφορά μη αποδεκτή και ως τέτοια, αντικείμενο του κοινωνικού ελέγχου. Πολλές θεωρίες για την αποκλίνουσα συμπεριφορά περιλαμβάνουν την χρήση και την κατάχρηση ουσιών ως συμπεριφορά που προσπαθούν να εξηγήσουν μέσα από ένα πλέγμα κοινωνικών παραγόντων που την ορίζουν. Ο Thio (2003) αναφέρει ότι κυρίως οι θετικιστικές προσεγγίσεις στις οποίες εντάσσει τη θεωρία του κοινωνικού ελέγχου (Hirschi, 1969), τη θεωρία του διαφορικού συγχρωτισμού (Sutherland και Gressey, 1978), τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, τη θεωρία της παρεκκλίνουσας ευκαιρίας και τη θεωρία της παρεκκλίνουσας υποκουλτούρας (Merton, 1957· Cohen, 1966· Cloward και Ohlin, 1960) αποτέλεσαν συχνά ένα υποστηρικτικό μοντέλο κατανόησης της κατάχρησης ουσιών ως παρέκκλιση και προτείνει σε σύνθεση τα παρακάτω ως περισσότερο χρήσιμες μεταβλητές για την ερμηνεία της χρήσης: απουσία δεσμών με συμβατικά άτομα και θεσμούς, σχέσεις με σημαντικούς άλλους που κάνουν χρήση, συμμετοχή σε υποκουλτούρα ή ομάδα που είναι προσανατολισμένη στη χρήση, η συνάντηση με τη χρήση ουσιών σε νεαρή ηλικία και η φτώχια.

Η Κουκουτσάκη (2002), ωστόσο, επισημαίνει ότι Becker (1973) αντιπαρατίθεται σε μια συμβατική αντίληψη που προϋποθέτει την αιτιολογική προσέγγιση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Τα κίνητρα που οδηγούν στη χρήση ουσιών κάποιο άτομο

παθολογικοποιούνται και αποκτούν ένα συγκεκριμένο απορριπτικό κοινωνικό νόημα που συνδέεται με τρία τουλάχιστον στερεότυπα: το *ιατρικό*, όπου η εξάρτηση ταξινομείται ως αυτόνομη νοσηρή οντότητα, το *ηθικό*, που συνδέεται με την εξασθένιση και τη συνολική έκπτωση της προσωπικότητας και το *πολιτισμικό*, ως έκφραση αμφισβήτησης συμβατικών αξιών. Στο πλαίσιο αυτό ορίζεται και η θεσμική διαχείριση της χρήσης, πριν ακόμα από την κατάχρηση ουσιών, με πρόσχημα τη λειτουργία της ως προληπτική διαδικασία για την αποφυγή της εξάρτησης.

Αν και η διαδικασία για να καταλήξει ένα άτομο στο να είναι συστηματικός χρήστης μιας ουσίας περνά από διάφορα στάδια και πολύ συχνά δεν μένει μόνον στην ουσία με την οποία ξεκίνησε την εμπειρία της χρήσης, εκείνο που αποτελεί το βασικό στοιχείο που επιτρέπει την εντατικοποίηση του κοινωνικού ελέγχου στη χρήση ουσιών με διάφορες εκφάνσεις στην έκφρασή του συνδέεται με μια δυνάμει συνολική αποδόμηση της κοινωνικής ζωής που η εξάρτηση φαίνεται να συνδέεται. Η δυναμική αυτή περιγράφεται από τον Becker (1973) σε τρία στάδια με αφορμή την εξέταση της μαριχουάνας αλλά έχει εφαρμογή και για το σύνολο περίπου των ουσιών, που αποτελούν μια μαθησιακή διαδικασία: αρχικά μαθαίνει την τεχνική της χρήσης για να έχει η ουσία το ψυχοενεργό της αποτέλεσμα· ακολούθως, μαθαίνει να αναγνωρίζει το σύμπτωμα ή τα συμπτώματα που προκαλούνται από την ουσία και να τα συνδέει αιτιολογικά με τη χρήση της και τέλος μαθαίνει να απολαμβάνει την επίδραση που έχει η ουσία στον οργανισμό. Αυτή η διαδικασία που, βεβαίως, διαφέρει σχηματικά ανάμεσα στις ουσίες δεδομένης της διαφορετικής ψυχοδραστικής της υπόστασης είναι προφανώς στοιχείο που ανατρέπει τη διαμορφωμένη αντίληψη ότι οι χρήστες ουσιών είναι εξαρτημένοι, καθ' έξιν χρήστες που αντανακλά την πεποίθηση ενός μονοδιάστατου φαινόμενου ερμηνευόμενου στατικά. Αν και η κοινωνική αντίδραση στις ουσίες και τη χρήση τους αντανακλά συνισταμένες που συγκροτούν στοιχεία πολιτισμικά και ιστορικά και αφορούν το χρόνο και τον τόπο όπου υιοθετούνται διαφορετικές ανοχές ή αντιδράσεις, μια μάλλον συστηματική σταθερά μη αποδοχής συνδέεται με την απώλεια ελέγχου. Αυτή η απώλεια ελέγχου αφορά και τη χρήση νομίμων ουσιών.

Σε γενικές γραμμές η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών φαίνεται να προκαλεί τη κοινωνική αντίδραση από τη στιγμή που αρχίζει να αποτελεί μια προβληματική συμπεριφορά η οποία εύκολα στιγματίζεται και προκαλεί την ενεργοποίηση των μηχανισμών της κοινωνικής αντίδρασης.

1.1.5. Προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών

Όλο και περισσότερο, πλέον, εδραιώνεται η πεποίθηση ότι οι εξαρτημένοι, εκτός από το πρόβλημα της εξάρτησης που συνδέεται με τη εμπέδωση συγκεκριμένου μοντέλου σχετικά με τη χρήση που υιοθετούν, συχνά παρουσιάζουν και σημαντικές δυσλειτουργίες σε άλλους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Η κατάχρηση ψυχοδρατικής ή ψυχοδραστικών ουσιών και το στάδιο που βρίσκονται ως προς την έκταση και τη βαρύτητα της χρήσης επηρεάζουν στις περισσότερες των περιπτώσεων και τα πεδία της επαγγελματικής απασχόλησης, της συνέχισης της εκπαιδευτικής διαδικασίας, της σωματικής υγείας, των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, της νομικής εμπλοκής με τον ποινικό νόμο καθώς βέβαια και της ψυχολογικής κατάστασης. Φαίνεται ότι σπάνια η κατάχρηση ουσιών ή εξάρτηση αποτελεί μια αποσπασματική και μοναδική δυσλειτουργία. Άλλωστε, έχει υποστηριχθεί ότι αν η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες δεν είχε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στους άλλους τομείς της ζωής των ανθρώπων οι εξαρτημένοι δεν θα είχαν λόγο να αναγνωρίσουν ως πρόβλημα την εξαρτητική τους συμπεριφορά και να προσπαθήσουν να την αλλάξουν (Onken, Blaine και Boren, 1997).

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η σχέση μεταξύ του βαθμού σοβαρότητας της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και την κατάσταση σε όλους τους προαναφερόμενους τομείς για το άτομο που κάνει χρήση ουσιών αποτελεί μια σημαντική παράμετρο που έχει θεωρητική, ερευνητική και κλινική σημασία. Δεδομένου ότι η εξάρτηση είναι μια δυναμική προοδευτική

κατάσταση στην οποία ο εξαρτημένος εισέρχεται με την κατάχρηση της ψυχοδραστικής ουσίας αλλά, βαθμιαία, βιώνει συχνά μια γενικευμένη αποδιοργάνωση σε πολλά πεδία που αφορούν την κοινωνική του ζωή όπως η επαγγελματική του δραστηριότητα, η οικογενειακή του κατάσταση, η υγεία του και η ψυχολογική του ισορροπία, είναι σημαντικό για λόγους που συνδέονται με την υποστήριξη που θα χρειαστεί, οι ενδεχόμενες βλάβες που προκλήθηκαν στους συνδεόμενους παραπάνω τομείς να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Έτσι, χρειάζεται να επανεξετασθεί ένα πλαίσιο αρχών που ορίζουν στη θεραπευτική προσέγγιση μια συσταλτική στρατηγική, που εστιάζει μόνον στην εξάρτηση από την ψυχοδραστική ουσία. (McLellan et al., 1981) Συχνά, η αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης αποτελεί το ευκολότερο πρόβλημα που επιδέχεται λύση και η παραμέληση αντιμετώπισης των προβλημάτων στα υπόλοιπα ζωτικά πεδία που συνδέονται με την κατάχρηση, μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες υποτροπής. Επιπλέον, παρόλο που η κυρίαρχη λογική συνήθως επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τις βιοχημικές επιπτώσεις στον οργανισμό του εξαρτημένου η θεραπευτική αντιμετώπιση όταν περιορίζεται μόνον στην αποτοξίνωση φαίνεται να έχει φτωχά αποτελέσματα στη διάρκεια του χρόνου (O'Brien και McLellan, 1996). Στην έρευνα, επίσης, για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σημαντικό να εξετάζονται τα πεδία που προαναφέρθηκαν τόσο στο επίπεδο της αρχικής αξιολόγησης, υπό την έννοια της καταλληλότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας, όσο και στο επίπεδο της εκτίμησης του αποτελέσματος υπό την έννοια της πρόγνωσης της διάρκειας του αποτελέσματος.

Αν και, όπως προαναφέρθηκε, πολλά από τα πεδία που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών ως πεδία στα οποία αναπτύσσεται συχνά παράλληλη προβληματικότητα, συναντώνται και ως αιτιολογικοί παράγοντες της έναρξης της χρήσης είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι πέραν των αλλαγών που απαιτούνται στην κατάχρηση ουσιών αυτή καθαυτή, για να διατηρηθεί οποιαδήποτε θετική μεταβολή που συνδέεται με τη χρήση προϋποτίθεται και συστηματική βελτίωση των στοιχείων που συνδέονται με τα εν λόγω πεδία. Είναι, δηλαδή απαραίτητο εκτός από την αποχή από τη χρήση ουσιών παράλληλα να βελτιωθούν για παράδειγμα οι οικογενειακές σχέσεις όταν είναι διαταραγμένες, να διαμορφωθεί μια κατάσταση οικονομικής επιβίωσης που συνδέεται με την εργασιακή απασχόληση και την επαγγελματική ενσωμάτωση, να αντιμετωπισθούν με όρους κοινωνικής ένταξης ενδεχόμενα υφιστάμενα προβλήματα με το νόμο.

Η εργασία

Η εργασία αποτελεί μια μεταβλητή που συσχετίζεται πολλαπλώς με τη χρήση ουσιών. Πολλοί ερευνητές συνδέουν την απασχόληση και την ανεργία με αυξημένες πιθανότητες χρήσης και κατάχρησης νομίμων και παρανόμων ουσιών τοποθετώντας σ΄ ένα πλαίσιο κοινονικοοινομικής αιτιολογίας του αποκλεισμού τη χρήση. Υπάρχουν δεδομένα που καταλήγουν στο ότι οι άνεργοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ουσιών από εκείνους που εργάζονται (Green, 1990). Επιπλέον, πολλές μελέτες εστιάζοντας στη φτώχια ως πεδίο συσσώρευσης πολλαπλών κοινωνικών μειονεκτημάτων επισημαίνουν ότι, πέραν του μειωμένου εισοδήματος, υπάρχουν και άλλα στοιχεία τα οποία χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη. Έτσι όταν η φτώχια εξετάζεται σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία που τη συνοδεύουν και συνθέτουν τις συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού όπως, ανεργία, μειωμένη εργασία, οικονομική εξάρτηση από προνοιακούς φορείς, αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για παράνομη χρήση ουσιών (Boardman, Finch, Ellison, Williams και Jackson, 2001)

Παράλληλα όμως η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της απασχόλησης και την απώλεια της θέσης εργασίας. Πολύ συχνά μάλιστα, όταν η χρήση ουσιών ξεκινά σε πολύ μικρές ηλικίες ο αποκλεισμός από την αγορά εργασίας συνδέεται με τη αεργία και όχι με την ανεργία. Από τις μελέτες που υπάρχουν διαθέσιμες και αφορά τους εξαρτημένους που φθάνουν σε θεραπεία προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό

βρίσκονται εκτός της αγοράς εργασίας. Στη διαχρονική μελέτη του ΚΕΘΕΑ που αφορά αιτήσεις θεραπείας στις υπηρεσίες του τα τελευταία εφτά χρόνια (2000-2007) το ποσοστό των προσερχόμενων που απευθύνονται για έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας και έχουν σταθερή απασχόληση κυμαίνεται από 18,1% μέχρι 22,7% (ΚΕΘΕΑ, 2007). Αντίστοιχα, στην ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα που με βάση τα στοιχεία που αφορούν το σύνολο των υπηρεσιών στην Ελλάδα όσοι απευθύνονται σε κέντρα για απεξάρτηση παρουσιάζουν για το 2005 ποσοστό σταθερής απασχόλησης που ανέρχεται στο 24%. Είναι αξιοσημείωτο, πάντως ότι αυτό το ποσοστό τόσο στα στοιχεία του ΚΕΘΕΑ που παρακολουθείται από έτος σε έτος όσο και στα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ που συγκρίνονται με το έτος 2002 φαίνεται ελαφρά αυξημένο (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Η εκπαίδευση

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η πρόωρη διακοπή του σχολείου σχετίζεται με τη χρήση ουσιών. Πολλοί από τους εξαρτημένους που απευθύνονται στις υπηρεσίες είναι πιθανό να έχουν διακόψει το σχολείο αρκετά νωρίς παρουσιάζοντας ένα χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Επιπλέον, πολλοί μελετητές συνδέουν με χαμηλή εκπαιδευτική επίδοση και εγκατάλειψη της σχολικής παρακολούθησης την εμπλοκή και την ανάπτυξη προβλημάτων με τη χρήση ουσιών. Αυτό συνδέεται με το ότι οι χρήστες ουσιών σε σύγκριση με όσους δεν κάνουν χρήση χάνουν περισσότερες ώρες και ημέρες μαθημάτων (Thio, 1999).

Τα δεδομένα που υπάρχουν από την Ελλάδα συνάδουν στο ότι υπάρχει μια διαφορά στους εξαρτημένους από ότι στο γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα ενώ ο λόγος όσων εγκαταλείπουν την εννιάχρονη υποχρεωτική εκπαίδευση στο γενικό πληθυσμό είναι ένα προς δέκα που προσομοιάζει και στο κοινοτικό μέσο όρο, στον πληθυσμό των εξαρτημένων που έχουν ζητήσει θεραπεία στα θεραπευτικά προγράμματα είναι διπλάσιος φτάνοντας στο 1 προ πέντε. Η διαφορά μάλιστα ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό των εξαρτημένων έχει και ποιοτικές παραμέτρους δεδομένου ότι η μεγάλη διαρροή μαθητών στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται στο κατώφλι ανάμεσα στο δημοτικό και το γυμνάσιο, ενώ στον πληθυσμό των εξαρτημένων όσοι διέκοψαν την υποχρεωτική εκπαίδευση το έκαναν λίγο πριν ολοκληρώσουν το γυμνάσιο (Παπαναστασάτος, 2006). Η μέση ηλικία όσων διακόπτουν το σχολείο είναι στα 14 περίπου έτη με τους άνδρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν πρόωρα την εκπαιδευτική διαδικασία. Οι εξαρτημένοι που έχουν τελειώσει το δημοτικό είναι περίπου το ένα πέμπτο όσων απευθύνονται στις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και το ένα τρίτο έχει ολοκληρώσει και το Λύκειο ενώ μόνον ένα ποσοστό μεταξύ 4% και 5% έχει ολοκληρώσει σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΚΕΘΕΑ, 2007). Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνονται και σε σύγκριση με τις αιτήσεις θεραπείας στις υπόλοιπες υπηρεσίες που λειτουργούν στην Ελλάδα (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Σε γενικές γραμμές επομένως ο πληθυσμός των εξαρτημένων χαρακτηρίζεται από ένα εκπαιδευτικό έλλειμμα το οποίο συμβάλλει ως συνθήκη στην επιδείνωση του κοινωνικού αποκλεισμού που ενδεχομένως βιώνει (Τσαούσης, 1980). Αυτό το εκπαιδευτικό έλλειμμα σε συνδυασμό με τις αδύναμες επαγγελματικές δεξιότητες για τις οποίες έγινε παραπάνω αναφορά, αποτελούν σημαντικά πεδία στα οποία επικεντρώνεται τόσο το κλινικό όσο και το ερευνητικό ενδιαφέρον υπό την έννοια ότι συγκροτούν τομείς με τους οποίους αναμετράται η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης υποστήριξης των θεραπευτικών υπηρεσιών.

Η οικογένεια και οι κοινωνικές σχέσεις

Η οικογένεια διαδραματίζει, επίσης, ένα σημαντικό και πολυεπίπεδο ρόλο. Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι αρνητικές καταστάσεις που μπορεί να χαρακτηρίζουν το οικογενειακό σύστημα μπορεί να αποτελέσουν έναν παράγοντα που θα διευκολύνει τη συνάντηση των νεαρών μελών με τις παράνομες ουσίες. Οι δυσλειτουργίες της οικογένειας συνδέονται με την ανάπτυξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς που αποτελεί σημαντικό παράγοντα

επικινδυνότητας για τη χρήση ουσιών (Kokkevi και Stefanis, 1988· Paterson, 1982). Παράλληλα, απόψεις φιλικές προς τη χρήση ουσιών αλλά και χρήση ουσιών από τους γονείς σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες χρήσης από τα παιδιά. Η δυσλειτουργική οικογένεια, από την άλλη μεριά, διαμορφώνοντας ένα χαοτικό πλαίσιο ανάπτυξης των παιδιών μπορεί να συμβάλλει στη μελλοντική χρήση ουσιών από τα παιδιά (Lowe και Foxcroft, 1993). Αρκετοί μελετητές έχουν αναφερθεί στην οικογένεια του χρήστη ουσιών περιγράφοντας την ως ένα σύστημα ανισορροπίας με μια υπερπροστετευτική μητέρα και ένα απόντα - συναισθηματικά ή φυσικά – και τη χρήση ουσιών να λειτουργεί εξισορροπιστικά και ενωτικά εκτονώνοντας δυσκολίες επικοινωνίας των μελών της (Πουλόπουλος, 2005· Steinglass, 1988).

Ωστόσο, η οικογένεια πέραν των προηγουμένων μπορεί να συμβάλλει ως παράγοντας κινητοποίησης για θεραπεία μετά από μια μεγάλη περίοδο αποδοχής και ανοχής του εξαρτημένου της μέλους συντηρώντας, με κάποιο τρόπο την εξαρτητική του συμπεριφορά. Είναι αξιοσημείωτο ότι εφτά στους δέκα ενήλικες εξαρτημένους που ξεκινούν τη θεραπεία τους διαμένουν με τη γονικής τους οικογένεια. Παράλληλα το ένα τρίτο όσων απευθύνονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης δηλώνουν ότι πιέστηκαν από την οικογένειά τους να το κάνουν (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Από την άλλη μεριά, η χρήση ουσιών σε μια οικογένεια αποτελεί μόνιμη πηγή καθημερινών συγκρούσεων. Η χρήση ουσιών συνδέεται με την ενδοοικογενειακή βία, με την κακοποίηση της γυναίκας στην οικογένεια, αλλά και με καταστάσεις παραμέλησης των παιδιών και των συμβατικών οικογενειακών υποχρεώσεων. Είναι πιθανό, να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό η οικονομική ισορροπία στην οικογένεια εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών (Roberts, 1988· Kantor και Strauss, 1989· Γεωργάκας, 2002).

Χρειάζεται να τονισθεί, πάντως ότι πολλοί ερευνητές εντοπίζουν διαφορές στον τρόπο που η ελληνική οικογένεια, πρωτίστως, διαχειρίζεται την κατάσταση της χρήσης ουσιών. Αν και φαίνεται ότι ανάλογα χαρακτηριστικά συναντώνται και στις άλλες μεσογειακές χώρες όπου η οικογένεια νοείται να αναλαμβάνει ένα κεντρικό ρόλο στο σύνολο της κοινωνικής ζωής από ότι στις χώρες τη Δυτικής ή Βόρειας Ευρώπης, στην Ελλάδα αυτός ο δεσμός εμφανίζεται ισχυρότερος με όλες τις συνέπειες που αυτό έχει. Συγκρίνοντας το σύστημα της ελληνικής οικογένειας και τη συμπεριφορά που αναπτύσσει υπό τη συνθήκη ότι ένα μέλος της είναι εξαρτημένο, σε σχέση με ότι συνήθως συμβαίνει σε άλλες χώρες, διαφοροποιείται ως προς το ότι επί της ουσίας, με μια κατ΄ αρχήν εσωστρεφή αντίληψη, διατηρεί και φροντίζει στο πλαίσιο της τον εξαρτημένο και προοδευτικά μετά τη φάση του απομονωτισμού θα αναπτύξει δεξιότητες αναζήτησης βοήθειας (Pollo, 2001).

Στη συζήτηση αυτή δεν πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι η ευρύτερη κοινότητα μπορεί να παίξει ένα σημαντικό ρόλο πέρα από την οικογένεια στην ανάπτυξη προβλημάτων με τη χρήση ουσιών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η περίοδος από την εφηβεία μέχρι και την πρώιμη ενηλικίωση είναι το περισσότερο πιθανό διάστημα για τον πειραματισμό και την κλιμάκωση της κατάχρησης ουσιών με τη ν πίεση των ομότιμων να έχει ένα σημαντικό μερίδιο σε κάθε ένα από τα στάδια της κατάχρησης (Schuckit, 1995). Η αντίληψη της κοινότητας και η στάση που διαμορφώνει σχετικά με την ανοχή ή την αποφυγή της χρήσης επηρεάζει το νέο άτομο και τη συμπεριφορά του (Πουλόπουλος, 2005).

Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών σχετίζονται κοινωνικά. Ο Schuckit (1998) περιγράφει ένα άτομο που κάνει κατάχρηση ουσιών να συμπεριφέρεται με τρόπο επιλεκτικό ως προς την επιλογή των κοινωνικών του σχέσεων αποφεύγοντας άτομα τα οποία δεν κάνουν ανάλογη χρήση και προτιμώντας συναναστροφές που συνδέονται με όμοιες επιλογές ως προς τη συχνότητα και την ποσότητα της χρήσης. Σε γενικές γραμμές οι κοινωνικές σχέσεις περιστρέφονται γύρω από τον πυρήνα χρήση και οι δραστηριότητες τους περιλαμβάνουν επικέντρωση στην αναζήτηση, τη διαπραγμάτευση την απόκτηση, τη χρήση της ουσίας. Ο τρόπος αυτός συνδέει

τις κοινωνικές σχέσεις του εξαρτημένου με ένα μηχανισμό προοδευτικού κοινωνικού αποκλεισμού (Schuckit, 1998).

Η υγεία

Οι επιπτώσεις από τη χρόνια χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σωματική υγεία είναι πολλές και συχνά παραμελημένες. Το ένα τρίτο όσων φθάνουν στις υπηρεσίες θεραπείας του ΚΕΘΕΑ δεν έχουν ποτέ εξετασθεί για λοιμώδες νόσημα (ηπατίτιδες) ή για μόλυνση από HIV (ΚΕΘΕΑ, 2007). Σε γενικές όμως γραμμές ο πληθυσμός των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μολύνσεων κυρίως από ηπατίτιδα C (HCV). Συγκεκριμένα και ενώ στο γενικό πληθυσμό η ενδημικότητα του HCV είναι περίπου στο 2% με διαφορές ανάμεσα στο γεωγραφικό διαμέρισμα και με μια σχετική αβεβαιότητα δεδομένου ότι πολλοί φορείς είναι συμπτωματικοί,, στον πληθυσμό των χρηστών αυτό το ποσοστό είναι από 43,3% μέχρι και 78,7% και φαίνεται εναρμονισμένο με τα αντίστοιχα ποσοστά που συναντώνται στην υπόλοιπη Ευρώπη μεταξύ των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών που κυμαίνεται από 30% μέχρι 70% (ΕΚΤΕΠΝ, 2006, ΕΚΠΝΤ, 2005). Δεδομένου ότι ο τρόπος μετάδοσης του ιού είναι παρεντερικός, όπου η χρήση με μολυσμένη σύριγγα είναι παράγοντας επικινδυνότητας, τα ποσοστά μόλυνσης από HCV συσχετίζονται με την ηλικία, όσο δηλαδή μεγαλύτερης ηλικίας είναι ο χρήστης τόσο πιθανότερο είναι να προσβληθεί. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, όταν εκδηλωθεί, είναι αβέβαιη μέχρι σήμερα και οι πιθανότητες ανάπτυξης χρόνιας νόσου και κίρρωσης του ήπατος είναι μεγάλες, καθιστώντας τη μόλυνση από HCV σε μείζον θέμα δημόσιας υγείας.

Παρόλο που η μόλυνση από HCV φαίνεται να ακολουθεί τα χαρακτηριστικά της ευρωπαϊκής εμπειρίας, δεν συμβαίνει το ίδιο με την ηπατίτιδα B (HBV, HbsAg, Anti HBc και ABs). Ενώ στη Ευρώπη ο επιπολασμός του ιού βρίσκεται περίπου στο 30 % του πληθυσμού των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση και σε κάποιες περιπτώσεις έχει ξεπεράσει το 60%, στην Ελλάδα και στον αντίστοιχο πληθυσμό δεν ξεπερνά το μέσο δείκτη επιπολασμού που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό και είναι περίπου στο 3% εκτός από ένα μόνον θεραπευτικό πρόγραμμα όπου καταγράφεται για λόγους ανεξήγητους ένα ποσοστό που αγγίζει το 9% (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Η μόλυνση από τον ιό του AIDS/HIV στην Ελλάδα βρίσκεται σχετικά σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Τα οροθετικά άτομα που έχουν καταγραφεί στην Ελλάδα ανέρχονται σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει το κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) σε 7.718 άτομα από τα οποία ως χρήστες ενδοφλεβίως ψυχοδραστικών ουσιών εμφανίζεται ένα ποσοστό 3,6%. Ανάλογο είναι και το ποσοστό των χρηστών που αναλογούν στις νέες περιπτώσεις (3,4%) που καταγράφηκαν το 2005 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Είναι αξιοσημείωτο και γενικά ανεξήγητο το χαμηλό ποσοστό των ατόμων που κάνουν ενδοφλέβια χρήση και έχουν μολυνθεί στην Ελλάδα από τον HIV σε σύγκριση με άλλες χώρες όπου φτάνει και το 25% (στις ΗΠΑ). Μάλιστα ενώ η γενική τάση που καταγράφεται είναι να έχει μειωθεί ο ρυθμός αύξησης της μόλυνσης σε διάφορες άλλες υποομάδες και να αυξάνει στην ομάδα των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ανάλογη τάση δεν έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα (Thio, 1999· Τζανετάκη 2006).

Οι μολυσματικές πάντως ασθένειες δεν είναι οι μόνες από τις οποίες κινδυνεύουν οι χρήστες ουσιών. Είναι πολλές οι μελέτες που συνδέουν τη κατάχρηση ουσιών με μεγαλύτερες πιθανότητες ατυχήματος αλλά και σημαντικά άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση ουσιών όπως σημαντικά οδοντιατρικά προβλήματα, δερματικές μολύνσεις και οιδήματα που σχετίζονται με κακή χρήση της σύριγγας αλλά και σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες ιδιαίτερα σε γυναίκες που εκδίδονται και κάνουν χρήση ουσιών, υψηλούς δείκτες θνησιμότητας που σχετίζονται άμεσα αλλά και έμμεσα με τη χρήση ουσιών καθώς και σημαντικά προβλήματα με γεννήσεις βρεφών που έχουν το σύνδρομο βρεφικού αλκοολισμού (*Fetal Alcohol Syndrome*) ή του συνδρόμου αποχής του νεογέννητου (*Neonatal Abstinence*

Syndrome) εξαιτίας του εθισμού και της χρήσης της μητέρας (Gwinnell και Adamec, 2006 Klee, Jackson και Lewis, 2002). Πολλές όμως από αυτές τις ασθένειες υποτιμούνται και παραμελούνται και μόνον μετά από την πρώτη επαφή με τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης αποκαλύπτονται και εντάσσονται σ΄ ένα προγραμματισμό αντιμετώπισης και φροντίδας. Αυτό άλλωστε είναι και ο λόγος που πολλά θεραπευτικά προγράμματα έχουν αναπτύξει και λειτουργούν υγειονομικές υπηρεσίες διάγνωσης και φροντίδας όπως επίσης συνεργάζονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση επειγόντων, χρόνιων ή και εκτάκτων περιστατικών (ΕΚΤΕΠΝ 2006).

Συμπερασματικά οι χρήστες ουσιών είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν μια μάλλον επιβαρημένη εικόνα σχετικά με τη σωματική τους υγεία η οποία συσχετίζεται με τη χρήση ουσιών που κάνουν και τα θεραπευτικά προγράμματα οφείλουν να διαμορφώνουν συστηματική αξιολόγηση των αναγκών ιατρικής φροντίδας και να φροντίζουν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Πολλές φορές αυτό χρειάζεται να γίνεται κάτω από ιδιαίτερες διαδικασίες που απαιτούν θεσμικές διευθετήσεις, δεδομένου ότι πολλοί από τους χρήστες όπως προαναφέρθηκε επειδή βρίσκονται εκτός εργασιακής δραστηριότητας δεν διαθέτουν τη δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο των ασφαλιστικών ταμείων.

Η νομική εμπλοκή

Ένας επιπλέον τομέας που εμφανίζεται επιβαρημένος παράλληλα, είναι οι ποινικές εκκρεμότητες που συχνά βαρύνουν ή συνοδεύουν τους χρήστες. Είναι πολλαπλώς παραδεκτό σε όλο τον κόσμο το γεγονός της σύνδεσης της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης με προβλήματα έκθεσης των χρηστών στο νόμο. Γενικά τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών διαπράττουν περισσότερες αξιόποινες πράξεις από όσους δεν κάνουν χρήση (Currie, 1993). Ο Thio (1999), αναφέρει πως η συσχέτιση εγκληματικότητας και χρήσης ουσιών μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από το ότι ο τυπικός χρήστης είναι χωρίς οικονομικούς πόρους, με ανεπαρκή μόρφωση, χωρίς ιδιαίτερες δεξιότητες για εργασία και εκτός του προνοιακού συστήματος. Σημειώνει, μάλιστα, ότι όσο λιγότερο δίκαιο και ανεκτικό είναι το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας μιας χώρας τόσο στενότερη είναι η σχέση της κατάχρησης ουσιών με το έγκλημα (Thio, 1999). Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι προοπτικές για ανάπτυξη της ζωής του νέου ατόμου που παρουσιάζει ασθενείς δεσμούς με την οικογένεια και το σχολείο παρουσιάζει περισσότερες πιθανότητες να σχετισθεί με ομότιμους που έχουν παραβατική συμπεριφορά και να ενταχθούν σε μια υποκουλτούρα παραβατικότητας.. Αντίστοιχα, η συναναστροφή με ομότιμους που έχουν αναπτύξει παραβατική συμπεριφορά μειώνει τις πιθανότητες για έναν έφηβο ή νεαρό ενήλικα να αναπτύξει στο μέλλον συμβατικούς δυνατούς δεσμούς, διευκολύνοντας τον στην υιοθέτηση παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς που περιλαμβάνει την εγκληματικότητα και την κατάχρηση ουσιών (Mosher and Akins, 2007).

Αν και πολλές εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, σεξουαλική εξάρτηση) που δεν σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών συσχετίζονται συχνά με πράξεις που υπόκεινται στον ποινικό έλεγχο, η κατάχρηση ουσιών φαίνεται να συνδέεται στενά με την εγκληματικότητα. Από την άλλη μεριά οι μελέτες ατόμων που έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα αναφέρουν ότι οι κρατούμενοι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά χρήσης και κατάχρησης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών (National Institute of Justice, 2000). Πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ, το 2003 σε μελέτη σε 39 πόλεις το 67% των ανδρών που συνελήφθησαν και εξετάσθηκαν βρέθηκαν θετικοί τουλάχιστον σε μία από τις πέντε ουσίες που εξετάσθηκαν (National Opinion Research Center, 2004). Στην Ευρώπη το μισό του πληθυσμού των φυλακών έχει ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ενώ, πολλοί από όσους εισάγονται στις φυλακές έχουν σοβαρό πρόβλημα με την κατάχρηση ουσιών (EMCDDA, 2003).

Στην Ελλάδα ένας στους δύο χρήστες που απευθύνεται στα προγράμματα απεξάρτησης αναφέρει δικαστικές εκκρεμότητες και το 70% αναφέρει τουλάχιστον μία σύλληψη στη ζωή του (ΚΕΘΕΑ, 2007). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από την έρευνα των Kokkevi et al.

(2000) όπου αναφέρονται συλλήψεις για το 77,6% και καταδίκες για το 57,1% των συμμετεχόντων. Επιπλέον το 41,1% των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές το 2003 κρατούνταν για αδίκημα που καταδικάζει ο νόμος κατά των ναρκωτικών (ΕΚΤΕΠΝ, 2003) ενώ μελέτες υποστηρίζουν ότι το 83% των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές συνεχίζει τη χρήση μέσα στη φυλακή κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού (Κρεμμύδας, 2006· ΕΚΤΕΠΝ 2002· Μαρσέλος, 1997).

Στη βάση όλων των παραπάνω, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι μεγάλο μέρος των εξαρτημένων έχουν σημαντικά προβλήματα με το νόμο. Επειδή η εγκληματική συμπεριφορά των εξαρτημένων, ή καλύτερα η αδικοπραξία που τους εκθέτει στον ποινικό έλεγχο, αφορά κυρίως στην απόκτηση χρημάτων για να διευκολύνουν την προσπάθεια τους να αποκτήσουν την ουσία, η γενική εντύπωση από την εγκληματικότητα που συνδέεται με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών δε φαίνεται να τεκμηριώνει θέσεις που υποστηρίζουν την επιθετικότητα των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών. Αντίθετα, οι αδικοπραξίες μάλλον συνδέονται με την αναζήτηση της ουσίας και δεν οφείλονται στη χρήση της ως σύμπτωμα που συνδέεται με τη ιδιότητά της, τουλάχιστο για μιας σειράς ουσίες (Παρασκευόπουλος, 1997).

Παραμένει, πάντως, το γεγονός ότι η νομική εμπλοκή των εξαρτημένων επιδεινώνει την κοινωνική τους θέση προσθέτοντας στο ήδη στιγματισμένο πρόσωπό τους μια επιπλέον στιγματιστική ιδιότητα: αυτή του παραβάτη εκτεθειμένου στο ποινικό σύστημα. Το ζήτημα αυτό έχει σημαντική κλινική σημασία γιατί επιβάλλει στις υπηρεσίες υποστήριξης και θεραπείας του εξαρτημένου ένα επιπλέον στοιχείο που οφείλουν να αντιμετωπίσουν κατά τη διαδικασία ένταξης: την αποκατάσταση με όρους τουλάχιστον ουδετεροποίησης του ποινικού παρελθόντος του εξαρτημένου που σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί ένα επιπλέον εμπόδιο καθώς ο εξαρτημένος επιχειρεί την πλήρη ένταξη ή επανένταξή του.

Η ψυχολογική κατάσταση

Οι ψυχοδραστικές ουσίες έχουν τη ιδιότητα να αλλοιώνουν τη συναισθηματική και τη ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται κάποιος. Αυτός άλλωστε είναι και ένας από τους κύριους λόγους που χρησιμοποιούνται. Ως εκ τούτου σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν την ψυχική ισορροπία και η επαναλαμβανόμενη χρήση διαμορφώνει συνθήκες που μπορεί να εκληφθούν και ως σημαντική ψυχική διαταραχή. Από την άλλη μεριά, πολύ συχνά, η έρευνα έχει εστιάσει στη συνοσυρρότητα (*comorbity*) ή τη συνοδό ψυχοπαθολογία (*concomitant psychiatric conditions*) , την παράλληλη δηλαδή διάγνωση μιας ψυχικής νόσου ή διαταραχής που συνοδεύει την εξάρτηση, γνωστή και ως διπλή διάγνωση (*dual diagnosis*). Η συζήτηση ωστόσο των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία οφείλει να κάνει ένα διαχωρισμό που έχει τόσο κλινικό όσο και ερευνητικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για το ερώτημα ποιες ψυχικές διαταραχές προκαλούνται ή μπορεί να προκληθούν από τη χρήση ουσιών, σύμφωνα με τα ιδιαίτερα φαρμακοκινητικά και φαρμακολογικά χαρακτηριστικά της κάθε ουσίας και ποιες διαταραχές προϋπάρχουν της συστηματικής χρήσης. Δεδομένου ότι η θέση που αναφέρεται στη χρήση ουσιών ως αυτοθεραπευτική μέθοδο εξισορρόπησης των προβλημάτων ψυχικής υγείας που βιώνει κάποιος συναντά ευρεία συναίνεση μεταξύ πολλών ερευνητών, παραμένει ως ένα σημαντικό δίλημμα η σαφής απάντηση στο προηγούμενο ερώτημα (Khantzian, 1985· Nace, Davis και Gaspari, 1991· Gerstley, Alterman, McLellan et al. 1990·· Klee, Jackson και Lewis, 2002). Πρόκειται για το συστηματικό διαχωρισμό ανάμεσα στην λειτουργική ψυχική διαταραχή και την οργανικού τύπου ψυχική διαταραχή που εξαρτάται από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και δεν υφίσταται πλέον μετά τη διακοπή της χρήσης (Νικολάου και Μάτσα, 2004). Από την άλλη μεριά, πολύ συχνά η διάγνωση συνδέεται με άτομα τα οποία βρίσκονται στη διαδικασία ψυχιατρικής αξιολόγησης έχοντας συνήθως ένα μακρύ ιστορικό χρόνιας χρήσης με εκδηλωμένα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής και δεν βασίζεται σε εξέταση που προηγείται της χρήσης. Έτσι, συχνά, το ερώτημα αν η ψυχική νόσος προκαλεί τη χρήση ουσιών ή η

χρήση ουσιών προκαλεί τη ψυχική αποδιοργάνωση δεν φαίνεται να έχει μια σαφή απάντηση (Λιάππας, 2003 · Schuckit, 1999).

Η Onken και οι συνεργάτες της (1997) παρουσιάζοντας την επιδημιολογική έρευνα ευρείας κλίμακας για τη σχέση εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και ψυχικών διαταραχών που πραγματοποίησαν (Regier et al., 1990) αναφέρουν ότι το 53% όσων διαγνώσθηκαν ως εξαρτημένοι κάποια φορά στη ζωή τους είχαν επίσης διαγνωσθεί κάποτε και για διαταραχή ψυχικής υγείας. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων που ήταν εξαρτημένα από ηρωίνη ή κοκαΐνη, κάποτε στη ζωή τους διαγνώσθηκαν με ψυχική διαταραχή. Και επιπλέον, για όσους είχαν κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής, το 15% ανέπτυξε και σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Επιπρόσθετα, το 28% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένιας και το 42% των ατόμων με διάγνωση αντικοινωνικής προσωπικότητας ανέπτυξαν σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (Onken et al. 1997). Επιπλέον, οι Νικολάου και Μάτσα (2004) αναφέρουν ότι στα εξαρτημένα άτομα, που συνήθως κάνουν χρήση περισσοτέρων ουσιών παράλληλα, εντοπίζονται συνοδές διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνική, σε ποσοστό από 35% μέχρι και 87%, κατάθλιψης και αγχώδους τύπου σε ποσοστό από 20% μέχρι 60% (Νικολάου και Μάτσα, 2004).

Η διπλή διάγνωση επομένως αναφέρεται στη συνύπαρξη της χρήσης ουσιών με μια ψυχική διαταραχή που συνήθως περιλαμβάνει ψυχώσεις, συναισθηματικού τύπου διαταραχές (διπολικές ή μονοπολικές) ή σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας. Ο Λιάππας (2003) κάνει μια ταξινόμηση και περιγραφή των κυριοτέρων ψυχιατρικών προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση και την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών στην οποία εμφανίζει τις πιο συχνές αντιδράσεις που προκαλούνται και στην οποία εντάσσει όλα όσα ταξινομούνται στα δύο ταξινομικά εγχειρίδια που αξιοποιεί η κλινική ψυχιατρική πρακτική (DSM IV και ICD 10). Σ αυτή την ταξινόμηση αναφέρει την αντίδραση πανικού, την αναδρομική εμβίωση (*flashback*), την τοξική αντίδραση (μετά από υπερβολική χρήση), την ψυχωσικού τύπου αντίδραση, το οργανικό ψυχοσύνδρομο, το στερητικό σύνδρομο και συναισθηματικού τύπου διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνονται διαταραχές κατάθλιψης και μανίας (Λιάππας 2003).

Σε γενικές γραμμές οι ερευνητές, παρόλο που συμφωνούν στο ότι είναι πολύ πιθανό η χρήση ουσιών να συνοδεύει ή να συνοδεύεται από ψυχική διαταραχή, είναι μάλλον ιδιαίτερα επιφυλακτικοί ως προς τους μηχανισμούς που μπορεί να εκφρασθεί κάποιου τύπου εγκεφαλική δυσλειτουργία και φαίνεται να συγκλίνουν στη πολυπαραγοντικότητα που αφορά την εκδήλωση των συμπτωμάτων και στην ασάφεια που επιχειρεί να την εξηγήσει. Αυτή την αβεβαιότητα τη βασίζουν σε μεθοδολογικά προβλήματα και περιορισμούς που είναι υπεύθυνα για την επιφυλακτικότητα που εκφράζεται. Σ΄ αυτά περιλαμβάνονται μερικά συγκεκριμένα προβλήματα που βαραίνουν στην αδυναμία εξαγωγής βέβαιων συμπερασμάτων. Πολλοί μελετητές, λοιπόν, επικεντρώνουν τις επιφυλάξεις τους στο ότι πολλά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη ψυχιατρική διάγνωση δεν είναι επαρκώς σταθμισμένα για τον πληθυσμό των εξαρτημένων. Επιπλέον, πολύ συχνά οι μελέτες για τη συννοσυρότητα βασίζονται σε συγχρονικά πρωτόκολλα που δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη ρευστότητα της εξάρτησης δεδομένου ότι η κατάσταση του εξαρτημένου είναι διαφορετική τις περιόδους της χρήσης, του στερητικού συνδρόμου, της αποχής ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπρόσθετα, στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης είναι πολύ πιθανό να υποεκπροσωπούνται άτομα με διπλή διάγνωση και μάλιστα συχνά οι έρευνες επικεντρώνονται σε δείγματα εξαρτημένων που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης οι οποίοι ακόμα και στη διαδικασία υποστήριξης εξακολουθούν να χρησιμοποιούν κάποια ουσία που μπορεί να ευθύνεται για την τεκμηρίωση κάποιας διάγνωσης και δεν πραγματοποιούνται σε προγράμματα απεξάρτησης όπου οι εξυπηρετούμενοι απέχουν από τη χρήση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Νικολάου και Μάτσα, 2004).

Στη βάση όλων των παραπάνω τα θεραπευτικά προγράμματα εφαρμόζουν τεχνικές εξέτασης που υποδηλώνουν πιθανή ψυχοπαθολογία και με μεγάλη προσοχή παραπέμπουν περιπτώσεις για ενδελεχή ψυχιατρική αξιολόγηση. Και αυτό, γιατί η συννοσυρότητα συνδέει την ατομική με την κοινωνική παθολογία και η επικέντρωση της εξάρτησης στην ατομική ψυχοπαθολογία ενός ατόμου αποτελεί μονομερή εξήγηση και επικίνδυνη ερμηνεία που εκθέτει το άτομο και τροφοδοτεί το κοινωνικό στερεότυπο της πολλαπλής επικινδυνότητας του εξαρτημένου. Είναι χαρακτηριστική η δήλωση του Schuckit ότι εννιά στις δέκα διαγνώσεις ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών δεν επαληθεύονται μετά τη διακοπή της χρήσης και ένα σημαντικό διάστημα αποχής (Schuckit, 2004).

Από όλα τα παραπάνω πεδία που εξετάσθηκαν προκύπτει η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που συνδέονται με την εξάρτηση και συνθέτουν ένα σύμπλοκο και πολυπαραγοντικό πρόβλημα δημόσια υγείας και κοινωνικής πολιτικής. Συνήθως ένας εξαρτημένος παρουσιάζει δυσλειτουργίες σε αρκετά αν όχι σε όλα τα πεδία που προαναφέρθηκαν. Από αυτό εκκινεί και μια προσπάθεια εμπλουτισμού των πρωτοκόλλων κλινικής αξιολόγησης που τα προγράμματα απεξάρτησης εντάσσουν στην πρώτη φάση της θεραπευτικής διαδικασίας και τα οποία προτείνουν ενδελεχή εξέταση στους τομείς που προαναφέρθηκαν ώστε να εντοπισθούν και να ταξινομηθούν οι ανάγκες του εξαρτημένου. Στη βάση αυτών των αναγκών σχεδιάζεται το θεραπευτικό πλάνο και αποφασίζεται η κατάλληλη παραπομπή. Στόχος κάθε πλήρους και ολιστικής αξιολογικής εξέτασης είναι να επιλέξει να παράσχει τις καταλληλότερες υπηρεσίες από το συνεχές της φροντίδας στους εξαρτημένους με βάση το στάδιο και τη βαρύτητα που το κάθε πεδίο προβλημάτων παρουσιάζει σε σχέση με το στάδιο της εξάρτησης που το κάθε άτομο βρίσκεται. Αυτό εξηγείται από το γεγονός οι χρήστες μπορεί να έχουν χαρακτηριστικά που φαίνονται κοινά άλλα δεν είναι ίδιοι. Το αντίστοιχο συμβαίνει και με τις υπηρεσίες, που μπορεί μεν να ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία τυπολογίας αλλά διαφέρουν ως προς την εξειδικευμένη παροχή των υπηρεσιών που συστηματικά προσφέρουν. Επομένως, έχει μεγάλη σημασία κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης να ληφθεί έγκαιρα η κατάλληλη απόφαση για επιτυχή παραπομπή. Έτσι αναμένεται να αυξηθούν οι πιθανότητες για παραμονή στη θεραπεία και για τελική έκβαση της θεραπείας που θα είναι σε σύμφωνη με τις προσδοκίες του θεραπευτικού σχεδιασμού.

1.1.6. Εστιάζοντας στην προβληματικότητα της κατάχρησης ουσιών

Είναι πασιφανές ότι η συζήτηση για την προβληματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών έχει πάρει έκταση και σημασία που συχνά υπερβαίνει την πραγματική διάσταση των μεγεθών που το φαινόμενο έχει στις σύγχρονες κοινωνίες. Η Τσίλη (1995) χρησιμοποιεί τον όρο ιδεολογικό διακύβευμα για να εξηγήσει τη διαφορά που καταλήγει να έχει η κατασκευή της εικόνας ενός κοινωνικού προβλήματος από το ίδιο το κοινωνικό πρόβλημα. Την διαφορά αυτή την εντοπίζει στο ότι ένα κοινωνικό πρόβλημα, που αφορά μια περιορισμένη ομάδα ατόμων μετατρέπεται σε ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα ευρύτατης σημασίας που καθίσταται στοιχείο απειλής για το σύνολο της κοινωνίας και του πληθυσμού. Στην περίπτωση, μάλιστα, της ελληνικής πραγματικότητας και σε ότι έχει σχέση με την αναγωγή ενός κοινωνικού προβλήματος με περιθωριακές διαστάσεις, όπως η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών τη δεκαετία του ’80, σε γενικευμένο κίνδυνο εξηγεί ότι καθώς εμφανίζεται ένα γεγονός ή γεγονότα που συνδέονται μεταξύ τους, ένα κοινωνικό πρόβλημα μπορεί να τεθεί σε τέτοιο πλαίσιο, ώστε να μη γίνεται πια αντιληπτό όπως πριν αλλά κάτω από μια εντελώς διαφορετική εντύπωση που διαμορφώνει μια συστηματικά διαφορετική θεώρηση. Κομβικό σημείο στη διαδικασία ανάδειξης της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και της εξάρτησης ως μείζον θέμα του δημοσίου διαλόγου, υποθέτει η συγγραφέας, αποτέλεσε η παρουσίαση του ζητήματος από τον τύπο στην αρχή αυτής της δεκαετίας και δεδομένου ότι σε κοινωνίες που έχουν έναν ανεπτυγμένο δείκτη διακίνησης της πληροφορίας, η αντίληψη της κοινωνικής πραγματικότητας επηρεάζεται από το δίκτυο των μέσων που διατυπώνουν και διακινούν την πληροφορία (Τσίλη, 1995).

Σε γενικές γραμμές, από αρκετά νωρίτερα, αρκετοί μελετητές που επικεντρώθηκαν στο φαινόμενο της κατάχρησης ψυχοδρατικών ουσιών διατύπωσαν ανάλογες θέσεις. Ο Δεμερτζής (1988), για παράδειγμα υιοθετώντας την ανάλυση που χρησιμοποιεί ο Goffmann (1961) αλλά και ο Becker (1973), εκτιμά ότι υπάρχει μια ηγεμονεύουσα αντίληψη που διαμορφώνει μια «τρέχουσα άποψη» σχετικά. Αυτή η «ηγεμονική κουλτούρα» εξηγεί, διαμορφώνει μια εικόνα που είναι αποτέλεσμα πολλών προκαταλήψεων θεωρώντας την αποτέλεσμα μια σπειροειδούς διαδικασίας ηθικού πανικού που έχει αφετηρία την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και κλιμακώνεται σε μια στάση γενικευμένης κοινωνικής αντίδρασης με αποτέλεσμα το στιγματισμό και την αποδιοπόμπευση. Στη διαδικασία αυτή, ο εξαρτημένος ετεροταυτοποιείται και συγχέεται με δύο φιγούρες που συγκεντρώνουν πολλαπλά στιγματιστικά ιδιώματα: τον εγκληματία ή τον ψυχικά άρρωστο. Τα «ναρκωτικά» αποτελούν βάση επένδυσης ιδεολογικών στοιχείων και παρουσιάζονται ως κοινωνική μάστιγα. Έτσι, το φαινόμενο δεν γίνεται αντιληπτό στην πραγματική του διάσταση, ενώ παράλληλα υποτιμόνται στοιχεία της πολυπλοκότητας του όπως οι διεθνείς του παράμετροι ή οι επιμέρους φάσεις που το αποτελούν δεδομένου ότι άλλο είναι η χρήση και άλλο η κατάχρηση ή η εξάρτηση (Δεμερτζής, 1988). Επιπλέον, συχνά ο οικουμενικός του χαρακτήρας παίρνει μια νεωτερική διάσταση και ως «εισαγόμενο» ενδιαφέρον πεδίο τεκμηριώνει τη διεύρυνση της συζήτησης και νομιμοποιεί το επείγον της λήψης μέτρων.

Ήδη από την έναρξη του διαλόγου περί αντιμετώπισης του προβλήματος της κατάχρησης ουσιών στην Ελλάδα υποστηρίχθηκε ότι η αντίληψη ότι ο εξαρτημένος είναι ασθενής πάσχει από το μειονέκτημα ότι διαιωνίζει την πεποίθηση ότι η εξάρτηση είναι ασθένεια και ότι ως εκ τούτου απαιτείται γι αυτήν ένα φάρμακο ή μια θεραπευτική αγωγή. Χρειάζεται, επομένως, να αποσαφηνισθεί ότι το ζήτημα της εξάρτησης δεν είναι ιατρικό αλλά κοινωνικό θέμα. Και αυτό φαίνεται να ενισχύεται από το γεγονός ότι η εμπειρία της αντιμετώπισής του δείχνει επιτυχία από τις πιο αλληλοσυγκρουόμενες προσεγγίσεις στην υποστήριξη των εξαρτημένων: από την αξιοποίηση της μεθαδόνης σε κλιμακωτή μείωση ή την οριστική διακοπή της χρήσης κάθε ουσίας μέχρι την αυστηρή πειθαρχία των ιεραρχημένων θεραπευτικών κοινοτήτων ή των κοινοτήτων αυτοδιαχείρισης (Δεληολάνης, 1988).

Το πλαίσιο, ωστόσο, μέσα στο οποίο τίθενται οι διάφοροι, σχετικά, μύθοι με την προβληματική χρήση ουσιών παραμένει μέχρι και πρόσφατα ένα πεδίο προβληματισμού. Στον προβληματισμό, αυτό η κοινή γνώμη και η κοινωνική παράσταση που αποτελεί την κυρίαρχη της αντίληψη διαμορφώνοντας τη στάση των κοινωνιών και των κοινωνικών ομάδων, παραμένει ένα κεντρικό σημείο. Ο Schuckit (1998) υποστηρίζει ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού πληροφορείται σχετικά με τις ψυχοδραστικές ουσίες και τα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση από τις ταινίες, την τηλεόραση και τα λαϊκής κατανάλωσης έντυπα πού όσο και αν, προϊόντος του χρόνου έχουν βελτιωθεί ως προς την ακρίβεια των πληροφοριών που παρέχουν, εξακολουθούν να διαμορφώνουν τις συνθήκες παραγωγής στερεοτύπων και την ενίσχυση πολλών στρεβλών θέσεων σχετικά με τη συμπεριφορά κατάχρησης που ονομάζει κοινωνικούς *μύθους* (Schuckit 1998). Στην ίδια λογική, ο Thio (1999) επισημαίνει ότι ο τύπος συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτού του ηθικού πανικού και μεταφέρει ένα χαρακτηριστικό απόσπασμα του περιοδικού Newsweek που ορίζει την κατάχρηση ψυχοδραστικών ως *«επιδημία διεισδυτική κι επικίνδυνη που θερίζει τη Αμερική και είναι ανάλογη με τις μάστιγες του μεσαίωνα»*. Επισημαίνει, μάλιστα, ότι τέτοιου είδους δημοσιεύματα διαμορφώνουν μια στρεβλή αντίληψη γιατί η γενίκευσή τους καταλήγει στην απαίτηση για επείγουσες κανονιστικές αποφάσεις πολιτικού και θεσμικού χαρακτήρα αν και η ανάγκη αυτή δεν τεκμηριώνεται από την προσεκτική μελέτη των δεδομένων που υπάρχουν διαθέσιμα (Thio, 1999).

Η διαχείριση των στερεοτυπικών απόψεων μέσω της αντιμετώπισης της μυθολογίας που συνοδεύει την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, αποτελεί για τον Schuckit (1998) ένα σημαντικό προαπαιτούμενο για μια συζήτηση σχετικά με την εξάρτηση με λυσιτελή χαρακτηριστικά. Έτσι θέτει σε συζήτηση έξι βασικές θέσεις από τις οποίες συχνά

προκύπτουν πολλές παρεξηγήσεις, επιχειρώντας να αναδείξει την πολυπλοκότητα και τον πολυπαραγοντισμό που συνθέτουν το φαινόμενο της εξάρτησης.

Πριν από όλα, χρειάζεται να γίνει κατανοητό ότι το ζήτημα της εξάρτησης δεν αφορά άτομα του περιθωρίου και κυρίως όσα είναι εύκολο να εντοπισθούν όπως είναι οι άστεγοι, και οι ποινικά εμπλεκόμενοι. Δεδομένου ότι το ποσοστό που έχει εμπειρία χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ξεπερνά το ένα δέκατο του πληθυσμού μιας χώρας και οπωσδήποτε αυτό των ΗΠΑ, με το 5% μέχρι 10% του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ να αναπτύσσει μια προβληματική σχέση με την κατάχρηση ουσιών, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, έστω και αν η ζωή αυτών των ανθρώπων, επηρεάζεται από την καταναγκαστική χρήση που κάνουν παρόλα αυτά παραμένουν λειτουργικοί κοινωνικά, οικονομικά, προσωπικά για ένα, τουλάχιστον, πολύ μεγάλο διάστημα. Έτσι, αναφέρει, δουλεύουν κανονικά, έχουν κοινωνική ζωή, σπάνια εμπλέκονται – αν συμβεί ποτέ - με τον ποινικό νόμο και πολλοί από αυτούς δεν αναγνωρίζονται ως προβληματικοί χρήστες ούτε από τους γιατρούς σε ενδεχόμενη ιατρική εξέταση για θέματα σωματικής υγείας. Άλλωστε, αν και η κοινωνική τάξη προέλευσης φαίνεται για κάποιους μελετητές να παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη προβλημάτων κατάχρησης με αυξημένες πιθανότητες για την κατώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη που συνοδεύεται από συγκεκριμένες προτιμήσεις ως προς το είδος της ουσίας (Currie, 1993· Thio, 1999) αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι το φαινόμενο της κατάχρησης είναι πλέον διαστρωματοποιημένο και διαταξικό (Δεληολάνης, 1988).

Επιπλέον, ένα στοιχείο που φαίνεται να αποτελεί εσφαλμένη αντίληψη είναι ότι όσοι έχουν προβλήματα με την κατάχρηση ουσιών που κάνουν είναι πάντα υπό την επήρεια της ουσίας. Αν και μεγάλο μέρος της καθημερινής ζωής των εξαρτημένων αφιερώνεται στην αναζήτηση της ουσίας, είναι δεδομένο ότι συχνά η προβληματική χρήση για όσους δεν βρίσκονται στο στάδιο της εξάρτησης περιορίζεται σε υπερκατανάλωση σε συγκεκριμένες περιόδους στη διάρκεια της εβδομάδας που ακολουθούνται από περιόδους αποχής. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στις οποίες διαβιεί κάποιος συμβάλλουν στο βαθμό δυσκολίας που σχετίζεται με την εύρεση της ουσίας, που με τη σειρά του διαμορφώνει τις συνθήκες έναρξης για μια ταχύτερη ή αργότερη – αν συμβαίνει - διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού.

Μια ακόμα θέση που τίθενται σε αμφισβήτηση αφορά την υπερεκτίμηση της δυσκολίας διακοπής της χρήσης της ουσίας που υπερκαταναλώνεται. Είναι χαρακτηριστικό, και τα κλινικά εμπειρικά δεδομένα το επιβεβαιώνουν, ότι οι χρήστες που έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών διακόπτουν από μόνοι τους πολύ συχνά, προσωρινά, τη χρήση που κάνουν. Αυτή η συμπεριφορά παίρνει άλλοτε ένα χαρακτήρα αυτορύθμισης σχετικά με τη χρήση και άλλοτε ένα συμβολισμό αυτοελέγχου ως προς το κατά πόσο μπορούν να διακόψουν ώστε να εκτιμήσουν το βαθμό – και αν υφίσταται – του προβλήματος που έχουν.

Η προηγούμενη θέση συνδέεται και με την αντίληψη ότι όσοι κάνουν προβληματική χρήση δεν έχουν κανένα όριο και η χρήση που κάνουν είναι ανεξέλεγκτη. Στην πραγματικότητα η κατάχρηση ουσιών αποτελεί μια συνεχή εναλλαγή ανάμεσα στα όρια που τα άτομα που κάνουν προβληματική χρήση θέτουν στον εαυτό τους και την παραβίασή τους. Πολύ συχνά, η προσωρινή τήρηση των ορίων αποτελεί ένα μηχανισμό αυτοεπιβεβαίωσης του ελέγχου που έχουν στη χρήση ώστε να επιτρέψουν στον εαυτό τους να υπερβούν τα όρια που έθεσαν. Όταν η χρήση συνδέεται με προβλήματα σε άλλους τομείς η τήρηση των ορίων συνδέεται και μια σημαντική βελτίωση σε άλλους τομείς. Αυτή η βελτίωση εκτιμάται ότι μπορεί να διατηρηθεί και χωρίς να τηρούνται τα όρια της χρήσης και πολύ σύντομα τα άτομα που κάνουν χρήση βρίσκονται αντιμέτωπα με νέα προβλήματα.

Η ενδοφλέβια χρήση ουσιών αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την εξάρτηση για το μεγαλύτερο μέρος της κοινής γνώμης. Αν και είναι πραγματικότητα ότι η ενδοφλέβια χρήση συνδέεται με σημαντικά προβλήματα και χαρακτηρίζει τη βαρύτερη χρήση ουσιών, πολλές ουσίες που χρησιμοποιούνται με άλλους τρόπους – κάπνισμα,

εισπνοές από τη μύτη – είναι εξίσου εξαρτητικές και έχουν εξίσου επικίνδυνες επιπτώσεις. Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό πως το πρόβλημα της εξάρτησης δεν καθορίζεται από τη συγκεκριμένη ουσία που χρησιμοποιείται και από τον τρόπο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αλλά με την κατάχρηση ως υιοθετημένη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά.

Τέλος η θέση που ο Schuckit (1998) αναφέρει ως στοιχείο που πρέπει να απεκδυθεί των στερεοτυπικών του χαρακτηριστικών είναι το ότι οι εξαρτημένοι κατέληξαν έτσι εξαιτίας της ηθικής τους χαλαρότητας και το έλλειμμα τους σε αρχές και αξίες. Παρόλο που αρκετοί μελετητές συνδέουν τη χρήση ουσιών και τεκμηριώνουν τη σκληρή απαγορευτική πολιτική στη βάση του ελέγχου μιας ηθικής παιδαγωγικής που περιλαμβάνει και το πεδίο της χρήσης ουσιών (Wilson, 1995), και παρόλο που, ενδεχομένως, στο στάδιο της εξάρτησης μπορεί να παρατηρείται μια έκπτωση ηθικών αρχών που εκθέτουν τους εξαρτημένους πολλαπλώς σε δύσκολες καταστάσεις (όπως βίαιη ή παραβατική συμπεριφορά ή εκπόρνευση), φαίνεται ότι η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση δε συνδέονται με τα ηθικό έλλειμμα σε μια γραμμική αιτιολογική σχέση. Χρειάζεται να αναφερθεί, επιπλέον, ότι όχι σπάνια οι εξαρτημένοι αντιλαμβάνονται την ουσία και τη χρήση ως μηχανισμό - συναισθηματικής και φυσιολογικής – επιβίωσης τους ανεξάρτητα από το ηθικό πλαίσιο εκκίνησής τους.

Ο Schuckit (1998) στην ανάλυση του προσθέτει επιπλέον τρία χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ανάπτυξη της εξάρτησης και βρίσκονται σε ακολουθία: την *ευκολία* με την οποία κάποιος θα κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, την *άρνηση* της αναγνώρισης της προβληματικότητας που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών και την *κλιμάκωση* της κατάχρησης. Στο πλαίσιο αυτής της ερμηνείας η ευκολία με την οποία θα κάνει χρήση ουσιών συνίσταται εκτός από τις περιβαλλοντικές συνθήκες που καθορίζουν τη διαθεσιμότητα, και ενδεχομένως τις καθιερωμένες συμπεριφορές που ανάλογα επιτρέπουν, προτρέπουν ή επιβάλλουν τη χρήση κάποιας ουσίας, στην πεποίθηση του ατόμου που κάνει για πρώτη φορά χρήση ότι η χρήση είναι ευκαιριακή και ποτέ δεν θα αποτελέσει γι αυτό πρόβλημα. Και πραγματικά, η χρήση ουσιών σε ένα αρχικό στάδιο δεν διαφέρει ως προς την προβληματικότητά της με τη χρήση που ο γενικός πληθυσμός κάνει. Για το μικρό ποσοστό των ατόμων που τελικά θα εξαρτηθούν μετά από μια περίοδο κατάχρησης, το δύσκολο είναι ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο στάδιο αυτό είναι αποσπασματικά και υποεκτιμούνται, ενώ τα επεισόδια κατάχρησης γίνονται συχνά και επαναλαμβανόμενα. Η υποεκτίμηση αυτή ενδέχεται να συνδέεται με ένα προηγούμενο στάδιο που κυριαρχείται από την απόλαυση και το ευφορικό σύμπτωμα το οποίο αναζητάται επισταμένως στη συνέχεια. Οι Prochasca και DiClemente (1984) εξηγούν την ίδια φάση με τη θεωρία των σταδίων στο διαθεωρητικό τους μοντέλο. Η περιγραφή που επιχειρεί ο Schuckit περιλαμβάνεται στο διαθεωρητικό μοντέλο στα δύο πρώτα στάδια από τα πέντε που απομονώνουν στην πορεία στην προβληματική χρήση, την εξάρτηση και την αντιμετώπισή της: το στάδιο της *προπερίσκεψης* (*precontemplation*) όπου το άτομο βιώνει κυρίως θετικά την εμπλοκή του με τις ουσίες και το στάδιο της *περίσκεψης* (*contemplation*) όπου τα άτομα βρίσκονται μπροστά στις επιπτώσεις της εκτεταμένης υπερκατάνάλωσης.

Το στάδιο αυτό, κατά τον Schuckit (1998), διαρκεί αρκετά, εξαιτίας της άρνησης (*denial*) αναγνώρισης και παραδοχής από το άτομο που κάνει κατάχρηση ότι η χρήση ουσιών και τα προβλήματα τα οποία έχει και αυξάνουν σχετίζονται αιτιολογικά. Σε πολλές περιπτώσεις δεν θεωρούνται επίπτωση ή αποτέλεσμα της κατάχρησης ουσιών τα προβλήματα, και αρκετά συχνά μάλιστα η κατάχρηση ουσιών εκλαμβάνεται και ως δυνατότητα απάλυνσης της συναισθηματικής φόρτισης που τα προβλήματα παράγουν. Το στάδιο κατά το οποίο κάποιος χρησιμοποιεί την ουσία παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει από τη χρήση, δείχνει ότι η χρήση καταλήγει να είναι σημαντικότερη από τις δυσκολίες που επιφέρει και η πρόγνωση συνδέεται με αναμονή δυσκολότερων καταστάσεων. Στο στάδιο αυτό, η αύξηση της – ήδη-συχνής και αυξημένης χρήσης - για τρία είδη ουσιών: τα κατασταλτικά, τα οποιοειδή και τα διεγερτικά - είναι ανάλογη, στις περισσότερες των περιπτώσεων, με την κλιμάκωση προβλημάτων σε προσωπικό, οικογενειακό, οικονομικό, επαγγελματικό, επίπεδο καθώς και

σε θέματα που αφορούν την υγεία και που συμβάλλουν στην απομάκρυνση από κοινωνικούς κύκλους που κάνουν ανάλογη χρήση ευνοώντας συνθήκες προοδευτικού αποκλεισμού. Η απομάκρυνση και ο απομονωτισμός συνδέεται με την προσπάθεια μετάθεσης της ευθύνης σε άλλα πρόσωπα ή καταστάσεις και επιπλέον της αναποτελεσματικής διαχείρισης των δυσκολιών που γενικά προκύπτουν.

Τόσο τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν όσο και η αποσαφήνιση στερεοτυπικών θέσεων που κυριαρχούν στην κοινή γνώμη διαμορφώνουν και τις συνθήκες μέσα στις οποίες το άτομο θα βρεθεί πλέον στο στάδιο της απόφασης να ενεργοποιηθεί για να διαχειρισθεί σημαντικά στοιχεία που καθορίζουν τη σχέση του με τη χρήση. Οι Prochasca και DiClemente (1984) ονομάζουν αυτό το στάδιο, στάδιο απόφασης (*decision*) και το περιγράφουν ως μια δυναμική περίοδο και όχι ως μια στατική διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει πολύ και να έχει σημαντικές οπισθοχωρήσεις πριν το άτομο περάσει στο στάδιο της δράσης (*action*) όπου πλέον μπαίνει στη διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς του που σχετίζεται με τη χρήση. Το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της διατήρησης (*maintenance*) όπου με διάφορους τρόπους προσπαθεί να διατηρήσει τα θετικά αποτελέσματα που η προηγούμενη δράση του επέφερε.

Η εμπλοκή των ατόμων με το ποινικό σύστημα, από την άλλη μεριά, συχνά, μετατόπισε το επίκεντρο της συζήτησης εστιάζοντας στο νομικό ενδιαφέρον. Ο χρήστης, πριν ακόμα από τον εξαρτημένο, συνδέθηκε και με μια παραβατική φιγούρα που παραβιάζει το νόμο. Σε συνέχεια όλων όσων προαναφέρθηκαν, είναι σημαντικό, λοιπόν, να τονισθεί ότι συχνά υπερτονίζεται το νομικοαπαγορευτικό στοιχείο στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και η παραβατικότητα που χαρακτηρίζει το χρήστη. Σε ότι αφορά στον τρόπο που εκλαμβάνεται η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση, τον τρόπο που περιγράφονται και τον τρόπο που συγκροτούν μια κοινωνική αντιληπτή εικόνα, η κυρίαρχη αντίληψη περί απαγόρευσης της χρήσης παραμένει διαχρονικά γενικά σε ισχύ. Ήδη, από την πρώτη έρευνα που έθιξε ένα ανάλογο ζήτημα στην Ελλάδα, η κοινή γνώμη με ευρύτατη συναίνεση θεωρεί ότι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πρέπει να είναι αξιόποινη (Δασκαλάκης και συν., 1983). Από τότε, παρόλο που το θέμα της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και των εξαρτήσεων έγινε ένα από τα μείζονα θέματα διαλόγου της κοινωνικής πολιτικής και η ενημέρωση σχετικά είναι σφαιρικότερη, πληρέστερη και περισσότερο αξιόπιστη, σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι δεν έχει μετατοπισθεί σημαντικά η κοινή γνώμη σχετικά με την απαγορευτική στάση της πολιτείας για τη χρήση. Συγκεκριμένα σε αναλογία που υπερβαίνει τους οχτώ στους δέκα οι συμμετέχοντες στη διερεύνηση της κοινής γνώμης απαντούν τόσο στην έρευνα του 1983 όσο και στις πρόσφατες του 2004 που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ και από του 2005 που πραγματοποιήθηκε από το ΚΕΘΕΑ ότι η χρήση πρέπει να παραμείνει αξιόποινη πράξη (ΕΚΤΕΠΝ, 2006· ΚΕΘΕΑ, 2006).

Συχνά η εξάρτηση έχει συνδεθεί με την έκθεση των εξαρτημένων με το ποινικό σύστημα. Εφτά στους δέκα που ζητούν θεραπεία στις θεραπευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα έχουν μια τουλάχιστον σοβαρή κατηγορία ενώ ένα μεγάλο μέρος των καταδικασθέντων και τελικά των κρατουμένων στις Ελληνικές φυλακές που φτάνει το 40% έχει κατηγορηθεί με το Νόμο κατά των Ναρκωτικών (ΚΕΘΕΑ, 2007· ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Αυτή η στενή αλληλεξάρτηση ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και την εγκληματικότητα έχει γίνει συχνά πεδίο συζήτησης και εκτεταμένης μελέτης. Ένα πρώτο αρκετά ασφαλές συμπέρασμα συνδέεται με το ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν παράνομες ουσίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν και γενικά διαπράττουν περισσότερες αδικοπραξίες και εγκλήματα από ότι εκείνοι που δε χρησιμοποιούν παράνομες ουσίες.

Μια πρώτη εντύπωση που γεννιέται από τα προηγούμενα είναι ότι η χρήση παρανόμων ουσιών προκαλεί εγκληματικότητα υπό την έννοια ότι οι εξαρτημένοι εξαναγκάζονται για την απόκτηση της ουσίας στη συχνότητα και την ποσότητα που απαιτεί ο εθισμός τους να καταφύγουν στην εγκληματική πράξη. Αυτό μάλιστα συνδέεται και με τα χαρακτηριστικά της εγκληματικότητας που διαπράττουν οι εξαρτημένοι: συνήθως εγκλήματα κατά της

ιδιοκτησίας με αγαθά που μπορούν να ρευστοποιηθούν. Στη θέση αυτή, ωστόσο, αντιτίθενται αρκετοί μελετητές υποστηρίζοντας ότι οι περισσότεροι χρήστες δεν είναι πιθανότερο να εμπλακούν με εγκληματική δραστηριότητα από ότι οι μη χρήστες. Και αυτό για αρκετούς και σοβαρούς λόγους: κατά αρχήν η παράνομη χρήση ουσιών συχνά αντανακλά τη συμμετοχή σε μια ευρύτερη παρεκκλίνουσα υποκουλτούρα που ενθαρρύνει και επιβραβεύει την εγκληματική δραστηριότητα και περιλαμβάνει τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (Conklin, 1977). Επιπρόσθετα, πολλοί χρήστες ουσιών που κατηγορούνται για εγκλήματα στη μεγάλη τους πλειονότητα άρχισαν την παραβατική τους δραστηριότητα πριν ξεκινήσουν τη χρήση παρανόμων ουσιών (Swan, 1993). Επιπλέον, από την άλλη μεριά, είναι πολύ πιθανότερο να εκτεθεί στο ποινικό σύστημα κάποιος ο οποίος βρίσκεται στην κατώτερη κοινωνικονομική τάξη δεδομένου ότι είναι και πολύ πιθανότερο να διαπράξει ένα έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας το οποίο και συνδέεται με την ενεργοποίηση του κατασταλτικού μηχανισμού. Άλλωστε έχει υποστηριχθεί ότι η μορφή εγκληματικότητας που απαντάται συνήθως στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα εκφεύγει απολύτως από τον αστυνομικό έλεγχο (Δασκαλάκης και συν. 1983· Δασκαλάκης, 1985β). Υπό την έννοια, επομένως των παραπάνω η αλληλεξάρτηση της παραβατικότητας με την παράνομη χρήση ουσιών συνδέεται και με θέματα που αφορούν τη δυνατότητα του εξαρτημένου να μην εμπλακεί με εγκληματική δραστηριότητα ή ακόμα και να μην εκτεθεί στους μηχανισμούς του ποινικού ελέγχου.

1.1.7. Επιδημιολογικά δεδομένα της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών

Παγκόσμια κατάσταση

Είναι σε κάθε περίπτωση εξαιρετικά δύσκολο να απαντηθούν με βεβαιότητα ερωτήματα που σχετίζονται με το μέγεθος της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών παγκόσμια. Η ακριβής επικράτηση της χρήσης ουσιών όπως και ο πραγματικός, ακριβής, αριθμός των χρηστών και στην περίπτωση των ψυχοδραστικών - νομίμων και παρανόμων – ουσιών, όπως και σε πολλές άλλες περιπτώσεις εκτιμήσεων προβληματικών πεδίων της δημόσιας υγείας ή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αποτελούν κάτι σχεδόν αδύνατο. Ωστόσο η ανάπτυξη μεθόδων παρακολούθησης και καταγραφής όπως και η χρήση των νέων τεχνολογιών επιτρέπουν σε ένα βαθμό υψηλής αξιοπιστίας να εκτιμηθούν με μεγάλες πιθανότητες τα μεγέθη που αφορούν συγκεκριμένα φαινόμενα. Στο πλαίσιο της αδυναμίας αυτής, δύο είναι οι σημαντικές παγκόσμιες αναφορές πού παρέχουν σημαντικές εκτιμήσεις και οι οποίες προέρχονται από διεθνείς οργανισμούς που υπάγονται στα Ηνωμένα Έθνη. Πρόκειται για Γραφείο του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα στη Νέα Υόρκη και τη Διεθνή Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών που έχει έδρα στη Βιέννη.

Το Γραφείο για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα του ΟΗΕ (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC) αποτελεί ένα από τα διεθνή όργανα μελέτης των Ηνωμένων Εθνών που έχει στόχο την έγκυρη και συστηματική μελέτη του φαινομένου της κατάχρησης ουσιών στο σύνολο του. Κάθε χρόνο, αξιοποιώντας πηγές που συνδέονται με τις χώρες μέλη, εκδίδει την *Αναφορά για τα Ναρκωτικά στον Κόσμο* στην οποία επιχειρείται η εμπεριστατωμένη, σφαιρική και ισορροπημένη πληροφορία που περιλαμβάνει στοιχεία παραγωγής, διακίνησης, καταστολής αλλά κυρίως χρήσης (UNODC, 2007).

Παράλληλα, η Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board – INCB) για το 2006 κάνει, όπως συνήθως μια γενική αναφορά για τη κατάσταση της κατάχρησης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών στον κόσμο αναφέροντας σε γενικές γραμμές τις μεταβολές που καταγράφονται σε κάθε ήπειρο. Η έκθεση αυτή αναφέρεται σε όλα σχεδόν τα πεδία που συνδέονται με το φαινόμενο της χρήσης κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνοντας τόσο στοιχεία που αφορούν την παράνομη καλλιέργεια και τη διακίνηση, όσο όμως και τη νομοθεσία τις τοπικές πολιτικές αλλά και την κατανάλωση (INCB, 2007).

Η τελευταία έκθεση του 2007 που αναφέρεται στην κατάσταση της χρήσης ουσιών στον κόσμο υποστηρίζει ότι η ετήσια επικράτηση της χρήσης παρανόμων ουσιών για οποιαδήποτε ουσία ανέρχεται στο 4,8% του παγκόσμιου πληθυσμού 15-64 ετών που αντιστοιχεί σε διακόσια εκατομμύρια χρήστες. Το αντίστοιχο ποσοστό για όσους κάνουν συστηματικότερη χρήση – επικράτηση χρήσης τις τελευταίες τριάντα ημέρες – ανέρχεται στο 2,6% του παγκόσμιου πληθυσμού της ίδιας ηλικιακής ομάδας, ενώ το ποσοστό των προβληματικών χρηστών περιορίζεται στο 0,6% του παγκόσμιου πληθυσμού και αφορά περίπου εικοσιπέντε εκατομμύρια άτομα (UNODC, 2007).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) φαίνεται να συνδέονται με την προβληματικότερη εκδοχή της παράνομης χρήσης. Η ηρωίνη αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα για την Ευρώπη και την Ασία, ενώ στη Νότια Αμερική η κυρία ουσία που χρησιμοποιείται είναι η κοκαΐνη. Στην Αφρική, αντίθετα, κυριαρχεί η κάνναβη. Η κάνναβη πάντως είναι η ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο στον κόσμο αποτελώντας για περισσότερο από περίπου 165 εκατομμύρια άτομα την ουσία που χρησιμοποιεί τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Πιο συγκεκριμένα το 3,8% του παγκόσμιου πληθυσμού χρησιμοποίησε τους τελευταίους δώδεκα μήνες κάνναβη, το 0,6% αμφεταμινούχα σκευάσματα, το 0,2% έκσταση, το 0,3% κοκαΐνη, το 0,4% οπιοειδή και 0,3% ηρωίνη.

Φαίνεται ότι η κατανάλωση παρανόμων ουσιών σταθεροποιείται στη Βόρεια Αμερική και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ενώ δείχνει αυξητικές τάσεις τόσο στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπής όσο και στην Ασία και την Αφρική (UNODC, 2007· EMCDDA, 2006· NIDA, 2004).

Η Βόρεια Αμερική και οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης πάντως έχουν τους υψηλότερους δείκτες κατανάλωσης ηρωίνης και οπιοειδών, κάνναβης και κοκαΐνης. Εξαιρουμένων των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης όπου ο δείκτης επικράτησης ετήσιας χρήσης οπιοειδών έχει εκτιναχθεί στο 1,2%, τα οπιοειδή στη Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν ετήσια επικράτηση 0,5% την υψηλότερη από όλες τις άλλες περιοχές που συγκρίνονται (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005, EMCDDA, 2006).

Οι υψηλότεροι δείκτες ετήσιας επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης καταγράφονται στη Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης με 2,2% και 1,3% αντίστοιχα. Υψηλά, επίσης, ποσοστά αναφέρονται για τη Νότια Αμερική και την Ωκεανία που φτάνουν στο 0,8% ενώ στις υπόλοιπες περιοχές η χρήση εμφανίζεται σποραδική. Πάντως παρατηρείται μια σαφής αυξητική τάση κατανάλωσης κοκαΐνης στη Δυτική Ευρώπή και στη Νότια Αμερική ενώ αντίστοιχα στη Βόρεια Αμερική η κατανάλωση κοκαΐνης φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005· NIDA, 2004).

Η κάνναβη όπως προαναφέρθηκε είναι η σαφώς περισσότερο χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στον κόσμο. Η παραγωγή της είναι ένα φαινόμενο που αφορά περίπου όλες τις χώρες στον κόσμο αφού από το INCB και το UNODC αναφέρονται 172 χώρες που έχει επισημανθεί ως χώρες παραγωγής. Επιπλέον, η κάνναβη καταναλώνεται, με διαφορετικούς δείκτες επικράτησης, επίσης, από άτομα κάθε εθνικότητας αν και τόσο τα χαρακτηριστικά των καταναλωτών της όσο και ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων περιοχών. Η μεγαλύτερη επικράτηση ετήσιας χρήσης κάνναβης καταγράφεται στην Ωκεανία όπου το 15,8% του πληθυσμού μεταξύ 15-64 ετών χρησιμοποίησαν τον τελευταίο χρόνο κάνναβη. Αντίστοιχα στη Βόρεια Αμερική 10,7% των ατόμων 15-64 ετών χρησιμοποίησε τον τελευταίο χρόνο κάνναβη όταν στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Αφρικής καταγράφεται ένας λίγο χαμηλότερος δείκτης που φτάνει στο 7,4% (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005· NIDA, 2004).

Οι γνώμες σχετικά με την τάση που παρατηρείται στην κατανάλωση κάνναβης διίστανται. Ενώ φαίνεται να υπάρχει μια σταθεροποίηση στους δείκτες κατανάλωσης στη Βόρεια Αμερική υπάρχει μια γενικευμένη αύξηση στις χώρες της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής. Τα στοιχεία από την Ευρώπη δείχνουν μικτές τάσεις που δεν επιτρέπουν εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων ενώ στην Ωκεανία που έχει τον υψηλότερο δείκτη επικράτησης παρατηρείται μια σαφής φθίνουσα τάση στην κατανάλωση. Ανάλογη τάση παρατηρείται στις χώρες της Ανατολικής και Νοτιοανατολικής Ασίας, ενώ αντίθετα στις χώρες της Νότιας και της Κεντρικής Ασίας παρατηρείται τάση αύξησης της χρήσης. Από την άλλη μεριά, η γενική εικόνα δείχνει ότι, τελευταία, η κατανάλωση κάνναβης ελαφρώς υποχωρεί. Αν και είναι παρακινδυνευμένο να θεωρήσει κάνει την πρόσφατη μικρή μείωση σταθερή αλλαγή τάσης, πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα σε εκτεταμένες έρευνας φαίνεται να συγκλίνουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Υπάρχουν ωστόσο πολλοί ειδικοί που υποστηρίζουν ότι η εικόνα είναι διαφορετική και ότι η γενική αντίληψη που προκύπτει από όλη την προηγούμενη δεκαετία δεν ανατρέπεται ως τάση από μια προσωρινή όπως την χαρακτηρίζουν υποχώρηση. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί ότι και η νέου τύπου παραγόμενη κάνναβη, σε εσωτερικούς χώρους και με ισχυρότερη ψυχοδρατική ιδιότητα εξαιτίας της υψηλότερης περιεκτικότητας της σε τετραυδροκανναβινόλη (Δ^9-tetrahydrocannabinol - THC), μπορεί να την καθιστά μεταξύ των καταναλωτών σε λιγότερο δημοφιλή ουσία αφού διαφοροποιείται ο βαθμό βαρύτητάς της (UNODC, 2007).

Η κατάσταση στην Ευρώπη

Υπάρχει ένα σημαντικό ενδιαφέρον σε όλες τις χώρες και κυρίως στα κεντρικά όργανα πολιτικής της Ευρώπης με αρμοδιότητα στη δημόσια υγεία στο να εκτιμήσουν τις πραγματικές ανάγκες που χρειάζεται να διαχειρισθούν σχετικά με τη χρήση παρανόμων ουσιών. Κομβικό πεδίο στην προσπάθεια εκτίμησης αυτών των αναγκών είναι ο υπολογισμός της επικράτησης της παράνομης χρήσης στο γενικό πληθυσμό της κάθε χώρας αλλά και συνολικά τη Ευρώπης. Παρά το γεγονός ότι σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια σχετικά με την επικράτηση και τα πρότυπα χρήσης, είναι μικρός ο αριθμός των χωρών στις οποίες οι έρευνες αυτές γίνονται σε συστηματική βάση. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) έχει επιφορτισθεί με τη συλλογή δεδομένων από εθνικές πηγές μέσω εστιακών σημείων που τα κράτη μέλη διαθέτουν και συνθέτει μια σφαιρική εικόνα όπου παρουσιάζεται η «*κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*» όπως τιτλοφορείται και η σχετική έκθεση που εκδίδεται ετησίως (ΕΚΠΝΤ, 2006).

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΕΚΠΝΤ (2006) η κάνναβη είναι η παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα στην Ευρώπη. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι - ανάλογα με τη χώρα αναφοράς - μεταξύ 2% και 31% του γενικού πληθυσμού (15 έως 64 ετών) έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Μία συνολική εκτίμηση για τον πληθυσμό της Ευρώπης θα ήταν περίπου το 20% του γενικού πληθυσμού, το οποίο αντιστοιχεί σε 65.000.000 άτομα. Η χρήση κάνναβης, όπως και η χρήση άλλων παράνομων ναρκωτικών, είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των νέων και των νεαρών ενηλίκων. Μεταξύ 3% και 44% των νέων (από 15 έως 34 ετών) στην ΕΕ ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει κάνναβη. Στην ομάδα των ατόμων ηλικίας από 15 έως 24 ετών, μεταξύ 3% και 45% ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει κάνναβη, με τις περισσότερες χώρες να κυμαίνονται από 20% έως 40%. Το γεγονός ότι τα ποσοστά της πρόσφατης (κατά το προηγούμενο έτος) ή της τρέχουσας (κατά τον τελευταίο μήνα) χρήσης, είναι σημαντικά χαμηλότερα από αυτά της χρήσης σε όλη τη ζωή, υποδηλώνει ότι η χρήση κάνναβης τείνει να είναι περιστασιακή ή ότι διακόπτεται μετά από κάποιο διάστημα.

Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση άλλων ουσιών, τα ποσοστά χρήσης κάνναβης εμφανίζονται σημαντικά μεγαλύτερα μεταξύ των ανδρών παρά μεταξύ των γυναικών. Στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα χρήσης κάνναβης έδειξαν ότι περίπου ένα στα τέσσερα

άτομα (μεταξύ 19% και 33%) που ανέφεραν χρήση κάνναβης κατά τον προηγούμενο μήνα, έκαναν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση με τους περισσότερους από αυτούς να είναι νεαροί άνδρες. Σύμφωνα με μία εκτίμηση που παρουσιάστηκε στην ετήσια έκδοση του ΕΚΠΝΤ για το 2004 (βασισμένη σε στοιχεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από το 2000 μέχρι και το 2003 σε 8 χώρες) περίπου 3.000.000 άνθρωποι στην Ευρώπη κάνουν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης. Η εκτίμηση αυτή αφορούσε την κατώτατη εκτίμηση και ο αριθμός είναι πιθανό να είναι διαφορετικός σήμερα (ΕΚΠΝΤ, 2004).

Παρά τις μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των ερευνών, έχει φανεί ότι η χρήση κάνναβης έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90 στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κυρίως μεταξύ των νέων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην περίπτωση του μαθητικού πληθυσμού, μεγάλη αύξηση στην επικράτηση μπορεί να παρατηρηθεί με μικρή αύξηση στην ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι η εκτίμηση της επικράτησης για μαθητές ηλικίας μεταξύ 15 και 16 ετών δεν θα πρέπει να γενικεύονται για τους μαθητές άλλων ηλικιακών ομάδων. Από το 1995 και μετά έχει παρατηρηθεί συστηματική αύξηση στις περισσότερες χώρες της ΕΕ του αριθμού των μαθητών που αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει κάνναβη.

Οι επιδημιολογικές έρευνες, επανειλημμένα, δείχνουν ότι τα αμφεταμινούχα είναι, μετά την κάνναβη, οι παράνομες ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα, μολονότι η συνολική επικράτηση της χρήσης τους είναι σαφώς χαμηλότερη από αυτήν της κάνναβης. Η εικόνα αυτή φαίνεται να αλλάζει, με το *έκσταση* να παίρνει τη δεύτερη θέση μετά την κάνναβη. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό (ηλικίας 15 έως 64 ετών) των χωρών μελών της ΕΕ, μεταξύ 0,1% και 5,9% αυτών ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει αμφεταμίνη τουλάχιστον μία φορά, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία & Ουαλία) όπου το ποσοστό ανέρχεται σε 11,2%. Κατά μέσο όρο, το 3,1% των ενηλίκων Ευρωπαίων έχει κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά. Μεταξύ των νεαρών ενηλίκων (ηλικίας 15-34 ετών), η δοκιμή αμφεταμινών αναφέρεται σε ποσοστό από 0,1% έως 9,6%, με το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία & Ουαλία) να αναφέρει ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή 16,5 % (παρά το γεγονός ότι οι πρόσφατοι αριθμοί που αφορούν στη χώρα φαίνεται να συμβαδίζουν με αυτούς των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης).

Έκσταση έχει δοκιμάσει ποσοστό από 0,3% έως 7,1% όλων των ενηλίκων (ανάλογα με τη χώρα), με μέσο όρο για την ΕΕ το 2,6%. Μεταξύ των νεαρών ενηλίκων (ηλικίας 15 έως 34 ετών) σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 14,6%. Η χρήση έκστασης είναι κυρίως ένα φαινόμενο που αφορά τους νέους. Στην ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών, η χρήση σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 0,4% έως 18,7%, ενώ η χρήση κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,3% έως 12%. Με βάση τα στοιχεία νεότερων ερευνών, η χρήση έκστασης και αμφεταμινών, η οποία είχε παρουσιάσει αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια, μπορεί να σταθεροποιείται ή ακόμα και να μειώνεται σε κάποιες χώρες. Οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης έκστασης στο μαθητικό πληθυσμό υπερβαίνουν αυτές που αφορούν στη χρήση αμφεταμινών σε 14 από τις χώρες μέλη και τις υποψήφιες χώρες μέλη της ΕΕ, οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα ESPAD. Από το 1995 και μετά, η μεγαλύτερη αύξηση στη χρήση έκστασης σε όλη τη ζωή στο μαθητικό πληθυσμό έχει καταγραφεί στις νέες χώρες μέλη της ΕΕ της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης. Μείωση είχε παρατηρηθεί στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο πριν από το 1999 και τα ποσοστά αυτά παραμένουν από τότε σταθερά. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ESPAD το 2003 στο μαθητικό πληθυσμό, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερη από αυτή της χρήσης έκστασης σε 6 χώρες της ΕΕ, στη Νορβηγία και κάποιες υποψήφιες για ένταξη χώρες.

Με βάση διάφορες πρόσφατες έρευνες που διενεργούνται σε εθνικό επίπεδο για κάθε χώρα, ποσοστό μεταξύ 0,4% και 6% του γενικού πληθυσμού ενηλίκων αναφέρει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στην Ισπανία, την

Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα ποσοστά αυτά αντιστοιχούν σε περίπου 10.000.000 Ευρωπαίους, το 3%, δηλαδή, του πληθυσμού των ενηλίκων. Όπως και στην περίπτωση άλλων ουσιών, η χρήση κοκαΐνης επικεντρώνεται στους νεαρούς ενηλίκους, με τη δοκιμή να κυμαίνεται μεταξύ 1% και 10% και την πρόσφατη χρήση μεταξύ 0,2% και 4,8%. Η τρέχουσα (κατά τον τελευταίο μήνα) χρήση κοκαΐνης μπορεί να θεωρηθεί δείκτης πιθανής συστηματικής χρήσης. Μία εκτίμηση για τον πληθυσμό των ενηλίκων στην Ευρώπη είναι ότι 1.500.000 άνθρωποι έκαναν χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Στην περίπτωση των νεαρών ενηλίκων της Ισπανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Βουλγαρίας τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης κυμαίνονται μεταξύ του 2% και του 4%.

Εδώ και αρκετά χρόνια υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την αύξηση της χρήσης κοκαΐνης στην Ευρώπη, βάσει στοιχείων από διάφορες πηγές (π.χ. δείκτες της αγοράς, αιτήσεις για θεραπεία, θάνατοι). Παρά το γεγονός ότι ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης στην Ευρώπη σχετικά με τις τάσεις χρήσης κοκαΐνης φαίνεται να είναι αρκετά δύσκολος καθώς παραμένουν λίγες οι συστηματικές έρευνες στον τομέα αυτό, παρατηρείται σαφής τάση αύξησης της πρόσφατης χρήσης κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία κατά τη δεκαετία του 1990 και τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Οι τάσεις στις υπόλοιπες χώρες βρίσκονται υπό διαδικασία εκτίμησης και η αποσαφήνισή τους απαιτεί ευρύτερη διερεύνηση και συστηματικότερη μελέτη.

Οι εκτιμήσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που περιλαμβάνει κυρίως την ενδοφλέβια χρήση οπιοειδών κυρίως για την περίοδο 2000-2004 κυμαίνονται μεταξύ 1 και 10 περιπτώσεων ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Η επικράτηση φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών. Στις περιπτώσεις εκείνες, πάντως, όπου έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης για την ίδια χώρα, τα αποτελέσματα φαίνονται να συγκλίνουν.

Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις για τις νέες χώρες μέλη της ΕΕ δεν φανερώνουν μεγαλύτερη επικράτηση συγκριτικά με τις παλαιότερες χώρες μέλη της ΕΕ. Λίγες μόνο χώρες έχουν, άλλωστε, τη δυνατότητα να κάνουν εθνικές εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στις περιπτώσεις που τα στοιχεία αυτά είναι διαθέσιμα, συνήθως αναφέρονται σε πρόσφατη ενέσιμη χρήση.

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών σε εθνικό επίπεδο κατά την περίοδο 2000-2004 κυμαίνονται από 1 έως 6 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, με εξαίρεση της Εσθονία, όπου η εκτίμηση φτάνει στις 15 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με τους χρήστες που κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών. Η αναλογία των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση και ξεκινούν θεραπεία διαφοροποιείται σημαντικά από χώρα σε χώρα τόσο σε ότι αφορά στον απόλυτο αριθμό όσο και στη επίπεδο των τάσεων που διαμορφώνονται ως προς τα ποσοστά επί του πληθυσμού που έχει ανάγκη θεραπείας. Σε κάποιες χώρες παρατηρήθηκε σημαντική μείωση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και τα χαμηλά αυτά επίπεδα διατηρούνται, αλλά αυτό δεν φαίνεται να χαρακτηρίζει τη γενική ευρωπαϊκή εικόνα. Σε αρκετές άλλες χώρες παρατηρείται μεγάλη αναλογία χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, η οποία παραμένει σχετικά σταθερή ή σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζει μικρή τάση μείωσης. Η αναλογία των χρηστών ηρωίνης που κάνουν ενέσιμη χρήση και βρίσκονται σε θεραπεία αξιολογείται σε κάθε χώρα στο πλαίσιο των μειούμενων αριθμών χρηστών ηρωίνης που μπαίνουν σε θεραπεία για πρώτη φορά.

Η τάση στην περίπτωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών φαίνεται να παραμένει σχετικά σταθερή, με μικρές μόνο αυξομειώσεις, παρά το γεγονός ότι τα διαθέσιμα στοιχεία είναι σχετικά λίγα. Εκτιμήσεις σχετικά με την τάση της προβληματικής χρήσης δείχνουν μία γενική αύξηση από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια η τάση παραμένει σταθερή, με κάποιες χώρες να εμφανίζουν σαφή στοιχεία μείωσης και κάποιες άλλες να έχουν μία σταθερή εικόνα ή μικρές τάσεις αύξησης.

Επιπρόσθετα, πρόσφατοι, νέοι δείκτες που υιοθετήθηκαν φανερώνουν μία στροφή προς μεγαλύτερη διαφοροποίηση της προβληματικής χρήσης με αύξηση της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών, τη μείωση της χρήσης ηρωίνης και την αύξηση της χρήσης διεγερτικών (π.χ. κοκαΐνης) σε πολλές χώρες. Το ΕΚΠΝΤ έχει ξεκινήσει τη διαφοροποίηση των οπιοειδών και τα διεγερτικών στην εκτίμηση της προβληματικής χρήσης, παρά το γεγονός ότι οι εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση διεγερτικών είναι ιδιαίτερα περιορισμένες .

Οι εκτιμήσεις σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο υποδηλώνουν ότι η επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ πόλεων και περιφερειών. Οι εκτιμήσεις αυτές εξαρτώνται κατά πολύ από τη διαθεσιμότητα των σχετικών στοιχείων, αλλά και από τη γεωγραφική περιοχή που εξετάζεται (ΕΚΠΝΤ, 2006).

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής έρευνας στο γενικό πληθυσμό του 2004, το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία. Υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρουσιάζεται στους άνδρες (13,3%, έναντι 3,9% στις γυναίκες) και στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (12,4%) και 18-24 ετών (11,9%). Πρόσφατη χρήση (δηλαδή χρήση μέσα στους 12 τελευταίους μήνες) δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,8% του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών και το 2,8% του πληθυσμού ηλικίας 25-35 ετών (ΕΠΙΨΥ, αδημοσίευτα στοιχεία).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας ESPAD στους μαθητές το 2003 χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή του δηλώνει ότι έχει κάνει ο ένας στους δέκα εφήβους ηλικίας 13-18 ετών, ενώ η χρήση αυξάνεται με την ηλικία. Διπλάσιος αριθμός αγοριών από ό,τι κοριτσιών αναφέρει εμπειρία χρήσης παράνομων ουσιών (13,3% και 6,9% αντίστοιχα) ή και συχνότερη χρήση (ΕΠΙΨΥ, αδημοσίευτα στοιχεία). Από τα στοιχεία της έρευνας στο γενικό πληθυσμό, η χρήση παράνομων ουσιών είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα (12,4%) σε σύγκριση με τη Θεσσαλονίκη (7,8%), ενώ ακολουθούν οι αστικές περιοχές (7,3%), με τα χαμηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (5,8%) (ΕΠΙΨΥ, αδημοσίευτα στοιχεία). Αντίστοιχα στους εφήβους, σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εφήβων ηλικίας 13-18 ετών σε Αθήνα (12,3%) αναφέρει εμπειρία χρήσης κάποιας παράνομης ουσίας από ό,τι στις υπόλοιπες αστικές (πόλεις άνω στων 10.000 κατοίκων, 8,2%) και ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές (πόλεις κάτω των 10.000 κατοίκων, 6,7%) (ΕΠΙΨΥ, αδημοσίευτα στοιχεία).

Η περισσότερο διαδεδομένη παράνομη ουσία στον πληθυσμό είναι η κάνναβη και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες παράνομες ουσίες. Το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης ήταν το 2004 8,6% για το γενικό πληθυσμό ηλικίας 12-64 ετών (ΕΠΙΨΥ, αδημοσίευτα στοιχεία) και το 2003 9,5% για τους εφήβους ηλικίας 13-18 ετών (Κοκκέβη, 2005). Στους μαθητές ηλικίας 17-18 ετών, οι δύο στους δέκα (19,8%) αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για το ένα στα τέσσερα αγόρια αυτής της ηλικίας (26,4%). Η επικράτηση της χρήσης άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται μεταξύ 0,2% (GHB) και 2% (έκσταση). Το 2003, εισπνεόμενες ουσίες αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει έστω και μία φορά το 13,4% των εφήβων ηλικίας 13-18 ετών και 7,1% μέσα στον τελευταίο χρόνο. Η χρήση εισπνεόμενων ουσιών αναφέρεται από περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια. Χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών χαπιών (χωρίς σύσταση ιατρού) αναφέρεται από το 3,9% των εφήβων, περισσότερο από τα κορίτσια, Αναβολικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1,3% των εφήβων, με τα αγόρια να υπερβαίνουν σε ποσοστό τα κορίτσια (2,2% και 0,5%, αντίστοιχα).

Συγκριτικά, τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, η Ελλάδα τοποθετείται μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών

στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα ποσοστό χαμηλότερο του 9% των εφήβων μέχρι 16 ετών εμφανίζεται να έχει έστω και μια φορά εμπειρία χρήσης στη ζωή του ενώ σε χώρες όπως η Τσεχία, η Ελβετία, η Ιρλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες το αντίστοιχο ποσοστό είναι υψηλότερο από 40% (Hibel et al., 2004). Στις χώρες της υπόλοιπης Δυτικής Ευρώπης ένας στους τρεις έφηβους εμφανίζεται να έχει χρησιμοποιήσει κάποια φορά στη ζωή του έστω και μία φορά παράνομη ουσία. Αντίστοιχα, χαμηλά ποσοστά κάθε είδους χρήσης κάνναβης (είτε πειραματική, είτε συστηματική είτε βαριά χρήση δηλαδή) καταγράφεται και στην έρευνα της WHO, στην οποία η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης (Currie et al. 2004).

Παράλληλα, όμως, και η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών, που περιλαμβάνει σύμφωνα με τον ορισμό του EMCDDA, όσους συστηματικά κάνουν βαριά χρήση, συνήθως ενδοφλέβια οπιοειδών εμφανίζει μια μάλλον περιορισμένη επικράτηση με 3 χρήστες ανά χίλιους κατοίκους (EMCDDA, 2005). Το ποσοστό αυτό φαίνεται να συμφωνεί με την εκτίμηση του συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών που επιχειρεί να εκτιμήσει το ΕΚΤΕΠΝ στην Ελλάδα με την εφαρμογή της μεθόδου πολλαπλών εγγραφών παρακολουθώντας τα άτομα που ζητούν θεραπεία. Για το 2005 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των χρηστών ηλικίας 15-64 ετών που χρησιμοποιούν ως κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη υπολογίζεται σε λίγο λιγότερα από 20.000 άτομα (βαθμός εμπιστοσύνης 95% και ως εκ τούτου σε εύρος από 17.335 μέχρι 21.209 άτομα) εκτίμηση που αν και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με το 2004 δείχνει μια ελαφρά μείωση (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

1.2. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1.2.1. Πολιτικές για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών.

Είναι σαφές ότι το αντικείμενο αυτής της εργασίας δεν είναι η εκτενής εξέταση και σε βάθος παρουσίαση των δύο αντιτιθέμενων προσεγγίσεων που συγκροτούν την πολιτική απέναντι στην κατάχρηση ουσιών ως προς το θεωρητικό πλαίσιο από το οποίο προκύπτουν. Επειδή όμως αποτελούν μια χρήσιμη βάση για την κατανόηση της συγκρότησης την πολιτικών που τελικά εφαρμόζονται στην πραγματικότητα, αξίζει να γίνει μια σύντομη συνοπτική αναφορά στις γενικές τους αρχές αφού σηματοδοτούν την αφετηρία ως προς το επιστημολογικό και οντολογικό υπόβαθρο, αλλά και ως προς τις καταβολές από τις οποίες προκύπτουν οι κεντρικοί πυλώνες της σύγχρονης οργάνωσης μέτρων που αντιμετωπίζουν την κατάχρηση ουσιών.

Οι πολιτικές, έτσι, που διαμορφώνουν τη γενική στρατηγική που τελικά συγκροτεί τα, ευρύτερης ή εθνικής εμβέλειας, σχέδια δράσης μπορούν σε γενικές γραμμές να διακριθούν σε δύο κύριους άξονες που αποτελούν δύο αντιτιθέμενα άκρα: από τη μια μεριά η πολιτική της μηδενικής ανοχής που συνδέεται με την κάθε κόστους καταπολέμηση του συνόλου των παραμέτρων που συνθέτουν το φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών, με στρατηγικά εργαλεία τον ποινικό νόμο και την ευρεία κατασταλτική δράση. Από την άλλη μεριά η πολιτική της απόλυτης αποποινικοποίησης της χρήσης ουσιών και τη συλλήβδην νομιμοποίηση των στοιχείων που την καθορίζουν. Το μεσοδιάστημα του φάσματος, ωστόσο, καλύπτεται από ενδιάμεσες προτάσεις που για λόγους που συνδέονται με μια πραγματιστική και ρεαλιστική ανάλυση αλλά και εκκινώντας από δεοντολογικά κριτήρια διαμορφώνει μια μάλλον ανομοιογενή ως προς τις επιμέρους πτυχές της οργάνωσής της αναζητώντας εναλλακτικές εκδοχές τόσο στην καθολική ποινικοποίηση όσο και στην απόλυτη αποποινικοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών (Τζαννετάκη, 2006).

Αν και ιστορικά το μοντέλο που φαίνεται να έχει κυριαρχήσει είναι αυτό των πολιτικών που συνδέονται με την κατασταλτική ποινικοποίηση εν τούτοις σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχει με μια ηπιότερη αντίληψη που συνδέεται με ενδιάμεσες πρακτικές όπου αποποινικοποιείται η χρήση και αναγνωρίζεται μια ελαφρυντική μεταχείριση των

εξαρτημένων χρηστών που διαπράττουν ελάσσονος σημασίας αδικήματα (Παρασκευόπουλος 1997). Σε κάθε πάντως περίπτωση, ακόμα και όταν εξετάζονται μοντέλα και εφαρμοσμένες πρακτικές που μπορούν εύκολα να συνδεθούν με την πολιτική της αποποινικοποίησης της χρήσης, περισσότερο μπορεί κάποιος να ισχυρισθεί ότι πρόκειται για πολιτικές που επιλέγουν μεγαλύτερη ανοχή παρά ότι οι εφαρμογές αυτές αποτελούν ένα πλέγμα μέτρων που αμιγώς αναφέρεται στην αποποινικοποίηση.

Στη βάση των παραπάνω, το σύνολο των – εθνικών – στρατηγικών που μπορούν να εκληφθούν και ως ένα γενικευμένο μοντέλο οργάνωσης πολιτικής συνδέεται με δύο βασικές κατευθύνσεις ως προς του στόχους των πολιτικών: τη μείωση της προσφοράς και τη μείωση της ζήτησης. Παρόλο που οι δύο αντίπαλες προσεγγίσεις που προαναφέρθηκαν αντιλαμβάνονται και σημασιοδοτούν με διαφορετικό τρόπο τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς φαίνεται να συμφωνούν ότι αποτελούν δύο πεδία τα οποία οφείλει να συμπεριλαμβάνει οποιοδήποτε σχέδιο οργανώνεται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών.

Ως μείωση της προσφοράς νοείται το σύνολο των μέτρων που προσπαθούν να επηρεάσουν τη διαθεσιμότητα των ουσιών. Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν πολλές επιμέρους οργανωμένες προσπάθειες όπως, περιορισμό της παραγωγής αλλά και των πρόδρομων ουσιών, έλεγχο της διακίνησης των χημικών πρόσθετων που είναι απαραίτητα για την παραγωγή του τελικού προϊόντος που καταναλώνεται, την οργάνωση των συνοριακών ελέγχων, την αστυνόμευση, τον ποινικό μηχανισμό δίωξης.

Από την άλλη μεριά, ως μείωση της ζήτησης νοούνται οι εφαρμογές και τα μέτρα που στοχεύουν στη μείωση της ελκυστικότητας της χρήσης ουσιών και συνδένται με πρακτικές που περιλαμβάνουν τα προγράμματα πρόληψης, της θεραπείας και της επανένταξης. Στο πλαίσιο αυτό, σε ότι αφορά την πρόληψη, η έμφαση δίνεται στα πεδία της αποφυγής ή της καθυστέρησης της χρήσης απαγορευμένων και νομίμων ψυχοδρατικών ουσιών με προγράμματα εκπαίδευσης, αγωγής υγείας, κοινοτικές παρεμβάσεις και με ομάδες στόχους κυρίως παιδιά ή έφηβους, συνήθως μαθητές, αλλά και εκπαιδευτικούς, γονείς ή άλλα εκ του ρόλου τους σημαντικά πρόσωπα όπως είναι οι γυμναστές, οι προπονητές και οι αθλητικοί παράγοντες. Υπάρχουν επιπλέον δράσεις που απευθύνονται σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι νέοι με παραβατική συμπεριφορά, ειδικές επαγγελματικές ομάδες ή και μειονοτικές ομάδες που η επιδημιολογία έχει δείξει ότι αποτελούν δυνάμει ευάλωτες ομάδες για κατάχρηση ουσιών.

Στο ίδιο πλέγμα πολιτικών μείωσης της ζήτησης περιλαμβάνονται επίσης τα προγράμματα θεραπείας και επανένταξης που πλέον απευθύνονται σε όσους ανέπτυξαν μια προβληματική χρήση με τις ψυχοδραστικές ουσίες. Το ευρύ πεδίο τυπολογίας θεραπευτικών παρεμβάσεων ποικίλει από προγράμματα που στοχεύουν απλώς στη μείωση της βλάβης από τη χρήση μέχρι και την ολιστική υποστήριξη για την οριστική διακοπή της χρήσης και την αποχή από τη χρήση ουσιών και την πλήρη τους επανένταξη. Παρόλο που η συστηματική παρουσίαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων θα αναλυθεί στη συνέχεια είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι τα προγράμματα μείωσης της ζήτησης θεραπευτικού χαρακτήρα γενικά διακρίνονται σε προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης, προγράμματα χαμηλών προσδοκιών μείωσης της βλάβης, προγράμματα αποτοξίνωσης, προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής – υποκατάστασης, ανταγωνιστών ή και συντήρησης – προγράμματα απεξάρτησης ημερήσιας παρακολούθησης ή διαμονής χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, προγράμματα που λειτουργούν στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος, προγράμματα επανένταξης.

Οι πολιτικές μείωσης της ζήτησης περιλαμβάνουν επίσης μέτρα θεσμικού χαρακτήρα που προσπαθούν να ενισχύσουν τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης. Έτσι συχνά η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτήσεων υποστηρίζεται μέσω ευεργετημάτων που οι απεξαρτημένοι δικαιούχοι μπορούν να αξιοποιήσουν. Τέτοιου τύπου ευεργετήματα, συνήθως συνδέονται με διευκολύνσεις για την εκπαίδευση ή την επαγγελματική κατάρτιση των πρώην

εξαρτημένων, την ευνοϊκότερη αντιμετώπισή τους από το ποινικό σύστημα, ή και με μέτρα που πριμοδοτούν την απασχόλησή τους είτε με ενίσχυση των εργοδοτών είτε με απευθείας ενισχυτικά επιδόματα για ανάπτυξη της ατομικής επιχειρηματικότητας.

Σε γενικές πάντως γραμμές από πολύ νωρίς έχει γίνει αποδεκτό, ότι ανεξάρτητα από το ποια προσέγγιση θα κυριαρχήσει ως προς τη θεωρητική αφετηρία οργάνωσης της πολιτικής που θα κυριαρχήσει σε εθνικό επίπεδο, η πρακτική αντιλαμβάνεται την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως μια διεθνή, παγκόσμια υπόθεση που απαιτεί συνεργασία, συναίνεση και συντονισμένη δράση.

Στο πλαίσιο αυτό πολλές είναι οι διεθνείς συμβάσεις που από νωρίς έρχονται να συμβάλλουν σε μια κατά το δυνατό οργάνωση ενός κοινού τόπου για την ανάπτυξη συντονισμένης διεθνούς πρακτικής. Μερικές από τις σημαντικότερες είναι η Ενιαία Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά, του 1961 οποία και τροποποιήθηκε με το Πρωτόκολλο του 1972, η Σύμβαση για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες (1971) και η Σύμβαση κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών (1988), οι οποίες αποτελούν σημαντικότατες νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Εξάλλου, η Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά, του 1998, επιβεβαίωσε τη σκοπιμότητα της ολοκληρωμένης και ισόρροπης προσέγγισης, στα πλαίσια της οποίας η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης συνιστούν αλληλοενισχυόμενα στοιχεία της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών.

Βασισμένη στα προηγούμενα, η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά για την οκταετία 2005 – 2012 που εγκρίθηκε από το Συμβούλιο της ΕΕ το Νοέμβριο του 2004, επικεντρώνεται σε δύο τομείς πολιτικής, τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς, καθώς και σε δύο εγκάρσια θέματα, τη διεθνή συνεργασία και την έρευνα, την πληροφόρηση και την αξιολόγηση (Συμβούλιο της ΕΕ, 2004). Ήδη από το προοίμιο του σημειώματος που αφορά τη στρατηγική διατυπώνεται η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, συντονισμού των επιμέρους εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης και ο υπερεθνικός χαρακτήρας που οφείλει να έχει η στρατηγική πλαίσιο της ΕΕ. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι αν και τα ναρκωτικά είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζεται κατά πρώτο λόγο σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, συνιστούν σε κάθε περίπτωση παγκόσμιο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται με διακρατικό πλαίσιο.

Οι άξονες στους οποίους βασίζονται οι θεματικές της πολιτικής όπως προκύπτει από τη στρατηγική της ΕΕ περιλαμβάνουν κατά πρώτο τον τομέα τη δημόσιας υγείας όπου τονίζεται ότι Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για το μετριασμό των βλαβερών συνεπειών των ναρκωτικών για την υγεία, μεταξύ άλλων μέσω της πληροφόρησης και της πρόληψης. Κατά δεύτερον αναφέρεται στις πρόδρομες χημικές ουσίες, οι οποίες μπορούν να εκτραπούν και να χρησιμοποιηθούν για την παρασκευή παράνομων ναρκωτικών, η νομοθεσία της ΕΚ προβλέπει ένα πλαίσιο για τον έλεγχο του εμπορίου προδρόμων ουσιών στο εσωτερικό της Κοινότητας καθώς και με τρίτες χώρες. Όσον αφορά, κατά τρίτο, το ξέπλυμα χρημάτων, η κοινοτική νομοθεσία θεσπίζει σειρά μέτρων και για την πρόληψη του ξεπλύματος των εσόδων από ναρκωτικά. Το τέταρτο σημείο αφορά τη δικαιοσύνη και τις εσωτερικές υποθέσεις, τη συνεργασία μεταξύ αστυνομικών, τελωνειακών και δικαστικών αρχών και τονίζεται ότι είναι ένα βασικό στοιχείο για την πρόληψη και την καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών. Έτσι κρίνει ως μείζον βήμα την έκδοση της απόφασης πλαισίου σχετικά με τη διακίνηση ναρκωτικών για τη θέσπιση στοιχειωδών διατάξεων όσον αφορά τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων, καθώς και των ποινών που επιβάλλονται στον τομέα της διακίνησης ναρκωτικών. Τέλος, στον τομέα των εξωτερικών σχέσεων αναφέρεται ότι η ΕΕ αναλαμβάνει διεθνή δράση με συνδυασμό πολιτικών πρωτοβουλιών, όπως τα σχέδια δράσης και ο διάλογος σχετικά με τα ναρκωτικά με διάφορες περιοχές παγκοσμίως, καθώς και η παροχή βοηθείας μέσω προγραμμάτων ανάπτυξης (Συμβούλιο της ΕΕ, 2004).

Η στρατηγική αυτή προβλέπει συνεργασία με φορείς διακρατικούς που μπορούν να συμβάλλουν στη διατύπωση του Σχεδίου Δράσης της Ευρώπης που επί της ουσίας αποτελείται από τα επιμέρους Εθνικά Σχέδια Δράσης η εφαρμογή των οποίων θα αξιολογηθεί το 2009 και το 2012 και το πλαίσιο των οποίων οφείλει να ορίζεται από κοινά κριτήρια. Συγκεκριμένα αναφέρεται από το Συμβούλιο ότι αφού μελετήθηκε αφενός η σημερινή κατάσταση όσον αφορά τα ναρκωτικά σε καθένα από τα 25 κράτη μέλη και αφετέρου οι διαφορές της κατάστασης αυτής στις διάφορες περιοχές, κράτη μέλη και ομάδες κρατών μελών, χρειάζεται να σχεδιασθούν παρεμβάσεις που θα περιληφθούν στα σχέδια δράσης με βάση πέντε κριτήρια: (1) Οι ενέργειες στο επίπεδο της ΕΕ πρέπει να προσφέρουν σαφή προστιθέμενη αξία και τα αποτελέσματά τους πρέπει να μπορούν να σταθμισθούν και να είναι ρεαλιστικά. Θα πρέπει να δηλώνεται εκ προοιμίου ποια είναι τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. (2) Στα σχέδια δράσης πρέπει να δηλώνεται ρητά το χρονικό πλαίσιο εντός του οποίου θα πρέπει να υλοποιηθούν οι δράσεις (κατά προτίμηση κατά τη χρονική διάρκεια του σχεδίου δράσης), καθώς και οι αρμόδιοι για την εφαρμογή τους και για τη σχετική με τις δράσεις έκθεση προόδου. (3) Οι δραστηριότητες πρέπει να συμβάλλουν άμεσα στην επίτευξη ενός τουλάχιστον των στόχων ή προτεραιοτήτων που ορίζονται από τη Στρατηγική. (4) Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι οικονομικά αποδοτικές. (5) Σε κάθε τομέα, ο αριθμός παρεμβάσεων ή δραστηριοτήτων πρέπει να είναι περιορισμένος.

Επιπλέον, στη Στρατηγική αυτή κατονομάζονται οι ειδικοί στόχοι που περιλαμβάνει στον τομέα της μείωσης της ζήτησης και συγκεκριμένα γίνεται λόγος για: λήψη μέτρων ώστε να μην αρχίζουν οι άνθρωποι να χρησιμοποιούν ναρκωτικά, λήψη μέτρων ώστε να μην καταστεί συνήθεια η δοκιμή ναρκωτικών για λόγους απόκτησης εμπειριών, έγκαιρη παρέμβαση για να αποτραπούν επικίνδυνες συνήθειες κατανάλωσης, πρόβλεψη προγραμμάτων θεραπείας, πρόβλεψη προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, μείωση υγειονομικών και κοινωνικών βλαβερών συνεπειών που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Όλα αυτά τα μέτρα θεωρούνται στο πνεύμα της στρατηγικής συμπληρωματικά και θα πρέπει να παρέχονται κατά τρόπο ολοκληρωμένο και να συμβάλλουν τελικά στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εξάρτησης καθώς και στη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών συνεπειών που συνδέονται με τα ναρκωτικά.

Στο πλαίσιο αυτό, σχεδόν στο σύνολο των χωρών μελών έχουν εκπονηθεί Εθνικά Σχέδια Δράσης. Στην Ελλάδα η Εθνική Στρατηγική και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης που από το 2006 έχουν ανακοινωθεί, εναρμονίζονται με τις βασικές αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής.

Πιο συγκεκριμένα η Εθνική Στρατηγική περιλαμβάνει άξονες που σχετίζονται με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων στη μείωση της ζήτησης με αύξηση της προσβασιμότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες και με βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών που περιλαμβάνει ισόρροπη ανάπτυξη προγραμμάτων. Επιπλέον, καθιερώνει επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης για ειδικές ομάδες στόχους. Υιοθετεί την ανάγκη συστηματικής αξιολόγησης των θεραπευτικών ομάδων. Συστήνει τη επέκταση υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και παρεμβάσεων στο δρόμο. Διατυπώνει την ανάγκη επέκτασης των προγραμμάτων για την πρόληψη της διάδοσης HIV, της ηπατίτιδας C και άλλων αιματογενών λοιμώξεων ή νόσων. Επιδιώκει τη μείωση της θνησιμότητας που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Προτρέπει για σχεδιασμό μέτρων που μειώνουν τη δημόσια παρενόχληση και στο πλαίσιο αυτό, συστήνει ότι πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα ώστε να αναπτυχθεί συνεργασία των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων και την κοινωνία των πολιτών. Επισημαίνει την ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης εναλλακτικών μέτρων στην ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων και ενίσχυση των προγραμμάτων υποστήριξης στα σωφρονιστικά καταστήματα. Και, τέλος, συστήνει τον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Από την άλλη μεριά το Εθνικό Σχέδιο Δράσης εξειδικεύει τους στόχους της στρατηγικής αυτής με συγκεκριμένα μέτρα και χρονοδιάγραμμα. Οι βασικοί άξονες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι πέντε: ο συντονισμός, η μείωση της ζήτησης, η μείωση της προσφοράς, η

διεθνής συνεργασία, και η εκπαίδευση, η έρευνα και η αξιολόγηση (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Παρόλο που το Εθνικό Σχέδιο Δράσης είχε εξαγγελθεί το 2006, το 2007 το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης τετραετές επικεντρώνοντας κυρίως σε ζητήματα που αφορούν στον τομέα της μείωσης της ζήτησης όπου προτείνονται οργανωτικές αλλαγές στο χάρτη υπηρεσιών απεξάρτησης και πρόληψης και μια στροφή σε περισσότερο ολιστική αντίληψη της οργάνωσης των υπηρεσιών που στοχεύει στην εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας (ΥΥΚΑ, 2007).

1.2.2. Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Ο τρόπος με τον οποίο συγκροτείται η θεώρηση της αιτιολογίας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες καθορίζει και την προσέγγιση που οργανώνει την προσπάθεια αντιμετώπισής της. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι άξονες προσεγγίσεις, ανεξάρτητα από τις επιμέρους υποκατηγορίες που διακρίνονται στην καθεμία είναι δύο ειδών. Από τη μία μεριά είναι η ιατροκεντρική προσέγγιση, που συνδέει την εξάρτηση με βιολογικούς κυρίως παράγοντες και εν πολλοίς αναγνωρίζει την εξάρτηση ως νόσο, και από την άλλη η ψυχοκοινωνική, που αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως ένα σύμπτωμα σημαντικών πεδίων δυσλειτουργίας.

Η ιατρικοκεντρική προσέγγιση ορίζει την εξάρτηση ως «*υποτροπιάζουσα αυτοπροκαλούμενη νόσο του εγκεφάλου*» και επικεντρώνει τη μελέτη στη βιοχημική λειτουργία των συνάψεων των νευροδιαβιβαστών καθορίζοντας ανάλογα και το πεδίο της παρέμβασης. Αν και η ψυχολογική υποστήριξη είναι απολύτως αποδεκτή για τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το βασικό εργαλείο το οποίο προσπαθεί να εξελίξει είναι η φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο την αντιμετώπιση τόσο της αυξάνουσας επιθυμίας για τη λήψη της ουσίας όσο και των συμπτωμάτων που συνδέονται με τη διακοπή της λήψης της. Η ανάπτυξη των νευροεπιστημών σε συνδυασμό με την κατανόηση της λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών στο ευφορικό σύμπτωμα που προκαλεί η κάθε ψυχοδραστική ουσία έκανε δυνατή την έρευνα σε φαρμακευτικές ουσίες που μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως υποκατάστατα είτε ως ανταγωνιστές του συμπτώματος. Έτσι, τα υποκατάστατα παράγουν συμπτώματα ανάλογα με αυτά της ψυχοδραστικής ουσίας αλλά εξαιτίας του τρόπου χρήσης, του στόχου και του περιβάλλοντος στο οποίο χρησιμοποιούνται, οι επιπτώσεις αφορούν μόνον την αλλοίωση της συνείδησης ή της διάθεσης χωρίς να συνδέονται με τις πολλές συχνά επώδυνες και σοβαρές συνέπειες που προκαλεί η χρόνια χρήση απαγορευμένων ψυχοτρόπων ουσιών. Οι ανταγωνιστές από την άλλη μεριά αποτελούν ουσίες που έχουν την ιδιότητα να απενεργοποιούν την ικανότητα μεταβίβασης ικανού μηνύματος των νευροδιαβιβαστών και ως εκ τούτου η ψυχοτρόπος δράση της ουσίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα ακυρώνεται και το ευφορικό σύμπτωμα αδρανοποιείται. Ιδιαίτερα για τα οπιοειδή η μεθαδόνη αρχικά, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη αργότερα αποτέλεσαν σημαντικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση της εξάρτησης.

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως γενικευμένη βιοψυχοκοινωνική δυσλειτουργία. Είναι δηλαδή το σύμπτωμα του συνδυασμού βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών που συμπίπτουν σε μια χρονική περίοδο και οδηγούν το άτομο στην υπερκατανάλωση μιας ουσίας και τελικά στην εξάρτηση από αυτή. Για την αντιμετώπιση της εξάρτησης η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση προτείνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων που ενισχύει το άτομο σε μια διαδικασία αλλαγής, ώστε να επιλέξει συμπεριφορές που αποκλείουν τη χρήση ουσιών για την αντιμετώπιση των μειζόνων προβλημάτων που βιώνει. Αντιλαμβανόμενη τη χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση ως μια δυναμική διαδικασία στην οποία σταδιακά περνά ο εξαρτημένος χωρίς απαραίτητα να πρέπει να διατρέξει το σύνολο αυτής της πορείας, η συγκεκριμένη προσέγγιση συνδέει την απεξάρτηση με μια ανάλογη πορεία κατά την οποία ο εξαρτημένος καλείται να υιοθετήσει αλλαγές νοηματοδοτώντας τόσο τη χρήση όσο και την αποχή σε μια προοπτική προσωπικής ανάπτυξης και δημιουργικότητας. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση θεωρεί ότι η αποτοξίνωση, η διακοπή δηλαδή της χρήσης κάποιας ουσίας και η εξάλειψη της οργανικής ανάγκης για λήψη

της ουσίας, αποτελεί μόνο μια πρώτη φάση στη διαδικασία απεξάρτησης που χρειάζεται να συμπληρωθεί από τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, την αντιμετώπιση δηλαδή των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτίων που την επιβάλλουν.

Οι δύο προσεγγίσεις φαίνεται να διαφέρουν ως προς τον τελικό στόχο, δεδομένου ότι η πρώτη ακολουθεί μια συντηρητική αγωγή που βασίζεται στη μακρόχρονη λήψη του φαρμάκου από τον ασθενή-εξαρτημένο, ενώ η δεύτερη συνδέεται με μια ενσυνείδητη αναγνώριση της συμπεριφοράς κατάχρησης και την αντιμετώπισή της ως προς την ουσία της επιλογής του ατόμου.

Αν και οι δύο προσεγγίσεις φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά, ιδιαίτερα στον τρόπο με τον οποίο συγκροτούν την κλινική πρακτική, στην οργάνωση των θεραπευτικών στόχων που υπηρετούν συνδέονται σε αρκετά κοινά πεδία. Κατ΄ αρχάς για τα προγράμματα που αντιμετωπίζουν την προβληματική χρήση και την εξάρτηση ένας πρώτος μείζων στόχος είναι η μείωση ή και η αποχή από την χρήση ψυχοδραστικών απαγορευμένων ουσιών. Ένας δεύτερος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που απορρέουν από τη χρήση και αφορούν την υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ενεργοποίηση των προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, ένας τρίτος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που συνδέουν την χρήση και κατάχρηση ουσιών με αντικοινωνική συμπεριφορά η οποία επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό, εγκλεισμό και απομόνωση (Πουλόπουλος, 2005).

Η έρευνα άλλωστε έχει αποδείξει ότι η μείωση του συνόλου των επιπτώσεων από την κατάχρηση ουσιών, ανεξάρτητα από την προσέγγιση που συγκροτεί την κάθε υποστηρικτική προσπάθεια, είναι πολύ μεγαλύτερη για όσους συμμετείχαν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση από όσους δεν συμμετείχαν (McLellan, 2000· 2002).

1.2.3. Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής

Η προσέγγιση από την οποία προκύπτουν τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής συνδέονται με τη γενίκευση της αντίληψης της εξάρτησης ως *νόσου* και του εξαρτημένου ως *ασθενή*. Αν και στην πραγματικότητα είναι ακριβές ότι τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής διαπνέονται από αυτού του ιατρικού τύπου ερμηνεία δεν παύει να απλουστεύεται, έτσι, η διαδικασία που συνδέει την απεξάρτηση με τη φαρμακολογία, το φάρμακο και την προσπάθεια της κλινικής έρευνας να ανακαλύψει και να κατασκευάσει φαρμακευτικά σκευάσματα αποτελεσματικά ως προς την επιθυμία της χρήσης της ουσίας (*craving*), το στερητικό σύνδρομο, όπου αυτό υφίσταται, καθώς και τις γενικότερες επιπτώσεις από την κατάχρηση ουσιών.

Μέχρι σήμερα οι κυριότερες ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι η μεθαδόνη, η βουπρενορφίνη και η ναλτρεξόνη. Οι ουσίες αυτές συνδέονται με την πρόοδο της έρευνας της λειτουργίας του εγκεφάλου και με την καλύτερη κατανόηση του πώς μεταδίδονται μηνύματα μέσω των νευροδιαβιβαστών προς τους υποδοχείς. Οι τελευταίοι οργανώνουν τις συνθήκες παραγωγής του ευφορικού συμπτώματος στα νευρικά κύτταρα και έτσι μέσω του κεντρικού νευρικού συστήματος βιώνονται οι επιπτώσεις από το σύνολο του σώματος, ανάλογα με τη δραστική ιδιότητα της κάθε ψυχοδραστικής ουσίας.

Η πρόοδος στην επιστήμη των νευροβιολογίας μας επιτρέπει να γνωρίζουμε ότι οι δράσεις των οπιούχων και των οπιοειδών, όπως η αναλγησία, η ευφορία, η δυσκοιλιότητα και η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου, προκαλούνται από τη δέσμευση ειδικών υποδοχέων οι οποίοι διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες (μ,κ,δ) και βρίσκονται στη μεμβράνη των νευρικών κυττάρων. Τα οπιούχα που εισάγονται στον οργανισμό, ανάλογα με τον τρόπο που δρουν πάνω στους υποδοχείς, διακρίνονται σε πλήρεις ανταγωνιστές, εφόσον συνδέονται και

ενεργοποιούν πλήρως τον υποδοχέα, σε μερικούς ανταγωνιστές, εφόσον ενεργοποιούν μόνο μερικώς τον υποδοχέα, και τέλος σε ανταγωνιστές, εφόσον συνδέονται και αδρανοποιούν τον υποδοχέα. Είναι γενικά παραδεκτό, πάντως, ότι ο όρος οπιοειδές αφορά κάθε ουσία, φυσική ή συνθετική, η οποία χορηγούμενη εξωγενώς μπορεί να συνδέεται και να έχει πλήρη ή και μερική ανταγωνιστική δράση προς τους υποδοχείς μ, κ και δ (Γαζγαλίδης, 2003· Λιάππας, 2003).

Καθαροί, πλήρεις ανταγωνιστές των μ, κ και δ υποδοχέων είναι το όπιο, η μορφίνη, η ηρωίνη, η κωδεΐνη, η μεθαδόνη και η LAAM. Μερικοί ανταγωνιστές είναι η βουπρενορφίνη και η πενταζοκίνη, ανταγωνιστής-ανταγωνιστή είναι η ναλορφίνη και τέλος ανταγωνιστές είναι η ναλοξόνη και η ναλτρεξόνη. Κάτω από τη λογική αυτή τα προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων διακρίνονται σε προγράμματα με μεθαδόνη, προγράμματα που χρησιμοποιούν ναλτρεξόνη και προγράμματα που χορηγούν βουπρενορφίνη.

Τα προγράμματα μεθαδόνης είναι τα περισσότερο διαδεδομένα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής και παρουσιάζουν πολλές παραλλαγές στην οργάνωση, τις αρχές και τους στόχους τους. Η μεθαδόνη ως συνθετικό οπιοειδές παράγωγο παρήχθη για πρώτη φορά το 1941, στα εργαστήρια της I.G. Farben-Industrie, στο πλαίσιο της κλινικής έρευνας των γερμανικών ενόπλων δυνάμεων. Το 1945 η αμερικανική επιτροπή εμπορίου βρήκε εκεί τη νέα ουσία και μετά από έλεγχο από την επιτροπή φαρμάκων και χημικών των ΗΠΑ, κατοχυρώθηκε με το όνομα μεθαδόνη (*methadone*).

Ο πρώτος που μελέτησε το φάρμακο και κατέδειξε τις εξαρτησιογόνες ιδιότητές του ήταν ο Isbell το 1946 και μαζί με το συνεργάτη του Vogel, εργαζόμενοι στο δημόσιο νοσοκομείο του Lexington, μελέτησαν τη χρήση της μεθαδόνης στην αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων από την ηρωίνη. Ήταν οι πρώτοι που κατέδειξαν ότι αρκεί μια εφάπαξ ημερήσια χορήγηση μεθαδόνης και δημιούργησαν ένα πρωτόκολλο σωματικής αποτοξίνωσης από την ηρωίνη με τη χορήγηση μειούμενων δόσεων μεθαδόνης, για ένα χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων περίπου.

Το 1970 αναγνωρίστηκε η υποκατάσταση από τη Φαρμακολογική Εταιρία της Νέας Υόρκης ως μια αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από την ηρωίνη. Το 1973 ο αριθμός των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης στη Νέα Υόρκη ανήλθε στις 35.000. Από το 1973 τα προγράμματα υποκατάστασης άρχισαν να αναπτύσσονται και σε άλλες πολιτείες των ΗΠΑ. Ήδη το 1965 λειτούργησε και το πρώτο πειραματικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης στην Ευρώπη στο πανεπιστήμιο της Ουψάλα, στη Σουηδία.

Από το 1969 η Ολλανδία και η Μεγάλη Βρετανία λειτουργούν μαζικά προγράμματα υποκατάστατων. Η γρήγορη αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης τόσο των Η.Π.Α. όσο και της Ευρώπης συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στον αρχικό σχεδιασμό τους από τους Dole και Nyswander. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται στην ανάπτυξη της έρευνας πάνω στο θέμα, στις νέες πολιτικές υγείας, αλλά και, κυρίως στις ΗΠΑ, στην αναδιαμόρφωση των δημοσίων δαπανών προς την κατεύθυνση της μείωσης των δημόσιων πόρων για εντατικές μορφές θεραπείας.

Οι μεταβολές αυτές περιλαμβάνουν: την αναπροσαρμογή των κριτηρίων εισαγωγής, έτσι ώστε όλο και περισσότεροι εξαρτημένοι από οπιούχα να έχουν τη δυνατότητα εισαγωγής σ΄ ένα πρόγραμμα υποκατάστασης· την πλήρη σχεδόν εγκατάλειψη της εσωτερικής νοσηλείας ως πρώτης φάσης ενός προγράμματος υποκαταστάτων· τη σημαντική μείωση των τοξικολογικών αναλύσεων ούρων και τη μεγαλύτερη ανεκτικότητα των προγραμμάτων στην παράλληλη χρήση ουσιών.

Η μεθαδόνη είναι συνθετικό αναλγητικό με φαρμακολογικές ιδιότητες που παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες με αυτές της μορφίνης. Η υδροχλωρική μεθαδόνη, η οποία με τη μορφή του διαλύματος ή των δισκίων κατά κανόνα χρησιμοποιείται στις θεραπείες υποκατάστασης, δρα ως πλήρης αγωνιστής των μ υποδοχέων, προκαλεί αναλγησία και ευφορία και υποκαθιστά τη μορφίνη στις τυπικές της δράσεις. Κατά τον Μαρσέλλο (1997) η αναλγητική της δράση είναι διπλάσια της ηρωίνης και τετραπλάσια της μορφίνης. Προκαλεί φυσική εξάρτηση με εξατομικευμένη ανάπτυξη ανοχής. Προκαλεί ευφορία, κυρίως κατά την ενδοφλέβια χρήση, και ψυχική εξάρτηση μετά από επανειλημμένες χρήσεις.

Με τη μελέτη τους, το 1965 οι Dole και Nyswander εισήγαγαν την ιδέα της μεταβολικού τύπου ασθένειας για την εξάρτηση από την ηρωίνη που μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη μακρόχρονη χορήγηση μεθαδόνης, βρέθηκαν αντιμέτωποι με σοβαρές αντιδράσεις εξαιτίας του ότι θεωρήθηκε ότι υποβαθμιζόταν η ψυχοκοινωνική διάσταση της εξάρτησης. Ωστόσο οι μελετητές αντιλαμβάνονταν την υποκαταστατική χορήγηση του φαρμάκου ως μόνο το ένα σκέλος της θεραπευτικής υποστήριξης. Το άλλο σκέλος, στο οποίο έδιναν εξίσου μεγάλη σημασία ήταν η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης. Τα παραπάνω ενισχύουν την υπόθεση ότι οι Dole και Nyswander δεν απλούστευσαν τη θεώρησή τους για την εξάρτηση σ΄ ένα μηχανιστικό βιολογικό φαινόμενο.

Στην έρευνα των Ball και Ross (1991) που διεξήχθη από το 1985 μέχρι το 1991 μελετήθηκαν διεξοδικά οι προδιαγραφές λειτουργίας των προγραμμάτων σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους. Έτσι, στοιχεία όπως η λειτουργικότητα των εγκαταστάσεων, οι ώρες λειτουργίας, η εκπαίδευση και η διαθεσιμότητα του προσωπικού, η χρονική διάρκεια και το ύψος της δοσολογίας, συσχετίστηκαν με στοιχεία όπως η παράλληλη χρήση ουσιών, το ποσοστό συγκράτησης των μελών στο πρόγραμμα και η μείωση της παραβατικότητας.

Με βάση τη μελέτη των παραπάνω η έρευνα αποφάνθηκε ότι τα χαρακτηριστικά ενός αποδοτικού προγράμματος υποκατάστασης είναι: η μείωση της βλάβης ως στόχος, επαρκής δοσολογία, μακρόχρονη χορήγηση, αναβαθμισμένες ιατρικές υπηρεσίες, ψυχοκοινωνική στήριξη, μικρή διαρροή του προσωπικού, εγκατάσταση μακρόχρονης θεραπευτικής σχέσης με τους εξυπηρετούμενους.

Προγράμματα υποκατάστασης ανάλογα με αυτά της μεθαδόνης είναι τα προγράμματα που χορηγούν LAAM. Η ουσία LAAM (Λεβο-Αλφα-Ακετυλ-Μεθαδόλη) έχει συγγενή χημική δομή με τη μεθαδόνη. Η δράση της είναι πλήρως ανταγωνιστική, όπως και της μεθαδόνης, αλλά η διαφορά τους έγκειται στην υπερδιπλάσια διάρκεια δράσης της LAAM. Χορηγείται από το στόμα και απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα. Έτσι πρακτικά, ενώ η διάρκεια δράσης της μεθαδόνης υπολογίζεται στις εικοσιτέσσερις με τρανταέξι ώρες, η αντίστοιχη της LAAM υπολογίζεται στις σαρανταοχτώ με εβδομηνταέξι ώρες. Οι εξυπηρετούμενοι των προγραμμάτων υποκατάστασης στους οποίους χορηγείται LAAM, μπορούν να προσέρχονται στις μονάδες για τη χορήγηση του φαρμάκου κάθε δύο ή τρεις ημέρες, ενώ όσοι λαμβάνουν μεθαδόνη υποχρεώνονται αν όχι σε καθημερινή προσέλευση, πάντως σε καθημερινή λήψη του φαρμάκου. Ένα σύνηθες σχήμα χορήγησης της LAAM είναι τρεις φορές εβδομαδιαίως. Η άμεση μετάβαση από τη χορήγηση μεθαδόνης στη χορήγηση LAAM είναι συμβατή με τις ιδιότητες των φαρμάκων και απλούστατη στην εφαρμογή.

Η LAAM χορηγείται σε λίγες ευρωπαϊκές χώρες (Πορτογαλία, Ισπανία και Δανία). Η περαιτέρω επέκτασή της, μεταξύ άλλων και στην Ελλάδα, ανεστάλη προκειμένου να διερευνηθεί καλύτερα ο βαθμός συμμετοχής της στην πρόκληση καρδιακών αρρυθμιών.

Η βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από

τη δεκαετία του ‘90. Είναι ημισυνθετικό παράγωγο της θηβαΐνης, ενός αλκαλοειδούς του οπίου. Η βουπρενορφίνη είναι ένας μικτός αγωνιστής-ανταγωνιστής των οπιούχων υποδοχέων, υψηλής συγγένειας με τους μ υποδοχείς και υψηλής δέσμευσης με τους ίδιους υποδοχείς. Παρουσιάζει δε υψηλή συγγένεια προς τους μ και κ υποδοχείς. Ο όρος συγγένεια αναφέρεται στη δύναμη με την οποία συνδέεται η ουσία με τους υποδοχείς.

Από την ανακάλυψη των υποδοχέων οπιοειδών και την κατανόηση του ρόλου τους στην εγκατάσταση και ανάπτυξη της εξάρτησης, χρονολογείται και η προσπάθεια για την ανεύρεση ουσιών, οι οποίες θα μπορούσαν να συνδέονται με τους υποδοχείς και να μπλοκάρουν τη δράση των οπιούχων. Ήδη από τη δεκαετία του ‘60 υπήρξαν πειράματα με την ουσία ναλοξόνη. Τα πειράματα κατέδειξαν ότι η ναλοξόνη, ένας πλήρης ανταγωνιστής, ήταν ένα πολύ ασφαλές φάρμακο, κατάλληλο για την αντιμετώπιση της τοξίκωσης από τα οπιοειδή, αλλά ακατάλληλο για μια θεραπεία ανταγωνιστών, η οποία διαρκεί κάποιο χρονικό διάστημα. Η διάλυση και κυκλοφορία του φαρμάκου στον οργανισμό (βιοδιαθεσιμότητα) θεωρήθηκε ιδιαίτερα καλή, όταν χορηγείται παρεντερικά και η ταχύτατη επίδρασή του στους υποδοχείς, που έχει συνέπεια την αναστολή της δράσης των οπιοειδών επίσης θετική συμπεριφορά του φαρμάκου. Το γεγονός όμως ότι η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου ήταν πολύ σύντομη, όταν αυτό χορηγήθηκε από το στόμα, καθώς και το ότι η διάρκεια δράσης του ήταν περιορισμένη, το καθιστούσαν ακατάλληλο για μακροπρόθεσμη θεραπεία ανταγωνιστών.

Στις αρχές της δεκαετίας του ‘90 με την εμφάνιση της ναλτρεξόνης, φάνηκε να υπάρχει μια ουσία, η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες μιας θεραπείας ανταγωνιστών. Οι σημαντικές διαφορές από τη ναλοξόνη είναι δύο: η διάρκεια δράσης της ναλοξόνης είναι λίγα λεπτά ενώ η διάρκεια δράσης της ναλτρεξόνης είναι τουλάχιστον σαρανταοχτώ ώρες επαρκούς ανταγωνιστικής δράσης και η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου είναι υψηλή στη χορήγηση από το στόμα, κατά συνέπεια δεν απαιτείται η παρεντερική χορήγησή της, όπως συμβαίνει με τη ναλοξόνη.

Η λογική της χρήσης ανταγωνιστών στη θεραπεία της απεξάρτησης από οπιούχα έγκειται στην ικανότητά τους να συνδέονται με τους υποδοχείς, έχοντας μάλιστα μεγαλύτερη συγγένεια προς του μ υποδοχείς από την ηρωίνη και τη μεθαδόνη, και να μπλοκάρουν τις φαρμακολογικές δράσεις των οπιοειδών. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανταγωνιστών εξαλείφονται οι φαρμακολογικές ιδιότητες των οπιοειδών και επέρχεται έτσι και η εξάλειψη της επιθυμίας για περαιτέρω χρήση. Δεν υπάρχει πλέον ανατροφοδότηση της χρήσης οπιοειδών, λόγω της διακοπής του βιώματος του ευφορικού συμπτώματος.

1.2.4. Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα

Από τα μέσα της δεκαετίας του ’70 αναπτύχθηκαν προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή, επιχειρώντας να συνδυάσουν διάφορα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο διαφορετικών τύπων θεραπευτικών παρεμβάσεων και προσεγγίσεων: από πολύ εντατικά καθημερινά προγράμματα που προσομοιάζουν με θεραπευτική κοινότητα μέχρι ολιγόωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις που αξιοποιούνται για υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία. Στις τεχνικές που χρησιμοποιούν συμπεριλαμβάνονται συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, οικογενειακή υποστήριξη ή θεραπεία. Στο μεγαλύτερο, πάντως, μέρος τους παρέχουν υποστηρικτική συμβουλευτική μια ή δυο φορές τη βδομάδα για ένα διάστημα μερικών μηνών και καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, αν και παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές στη φιλοσοφία της θεραπείας, στις θεραπευτικές μεθόδους και στο προσωπικό που απασχολούν. Οι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών είναι συνήθως χρήστες που κάνουν ελαφρύτερη χρήση,

με μικρότερη εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Η συχνότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα ποικίλει και εξαρτάται από τον τρόπο που είναι οργανωμένη η παρέμβαση, από την προσέγγιση των ανοικτών προγραμμάτων και από τους διαθέσιμους πόρους. Πάντως μπορεί να εξαντλείται σε μία επίσκεψη την εβδομάδα για ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική ή να φθάνει και ως την καθημερινή παρακολούθηση διαφορετικών θεραπευτικών, εκπαιδευτικών και άλλων δραστηριοτήτων.

Στα ανοικτά προγράμματα θα πρέπει να ενταχθούν και οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ) και των Ανώνυμων Ναρκομανών (ΑΝ) που προσφέρουν επίσης σημαντική βοήθεια σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης (Ζαφειρίδης, 2001). Οι ομάδες αυτοβοήθειας έχουν στόχο μια σταδιακή πρόοδο που βασίζεται σε δώδεκα βήματα και επιχειρεί να υποστηρίξει εξαρτημένα άτομα ή άτομα που έκαναν χρήση ουσιών στο παρελθόν. Αν και δεν έχουν αξιολογηθεί επαρκώς, δεδομένου ότι δεν εντάσσονται στο επίσημο σύστημα υγείας πρόνοιας κάθε χώρας και συνήθως δεν προβαίνουν σε καταγραφή των συμμετεχόντων και των διαδικασιών του κλινικού προτοκόλλου που ακολουθούνται, θεωρούνται σημαντικοί υποστηρικτικοί μηχανισμοί στη μεταθεραπευτική υποστήριξη εξαιτίας του στενού δικτύου αλληλεγγύης που παρέχουν. Πολλά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης αξιοποιούν τις ομάδες αυτοβοήθειας στη διάρκεια της θεραπείας ή και μετά, αλλά διαφέρουν σημαντικά από το μοντέλο αυτοβοήθειας των Ανωνύμων Αλκοολικών και των Ανωνύμων Ναρκομανών. Για πολλά άτομα η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας στη διάρκεια της θεραπείας ή μετά είναι συχνά βοηθητική για τη διατήρηση της αποχής από τη χρήση ουσιών.

1.2.5. Η θεραπευτική κοινότητα.

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα μοντέλα των προγραμμάτων απεξάρτησης από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Τόσο στην κατηγοριοποίηση που προτείνει το Pompidou Group του Συμβουλίου της Ευρώπης (Hendrics, 1999) για την ταξινόμηση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης το 1994 (Hartnoll, 1994), όσο και στις μεγάλες έρευνες αποτελεσματικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hubbard και συνεργάτες, 1989· 1984· Simpson και Sells, 1983· Simpson και Curry, 1997) τη δεκαετία του ‘70 και στην Ευρώπη (Gossop και συνεργάτες, 1997) περισσότερο από μια δεκαετία αργότερα, οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών.

Οι ρίζες της θεραπευτικής κοινότητας είναι μακρές παρόλο που ιστορικά η σύγχρονή της εκδοχή τοποθετείται μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο καταρχάς στη Βρετανία στα μέσα της δεκαετίας του ’40, και αργότερα, στο τέλος της δεκαετίας του ΄50, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι μελετητές συμφωνούν ότι η θεραπευτική κοινότητα για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης συνθέτει δύο σημαντικά μοντέλα οργάνωσης της παρέμβασης που αναπτύσσονται σχεδόν παράλληλα στην Αγγλία (τη δεκαετία του ‘40) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (στα μέσα της δεκαετίας του ’30): την ψυχιατρικού τύπου θεραπευτική κοινότητα και τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (*Alcoholic Anonymous, AA*).

Έχει αναφερθεί ότι στον όρο θεραπευτική κοινότητα συχνά υπερτονίζεται το «*θεραπευτική*» σε βάρος του «*κοινότητα*» (Brook και Whitehead, 1980). Ο όρος «*θεραπευτική»* αφορά το αντικείμενο και το στόχο, ενώ μέσω του όρου «*κοινότητα*» περιγράφεται η διαδικασία και η μέθοδος. Η *θεραπευτική κοινότητα* σε κάθε περίπτωση εκλαμβάνεται ως ενιαίου νοήματος όρος στον οποίο περιλαμβάνεται τόσο η διαδικασία και η μέθοδος όσο και το μοντέλο της οργανωμένης παρέμβασης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (De Leon, 1997·1994).

Αν και ο όρος *θεραπευτική κοινότητα* σήμερα τείνει να προσανατολίζει σχεδόν αποκλειστικά σε ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών, για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τη νεωτεριστική θεραπευτική

πρακτική του ψυχιατρικού νοσοκομείου Northfield Psychiatric Hospital στην Αγγλία (Main, 1946) πρακτική που κατ΄ αρχάς φαίνεται να υιοθετήθηκε στο Νοσοκομείο Belmont (Belmont Hospital, που αργότερα ονομάστηκε Henderson (De Leon, 2000) από τον M. Jones και την ομάδα του (Poulopoulos, 1998).

Σε μια μακρά πορεία όπου εντοπίζονται πολλές απόπειρες κριτικής των προσεγγίσεων, της πρακτικής και της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, ήδη από τη συγκρότηση της ψυχιατρικής ως επιστήμης το 19ο αιώνα, η θεραπευτική κοινότητα για ψυχικά ασθενείς –ή καλύτερα στο πλαίσιο ιδρυμάτων που αντιμετωπίζουν τη ψυχική νόσο– φαίνεται να αποτελεί στα μέσα της δεκαετίας του '40 το τελευταίο και συστηματικότερα οργανωμένο μοντέλο εφαρμογής που διαπνέεται από τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Παρόλο που οι απόπειρες αυτές παρακολουθούν τη διαδρομή της ψυχιατρικής πρακτικής σε διάστημα περίπου ενάμιση αιώνα, εφαρμόζονται στο πλαίσιο της θεσμικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα. Αποτελούν σε μεγάλο βαθμό την απόληξη προσπαθειών τύπου «ηθικής θεραπείας» όπως εμφανίστηκε στην Αγγλία από τους Quaker (18ος αιώνας) και συνεχίστηκε μισό αιώνα αργότερα από τον J. Conolly με βασικό στόχο τον εξανθρωπισμό της φροντίδας που παρέχεται στα ψυχιατρικά άσυλα επισπεύδοντας την έξοδο του ασθενούς από αυτά. Υποστηρίζεται ότι οι απόπειρες αυτές αποτελούν μια σημαντική βάση για την ολοκλήρωση της θεσμοποίησης της ψυχοθεραπείας η οποία δίνει έμφαση σε κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική διαταραχή, σε αντίθεση με την ιατρικοκεντρική ψυχιατρική προσέγγιση που ταξινομεί την ψυχική νόσο βάσει του συμπτώματος και περιορίζει την παρέμβαση στο σωματικό – οργανικό πεδίο (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Ο όρος, όπως χρησιμοποιήθηκε από τον Main, περιέγραφε τη θεραπευτική μέθοδο που μετέφερε το κέντρο βάρους της κλινικής ευθύνης από το θεραπευτή, που λειτουργούσε ατομικά, στη θεραπευτική διεργασία της ομάδας, στην οποία συμμετείχε ως ισότιμο μέλος. Τα νοσοκομεία που υιοθέτησαν αυτή την πρακτική αναφέρονται από τον Rapaport (1960) ως χώροι οι οποίοι οργανώνονται σε κοινότητα και όπου όλα αναμένεται να συμβάλουν στην επίτευξη του κοινού στόχου, της διαμόρφωσης, δηλαδή, μιας κοινωνικής οργάνωσης που έχει θεραπευτικές ιδιότητες. Ο Rapaport αποδίδει τέσσερα χαρακτηριστικά στις θεραπευτικές κοινότητες που αναπτύχθηκαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αγγλίας: *δημοκρατικότητα,* όλα τα μέλη έχουν από μία ισότιμη ψήφο· *επιτρεπτικότητα,* τα μέλη της ομάδας χρειάζεται να διαχειρίζονται και να ανέχονται την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, όχι μόνον να την αντιμετωπίζουν ή να την τιμωρούν· *κοινοτικότητα,* το να μοιράζονται σκέψεις είναι σημαντικό εκτός από αναγκαίο· *αντιπαράθεση*, είναι αναμενόμενο να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των μελών και να διαχειρίζονται τις ερμηνείες που κάνουν άλλα μέλη σ' αυτά τα προβλήματα (Clark, 1965· Brook και Whitehead, 1980· Poulopoulos, 1998· Μπαϊρακτάρης, 1994). Οι Salasnek και Amini (1971) προσθέτουν ακόμη: την *παραγωγική δουλειά* εκ μέρους της ομάδας και τη *γρήγορη επιστροφή στην κοινωνία,* τη *χρήση εκπαιδευτικών τεχνικών* και την *πίεση από τους ομότιμους* με δημιουργικούς στόχους, τη *διάχυση της εξουσίας (authority)* από το προσωπικό προς τους θεραπευόμενους και την *ταυτοποίηση* όλης της κοινότητας σε ό,τι αφορά στόχους, επιτυχίες και αποτυχίες και, τέλος, την *εγκατάσταση ανοικτής αμφίδρομης επικοινωνίας* μεταξύ των μελών στα οποία συμπεριλαμβάνονται ασθενείς και θεράποντες (Salasnek και Amini, 1971).

Ο Jones (1968α) διακρίνει στη θεραπευτική κοινότητα για ψυχιατρικούς ασθενείς σημαντικά στοιχεία στην οργάνωση και τη λειτουργία της: *ελεύθερη* και *ανοικτή επικοινωνία*, *μοίρασμα συναισθημάτων* και *εμπειριών*, *προσανατολισμό στην παραγωγική δουλειά*, *μεταφορά εξουσίας* από το προσωπικό στους ασθενείς, παρουσία ενός *χαρισματικού ηγέτη*, ύπαρξη *ομάδας με αρκετό χρόνο διαμονής* ικανής να αναλάβει μεγαλύτερη ευθύνη για την ένταξη των νέων μελών μέσα στη κοινότητα (Jones, 1968α· 1968β).

Η ψυχιατρικού τύπου θεραπευτική κοινότητα συχνά αναφέρεται ως μέρος της τρίτης επανάστασης στην ψυχιατρική η οποία μετακινείται από την ατομική παρέμβαση των

κλινικών στην προσέγγιση της κοινωνικής ψυχιατρικής που ωθεί την πολυπρόσωπη εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, ευνοεί τη χρήση ομαδικών μεθόδων, δίνει βάρος στο περιβάλλον, ενισχύει την αλληλεπίδραση και την αμοιβαία εμπλοκή μεταξύ κλινικών και ασθενών, περιορίζοντας την ισχύ και την εξουσία των κλινικών, και διευκολύνει τους ασθενείς στο να εμπλακούν σε ένα ευρύ φάσμα αποφάσεων (Kennard, 1983).

Ο De Leon στην πιο πρόσφατη μελέτη στην οποία αναλύει διεξοδικά τη θεωρία και το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας (2000) καταλήγει στη συστηματική ταξινόμηση των χαρακτηριστικών των θεραπευτικών κοινοτήτων ψυχιατρικού τύπου που προκύπτουν από την προσέγγιση του M. Jones (1953), προσαρμόζοντας από τον Kennard (1983) τις ακόλουθες βασικές αρχές που οργανώνουν τη λειτουργία της νέας μεθόδου στο πλαίσιο των ψυχιατρικών κλινικών: όλη η οργάνωση επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα˙ η κοινωνική οργάνωση είναι χρήσιμη στο να δημιουργεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον που μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και δεν αποτελεί μόνον το διοικητικό υπόβαθρο όπου παρέχεται η θεραπεία˙ κεφαλαιώδες στοιχείο είναι ο εκδημοκρατισμός: το κοινωνικό περιβάλλον παρέχει ευκαιρίες για τους ασθενείς να παίρνουν ενεργό μέρος στις υποθέσεις του θεσμού˙ οι σχέσεις στο σύνολό τους είναι δυνάμει θεραπευτικές˙ η ποιοτική ατμόσφαιρα στο κοινωνικό περιβάλλον είναι θεραπευτική, αφού εξισορροπείται μεταξύ αποδοχής, ελέγχου και ανοχής για διασπαστικές ενέργειες˙ μεγάλη αξία έχει η επικοινωνία˙ η ομάδα έχει προσανατολισμό στην παραγωγική εργασία και τη σύντομη επιστροφή στην κοινωνία˙ τεχνικές εκπαίδευσης και ομαδική πίεση χρησιμοποιούνται για δημιουργικούς σκοπούς˙ και υπάρχει διάχυση της εξουσίας από το προσωπικό προς τους εξυπηρετούμενους.

Οι Gerstein και Harwood (1990) περιγράφουν τη θεραπευτική κοινότητα διαμονής για την απεξάρτηση ως έναν τρόπο να ορίσουμε τη φύση των ατομικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών τόσο σαν θεραπευτική προσέγγιση για την επανένταξη όσο και πιο συχνά για την ένταξη των εξαρτημένων από ψυχοτρόπες ουσίες ατόμων. Αυτή η αντίληψη χαρακτηρίζει την προσέγγιση των θεραπευτικών κοινοτήτων πολύμορφη και εντατική. Σύμφωνα με τους μελετητές οι θεραπευτικές κοινότητες δημιουργήθηκαν για να απαντήσουν στο ίδιο πρόβλημα που τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη προσπάθησαν επίσης να αντιμετωπίσουν: το σκληρό, εξαρτημένο από ηρωίνη εγκληματία. (Gerstein και Harwood, 1990).

Η θεραπευτική κοινότητα διαμονής, ωστόσο, έχει μία ευρύτερη διάσταση: Υποστηρίζει θεραπευτικά άτομα που είναι σοβαρά εξαρτημένα από κάποια ουσία ή από συνδυασμό ουσιών. Σημαντικές δυσλειτουργίες της κοινωνικής ζωής του ατόμου που συνδέονται με την εξάρτηση και διαμορφώνουν έναν τρόπο ζωής αποτελούν ένα όλον που έρχεται να αντιμετωπίσει η θεραπευτική κοινότητα, στοχεύοντας σε μια πλήρη ένταξη που περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές ως επίπτωση των ηθικών ρήξεων που το άτομο καλείται να κάνει. Σε αυτό το πλαίσιο, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αντιπροσωπεύει περισσότερο μία κοινωνιολογική πραγματικότητα παρά μία φαρμακολογική εδραίωση που απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Ως εκ τούτου, η ουσία αυτή καθαυτή έχει μικρότερη σημασία για τη θεραπευτική κοινότητα. Το σημαντικό είναι η νοηματοδότηση που παίρνει η χρήση της σε μια διαδικασία αποδόμησης του ατόμου που επιφέρει σημαντικές, ανεπιθύμητες και για το ίδιο επιπτώσεις: κοινωνικό αποκλεισμό, αδυναμία σύναψης κοινωνικών σχέσεων, αποκλεισμό από την αγορά εργασίας, ψυχολογικά και ιατρικά προβλήματα, παραβατική συμπεριφορά που το εκθέτει στο ποινικό σύστημα. Έτσι, στη δεκαετία του '80 η εξάρτηση από την κοκαΐνη έχει ξεπεράσει την ηρωίνη στον πληθυσμό των εξυπηρετουμένων στη θεραπευτική κοινότητα στις ΗΠΑ με ένα συνολικά διαφορετικό προφίλ από των εξαρτημένων από την ηρωίνη που κυριαρχούσε στις αρχές της δεκαετίας του '70 (Hubbard και συν., 1989).

Η θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδος απεξάρτησης βασίζεται στην ομαδική δουλειά σε ένα κοινωνικό περιβάλλον αλληλεξάρτησης και ασφάλειας το οποίο συνδέεται άμεσα με μία συγκεκριμένη ιστορική θεμελίωση. Η οργάνωση της καθημερινότητας περιλαμβάνει τα εξής:

συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς δια μέσου μίας ευρείας σειράς αρχών και προδιαγραφών κοινής διαβίωσης· ομαδική, προσανατολισμένη και ατομική ψυχοθεραπεία, που επεκτείνεται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες και εστιάζεται είτε σε τρέχοντα καθημερινά θέματα ή σε πιο βαθιά εδραιωμένα συναισθηματικά προβλήματα· ένα σύστημα από σαφώς προσδιορισμένες ανταμοιβές και περιορισμούς μέσα σε μία κοινοτική οικονομία συντήρησης τόσο του χώρου διαμονής όσο και την υιοθέτηση και διαχείριση όλων των άλλων απαιτούμενων ρόλων που καλούνται οι διαμένοντες να αναλάβουν· μία σειρά ευθυνών που κατανέμονται ιεραρχικά, προνομίων, και εκτίμησης που αποκτά το κάθε μέλος στη βάση μιας σταδιακής ανάπτυξης που συνδέεται με τη θεραπευτική του πορεία.

Οι βασικές αυτές αρχές, τις οποίες ο De Leon επιχείρησε να κωδικοποιήσει, ισχύουν για το σύνολο των θεραπευτικών κοινοτήτων, ωστόσο, η θεραπευτική αγωγή δεν είναι ίδια σε όλες. Υπάρχει ουσιαστική κλινική διαφοροποίηση όσον αφορά στην προτεινόμενη διάρκεια παραμονής, την επαγγελματική διαφοροποίηση του προσωπικού και την αναλογία του προς τους εξυπηρετούμενους. Αυτές οι διαφορές, οι οποίες καθορίζονται από ιστορικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στην αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπευτικής κοινότητας.

Η θεραπευτική κοινότητα αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών ως σύμπτωμα μίας συνολικής αποκλίνουσας συμπεριφοράς, η οποία αντικατοπτρίζει ένα εμπόδιο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα χρόνιες ελλείψεις και αδυναμίες σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο. Η αντιμετώπιση μιας κατάστασης αδυναμίας που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών δεν είναι ένα στατικό, ύστερο φαινόμενο αλλά μια δυναμική διεργασία στην οποία συναντιούνται το άτομο ως βιοψυχοκοινωνικός οργανισμός, το κοινωνικό περιβάλλον και οι ουσίες (De Leon, 1986)

Με αυτή την έννοια, η σωματική εξάρτηση είναι δευτερεύουσα σημασίας σε σχέση με την ευρεία σειρά επιρροών που ελέγχουν τη συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου. Ομοίως, τα προβλήματα και οι καταστάσεις που συνδέονται με κάποια ενόχληση ή ταλαιπωρία αποτελούν συνηθισμένα σημάδια που στρέφουν στη χρήση ουσιών.
Κάτω από αυτό το πρίσμα, δεν είναι η ουσία στο κέντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης αλλά η στάση των ατόμων που υιοθετούν τη συμπεριφορά της χρήσης ουσιών ως διαμεσολαβητικό μηχανισμό στην αντιμετώπιση σημαντικών προσωπικών προβλημάτων η οποία όμως γεννά νέα προβλήματα. Η θεραπευτική κοινότητα αντιλαμβάνεται τη θεραπεία ως μια προσπάθεια σφαιρικής κοινωνικής ένταξης.

Για τον Sugarman (1986) η θεραπευτική κοινότητα απομιμείται ένα πλαίσιο οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο ο εξυπηρετούμενος θα έπρεπε να είχε βιώσει στα κρίσιμα προεφηβικά και εφηβικά χρόνια κατά τα οποία διαμορφώνεται. Η θεραπευτική κοινότητα, με αυτή τη βιωματική προσομοίωση που επιχειρεί, προσπαθεί να καλύψει το κενό των χαμένων χρόνων προσωπικής ανάπτυξης μέσα σε ένα εντατικό και σχετικά μικρό χρονικό διάστημα – περίπου 6 έως 12 μήνες εσωτερικής διαμονής και 6 έως 12 μήνες επιπλέον, σταδιακής επανένταξης στην κοινότητα. Παράλληλα υπάρχει μια συνεχής ενθάρρυνση και για εμπλοκή των πρώην χρηστών στην καθημερινότητα της ζωής στη θεραπευτική κοινότητα ώστε να υιοθετούν πρότυπα ρόλων που συμβάλλουν στην εκπαίδευση τους ως προς τις δεξιότητες που απαιτούνται για την κοινωνική τους ένταξη.

Σε γενικές γραμμές η θεραπευτική κοινότητα είναι μια εντατική, συστηματοποιημένη και ολιστική θεραπευτική πρόταση που αναπτύχθηκε στο περιθώριο των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, όταν η επιδημία της εξάρτησης βρήκε απροετοίμαστο τον επίσημο μηχανισμό δημόσιας υγείας. Στο τέλος της δεκαετίας του ’60 η θεραπευτική κοινότητα ανέλαβε να αντιμετωπίσει την εξάρτηση, όταν τόσο η κλασσική ιατρική όσο και η ψυχιατρική απέφευγαν ή αδυνατούσαν να την αντιμετωπίσουν. Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα, το Synanon, είναι δημιουργία πρώην εξαρτημένων από αλκοόλ που συμμετείχαν σε προγράμματα των Ανωνύμων Αλκοολικών, στην Καλιφόρνια. Η προσπάθεια του Synanon

συγκεντρώθηκε στο να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον ως προς τον αποκλεισμό των ουσιών για την υποστήριξη χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ χρησιμοποιώντας τόσο τις αρχές της παρέμβασης των Ανωνύμων Αλκοολικών όσο και το μοντέλο της κοινωνικής μάθησης (De Leon, 1995).

Ο βασικός στόχος των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι η προώθηση ενός περισσότερο ολιστικού τρόπου ζωής εντοπίζοντας περιοχές που απαιτούν αλλαγή, όπως οι αρνητικές κοινωνικές, ψυχολογικές ή συναισθηματικές συμπεριφορές που προϋποθέτει ή στις οποίες καταλήγει η χρόνια κατάχρήση ουσιών. Τα μέλη σε μια θεραπευτική κοινότητα συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία αυτών των αλλαγών σε μια διαδραστική λειτουργία εκπαίδευσης και μάθησης την οποία μοιράζονται με το σύνολο των ατόμων που διαβιούν στην κοινότητα: τα άλλα μέλη, το προσωπικό ή άλλοι ρόλοι μοντέλα που συμβιώνουν.

Εξαιτίας του πλέγματος των αυστηρών συμβολαίων,των κανόνων και των επιπτώσεων της παραβίασής τους οι θεραπευτικές κοινότητες δέχθηκαν αυστηρή κριτική από νωρίς και με δυσκολία απέκτησαν την αποδοχή που σήμερα χαίρει το σύστημα. Οι θεραπευτικές κοινότητες βεβαίως στη διάρκεια των ετών εξελίχθηκαν σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν με όρους αποτελεσματικούς τις ανάγκες των εξαρτημένων. Παρόλο που πάντα η πίεση των ομοτίμων εξακολουθεί να αποτελεί μια σημαντική τεχνική σήμερα υπάρχουν πολλών τύπων θεραπευτικές κοινότητες ζήτημα που κάνει σαφές ότι δεν υπάρχει ένα μοντέλο που να τις περιγράφει όλες.

Το μοντέλο θεραπείας της θεραπευτικής κοινότητας αλλάζοντας έχει συμπεριλάβει μια ποικιλία από υπηρεσίες που δεν εξαντλούνται μόνον στην ιατρική ή την ψυχιατρική φροντίδα αλλά περιλαμβάνει σημαντικά προγράμματα ενίσχυσης τόσο σε ό,τι αφορά την επίσημη εκπαιδευτική διαδικασία όσο και τη στοχευμένη επαγγελματική κατάρτιση με στόχο την αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη ή επανένταξη των μελών της. Το προσωπικό των θεραπευτικών κοινοτήτων αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα στην οποία συνήθως συμμετέχουν και επαγγελματίες που στο παρελθόν υπήρξαν μέλη θεραπευτικής κοινότητας. Η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, γιατρούς, εκπαιδευτικούς αλλά και πολλούς άλλους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν συνήθως εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες.

Ως ψυχοκοινωνική μορφή θεραπείας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες οι θεραπευτικές κοινότητες στον κόσμο αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν πληθυσμούς με σοβαρότατα προβλήματα για τους οποίους ενδείκνυται φροντίδα μακράς διάρκειας.

Στη θεραπευτική κοινότητα εντοπίζονται δυο μοναδικά χαρακτηριστικά (CSAT, 1999): Η αξιοποίηση της ίδιας της κοινότητας ως βασικού θεραπευτή και δασκάλου στη θεραπευτική διαδικασία και μια σημαντικά σαφής δομή με σταδιακή και συνεχή προοπτική όπου ο κλινικός σχεδιασμός συνδέεται με προσωπικές επιλογές, χρόνους και στόχους σε μια προγραμματική αυτοπραγμάτωση.

Αν και η τυπολογία των θεραπευτικών κοινοτήτων ή των μοντέλων οργάνωσης της θεραπευτικής παρέμβασης που αξιοποιεί τη μέθοδο της θεραπευτική κοινότητας παρουσιάζει πλέον σημαντική ποικιλία, οι θεραπευτικές κοινότητες διαμονής παρέχουν θεραπευτική υποστήριξη σε ένα πλαίσιο εικοσιτετράωρης βάσης, που εφτά μέρες τη βδομάδα λειτουργεί με δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων και ευθυνών. Παρόλο που η διάρκεια της θεραπείας επίσης ποικίλει, βασικά υπάρχουν πλέον δύο τύποι θεραπευτικών κοινοτήτων: της σύντομης διάρκειας (τριών μηνών) και της μακράς διάρκειας (από έξι μέχρι και δώδεκα μήνες). Σε κάθε περίπτωση, η θεραπεία δομείται σε τρία στάδια: την εισαγωγική φάση, την κύρια θεραπευτική παρέμβαση και την προετοιμασία για την επανένταξη (De Leon, 1994).

Η θεραπευτική κοινότητα στην Ελλάδα αποτέλεσε το πρώτο μοντέλο που εφαρμόσθηκε για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Παρόλο που αναπτύχθηκε σε διαφορετικό πλαίσιο και

κάτω από συνθήκες που τη διαφοροποιούσαν από την ιστορική εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, διατηρώντας αρκετά από τα στοιχεία του μοντέλου, γρήγορα εξελίχθηκε σ' ένα τύπο θεραπευτικής παρέμβασης που προσαρμόστηκε στην ελληνική πραγματικότητα. Βασικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα είναι η προσπάθεια συνεχούς αλληλεπίδρασης με την κοινωνία και η εμπλοκή της δεύτερης τόσο στη λειτουργία της κοινότητας όσο και στο φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών γενικότερα. Επίσης, από πολύ νωρίς εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία η οικογένεια, ως θεραπευτικός σύμμαχος αλλά και ως πεδίο συστηματικής αλλαγής της ίδιας της οικογένειας η οποία συνδέεται με τους θεραπευτικούς στόχους του άμεσα εξυπηρετούμενου.

1.2.6. Το δίκτυο υπηρεσιών στην Ελλάδα

Τρεις είναι οι κύριοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες αντιμετώπισης των προβλημάτων εξάρτησης στην Ελλάδα. Πρόκειται για τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που αναγνωρίζονται ως φορείς για την απεξάρτηση και οι οποίοι μέσω ων δικτύων των υπηρεσιών τους και τα ειδικά προγράμματα που έχουν αναπτύξει καλύπτουν τις ανάγκες θεραπείας και υποστήριξης των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Τα προγράμματα που αναπτύσσουν οι φορείς είναι προγράμματα άμεσης παρέμβασης και ανοικτής πρόσβασης, προγράμματα υποκατάστασης, και προγράμματα απεξάρτησης χωρίς φαρμακευτικά υποκατάστατα.

Το 2005, στην Ελλάδα λειτούργησαν 55 επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα με συνολική δυναμικότητα 4.326 άτομα (αφορά 49 προγράμματα). Από το 2002, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν διευρυνθεί με στόχο την κάλυψη των αναγκών στις περισσότερες υγειονομικές περιφέρειες. Ο αριθμός θεραπευτικών προγραμμάτων υπερδιπλασιάστηκε κατά το διάστημα 2000-2005. Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στην ανάπτυξη προγραμμάτων για εφήβους και νεαρούς ενήλικες, καθώς και σε προγράμματα υποκατάστασης. Ακόμη, ανάπτυξη παρουσίασαν μονάδες προσαρμοσμένες σε ειδικές ανάγκες κατηγοριών του πληθυσμού όπως άτομα με συννοσηρότητα, εθνικά διαφοροποιημένες ομάδες, γονείς ανήλικων και αποφυλακισμένοι (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Η συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν 4.326 θέσεις το 2005 (αφορά 49 προγράμματα). Συνολικά, 5749 άτομα παρακολούθησαν την κύρια θεραπευτική φάση των προγραμμάτων το 2005, εκ των οποίων 2479 εισήχθησαν για θεραπεία ενώ 3270 άτομα βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία κατά την έναρξη του έτους 2005 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης

Στο πλαίσιο της υποστήριξης των εξαρτημένων ατόμων σε προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, υλοποιούνται παρεμβάσεις με στόχο την μείωση την βλάβης από τη χρήση ουσιών. Συγκεκριμένα, στην Αθήνα και τον Πειραιά λειτουργούν από το ΚΕΘΕΑ δομές άμεσης πρόσβασης σε εξαρτημένους χρήστες και διαγνωστικό κέντρο για θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας στην Αθήνα. Πραγματοποιούνται επίσης προγράμματα δουλειάς στο δρόμο. Ακόμη, με έδρα τη Θεσσαλονίκη, λειτουργεί πανελλαδική τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης.

Επιπλέον, 20 συμβουλευτικοί σταθμοί του ΚΕΘΕΑ σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ηράκλειο, Πειραιά, Καβάλα, Αλεξανδρούπολη, Βόλο, Πάτρα και Λασίθι αποτελούν τον χώρο πρώτης επαφής των χρηστών ουσιών και των οικογενειών τους με τα προγράμματα απεξάρτησης.

Στην Αθήνα, επίσης, λειτουργεί μονάδα άμεσης βοήθειας και υποστήριξης από τον ΟΚΑΝΑ, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, πρόγραμμα δουλειάς στο δρόμο, κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών, υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών, υπηρεσία νομικής

υποστήριξης, τηλεφωνική γραμμή SOS και σταθμό φροντίδας εξαρτημένων ατόμων. Προγράμματα δουλειάς στο δρόμο λειτουργούν επίσης από τους φορείς «Δρόμοι της Αθήνας»-«Γιατροί του Κόσμου» και το κέντρο πρόληψης ΑΘΗΝΑ-ΥΓΕΙΑ και το Δήμο Αθηναίων. Στην Θεσσαλονίκη πρόγραμμα δουλειάς στο δρόμο πραγματοποιείται από τον ΟΚΑΝΑ και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών

Το 2005, η συνολική δυναμικότητα των μονάδων θεραπείας υποκατάστασης ήταν περίπου 3.060 άτομα (αφορά 16 από τις 17 δομές). Στα προγράμματα εισήχθησαν 995 άτομα, ενώ η λίστα αναμονής έως τον Μάρτιο του 2006 έφτασε στα 3761 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Πιο συγκεκριμένα, 7 μονάδες υποκατάστασης μεθαδόνης λειτουργούν από τον ΟΚΑΝΑ σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη, ενώ 10 μονάδες υποκατάστασης βουπρενορφίνης λειτουργούν από τον ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με δημόσια νοσοκομεία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Χανιά, Λάρισα, Λαμία, Λιβαδειά, Αγρίνιο, Ρόδο και Χαλκίδα.

Προγράμματα διαμονής ενηλίκων χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

Κατά το 2005, η συνολική δυναμικότητα σε θέσεις των προγραμμάτων διαμονής ενηλίκων ήταν 356 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Συγκεκριμένα, τέσσερα προγράμματα λειτουργούν από το ΚΕΘΕΑ σε Θεσσαλονίκη, Πειραιά, Ραφήνα και Λάρισα. 3 μονάδες λειτουργούν στην Αττική από το πρόγραμμα «18 άνω», στο πλαίσιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και δύο ακόμη απευθύνονται σε ειδικές ανάγκες του πληθυσμού. Μία μονάδα λειτουργεί από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης στην πόλη της Θεσσαλονίκης.

Προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

Κατά το 2005, σε 12 προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων η δυναμικότητα θέσεων θεραπείας ήταν 620 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Από αυτά τέσσερα προγράμματα λειτουργούν από το ΚΕΘΕΑ σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, ενώ τέσσερα ακόμη απευθύνονται σε πληθυσμό με διαφοροποιημένες ανάγκες. Δύο προγράμματα λειτουργούν σε Αθήνα και Πάτρα από τον ΟΚΑΝΑ. Δύο προγράμματα λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη από το ΕΣΥ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Τέλος, ένα πρόγραμμα πραγματοποιείται από το Σωματείο Θησέας και τον Δήμο Καλλιθέας και ένα ακόμη από το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

Προγράμματα ιατρικής παρακολούθησης

Μία μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης, δυναμικότητας 15 ατόμων λειτουργεί στο πλαίσιο του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων (ΨΝΘ), (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Προγράμματα 12 βημάτων

Λειτουργούν ομάδες Ναρκομανών Ανωνύμων σε Αττική, Θεσσαλονίκη, Ναύπλιο, Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο, Κατερίνη, Πάτρα, Γιαννιτσά.

Παρεμβάσεις για τους χρήστες ναρκωτικών σε σωφρονιστικά ιδρύματα

Το 2005, λειτούργησαν παρεμβάσεις υποστήριξης κρατούμενων χρηστών σε 12 σωφρονιστικά καταστήματα. Συγκεκριμένα, ομάδες υποστήριξης και ευαισθητοποίησης για νέους λειτουργούν από το ΚΕΘΕΑ στο Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων Κασσαβέτειας Βόλου και στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων Αυλώνας. Πραγματοποιούνται επίσης παρεμβάσεις σε ενήλικες κρατούμενους χρήστες στα εξής σωφρονιστικά καταστήματα: Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού (ΚΕΘΕΑ, 18άνω, Ναρκομανείς Ανώνυμοι), Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (ΚΕΘΕΑ, 18άνω),

Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού (ΚΕΘΕΑ, 18άνω, Ναρκομανείς Ανώνυμοι), Φυλακές Διαβατών (ΚΕΘΕΑ), Στρατιωτικές Φυλακές Θεσσαλονίκης (ΚΕΘΕΑ), Κλειστή Φυλακή Τρικάλων (ΚΕΘΕΑ), Δικαστικές Φυλακές Νεάπολης Κρήτης (ΚΕΘΕΑ), Κλειστή Φυλακή Νέας Αλικαρνασσού Κρήτης (ΚΕΘΕΑ), Δικαστική Φυλακή Κομοτηνής (ΚΕΘΕΑ) και Αγροτική Φυλακή Κασσάνδρας (ΚΕΘΕΑ).

Στο πλαίσιο των σωφρονιστικών, επίσης καταστημάτων, λειτουργούν δύο ολοκληρωμένα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στις φυλακές: η θεραπευτική κοινότητα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ-ΚΕΘΕΑ στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων στον Ελαιώνα Θηβών.

Παρεμβάσεις εκτός σωφρονιστικών καταστημάτων

Εκτός σωφρονιστικών καταστημάτων λειτουργεί Συμβουλευτικός Σταθμός Εφήβων Παραβατών από την ΣΤΡΟΦΗ-ΚΕΘΕΑ στα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών. Επίσης, δύο ειδικά προγράμματα θεραπείας για αποφυλακισμένους πραγματοποιούνται από το ΚΕΘΕΑ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Υπηρεσίες εμψύχωσης και κινητοποίησης αποφυλακισμένων προσφέρονται από τον Συμβουλευτικό Σταθμό της Μονάδας Απεξάρτησης 18άνω. Πρόγραμμα Υποδοχής Αποφυλακισμένων λειτουργεί σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη στο πλαίσιο δύο πολυϊατρείων από τη μη κυβερνητική οργάνωση “PRAKSIS”.

Μονάδες για εφήβους και νέους

Οι υπηρεσίες για εφήβους παρουσίασαν ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Το 2005 λειτούργησαν 11 (από 7, το 2004) δομές θεραπείας για εφήβους και νέους με δυναμικότητα 290 ατόμων. Ο αριθμός των ατόμων που εισήχθηκαν στην κύρια φάση θεραπείας ήταν 192 ενώ 111 άτομα βρίσκονταν ήδη στις δομές στην αρχή του έτους (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Από το ΚΕΘΕΑ λειτουργούν συνολικά εφτά προγράμματα για εφήβους και νέους: ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα με δυνατότητα φιλοξενίας και σχολείο στην Αθήνα, ένα πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για περιστασιακούς χρήστες ουσιών και μονάδα βραχύχρονης παρέμβασης σε περιστασιακούς χρήστες στην Αθήνα, ολοκληρωμένα προγράμματα σε Πειραιά, Ηράκλειο, Θεσσαλονίκη, Βόλο και Πάτρα. Ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει τέσσερις μονάδες εφήβων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα και Ρέθυμνο. Σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» και σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο το πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας».

Ειδικές υπηρεσίες για γυναίκες και γονείς

Το πρόγραμμα «18 άνω» διαθέτει ένα πρόγραμμα για εξαρτημένες γυναίκες και ένα πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, στην Αθήνα. Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει ένα πρόγραμμα για εξαρτημένους γονείς με έδρα τη Θεσσαλονίκη.

Υπηρεσίες για μετανάστες χρήστες ναρκωτικών ή ομάδες με ειδικές γλωσσικές ανάγκες, ή θρησκευτικό ή πολιτισμικό υπόβαθρο

Από το ΚΕΘΕΑ, λειτουργεί ένα κέντρο ένταξης ειδικών κοινωνικών ομάδων στην Αθήνα που απευθύνεται σε μετανάστες, πρόσφυγες και παλιννοστούντες. Επίσης, λειτουργεί διαπολιτισμικό θεραπευτικό πρόγραμμα σε Καβάλα και Αλεξανδρούπολη για την εξυπηρέτηση διαφορετικών εθνικών και θρησκευτικών ομάδων.

Κοινωνική Επανένταξη

Το 2005 λειτούργησαν 16 κέντρα κοινωνικής επανένταξης απεξαρτημένων εφήβων και ενηλίκων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιά, Ηράκλειο, Βόλο, Πάτρα, Λάρισα, Ραφήνα, από τα οποία τα 11 ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ, τα δύο στον ΟΚΑΝΑ, δύο στα προγράμματα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και ένα στην μονάδα απεξάρτησης 18άνω του ΨΝΑ. Η συνολική δυναμικότητα ήταν 615 άτομα ενώ ο συνολικός αριθμός αυτών που δέχτηκαν υπηρεσίες ήταν 734 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Με στόχο την ενίσχυση της διαδικασίας ένταξης, το ΚΕΘΕΑ λειτουργεί τέσσερα εναλλακτικά σχολεία, σε Αθήνα, Λάρισα, Θεσσαλονίκη και Ηράκλειο. Πρόγραμμα εναλλακτικού σχολείου λειτούργησε επίσης από το ΨΝΘ στη Θεσσαλονίκη και από το ΨΝΑ στην Αθήνα.

Επιπλέον ο ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ λειτουργούν υπηρεσίες νομικής υποστήριξης σε συνεργασία με τους δικηγορικούς συλλόγους της χώρας. Ο ΟΑΕΔ υλοποιεί ειδικά επιδοτούμενα προγράμματα νέων θέσεων εργασίας και νέων ελεύθερων επαγγελματιών καθώς και προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και κατάρτισης με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

2.1. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1.1. Έννοιες και διαφορετικοί ορισμοί στην έρευνα αποτελεσματικότητας

Η αποτελεσματικότητα συγκροτεί μια αυτονόητη συνθήκη για την εφαρμογή οποιασδήποτε λειτουργίας ή συστήματος λειτουργιών στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας και των ενεργειών που εντάσσονται στην κοινωνική πολιτική. Η έρευνα αποτελεσματικότητας συνθέτει μια προσπάθεια για την αποτίμηση της έκβασης κάθε οργανωμένης ενέργειας ή συνδυασμού ενεργειών που επιχειρούν την επίτευξη ενός στόχου στη βάση ορισμένου σχεδιασμού. Η διαδικασία αξιολόγησης του αποτελέσματος αυτής ή αυτών των ενεργειών, ωστόσο, έχει αρκετές δυσκολίες τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην εφαρμογή της.

Αρχικά, στα διάφορα επίπεδα που μπορεί να τοποθετηθεί το θέμα της έρευνας αξιολόγησης, απαιτείται μια προσπάθεια αποσαφήνισης των όρων και των μεθόδων που υπεισέρχονται στη διαδικασία, δεδομένου ότι επηρεάζονται αμοιβαία. Τόσο, δηλαδή, οι ορισμοί που επιλέγονται μπορεί να διαμορφώσουν την επιλογή των μεθόδων, όσο και αντίθετα, η επιλογή μεθοδολογίας μπορεί να περιορίσει τη δυνατότητα αποσαφήνισης βασικών εννοιών επιτείνοντας την ενδεχόμενη σύγχυση αναφορικά με τις αναμενόμενες απαντήσεις στα κομβικά ερωτήματα που θέτει η έρευνα αξιολόγησης. Έτσι, αρκετές φορές οι απαντήσεις που προκύπτουν από τη διαδικασία αξιολόγησης δεν απαντούν σε σημαντικά ερωτήματα αποτίμησης του αποτελέσματος της παρέμβασης που αξιολογείται αλλά και επίσης συχνά τα ερωτήματα που τίθενται δεν βοηθούν στο να αποσαφηνισθεί με ακρίβεια το αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται από την παρέμβαση.

Στο πλαίσιο αυτό έχει συχνά απασχολήσει τους μελετητές το τι είναι αξιολόγηση ή τι αποτελεί αποτελεσματικότητα. Η εμβάθυνση στη συζήτηση αυτή ανέδειξε αρκετά νέα πεδία που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα και τη μεθοδολογία αξιολόγησης, εμπλουτίζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίζονται οι προσπάθειες να απαντηθούν βασικά ερωτήματα που συνδέονται με το αποτέλεσμα ενός προγράμματος, μιας παρέμβασης μιας υπηρεσίας που στοχεύουν στη αντιμετώπιση κάποιου ζητήματος της δημόσιας υγείας.

Ο Αγραφιώτης (2000) σε μια ανασκόπηση που προσπαθεί να τοποθετήσει τους σχετικούς όρους σε λογική σειρά, ώστε να αποτελούν το λογικό πλαίσιο της διαδικασία αξιολόγησης, επισημαίνει ότι υπάρχει ένα σοβαρό πρόβλημα απόδοσης των όρων προκειμένου να αποτελέσουν λειτουργικά εργαλεία στην οργάνωση της μεθοδολογίας. Η πρότασή του αποτελεί μια προσπάθεια να δοθεί μια συνολική θεώρηση που να ενισχύει την αλληλουχία και την εσωτερική συνοχή της απόδοσης των όρων. Έτσι, θεωρεί ότι ο όρος *αξιολόγηση* (*review*) αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών ή και των πρακτικών που επιτρέπουν να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό μια πρόταση ή ένα πρόγραμμα θεραπευτικής (ή τεχνολογικής ή ερευνητικής) δράσης στηρίζεται σε έγκυρες και σύγχρονες θεωρήσεις της επιστήμης και της τεχνολογίας. Στη συνέχεια προτείνει τον όρο *πρόβλεψη* (*forecasting*) με τον οποίο συνθέτει το σύνολο των ενεργειών και των πρακτικών που επιτρέπουν τη μελέτη και την κατανόηση των πιθανών ή/και απαραίτητων προσαρμογών των θεραπευτικών (ή ερευνητικών ή επιστημονικο-τεχνολογικών) συστημάτων που από τη μια υπηρετούν τη συνέπεια στην επιδίωξη των στόχων τους αλλά από την άλλη επιδιώκουν, παρά τις αναμορφώσεις και τις μεταβολές που υφίστανται, να διατηρήσουν την εσωτερική τους δυναμική, ενώ παράλληλα επιτρέπουν τη λειτουργική τους αλληλεπίδραση με την ευρύτερη επιστημονική σκέψη, το οικονομικό σύστημα στο οποίο εντάσσονται και το κοινωνικό περιβάλλον με το οποίο συμβιώνουν. Ο τρίτος όρος που συνδέεται με τους προηγούμενους είναι η *εκτίμηση (valuation)* που αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών και των πρακτικών που επιτρέπουν να διαπιστωθούν και να προσδιοριστούν με σαφή τρόπο τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού προγράμματος, οι δυνατότητές του, όταν χρησιμοποιηθεί σε συσχέτιση και με άλλα

προγράμματα καθώς και ο βαθμός κρισιμότητας του συνόλου αυτών των ενεργειών για την ανάπτυξη συνέχειας μιας επαλληλίας που αποτελεί το ολοκληρωμένο δίκτυο των υπηρεσιών. Στην περίπτωση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης αυτό συνδέεται με τον τρόπο που συγκροτείται και λειτουργεί το συνεχές της φροντίδας διαφορετικών υπηρεσιών που δεν ανήκουν σε ένα φορέα ή οργανισμό αλλά αποτελούν όλες μαζί το διαθέσιμο δίκτυο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με την κατάχρηση. Ο μελετητής, επιπλέον, προτείνοντας τον όρο *στάθμιση (assessment)* προσπαθεί να περιγράψει το σύνολο των ενεργειών και πρακτικών που επιτρέπουν να προσδιοριστούν οι συνέπειες και οι επιπτώσεις (οικονομικές, θεσμικές, κοινωνικές, πολιτισμικές) από την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, αλλά και να διαπιστωθούν οι ανάγκες στις οποίες ανταποκρίνεται και απαντά αυτό το θεραπευτικό πρόγραμμα (ως καινοτομία ή εφαρμογή τεχνολογική, επιστημονική, θεραπευτική) τόσο ως τελικό προϊόν (αποτέλεσμα, έκβαση) όσο και ως πρόταση για διαδικασία επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων ή προβλημάτων που ενδιαφέρουν τη δημόσια υγεία. Ο όρος, τέλος, *αποτίμηση (evaluation)* αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών και των πρακτικών που επιτρέπουν να διατυπωθεί για ένα πρόγραμμα θεραπείας (ή ένα πρόγραμμα τεχνολογικής ανάπτυξης ή μια οργανωμένη παρέμβαση στη δημόσια υγεία) σε ποιο βαθμό οι αρχικοί στόχοι του έχουν επιτευχθεί, τι σχέση υπάρχει ανάμεσα στις σχεδιασμένες δράσεις και τις δράσεις που τελικά πραγματοποιήθηκαν, η καταλληλότητα των μέσων σε σχέση με τους στρατηγικούς στόχους και εντέλει η σημασία της τελικής έκβασης σε συνδυασμό με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και τους πόρους κάθε είδους που κινητοποιήθηκαν και αξιοποιήθηκαν.

Επιπλέον, εστιάζοντας στο πεδίο της θεραπείας της εξάρτησης, ο Πουλόπουλος (1998, 2000, 2005) συχνά επιστρέφει στην ανάγκη που υπάρχει για την αποσαφήνιση των εννοιών που σχετίζονται με την αξιολόγηση των προγραμμάτων απεξάρτησης. Αναφέρει, σχετικά, ότι αρκετοί όροι δεν είναι όμοια ερμηνευόμενοι από τους ερευνητές και ο ορισμός που δίνουν κάθε φορά δίνει διαφορετικά αποτελέσματα που δεν επιτρέπουν την απευθείας σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έτσι τα αποτελέσματα εμφανίζονται συγκρουόμενα και η έκβαση της θεραπείας ασαφής ως προς την έννοια που την ορίζει. Ήδη, για παράδειγμα, η δυσκολία στη μεθοδολογία των μετρήσεων διαμορφώνει διαφορετικά τον τρόπο που ορίζεται η διακοπή της θεραπείας, η οποία συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα. Γενικά, η διακοπή της θεραπείας ορίζεται με δύο τρόπους: η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας εξαιτίας παραβιάσεων των κανόνων του θεραπευτικού πλαισίου, που φαίνεται να αποτελεί αποπομπή του θεραπευόμενου, και η εθελούσια αποχώρηση από το πρόγραμμα παρά τη διαφορετική γνώμη των συντελεστών του θεραπευτικού σχεδιασμού. Κάποιοι μελετητές εστιάζουν στις διακοπές που είναι εθελούσιες αποκλείοντας εκείνες που συνδέονται με κλινική απόφαση (Sansone, 1980). Άλλες, ωστόσο, μελέτες (Hubbard et al,1989· De Leon, 1991) δεν κάνουν διάκριση σχετικά με την αιτία και συμπεριλαμβάνουν στα ποσοστά διακοπών το σύνολο όσων έχουν διακόψει.

Παράλληλα, σύγχυση δημιουργείται με τον όρο επανεισαγωγή. Ο χρόνος που μεσολαβεί από τη διακοπή μέχρι την επιστροφή στη θεραπεία, ώστε να θεωρηθεί ως επανεισαγωγή, διαφέρει ανάμεσα στις μελέτες. Ο Kooyman (1992) στη μελέτη αξιολόγησης του υποστηρίζει ότι θεραπευόμενοι οι οποίοι έχουν διακόψει απ' το πρόγραμμα πάνω από έξι μήνες πριν επιστρέψουν στη θεραπεία αποτελούν νέες εισαγωγές ενώ αυτοί που εγκατέλειψαν το πρόγραμμα και επανήλθαν σε μικρότερο χρονικό διάστημα νοούνται ως θεραπευόμενοι που συνεχίζουν τη θεραπεία τους.

Για ένα μέρος των προγραμμάτων απεξάρτησης τα ποσοστά των διακοπών τους συμπεριλαμβάνουν κάθε άτομο που πραγματοποίησε έστω και μία διανυκτέρευση σε κάποιο πρόγραμμα διαμονής, ενώ σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα η πρώτη περίοδος θεωρείται φάση αποτοξίνωσης. Οι εξυπηρετούμενοι που εγκαταλείπουν το πρόγραμμα στη διάρκεια αυτής της περιόδου κατατάσσονται στην κατηγορία όσων βρίσκονται στη φάση προετοιμασίας και αποτοξίνωσης και δεν περιλαμβάνονται στα ποσοστά των διακοπών. Παράλληλα, μερικά προγράμματα θεωρούν τη σωματική αποτοξίνωση προϋπόθεση για την

εισαγωγή, ενώ άλλα εντάσσουν τη φάση αυτή στη θεραπευτική παρέμβαση. Οι εξυπηρετούμενοι που έχουν αποτοξινωθεί πριν την εισαγωγή για θεραπεία ίσως έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες παραμονής από όσους δεν έχουν αποτοξινωθεί.

Δεδομένου ότι ο χρόνος παραμονής είναι σημαντικός παράγοντας για την έκβαση της θεραπείας, όπως ευρέως αναφέρεται (Simpson και συν, 1995, Gerstein και Harwood,1990, Ball και Ross, 1991, De Leon, Wexler και Jainchill, 1982, Hubbard et al., 1989, Simpson και Sells, 1982), η σχεδιασμένη περίοδος που διαρκεί η θεραπεία είναι επίσης μια σημαντική παράμετρος γιατί βάσει αυτής ορίζεται ο χρόνος ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος. Έτσι, παρόλο που ο προτεινόμενος χρόνος διαφέρει, και σε αρκετές περιπτώσεις σημαντικά, μεταξύ των προγραμμάτων, πολλές μελέτες δεν δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σ αυτή τη διαφορά που ωστόσο επηρεάζει σημαντικά τόσο τη διακοπή όσο και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η σύγχρονη αγγλοσαξωνική σκέψη φαίνεται,πάντως, να περιορίζεται στον όρο αξιολόγηση ή αποτίμηση (evaluation) με τον οποίο περιγράφει ένα σύνολο οργανωμένων επιμέρους ενεργειών και πρακτικών που περιλαμβάνουν επιμέρους τύπους ή υποσυστήματα. Έτσι, για την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 2000) η έννοια αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων ή υπηρεσιών ή συστημάτων που αντιμετωπίζουν διαταραχές της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών περιλαμβάνει, είτε συνδυαστικά είτε αυτόνομα, τουλάχιστον τα παρακάτω συστήματα ενεργειών, πρακτικών ή διαδικασιών συνοπτικά: *εκτίμηση αναγκών, αξιολόγηση διαδικασίας, αξιολόγηση αποτελέσματος, αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των αποδεκτών των υπηρεσιών και οικονομική αξιολόγηση.*

Σχετικά με τα παραπάνω, έχει υποστηριχθεί ότι ένα σύστημα αξιολόγησης οφείλει να περιλαμβάνει επιπλέον την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης του προσωπικού από την εργασία του (*staff satisfaction*) αλλά και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του οργανισμού (*organizational behavior evaluation*), τον τρόπο δηλαδή που οργανώνεται ένα σύστημα που παρέχει υπηρεσίες για την απεξάρτηση (Πουλόπουλος, 2000).

Οι δυσκολίες της έρευνας αξιολόγησης του αποτελέσματος, των διαδικασιών δηλαδή που αποτιμούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ή των προγραμμάτων απεξάρτησης συνδέονται, επίσης, σε επίπεδο πρακτικών, όπως έχει τονισθεί, με τη διαφορετικότητα και με την ποικιλία όσων γίνονται αποδέκτες των ευρημάτων της (McLellan, 2000). Έτσι ο McLellan (2000, 2006) υποστηρίζει ότι το ερώτημα *«είναι αποτελεσματική η θεραπεία;»* φαίνεται να χαρακτηρίζεται από αοριστία, γιατί, εάν πρόκειται να αξιολογηθεί η θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, υπάρχουν πολλοί που θα ήθελαν απαντήσεις σ' αυτό το ερώτημα. Δεν υπάρχει μόνον μία απάντηση και μόνον μία ομάδα η οποία την αναμένει με ενδιαφέρον. Το γεγονός ότι οι αποδέκτες της απάντησης έχουν διαφορετικής αφετηρίας ενδιαφέροντα διαφοροποιεί τη σημασία του αποτελέσματος στις πτυχές που η αξιολόγηση του αποτελέσματος αναδεικνύει. Έτσι, αποσαφηνίζει ότι το πραγματικό ερώτημα βρίσκεται στο αν η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι αποτελεσματική σε σχέση με συγκεκριμένες προσδοκίες οι οποίες διατυπώνονται κάθε φορά διαφορετικά. Προτείνει, επομένως, να απαντηθούν με τρόπο συστηματικό ερωτήματα που συνδέονται με λειτουργικές συγκρίσεις, όπως: Τι περιμένει η κοινωνία από τη θεραπεία της εξάρτησης σε σχέση με άλλες σημαντικές διαταραχές που αφορούν τη δημόσια υγεία; Πόσο διαφέρουν τα αποτελέσματα της θεραπείας της εξάρτησης από τα αποτελέσματα της θεραπείας άλλων σημαντικών ασθενειών, διαταραχών ή δυσλειτουργιών; Και τέλος, πόσο μπορεί, αν μπορεί και αν όχι γιατί, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες να συγκριθεί με άλλες ασθένειες;

Στα παραπάνω συγκλίνει και η γενική παραδοχή ότι η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες έχει αποτέλεσμα, αλλά δεν είναι γνωστό το πώς και το γιατί (Sapiro, 2005). Στη βάση αυτή και επειδή η απάντηση στο γιατί η θεραπεία είναι αποτελεσματική γίνεται συχνά επιτακτική, έχει επιχειρηθεί η διερεύνηση στοιχείων που μπορούν να συνδεθούν με θετικά αποτελέσματα. Ο προβληματισμός που αναπτύσσεται έχει δύο βασικά

στοιχεία: Κατ' αρχάς συνδέεται με το γεγονός ότι η αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες οφείλει να στοχεύει σε περισσότερα από την απλή αποχή από τη χρήση· οφείλει, δηλαδή, να απευθύνεται και σε όλους τους τομείς που υφίστανται τις επιπτώσεις της κατάχρησης ουσιών οι οποίοι έχουν οικονομικό και κοινωνικό κόστος (UN, 2003). Και, κατά δεύτερο λόγο, οι μετρήσεις που καλούνται να καταστήσουν διακριτό το αποτέλεσμα σε κάθε περιοχή και τομέα που εξετάζεται οφείλουν να συνδέονται με συγκεκριμένους δείκτες οι οποίοι αποτελούν και τα κριτήρια αποτελεσματικότητας.

Η πολυπλοκότητα όλων των προηγουμένων κάνει σαφή την παραδοχή που φαίνεται να επιτείνει την ανάγκη της έρευνας αποτελεσματικότητας. Το γεγονός, επομένως, ότι υπάρχουν θεραπευτικές εφαρμογές των οποίων η αποτελεσματικότητα δεν έχει μελετηθεί ώστε να συνδέεται με εμπειρικές αποδείξεις δε σημαίνει ότι είναι απαραίτητα μη αποτελεσματικές. Από την άλλη μεριά, η ευρεία χρήση θεραπευτικών μεθόδων και προτάσεων που αποτελούν ιστορικό προηγούμενο δε συνδέεται γραμμικά ή αυτόματα με την αποτελεσματικότητα που μπορούν να έχουν. Η ευρύτητα των τομέων στους οποίους παρεμβαίνουν σύμφωνα με το σχεδιασμό εφαρμογής τους καθώς και τα κριτήρια αποτελεσματικότητας θα αναδείξουν του όρους της αποτελεσματικότητας τους.

Η πολυπλοκότητα που περιγράφεται αποτυπώνει την απαιτητικότητα της έρευνας αξιολόγησης του αποτελέσματος και προβάλλει τη αναγκαιότητα της αποσαφήνισης των εννοιών. Η παραδοχή ότι η θεραπεία της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να αξιολογηθεί επιτρέπει την αξιοποίηση μεθόδων και τεχνολογίας που έχουν ήδη θετικά δείγματα από άλλες περιοχές της επιστήμης. Πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούν επιστημονικές αρχές και προδιαγραφές που εφαρμόζονται στην αξιολόγηση άλλων πεδίων παρόμοιου τύπου (κοινωνική έρευνα, κλινική έρευνα, δημόσια υγεία), οργανώνουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζεται και υλοποιείται η έρευνα της αξιολόγησης των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης και κυρίως της αποτελεσματικότητάς τους. Έτσι, αρχικά, είναι απαραίτητο να ορισθεί αυτό που αποτελεί το λογικό μοντέλο της παρέμβασης, ώστε μέσω της περιγραφής των βασικών της στόχων να γίνουν διακριτά τα επιμέρους πεδία στα οποία εστιάζει, για να διατυπωθούν με σαφήνεια οι βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι και οι μακροπρόθεσμοι στόχοι. Η περιγραφή των μεθόδων και των τεχνικών που επιλέγονται, των μέσων δηλαδή που αξιοποιούνται για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα κάνει εφικτή την παράθεση των κριτηρίων επίτευξης του σχεδιασμένου αποτελέσματος και επιτρέπει την αξιολόγηση της έκβασης του προγράμματος.

Στα όρια της εργασίας αυτής η *αποτελεσματικότητα*, η *αξιολόγηση του αποτελέσματος* και η *αποτίμηση της αποτελεσματικότητας* είναι εκδοχές όρων που υποδηλώνουν έννοια ταυτόσημη. Αναφέρονται δε στη συστηματική διαδικασία και τις ενέργειες που έχουν στόχο τη απόφανση της έκβασης της παρεχόμενης υπηρεσίας απεξάρτησης. Η διαδικασία αυτή απαντά στο κατά πόσο επιτυγχάνεται ο στόχος που η θεραπευτική παρέμβαση σχεδίασε να επιτελέσει σε κάθε έναν από τους τομείς που εφαρμόζεται. Για την επίτευξη αυτών των στόχων ορίζονται συγκεκριμένα κριτήρια που συνδέονται με μετρήσεις σε συγκεκριμένα πεδία. Η διαφορά που προκύπτει από τις μετρήσεις αυτές στα πεδία που βρίσκονται υπό διερεύνηση πριν και μετά την παρέμβαση εκλαμβάνεται ως το αποτέλεσμα της παρέμβασης και δίνει το βαθμό αποτελεσματικότητάς της.

2.1.2. Οι τομείς προβλημάτων που συνδέονται με την κατάχρηση και την εξάρτηση

Τα προβλήματα της κατάχρησης ουσιών είναι χρόνια και χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές. Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση καθορίζουν με διάφορους τρόπους το συνολικό τρόπο της ζωής των εξαρτημένων προκαλώντας σημαντικές καθυστερήσεις ή ελλείψεις στο επίπεδο της σωματικής υγείας καθώς και της κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης τους. Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, έτσι, δεν αποτελεί μια μονοδιάστατη δυσλειτουργία. Τα διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά της κατανάλωσης της ουσίας ή των

ουσιών και τη σοβαρότητα και τη διάσταση των προβλημάτων λειτουργικότητας που οφείλονται στα χαρακτηριστικά αυτής της κατανάλωσης. (Gerstein και Harwood, 1990). Το άτομο που είναι εξαρτημένο ή κάνει κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών δεν αντιμετωπίζει απλώς τις επιπτώσεις που προέρχονται από τη δραστικότητα της ουσίας η οποία καθορίζεται από τη χημική και φαρμακολογική της υπόσταση. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι πολύ συχνά η εξάρτηση συνδέεται με σοβαρά προβλήματα που αφορούν το σύνολο των τομέων που συνθέτουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση του εξαρτημένου. Προβλήματα που αφορούν στην απασχόληση, την εκπαίδευση, τη σωματική υγεία, τη νομική κατάσταση, την ψυχολογική λειτουργία, τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις παρουσιάζονται ως παράλληλα στοιχεία που επιδεινώνουν την κατάσταση την οποία βιώνουν όσοι έχουν αναπτύξει τη διαταραχή της εξάρτησης (McLellan et al., 1981).

Στην ελληνική πραγματικότητα είναι συχνές οι αναφορές που συνδέουν την κατάχρηση ουσιών με σημαντικούς τομείς που συνθέτουν την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι εξαρτημένοι που ζητούν θεραπεία από τις υπηρεσίες απεξάρτησης εκτός από την χρήση ουσιών σε ποσοστό από 70% μέχρι και 95% που αφορά την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης (εξαρτάται αν πρόκειται για πληθυσμό ενηλίκων ή εφήβων) παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα και σε άλλους σημαντικούς τομείς της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Έτσι σε ποσοστό από 65% μέχρι και 90% δεν έχουν συστηματική απασχόληση, ενώ μεγάλο μέρος αυτού του ποσοστού αντιπροσωπεύει άτομα που δεν έχουν ενταχθεί ποτέ στην αγορά εργασίας. Το ένα τρίτο περίπου όσων προσεγγίζουν τις θεραπευτικές υπηρεσίες έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα έχοντας σημαντικές εκκρεμότητες που αφορούν αδικήματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την κατάχρηση ουσιών και ένα βαρύ ποινικό ιστορικό που περιλαμβάνει συλλήψεις, καταδίκες και φυλάκιση. Οι μισοί περίπου εγκαταλείπουν το σχολείο σε μια μέση ηλικία περίπου 15 ετών που σημαίνει περί την αρχή του λυκείου, ηλικία που συμπίπτει με την έναρξη της χρήσης απαγορευμένων ψυχοδραστικών ουσιών. Μεγάλο ποσοστό αυτών των εξαρτημένων έχουν σημαντικά ιατρικά προβλήματα που συνδέονται και με μολυσματικές μεταδοτικές νόσους όπως η μόλυνση από HIV ή διαφόρων τύπων ηπατίτιδες. (EMCDDA, 2004, ΚΕΘΕΑ, 2004· 2005· ΕΚΤΕΠΝ 2005).

Η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της εξάρτησης και της σοβαρότητας των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών υποστηρίζεται ότι είναι άμεση και αφορά εξίσου τόσο το θεωρητικό πλαίσιο όσο και την κλινική πρακτική. Αν και είναι αποδεκτό ότι η προοδευτική αύξηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών οδηγεί σε σταδιακή αποδιοργάνωση σε τομείς όπως η απασχόληση και οι οικογενειακές σχέσεις, και επιβαρύνει σημαντικά την υγεία και την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων (Levine, 1978· Musto, 1973), συχνά η θεραπευτική προσέγγιση περιορίζει την παρέμβασή της σε μια στρατηγική που επικεντρώνεται στην εξάρτηση (Biase, 1972). Έτσι, μεγάλο μέρος των θεραπευτικών προγραμμάτων παρέχουν θεραπεία μόνον για τη σωματική εξάρτηση που προκαλείται από την ουσία ή τις ουσίες που καταναλώνονται, υποτιμώντας τη σημασία της σύνδεσης που υπάρχει με τη σοβαρότητα των προβλημάτων σε όλους τους άλλους τομείς που επηρεάζονται. Τόσο τα κριτήρια της διαγνωστικής αξιολόγησης όσο και ο θεραπευτικός σχεδιασμός αλλά και ακόμα η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος εξαντλούνται σε μια μονοδιάστατη εκτίμηση της εξάρτησης αυτής καθαυτής και έτσι ορίζουν τη θεραπευτική τους προσέγγιση.

Ο McLellan και οι συνεργάτες του (1981) μελέτησαν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της σοβαρότητας της κατάχρησης και της σοβαρότητας των προβλημάτων στους τομείς που συνδέονται με τη κατάχρηση πριν και μετά τη θεραπεία 879 ανδρών με προβλήματα κατάχρησης ψυχοδραστικών σε πέντε προγράμματα διαμονής και δύο προγράμματα ημερήσιας εξωτερικής παρακολούθησης. Παράλληλα, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των βελτιώσεων που παρατηρηθήκαν στον τομέα της χρήσης ουσιών και των βελτιώσεων που μετρήθηκαν στους άλλους σχετικούς τομείς.

Στην αλληλεξάρτηση των διαφόρων προβληματικών τομέων με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών εστιάζουν και οι Onken, Blaine και Boren (1997) κάνοντας μια σύγκριση ανάμεσα στην κατάχρηση και άλλες διαταραχές. Υποστηρίζουν ότι αντίθετα από ό,τι συμβαίνει με φορείς άλλων δυσλειτουργιών, διαταραχών ή ασθενειών, οι φορείς της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες δεν επιθυμούν να πάψουν να βιώνουν τα συμπτώματα αυτής καθαυτής της κατάχρησης. Επειδή η βασική παράμετρος της κατάχρησης ουσιών συνδέεται με την ευχαρίστηση, αν η εξάρτηση δεν σχετιζόταν με πολλές προβληματικές επιπτώσεις σε κοινωνικό, οικονομικό, νομικό, ψυχολογικό και ιατρικό επίπεδο, πολλοί άνθρωποι δεν θα θεωρούσαν ότι χρειάζονται θεραπεία (ούτε στο ελάχιστο). Αυτό σημαίνει ότι ενώ θέλουν να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που βιώνουν και σχετίζονται με τη συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών, δεν επιθυμούν παράλληλα και την αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς, δηλαδή τη διακοπή της χρήσης. Υπό την έννοια αυτή, αν κάποιοι αποφασίσουν να ξεκινήσουν θεραπεία για να αντιμετωπίσουν συνολικά τα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση, το βασικό στοιχείο που τους ωθεί στη θεραπεία αποτελεί παραδόξως και το στοιχείο που τους εμποδίζει να ξεκινήσουν τη θεραπεία: Η ίδια η χρήση μειώνει τη διαθεσιμότητά τους για αλλαγή.

Από την άλλη μεριά, πολλά από τα προβλήματα που απορρέουν ή συνδέονται με τη χρήση ουσιών μπορεί να αποτελέσουν ανασταλτικούς παράγοντες για την έναρξη της θεραπευτικής εμπειρίας κάποιων ή την παραμονή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η απαιτητική θεραπεία διαμονής, για παράδειγμα, μπορεί να δημιουργεί πρόσθετες οικονομικές επιβαρύνσεις για κάποιον που ήδη έχει σημαντικά οικονομικά προβλήματα. Ή σοβαρά ποινικά προβλήματα που βαραίνουν συχνά τους εξαρτημένους μπορεί να επηρεάζουν την παρακολούθηση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι προβληματικοί τομείς που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών από πολύ νωρίς έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον της έρευνας, γιατί ουσιαστικά αποτελούν τα πεδία στα οποία μετράται και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το κλινικό ενδιαφέρον στρέφεται επίσης στην πρόοδο που χρειάζεται να επιτευχθεί στους προβληματικούς αυτούς τομείς, γιατί έχει επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας: στους συγκεκριμένους τομείς αποτελεί δείκτη πρόγνωσης του αποτελέσματος τόσο ως προς την επίτευξη των στόχων όσο και ως προς τη διάρκεια του αποτελέσματος. Επιπλέον, οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στους τομείς που υφίστανται τις επιπτώσεις της κατάχρησης λειτουργούν ως παράγοντες για την πρόληψη της υποτροπής.

Η παραδοχή ότι η εξάρτηση δεν είναι μια μονοδιάστατη διαταραχή που αφορά μόνο την κατάχρηση μιας ουσίας διαπερνά το σύνολο των εμπλεκομένων μερών στην αντιμετώπισή της. Οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς (*Narcotics Anonymous, NA*) υποστηρίζουν πως η εξάρτηση αποτελεί διαταραχή που εμπλέκει πολλά περισσότερα από τη χρήση της ουσίας (ή των ουσιών). Για πολλές μάλιστα περιπτώσεις θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή προϋπάρχει ή υφίσταται πριν ή ανεξάρτητα από τη χρήση. Στα εγχειρίδια όπου συμπυκνώνουν την ερμηνεία τους για την εξάρτηση αναφέρουν ότι είναι μια διαταραχή που εκφράζεται με τρόπους αντικοινωνικούς και γι' αυτό γίνεται δύσκολος ο εντοπισμός, η διάγνωση και η θεραπεία της. Συνδέουν, επιπλέον, τη χρήση με ενέργειες βίας, παραβατικότητα, πιθανή φυλάκιση, επικίνδυνες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, δυσλειτουργίες ψυχικής και συναισθηματικής διάστασης, έκπτωση των δεξιοτήτων διαβίωσης (Narcotics Anonymous, 1988).

Η αναγνώριση των τομέων που συνδέονται με την προβληματική της εξάρτησης είναι σημαντική υπό την έννοια ότι διαμορφώνει ουσιαστικά και τα κριτήρια μέτρησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο θεραπευτικός στόχος δεν περιορίζεται στη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης ουσιών αλλά συνδέεται με μεταβολές σε τομείς που πριν από τη θεραπεία χαρακτηρίστηκαν δυσλειτουργικοί, διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο μετράται το αποτέλεσμα. Κι όταν ακόμα ο θεραπευτικός σχεδιασμός δεν στοχεύει στην πλήρη αποχή από τη χρήση ουσιών είναι απολύτως καθαρό ότι η παρέμβαση

αναμένεται να έχει αποτελέσματα στους τομείς που συνδέονται με την κατάχρηση, όπως η απασχόληση, η παραβατικότητα και η παραμέληση της φυσικής υγείας.

Στη βάση όλων των προηγουμένων, τα εργαλεία που συμβάλλουν στη διάγνωση και εκτίμηση της κατάχρησης κατά τη διαδικασία της κλινικής εξέτασης των ατόμων που ζητούν θεραπεία διερευνούν το σύνολο αυτών των τομέων οι οποίοι για την πλειονότητα των γνωστών εργαλείων συνοψίζονται στους εξής: κατάσταση υγείας, απασχόληση, χρήση ουσιών, χρήση αλκοόλ, νομική κατάσταση, οικογενειακές σχέσεις, κοινωνικό δίκτυο και ψυχιατρική κατάσταση.

2.1.3. Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας

Τα πεδία που επηρεάζονται από την προβληματική χρήση ουσιών και την εξάρτηση είναι ποικίλα και αποτελούν το καθένα από μόνο του ένα σύστημα με διαφορετικές ανάγκες και στόχου που απαιτεί ειδικό χειρισμό και σχεδιασμό παρέμβασης. Στα πεδία αυτά περιλαμβάνονται: το ατομικό σύστημα του ενδιαφερόμενου χρήστη· το θεραπευτικό σύστημα των υπηρεσιών απεξάρτησης και του δικτύου των διαθέσιμων ή αναγκαίων υπηρεσιών· το σύστημα των ομοτίμων στα διάφορα επίπεδα που δραστηριοποιήθηκε, δραστηριοποιείται ή δύναται να δραστηριοποιηθεί ο ενδιαφερόμενος χρήστης –εργασία, εκπαίδευση, κοινωνικότητα· το σύστημα της οικογένειας– πατρική ή δημιουργημένη· το σύστημα της κοινότητας είτε με τη στενή έννοια της τοπικής κοινότητας, είτε στο επίπεδο της κοινωνίας ευρύτερα που περιλαμβάνει σημαντικές πτυχές της οργάνωσής της σχετικά με πολιτικές αποκατάστασης· το σύστημα των θεσμών όπου συναντώνται, επίσης, πολλαπλών ενδιαφερόντων μηχανισμοί –νομικές ρυθμίσεις, ποινική αντιμετώπιση, εκπαιδευτικές πολιτικές, διαδικασίες ένταξης, ευεργετικές ρυθμίσεις.

Ως εκ τούτου, οι προσδοκίες του κάθε συστήματος από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση ποικίλει και συνδέεται με την ερμηνεία που δίνει το επιμέρους σύστημα τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά αποτελέσματα (Checinski και Ghodse, 2004). Οι προσδοκίες, μάλιστα, των συστημάτων δεν είναι σταθερές στο χρόνο και ανεξάρτητες από τα ίδια τα συστήματα. Σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν σε συστήματα που δε φαίνεται άμεσα να συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τόσο την αντίληψη για την κατάχρηση και την εξάρτηση όσο και την προσέγγιση για την αποτελεσματικότητα. Στη διαδικασία αυτή υπερεκτιμώνται κάποια και υποτιμόνται άλλα από τα στοιχεία που αποτελούν κριτήρια επιτυχούς θεραπείας. Έτσι, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπου τα κονδύλια κοινωνικής πολιτικής και δημοσίων επενδύσεων συνήθως συρρικνώνονται, η εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική για τα ναρκωτικά μπορεί να υποχρεώνει σε λύσεις, εφαρμογές και λειτουργία υπηρεσιών χαμηλών προσδοκιών των οποίων τα κριτήρια επιτυχίας δεν συγκρίνονται με αυτά που αφορούν την πλήρη ένταξη των πρώην εξαρτημένων στην κοινωνία. Η λειτουργία όμως αυτών των προγραμμάτων κατά γενική ομολογία είναι χαμηλότερου λογιστικού κόστους.

Οι άξονες στους οποίους βασίζονται οι διάφορες επιλογές ως προς τη γενική πολιτική θεραπευτικής αντιμετώπισης των εξαρτήσεων οι οποίοι ορίζουν τόσο την οργάνωση των υπηρεσιών όσο και τους στόχους και τις προσδοκίες είναι αρκετοί. Σημαντικό παράγοντα αποτελεί η συγκράτηση στη θεραπεία όσο το δυνατόν περισσότερων και για μακρότερο, δεδομένου ότι ο χρόνος παραμονής αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιτυχή έκβαση και κλειδί για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Επιπλέον, η πρόοδος στην έρευνα αλλά και την τεχνολογία οι οποίες εστίασαν στη γενετική και τη βιολογία, επέτρεψαν την κατανόηση της λειτουργίας αρκετών ουσιών στον εγκέφαλο και ως εκ τούτου αναπτύχθηκαν φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία παρεμβαίνουν στους χημικούς μηχανισμούς που προκαλεί η ουσία· πάντως η φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται προς το παρόν μόνον σε προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση οπιοειδών και κατασταλτικών φαρμάκων. Ένας άλλος παράγοντας είναι ότι πολύ συχνά ο πληθυσμός που δέχθηκε θεραπεία υποτροπιάζει σε

σύντομο χρονικό διάστημα. Αν και όσο πιο σύντομα κάποιος/α διακόπτει τη θεραπευτική αγωγή τόσο μειώνεται ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι την υποτροπή, γεγονός που ωθεί τους ερευνητές να μιλήσουν για το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», της συνεχούς δηλαδή επανάληψης της θεραπευτικής εμπειρίας μετά από επεισόδια υποτροπής (Quigley και Marlatt, 1999). Ακόμα και ένα ποσοστό των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το σχεδιασμένο χρόνο θεραπείας εμφανίζονται να υποτροπιάζουν μετά από ένα μεγάλο διάστημα από τη λήξη της θεραπείας (Πουλόπουλος, 2005· Αγραφιώτης και Καμπριάνη, 2002). Η πολιτική οικονομία, τέλος, που συνδέεται με τον τρόπο και το ύψος της χρηματοδότησης των προγραμμάτων και των υπηρεσιών απεξάρτησης συμβάλλει στην οργάνωση της θεραπευτικής πολιτικής και ορίζει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και κατά συνέπεια τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας. Είναι προφανές ότι το τι θα καλυφθεί οικονομικά από τους διάφορους μηχανισμούς χρηματοδότησης καθορίζει και το ποιες και τι τύπου υπηρεσίες είναι διαθέσιμες, για πόσο παρέχονται, ποιος είναι αυτός που τις παρέχει και με ποιο τρόπο (Merrill, 1999).

Στη θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες αποτελεί αυτονόητο ότι ως κεφαλαιώδες κριτήριο αποτελεσματικότητας εκλαμβάνεται η χρήση ουσιών. Αν και, όπως προαναφέρθηκε, η αντίληψη των θεραπευτικών προγραμμάτων διαφέρει ως προς τον τελικό στόχο, η χρήση ουσιών αποτελεί μια εξαρτώμενη μεταβλητή στην οποία αναμένονται μεταβολές που οφείλονται στη θεραπευτική παρέμβαση, όποια και είναι αυτή. Παρά το γεγονός ότι αρκετά σύντομα η έρευνα πήρε αποστάσεις από την εξισωτική απλούστευση που καθόριζε αποτυχία της θεραπείας τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία και επομένως την αποχή ως μοναδικό κριτήριο αποτελεσματικότητας (Γαζγαλίδης, 2003), στο σύνολο της βιβλιογραφίας που πραγματεύεται θέματα αποτελεσματικότητας της θεραπείας των εξαρτήσεων από ψυχοδραστικές ουσίες η χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία αποτελεί βασική μέτρηση (Simpson et al., 1982· Tims et al., 1991· Anglin et al, 1989· Simpson και Sells, 1982· Hubard et al., 1989· Simpson και Currie, 1997· Bean και Nemitz, 2004). Επιπλέον, αν και η πλήρης και διαρκής αποχή από τη χρήση κάθε παράνομης ψυχοδραστικής ουσίας παραμένει ένα ζητούμενο που εκπορεύεται τόσο από την αόριστη αντίληψη της κοινής γνώμης σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας όσο και από κλινικές προτάσεις μέρους των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι σημαντικό να ελέγχονται οι αλλαγές που προκαλούνται από τη θεραπευτική εμπειρία στη χρήση ουσιών των ατόμων μετά τη θεραπεία. Για παράδειγμα, αλλαγές που αφορούν την ίδια την ουσία που χρησιμοποιείται μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με εκείνη που χρησιμοποιούνταν πριν ως προς τη γενική της βλαπτικότητα και τη δραστική της υπόσταση συγκροτούν μια συνολικά διαφορετική στάση του χρήστη απέναντι στη χρήση (Checinski και Ghodse, 2004). Επιπλέον, ο τρόπος χρήσης, η συχνότητα χρήσης, η ποσότητα, ο τόπος ή οι περιστάσεις κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η χρήση καθώς και η χρήση αποκλειστικά μιας ή περισσοτέρων ουσιών είναι παράμετροι που ορίζουν το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου, συνθέτουν το νέο επίπεδο της δυσλειτουργίας του σχετικά με την κατάχρηση και -για αυτό άλλωστε- παραμένουν σημαντικά πεδία εξέτασης κατά τη διαδικασία ατομικής κλινικής αξιολόγησης σε όλα τα δομημένα εργαλεία εξέτασης (McLellan et al., 1996· APA, 2005).

Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, ωστόσο, αποτελεί ένα σύνθετο σύνδρομο συμπτωμάτων που η βιο-ψυχο-κοινωνική του διάσταση επηρεάζει πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής των ατόμων. Η υγεία –σωματική και ψυχική-, οι κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, η οικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση, η ικανότητα αξιοποίησης των πόρων του κοινωνικού δικτύου, η παραβατική συμπεριφορά, η νομική εμπλοκή και η έκθεση στο ποινικό σύστημα καθώς και η εργασία είναι τομείς στους οποίους συνήθως οι εξαρτημένοι παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και συχνά ερμηνεύονται ως συμπτώματα της μακρόχρονης κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης. Είναι επιπλέον, όμως, και παράγοντες που συμβάλλουν στη συνέχιση της κατάχρησης ουσιών σε μια ιδιόμορφη σύγχυση αιτίου και αιτιατού συγχρόνως. Από τα παραπάνω, η εμπλοκή με το νόμο και η απασχόληση, παράγοντες και οι δύο που συνδέονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό και το

στιγματισμό, είναι πεδία μέτρησης που στην έρευνα αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος αποτελούν σημαντικά κριτήρια για την επιτυχία της παρέμβασης.

Η έννοια επομένως της επιτυχούς έκβασης της θεραπείας ή της αποτελεσματικότητας φαίνεται να διαθέτει πολλές πτυχές και να συνδέεται με πολλούς παράλληλους στόχους. Οι στόχοι αυτοί και η ποικιλία τους προφανώς συνδέονται με τις προσδοκίες όλων εκείνων που φαίνεται να αποτελούν μέρος στη διαδικασία της απεξάρτησης ή της αντιμετώπισης της εξάρτησης όπως αναδεικνύουν οι Gerstein και Harwood (1990): Οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι, τα θεραπευτικά προγράμματα, οι μηχανισμοί χρηματοδότησης της θεραπευτικής διαδικασίας, οι ερευνητές και οι όσοι χαράζουν πολιτική, τα μέλη των οικογενειών των εξαρτημένων, οι δικαστικές αρχές, οι εργοδοτικοί φορείς και βέβαια η κοινή γνώμη. Αναφέρεται ότι όλα αυτά τα μέρη δεν αποτελούν ομάδες πίεσης που λειτουργούν απομονωμένα αλλά βρίσκονται σε μια διαρκή αλληλεπίδραση συμβάλλοντας στη δυναμική των συνεχών αλλαγών που συμβαίνουν στις υπηρεσίες φροντίδας της εξάρτησης. Έτσι, ο Πουλόπουλος (2000) υποστηρίζει ότι η έρευνα αποτελεσματικότητας οφείλει να συμπεριλαμβάνει το σύνολο όσων αποτελούν μέρη του συστήματος της θεραπευτικής διαδικασίας αφού όλοι αποτελούν ένα πεδίο δυναμικής που αναπτύσσεται μεταξύ τους.

Συνοψίζοντας τους στόχους που προκύπτουν για τη θεραπευτική παρέμβαση από τις προσδοκίες όλων των προαναφερόμενων μερών δημιουργείται ένας κατάλογος που αποτελείται από τα παρακάτω: Μείωση της χρήσης ή αποχή από τη χρήση παρανόμων ουσιών· έλεγχο της χρήσης νομίμων ψυχοδραστικών ουσιών· μείωση ή και αποχή από παραβατική συμπεριφορά· μείωση των εκπαιδευτικών κενών και των επαγγελματικών δεξιοτήτων των ατόμων που συμμετείχαν στη θεραπευτική διαδικασία· αποκατάσταση ή έναρξη της συστηματικής απασχόλησης των πρώην εξαρτημένων· αποκατάσταση των παραμέτρων σωματικής υγείας με αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε σχέση με ό,τι συμβαίνει στο γενικό πληθυσμό και γενικά βελτίωση της κατάστασης που αφορά την ψυχική τους υγεία· εξορθολογισμό των συμπεριφορών που κρίνονται επικίνδυνες για τη αποφυγή μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ηπατικές ασθένειες, μόλυνση από HIV)· μείωση των μεγεθών βίας και της δημοφιλίας της χρήσης και της διακίνησης παρανόμων ουσιών· μείωση των εμμέσων δεικτών νοσηρότητας που αφορά τις γεννήσεις παιδιών με συμπτώματα στέρησης εξαιτίας της χρήσης της μητέρας που περιλαμβάνει επίσης και την υψηλή θνησιμότητά τους.

2.2. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

2.2.1. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων φαρμακευτικής αγωγής

Οι συστηματικές μελέτες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ τις δεκαετίες ‘70, ‘80 και ‘90 αλλά και οι ανάλογες στη Βρετανία δείχνουν ότι τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη μειώνουν κατά την περίοδο της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα τη χρήση απαγορευμένων ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά. Αν και η ολοκλήρωση του προγράμματος με την έννοια της υιοθέτησης της πλήρους αποχής από κάθε ουσία, της μεθαδόνης συμπεριλαμβανομένης, δεν αποτελεί κοινό συνήθη στόχο των προγραμμάτων υποκατάστασης, παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις και σε πεδία που αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητα κατά τη διάρκεια της συμμετοχής στο πρόγραμμα αλλά και μετά από αυτό, εφόσον στοχεύει στην αποχή.

Τόσο οι έρευνες DARP και TOPS όσο και η DATOS και η NTORS για τις οποίες γίνεται περαιτέρω αναλυτική αναφορά επιβεβαιώνουν τη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων που συμμετέχουν σε προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη ή προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Η TOPS ειδικά αναφέρει ότι για τους εξαρτημένους που συμμετείχαν τουλάχιστον ένα έτος σε πρόγραμμα υποκατάστασης υπήρξε σημαντική μείωση στην παράλληλη χρήση της ηρωίνης και μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς.

Σημαντική είναι η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ball και Ross (1991) σε έξι προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη το 1985 και 1986 σε τρεις πόλεις των ΗΠΑ (Νέα Υόρκη, Βαλτιμόρη και Φιλαδέλφεια) και αφορούσε 617 εξαρτημένους. Το 20,4% των συμμετεχόντων εισήχθη στα προγράμματα στη διάρκεια της μελέτης (το 1985) ενώ περισσότεροι από τους μισούς (345 ή το 56%) βρίσκονταν στο πρόγραμμα για περισσότερο από 6 μήνες και μέχρι 54 μήνες και ένα ποσοστό 23,6% ήταν περισσότερο από 54 μήνες στο πρόγραμμα. Ένα χρόνο μετά επανεξετάστηκαν 509 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης στην επανεξέταση 82%. Το 65% των ατόμων που επανεξετάστηκαν ήταν ακόμη στο πρόγραμμα.

Ο Guelfi αναφέρει ότι από αυτούς που συνέχιζαν τη θεραπεία τα τρία τέταρτα (77%) δεν έκαναν παράλληλη χρήση ηρωίνης στους έξι μήνες συμμετοχής τους στο πρόγραμμα. Τα ποσοστό αυτό για όσους παρακολουθούσαν τεσσεράμισι χρόνια έφθανε στο 92%. Εκτός από τα οπιοειδή μικρότερη αλλά σημαντική μείωση παρατηρήθηκε και στη χρήση άλλων απαγορευμένων ουσιών (κοκαΐνη, κατασταλτικά, κανναβιδοειδή και αλκοόλ) με τη μείωση της κοκαΐνης να φτάνει για όσους βρίσκονταν τεσσεράμισι χρόνια στο πρόγραμμα το 83% (http://www.sitd.org/documenti/oltrepol.htm). Τα ποσοστά αυτά πάντως αφορούν αυτούς που παρέμειναν στη θεραπεία υποκατάστασης, διότι από αυτούς που μεταξύ 1985-86 εγκατέλειψαν το πρόγραμμα υποτροπίασαν σε ποσοστό 82%. Τέλος από 23 ασθενείς που τελείωσαν κανονικά (στο ίδιο χρονικό διάστημα) το πρόγραμμα, οι 16 υποτροπίασαν. Τα ποσοστά παραβατικότητας μειώθηκαν κατά 80% για όσους ήσαν στο πρόγραμμα 6 μήνες και άνω και κατά 94% για όσους παρέμειναν σ' αυτό 6 χρόνια και άνω, (Ball και Ross, 1991).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έκαναν σαφές ότι τα υψηλά ποσοστά αποχής από τη χρήση οπιούχων και μείωσης της παραβατικότητας ισχύουν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής στο πρόγραμμα και μειώνονται δραστικά μετά, ανεξάρτητα από το εάν πρόκειται για εγκατάλειψη, αποβολή ή σχεδιασμένη αποχώρηση από αυτό.

Ο Γαζγαλίδης (2003) κάνει εκτενή αναφορά για τα έρευνες στην Ευρώπη για τα αποτελέσματα των προγραμμάτων μεθαδόνης και εστιάζει στην έρευνα των Zimmer, Uchtenhagen και Fuchs, της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης που δημοσιεύτηκε το 1989. Στη έρευνα αυτή παρακολουθήθηκαν 48 εξαρτημένοι που χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες· όσοι ήσαν στο πρόγραμμα μέχρι 6 μήνες, 7-12 μήνες και 27-64 μήνες. Ένα πρώτο αποτέλεσμα αφορά στη μείωση της χρήσης οπιούχων στο 41 % στην πρώτη ομάδα, στο 14% στη δεύτερη και στο 10% στην τρίτη ομάδα. Παράλληλα, μειώθηκε η παραβατικότητα από 86% πριν τη θεραπεία σε 44% όσο διαρκούσε η θεραπεία. Στην εργασιακή κατάσταση δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα ερμηνεύτηκε ως επίπτωση της μείωσης της οικονομικής δυνατότητας που είχαν οι συμμετέχοντες απέχοντας από προηγούμενες παράνομες δραστηριότητες που τους απέφεραν μια ανεκτή οικονομική άνεση.

Ο ίδιος αναφέρεται επίσης στην επισκόπηση που επεχείρησε ο Farrel και η ομάδα του για τη θεραπεία υποκατάστασης. Τα κύρια σημεία που αποκτούν σημαντικότητα ως ερευνητικά ευρήματα συνοψίζονται στη μείωση της χρήσης ηρωίνης, την απομάκρυνση από τον επικίνδυνο ενέσιμο τρόπο χρήσης της, τη βελτίωση της υγείας των χρηστών, τη μείωση της παραβατικής και εγκληματικής συμπεριφοράς και θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων. Έθεσαν, επίσης, σε συζήτηση το αν η ελεγχόμενη χορήγηση ενός ισχυρού οπιοειδούς ή η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης και η δομή ενός προγράμματος αποτελούν το δραστικότερο συστατικό στοιχείο μιας θεραπείας υποκατάστασης. Τα συμπεράσματά στα οποία κατέληξαν συνοψίζονται στα παρακάτω: κατά πρώτο, η θεραπεία υποκατάστασης είναι σαφώς αποτελεσματικότερη από την απουσία οργανωμένης θεραπευτικής παρέμβασης σε ό,τι αφορά τη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών, τη βελτίωση της υγείας των χρηστών και τη μείωση της εγκληματικότητας και αυτό ισχύει μόνο

κατά το διάστημα οι συμμετέχοντες παρακολουθούν το πρόγραμμα υποκατάστασης. Δεύτερο, η διακοπή της θεραπευτικής προσπάθειας οδηγεί κατά κανόνα στην κατάσταση πριν τη θεραπεία. Τρίτο, όσον αφορά στη σχεδιασμένη διακοπή από το πρόγραμμα, το ποσοστό των ατόμων που συνεχίζουν την αποχή από τη χρήση ηρωίνης είναι της τάξης του 10% επί των εισαγωγών. Τέταρτο, οι μακροχρόνιες θεραπείες, και ως τέτοιες θεωρούνται όσες διαρκούν περισσότερο των τεσσάρων ετών, είναι αποτελεσματικότερες από τις σύντομες, ενώ, τέλος, η διάρκεια της θεραπείας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την αποτελεσματικότητά της.

Ολοκληρώνοντας, οι έρευνες επισημαίνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των προγραμμάτων υποκατάστασης. Οι διαφορές αυτές εξαρτώνται από τον τρόπο οργάνωσης, τη λειτουργία, την εκπαίδευση, τη διαθεσιμότητα και το ποσοστό διαρροών στο προσωπικό. Εξαρτώνται επίσης από τη διάρκεια της χορήγησης, αλλά και την επάρκεια των χορηγούμενων δόσεων των υποκαταστάτων. Εξαρτώνται, τέλος, σημαντικά από την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και σαφώς από το ρεαλισμό των στόχων του κάθε προγράμματος. Όλες δε οι σχετικές έρευνες δείχνουν με σαφήνεια ότι η προσφορά θεραπείας κάθε τύπου είναι οικονομικότερη λύση για την πολιτεία από την απουσία θεραπείας ή την εμπλοκή του ποινικού και σωφρονιστικού συστήματος.

Οι O'Brian, Woody και McLellan (1995) μελέτησαν συγκριτικά τρεις διαφορετικές ομάδες εξαρτημένων. Η πρώτη περιελάμβανε άτομα τα οποία δεν συμμετείχαν σε κανένα πρόγραμμα. Η δεύτερη ομάδα άτομα τα οποία συμμετείχαν σε πρόγραμμα μεθαδόνης χωρίς να κάνουν χρήση των συνοδευτικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης και η τρίτη άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα μεθαδόνης και στις συνοδευτικές υπηρεσίες. Η μελέτη κατέδειξε ότι η τρίτη κατηγορία επιδείκνυε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα. Πολύ σημαντικό ήταν επίσης το ότι στη δεύτερη κατηγορία τα ποσοστά μείωσης της χρήσης παράνομων ουσιών και της παραβατικότητας καθώς και βελτίωσης της υγείας των συμμετεχόντων σε σύγκριση με την πρώτη κατηγορία ήταν τέτοια που συνηγορούσε σαφώς στην ύπαρξη και αυτής της δυνατότητας, όπου αυτή δεν υφίστατο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι η έρευνα έδειξε με ρεαλιστικό τρόπο τη σημαντικότατη συμβολή των συνοδευτικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης στο πλαίσιο των προγραμμάτων υποκατάστασης. Για τα προγράμματα βουπρενορφίνης οι μελέτες ευρείας κλίμακας είναι περιορισμένες.

2.2.2. Η αποτελεσματικότητα των ανοικτών θεραπευτικών προγραμμάτων

Τα ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα αντιπροσωπεύουν μια μεγάλη ανομοιογενή ποικιλία συστηματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που περιλαμβάνει από κέντρα διάγνωσης και αξιολόγησης των αναγκών των εξαρτημένων που έχουν βασικό στόχο την παραπομπή μέχρι και εντατικά προγράμματα που χωρίς να προσφέρουν διαμονή προσομοιάζουν με τη θεραπευτική κοινότητα. Όπως είναι αυτονόητο, η διάρκεια παρακολούθησης αυτών των προγραμμάτων διαφοροποιείται σε μια διακύμανση από μια ή δύο συναντήσεις μέχρι τακτική καθημερινή ψυχοθεραπεία που μπορεί να διαρκεί και μέχρι ένα χρόνο ή περισσότερο (Kleber και Slobetz, 1979). Από το μεγαλύτερο μέρος, πάντως, των ανοικτών προγραμμάτων οι εξυπηρετούμενοι δέχονται θεραπευτικές υπηρεσίες μία ή δύο φορές τη βδομάδα και οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν προσεγγίσεις ψυχιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτικής, κοινωνικής εργασίας, ομαδικής θεραπείας, ομάδων αυτοβοήθειας ή ακόμα και θεραπευτική κοινότητας (Gerstein και Harwood, 1990). Όλα αυτά τα προγράμματα κατά κανόνα δεν παρέχουν φαρμακευτική αγωγή εξαιρουμένης της χορήγησης φάρμακων ψυχιατρικού τύπου για όσους εξυπηρετούμενους έχουν και ψυχιατρική διάγνωση καθώς και φαρμακευτική αγωγή για αποτοξίνωση, αν πρόκειται μόνον ανοικτά κέντρα αποτοξίνωσης (*detox centers*).

Το πιο βασικό συμπέρασμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ανοικτών θεραπευτικών προγραμμάτων συνδέεται με τα ευρήματα που ήδη έχουν συζητηθεί και συγκροτείται στο ότι οι εξυπηρετούμενοι που παραμένουν στη θεραπευτική διαδικασία περισσότερο έχουν καλύτερα αποτελέσματα στις επανεξετάσεις μετά τη θεραπεία από εκείνους που έμειναν μικρότερα διαστήματα. Στα συμπεράσματα και των τριών μεγάλων ερευνών (DARP, TOPS και DATOS) που συμπεριέλαβαν μεγάλο αριθμό και ποικιλία προγραμμάτων φαίνεται μια σαφής βελτίωση όλων των δεικτών που εξετάζονται από την περίοδο της εισαγωγής μέχρι την επανεξέταση. Σημειώνεται ότι στην έρευνα NTORS στη Μεγάλη Βρετανία έγινε μια διαφορετική ταξινόμηση των θεραπευτικών υπηρεσιών που συμπεριελήφθησαν στη διερεύνηση και προγράμματα ανοικτά χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής δεν εξετάσθηκαν (Gossop et al., 1997).

Πιο συγκεκριμένα, η DARP έδειξε ότι οι εξυπηρετούμενοι στα ανοικτά προγράμματα χωρίς φαρμακευτική αγωγή έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βελτίωσης κατά την επανεξέταση σε σύγκριση με την προ της θεραπείας κατάστασή τους σε ότι αφορά το επίπεδο της απασχόλησης και τη χρήση ουσιών, ειδικά των οπιούχων. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν ανάλογες αλλαγές στην παραβατική συμπεριφορά, αν και οι εξυπηρετούμενοι από τα ανοικτά προγράμματα είχαν τους χαμηλότερους δείκτες νομικής εμπλοκής όταν συγκρίνονταν με τα άλλα δύο μοντέλα, τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη και τις θεραπευτικές κοινότητες (Simpson και συνεργάτες, 1979· 1978· Simpson, 1981). Είναι, πάντως, αξιοσημείωτο ότι στις συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της ανάλυσης των δεδομένων της DARP, όσοι δέχθηκαν θεραπεία μόνον σωματικής αποτοξίνωσης ή όσων η επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα εξαντλήθηκε στις πρώτες συναντήσεις αξιολόγησης, δεν παρουσίασαν καμιά διαφορά πριν και μετά τη θεραπεία σε όλους του τομείς που εξετάσθηκαν εκτός από το πεδίο της κατανάλωσης οπιοειδών (Simpson, 1979).

Ο Simpson που μελέτησε (1981) την παραμονή στη θεραπεία στα ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής βρήκε ότι οι παράμετροι της αποτελεσματικότητας μοιάζουν με αυτές των θεραπευτικών κοινοτήτων. Όσοι έμειναν λιγότερο από 90 ημέρες στη θεραπευτική διαδικασία έχουν δείκτες ανάλογους με όσους έκαναν μόνον σωματική αποτοξίνωση ή συναντήσεις αξιολόγησης, δηλαδή γενικά δεν παρουσιάζουν βελτίωση. Σε όσους έμειναν μεγαλύτερο διάστημα οι βελτιώσεις που παρατηρήθηκαν ήταν σημαντικές σε όλους τους τομείς που εξετάσθηκαν.

Η TOPS συμπεριέλαβε 10 ανοικτά προγράμματα και 1.600 εξυπηρετούμενους (Hubbard και συνεργάτες, 1989). Αντίστοιχα με την DARP οι εξεταζόμενοι έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με τους δείκτες που είχαν μετρηθεί κατά την εισαγωγή τους. Επίσης όμως η παραμονή στη θεραπεία φάνηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με θετικότερα αποτελέσματα. Η ανάλυση με την τεχνική της πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο απαραίτητος χρόνος για την προσδοκία θετικών μεταβολών είναι περίπου οι 180 ημέρες αλλά μόνο ένα ποσοστό 17% των εξυπηρετουμένων από τα ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα παρέμεινε τόσο διάστημα στη θεραπευτική διαδικασία. Τα ποσοστά διακοπής ήταν σημαντικά υψηλότερα από αυτά που παρατηρήθηκαν στα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη και στις θεραπευτικές κοινότητες. Στον πρώτο μήνα μόνο έξι στους δέκα παρέμεναν στη θεραπεία ενώ ένα ποσοστό 18% ολοκλήρωσε το θεραπευτικό σχεδιασμό των θεραπευτικών προγραμμάτων (Gerstein και Harwood, 1990).

Στην έρευνα DATOS συμμετείχαν 14 ανοικτά θεραπευτικά προγράμματα χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με 1.839 εισαγωγές. Τα αποτελέσματα κατά την επανεξέταση ένα χρόνο μετά τη θεραπεία έδειξαν τις παρακάτω αλλαγές στη χρήση ουσιών: Η χρήση ηρωίνης (από 5,9% σε 3.3%) και κοκαΐνης (από 41,7% σε 18,3%) σχεδόν υποδιπλασιάστηκε, ενώ η χρήση κάνναβης μειώθηκε στο ένα τρίτο (από 25,4% σε 8,5%). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μειώθηκε στο 11,4% από 19,3% κατά την εισαγωγή. Η παραβατική συμπεριφορά από 21,9% κατά την εισαγωγή μειώθηκε στο 14,1% κατά την επανεξέταση και η απασχόληση αυξήθηκε από 19,2% σε 24,3% (Hubbard et al., 1997). Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα με το χρόνο

παραμονής, πάλι τα θετικότερα αποτελέσματα προέκυψαν από όσους έμειναν περισσότερο στη θεραπευτική διαδικασία. Για όσους έμειναν μέχρι 90 ημέρες η μείωση της χρήσης ηρωίνης ήταν 27% και της κοκαΐνης 12%. Η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς για την ίδια ομάδα ήταν 25% και η αύξηση της απασχόλησης ήταν της τάξης του 3,6%. Αντίθετα, για όσους παρέμειναν περισσότερο από 90 ημέρες οι αντίστοιχες μεταβολές ήταν: μείωση στη χρήση ηρωίνης 25% και κοκαΐνης 51%. Η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς ήταν 36,9% και η απασχόληση αυξήθηκε κατά 13,8%. (Simpson, Joe και Brown, 1997).

2.2.3. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων

Τα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων περιορίζονται από τις δυσκολίες της εφαρμογής καθιερωμένων κλινικών μεθοδολογιών που δοκιμάζονται σε ένα σύνθετο, δυναμικό, θεραπευτικό περιβάλλον και σε ένα πληθυσμό που αντιστέκεται στις εντολές. Τυχαίες δοκιμασίες και φυσικά πειράματα στην κοινότητα που θα επέτρεπαν μία καλά ελεγχόμενη σύγκριση όσο αφορά τους εξαρτημένους που έχουν εισαχθεί για θεραπεία με μια ισότιμη ομάδα (π.χ. άτομα που ζητούν θεραπεία αλλά δεν γίνονται δεκτοί, άτομα που εισάγονται σε άλλα θεραπευτικά μοντέλα και άτομα που κατά τύχη αποκλείονται από την Θ.Κ. ως αποτέλεσμα από το κλείσιμο ενός προγράμματος) δεν είναι εφικτά και ούτε κατάλληλα, καθώς, όταν επιχειρήθηκαν τέτοια πειραματικά πρωτόκολλα, δεν πέτυχαν (Bale και συνεργάτες, 1980). Σήμερα, τα πιο έγκυρα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων βασίζονται σε μελέτες που δεν είναι τυχαίες και πειραματικές αλλά αφορούν χρήστες που ζητούν να εισαχθούν σε θεραπευτικές κοινότητες. Έτσι, αξίζει να εξετασθεί πιο προσεκτικά η φύση, οι δυνατότητες και οι αδυναμίες που προκύπτουν από την έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπείας στη θεραπευτική κοινότητα.

Αν και ο βασικός μελετητής της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής κοινότητας είναι ο G. DeLeon στον οποίο οφείλεται σε ένα μεγάλο μέρος και η συστηματοποίηση του μοντέλου θεραπείας της θεραπευτικής κοινότητας (DeLeon, 1994; 2000), το ενδιαφέρον των ερευνητών από νωρίς συμπεριέλαβε σε όλες τις έρευνες ευρείας κλίμακας την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων ως ένα βασικό τύπο προσφερόμενης θεραπείας. Για περισσότερο από τρεις δεκαετίες το Εθνικό Ινστιτούτο για την Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές Ουσίες στις ΗΠΑ (National Institute on Drug Addiction - NIDA) συμπεριέλαβε σε όλες τις έρευνες αποτελεσματικότητας και δείγματα που προέρχονταν από άτομα που είχαν λάβει θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες. Τα δεδομένα συλλέγονταν σύμφωνα με τα προαναφερόμενα σχέδια, κατά την εισαγωγή, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και από μια σειρά επανεξετάσεων που εστίαζαν στα αποτελέσματα που διαπιστώνονται 12 μήνες και περισσότερο μετά τη θεραπεία. Οι μελέτες έδειξαν ότι η συμμετοχή σε θεραπεία της θεραπευτικής κοινότητας συνδέεται με σοβαρές θετικές μεταβολές. Για παράδειγμα, η DATOS, η πιο πρόσφατη έρευνα ευρείας κλίμακας, έδειξε ότι για όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπευτική κοινότητα παρατηρήθηκαν γενικά χαμηλότερα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης, ηρωίνης και αλκοόλ, χαμηλότερα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς και βελτιωμένοι δείκτες σε ότι αφορά στην ψυχολογική κατάσταση σε σύγκριση με την κατάσταση πριν από τη θεραπεία. Σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν επίσης στους δείκτες απασχόλησης (NIDA, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του Hubbard και των συνεργατών του (1997) , η εβδομαδιαία χρήση κοκαΐνης ένα χρόνο μετά τη θεραπεία βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μειωμένη από 66% κατά την εισαγωγή σε 22%, η χρήση ηρωίνης από 17% σε 6% και η βαριά χρήση αλκοόλ από 40% σε 19%. Η παραβατική συμπεριφορά μειώθηκε από 41% σε 16%. Οι σκέψεις αυτοκτονίας, ως μέτρηση που συνδέεται με το επίπεδο βιώματος επεισοδίων κατάθλιψης, μειώθηκαν από 24% σε 13%. Η πλήρης απασχόληση, παράλληλα, αυξήθηκε από 12% σε 23% (Hubbard et al., 1997).

Γενικά η διάρκεια της θεραπείας της εξάρτησης συνδέεται με τις επιπτώσεις που έχει επιβάλλει στη γενική κατάσταση των ατόμων σε τομείς που επηρεάζονται από την

κατάχρηση ουσιών. Υπό την έννοια αυτή δεν υπάρχει μια προκαθορισμένη διάρκεια για θεραπεία απολύτως όμοια για όλους τους εξυπηρετούμενους. Αυτοί που ολοκληρώνουν τη θεραπεία παρουσιάζουν τα καλύτερα αποτελέσματα αλλά και η κατάσταση όσων τη διακόπτουν σημειώνει βελτιώσεις. Έτσι, σημαντικές θετικές μεταβολές από τη θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες μετά τη θεραπευτική εμπειρία συνδέονται με τη διάρκειά της, αυξάνοντας τις πιθανότητες ωφέλειας για όσους συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιπλέον, η διάρκεια παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί ένα σαφή κι σταθερό προγνωστικό παράγοντα για θετικά αποτελέσματα σε όλους τους τομείς που συνδέονται με την εξάρτηση. Τα άτομα που συμπληρώνουν 90 μέρες παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα έχουν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από όσα έμειναν για συντομότερη περίοδο. Αν και μέχρι πολύ πρόσφατα η διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας διέφερε μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων και κυμαινόταν από 12 μέχρι 18 ή και 24 μήνες σε κάποιες περιπτώσεις, οι δραστικές μειώσεις σχετικών δαπανών υποχρέωσαν την αναδιαμόρφωση του σχεδιασμένου χρόνου παραμονής στις θεραπευτικές κοινότητες, μειώνοντας το σχεδιασμένο χρόνο για διαμονή σε λιγότερο από 12 μήνες και σε μερικές μειώθηκε στο κρίσιμο διάστημα των τριών μηνών (De Leon, 2000· Πουλόπουλος, 2005· Simpson et al., 1997).

Στη μελέτη του Simpson και των συνεργατών του (1997) έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων της θεραπείας 342 ατόμων 12 μήνες μετά τη θεραπεία για όσους παρέμειναν μέχρι 90 ημέρες στη θεραπευτική διαδικασία και για όσους υπερέβησαν το κρίσιμο αυτό διάστημα διαμονής. Για όσους έμειναν λιγότερο από 90 μέρες ποσοστό 55% βρέθηκε να έχει κάνει χρήση κοκαΐνης ένα χρόνο μετά τη θεραπεία αντί του 28% όσων είχαν παραμείνει περισσότερο από 90 μέρες. Η εργαστηριακή εξέταση ούρων έδειξε ότι ποσοστό 53% όσων είχαν διακόψει πριν από 90 μέρες είχε κάνει χρήση οποιασδήποτε ουσίας, ενώ για όσους συμπλήρωσαν χρόνο παραμονής μεγαλύτερο από τρεις μήνες το ποσοστό ήταν 19%. Παράλληλα, καθημερινή χρήση αλκοόλ έκανε το 15% όσων είχαν παραμονή μικρότερη των 90 ημερών και 9% όσων είχαν παραμείνει περισσότερο από 90 μέρες. Επιπλέον, το 54% όσων διέκοψαν σε διάστημα μικρότερο από 90 ημέρες είχαν εμπειρία φυλάκισης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ή μετά τη θεραπεία, ενώ για όσους παρέμεναν περισσότερο από 90 μέρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 24% (Simpson et al., 1997).

Επίσης, σε άλλη μελέτη στο πλαίσιο της έρευνας DATOS έγινε σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων εξαρτημένων από κοκαΐνη με παράλληλα προβλήματα σε έξι ή εφτά ακόμα τομείς οι οποίοι παρέμειναν περισσότερο από 90 μέρες στη θεραπεία. Ένα χρόνο μετά τη θεραπεία μόνο 15% από αυτούς που συμπλήρωσαν τρεις μήνες σε θεραπευτική κοινότητα βρέθηκε να κάνει εβδομαδιαία, τουλάχιστον, χρήση κοκαΐνης αντί του 29% όσων συμπλήρωσαν θεραπεία σε ανοικτά προγράμματα χωρίς φαρμακευτική αγωγή και του 38% όσων συμπλήρωσαν περισσότερες από τρεις βδομάδες σε εντατικά προγράμματα διαμονής φαρμακευτικής αγωγής (Simpson et al., 1999).

Εξαιτίας της ευρείας εκπαιδευτικής αντίληψης που διακατέχει τη θεραπευτική εμπειρία στη θεραπευτική κοινότητα, πολλή προσοχή έχει δοθεί στη διερεύνηση των παραμέτρων της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών και της θεραπείας των εφήβων. Παρ' όλα αυτά η έρευνα αποτελεσματικότητας για την έκβαση της θεραπείας εφήβων που εισήχθησαν σε θεραπευτική κοινότητα είναι περιορισμένη. Εκτός από τις έρευνες αποτελεσματικότητας ευρείας κλίμακας στις ΗΠΑ (DARP και TOPS) άλλες δύο αναφέρονται σε ανασκόπηση που επιχειρεί να διερευνήσει τα αποτελέσματα μετά τη θεραπευτική παρέμβαση (Pompi, 1994). Στην ανασκόπηση αυτή όλες οι μελέτες καταγράφουν γενικά μείωση στη χρήση απαγορευμένων ουσιών εκτός από την DARP που στην επανεξέταση αναδεικνύει ελαφρά αύξηση της χρήσης μαριχουάνας και αλκοόλ. Όλες οι έρευνες έδειξαν βελτιώσεις των εφήβων μετά τη θεραπεία στη θεραπευτική κοινότητα όσον αφορά τον τομέα της απασχόλησης και τη συμπεριφορά που συνδέεται με ποινική και παραβατική εμπλοκή. Συγκρίνοντας στην εν λόγω ανασκόπηση τα αποτελέσματα ανάμεσα στις θεραπευτικές κοινότητες και τα ανοικτά προγράμματα χωρίς φαρμακευτική αγωγή φαίνεται ότι τα αποτελέσματα από τις θεραπευτικές κοινότητες είναι

καλύτερα για τους εφήβους. Τέλος, από τις τέσσερις μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μια σταθερή συσχέτιση ανάμεσα στο χρόνο παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα και τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν για τους εφήβους.

Η μελέτη των Morral και συνεργατών (2001) που εξέτασε τα θεραπευτικά αποτελέσματα για εφήβους με προβλήματα χρήσης ουσιών διαπίστωσε ότι οι έφηβοι που εισάγονται σε θεραπευτική κοινότητα έχουν περισσότερες πιθανότητες να συγκεντρώνουν σημαντικά προβλήματα σε περισσότερους τομείς της ζωής τους απ' ό,τι όσοι εισάγονται σε ανοικτά προγράμματα. Ωστόσο, μολονότι παρουσίαζαν σημαντικότερα προβλήματα, οι έφηβοι στη θεραπευτική κοινότητα είχαν σημαντικές βελτιώσεις στη χρήση ουσιών, στη ψυχολογική λειτουργικότητα στη σχολική επίδοση και στην παραβατική συμπεριφορά (Morral et al., 2003).

Μια άλλη μελέτη σύγκρινε αποτελέσματα από εφήβους που παραπέμφθηκαν από το δικαστήριο σε θεραπευτικές κοινότητες και σε προγράμματα αγωγής υγείας που όμως δεν προσέφεραν ειδική θεραπεία για τη χρήση ουσιών. Τα σπίτια αγωγής υγείας παρείχαν ανάλογου χρόνου πρόγραμμα διαμονής και ήταν ανάλογης δυναμικότητας. Η μελέτη βρήκε σταθερή μείωση στη χρήση ουσιών, στην παραβατική συμπεριφορά και σε μετρήσεις που αφορούσαν στην ψυχολογική δυσλειτουργία στους τρεις μήνες και για τις δύο κατηγορίες παρέμβασης. Πέραν όμως των τριών μηνών οι έφηβοι που βρίσκονταν στις θεραπευτικές κοινότητες συνέχισαν να βελτιώνουν τα αποτελέσματα στους τομείς που εξετάζονταν αντίθετα από τους έφηβους της άλλης ομάδας (NIDA, 2002).

Η μελέτη της Jainchill και των συνεργατών της (2000) παρακολούθησε τους εφήβους που εισήχθησαν σε έξι θεραπευτικές κοινότητες. Ένα χρόνο μετά τη θεραπεία οι έφηβοι έδειξαν σημαντική μείωση στη χρήση αλκοόλ, μαριχουάνας και των άλλων απαγορευμένων ουσιών, όπως επίσης στην παραβατική συμπεριφορά. Αν και ο σχεδιασμένος χρόνος θεραπείας διέφερε μεταξύ των έξι θεραπευτικών κοινοτήτων, η ολοκλήρωση της θεραπείας, όπως οριζόταν από την κάθε θεραπευτική κοινότητα, συνδεόταν με καλύτερα αποτελέσματα. Επιπλέον, η μείωση της χρήσης ουσιών φάνηκε να συσχετίζεται με το πόσο καλή σχέση ανέπτυσσαν οι έφηβοι με το προσωπικό των θεραπευτικών κοινοτήτων καθώς και με την αποφυγή συναναστροφών με παραβάτες συνομηλίκους μετά τη θεραπεία. Όσοι βρέθηκαν να συναναστρέφονται παραβάτες συνομηλίκους είχαν υψηλότερους δείκτες παραβατικότητας (Jainchill et al., 2000).

Οι θεραπευτικές κοινότητες για εφήβους παρέχουν ένα πλαίσιο προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης προσφέροντας ευκαιρίες δραστηριοποίησης που εμπλέκουν την εκπαίδευση και την οικογένεια. Οι θεραπευτικές κοινότητες με ειδική μέριμνα για τη συνέχιση της τυπικής εκπαίδευσης, με δυνατότητα διεύρυνσης της θεραπευτικής παρέμβασης στο σύστημα της οικογένειας και σημαντική υποστήριξη στην κοινωνική δραστηριοποίηση των εφήβων μετά τη θεραπεία βελτιώνουν και σταθεροποιούν τα αποτελέσματα της θεραπείας (NIDA, 2002· ΚΕΘΕΑ, 2005).

Ένας από τους δυσκολότερους πληθυσμούς όσον αφορά τη θεραπεία είναι οι εξαρτημένοι με ψυχιατρική συννοσηρότητα. Στην πρόσφατη μελέτη των De Leon και των συνεργατών του (2000) έγινε μια σύγκριση μεταξύ μιας ομάδας εξαρτημένων που ήταν παράλληλα άστεγοι και ψυχικά ασθενείς σε προστατευμένη κατοικία που λειτουργούσε στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μιας ομάδας με αντίστοιχα προβλήματα που έκανε εισαγωγή σε μια θεραπευτική κοινότητα με θεραπευτικό σχεδιασμό για ανάλογο πληθυσμό. Στο σύστημα της υπηρεσίας ψυχικής υγείας το καθημερινό πρόγραμμα βασίστηκε στην παραδοσιακή θεραπευτική παρέμβαση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με διαμονή που ήταν λιγότερο πιεστική από τη συνήθη στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και διέθετε εναλλακτικές δραστηριότητες με σημαντικό ελεύθερο χρόνο και συμβουλευτική. Η θεραπευτική κοινότητα παρείχε ολοκληρωμένο πρόγραμμα ψυχικής υποστήριξης και απεξάρτησης σε ένα δομημένο ιεραρχικό περιβάλλον που ωθούσε στην αμοιβαία αυτοβοήθεια και τη συμμετοχικότητα στην

καθημερινότητα της κοινότητας. Τα άτομα που ήταν στη θεραπευτική κοινότητα έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση σε όλες τις μετρήσεις της ψυχοπαθολογίας απ' ό,τι όσα βρίσκονταν στο πρόγραμμα της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η θεραπευτική κοινότητα συγκράτησε πολύ σοβαρότερες περιπτώσεις για περισσότερο χρόνο απ' ό,τι η υπηρεσία ψυχικής υγείας. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η αύξηση της δομημένης διαβίωσης που παρείχε η θεραπευτική κοινότητα φαίνεται να ήταν αποτελεσματικότερη από τη λιγότερο πιεστική κατάσταση που βίωσαν τα άτομα στην υπηρεσία ψυχικής υγείας. Σε μια παρόμοια μελέτη ελέγχθηκαν αναδιαρθρώσεις που έγιναν σε μια θεραπευτική κοινότητα, για να υποστηρίξουν εξαρτημένους με προβλήματα ψυχικής υγείας και άστεγους, και έγινε σύγκριση με τα αποτελέσματα της θεραπείας για άτομα που συμμετείχαν σε θεραπευτική κοινότητα που παρείχε τη συνήθη υποστήριξη. Οι αλλαγές που υιοθετήθηκαν αφορούσαν την ελαστικότητα του καθημερινού προγράμματος, τη μείωση της διάρκειας των δραστηριοτήτων, την προσπάθεια διαμόρφωσης ειδικών υπηρεσιών υποστήριξης στη βάση των αναγκών των εξυπηρετούμενων και το επίπεδο της αντιπαράθεσης. Παράλληλα, το σύνολο του θεραπευτικού πλαισίου ήταν πιο επιτρεπτικό, δίνοντας το δικαίωμα του να φύγει κάποιος αρκετά σύντομα από τη θεραπεία συνεχίζοντας όμως να έχει υποστήριξη ημερήσιας φροντίδας. Έτσι, μείωσε το επίπεδο της ευθύνης των ομοτίμων και αύξησε την απευθείας φροντίδα από μέρους των επαγγελματιών. Η αναδιαμορφωμένη θεραπευτική κοινότητα συγκρίθηκε με τη συνήθη θεραπεία σε θεραπευτική κοινότητα. Ενώ η χρήση ουσιών και για τους δύο τύπους θεραπευτικής κοινότητας ήταν ανάλογη, σημαντικότερες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στην παραβατική συμπεριφορά και στο επίπεδο ψυχικής λειτουργικότητας για όσους δέχθηκαν υπηρεσίες στην αναδιαμορφωμένη θεραπευτική κοινότητα (De Leon et al., 2000).

Ένα από τα επιπλέον σημαντικά πεδία της έρευνας για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας συνδέεται με τη διερεύνηση της έκβασης της θεραπείας σε προγράμματα που υλοποιούνται στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Οι εν λόγω μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικά οφέλη που προκύπτουν από τις θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούν στο πλαίσιο των σωφρονιστικών καταστημάτων τόσο για την προετοιμασία των κρατουμένων για μια αποτελεσματική κοινωνική επανένταξη όσο και για τη διαμόρφωση ενός ασφαλέστερου και με καλύτερες συνθήκες περιβάλλοντος μέσα στη φυλακή. Για τους κρατούμενους που είναι χρήστες ουσιών τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα όταν συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα που λειτουργεί στη φυλακή και τους υποστηρίζει κατά τη διαδικασία της μετάβασης από το καθεστώς κράτησης στην ελεύθερη διαβίωση.

Υπάρχουν πολλές μελέτες που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων υποστήριξης τύπου θεραπευτικής κοινότητας στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Ένα ερευνητικό πρόγραμμα από τα πιο πρόσφατα παρακολούθησε 445 κρατούμενους του Σωφρονιστικού Συστήματος του Delaware, ώστε να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητά του συνεχούς της θεραπευτικής παρέμβασης ως προς την υποτροπή στη χρήση ουσιών αλλά και στην παραβατική συμπεριφορά. Το σχέδιο παρέμβασης ήταν ένα συνεχές που περιελάμβανε τρεις φάσεις: αρχικά μια θεραπευτική κοινότητα στη φυλακή και στη συνέχεια μια φάση μετάβασης στην κοινωνία. Ενώ δηλαδή εξέτιαν την ποινή τους, ο σχεδιασμός του προγράμματος προέβλεπε να εργάζονται την ημέρα αλλά το βράδυ να επιστρέφουν σε ένα διαμέρισμα που παρείχαν οι υπηρεσίες σωφρονισμού ως ένα καθεστώς κατ' οίκον περιορισμού. Σε μια τρίτη φάση του προγράμματος, αφού ολοκληρωνόταν και η δεύτερη η περίοδος του κατ' οίκον περιορισμού και τυπικά απολύονταν, συνέχιζαν σε ένα πρόγραμμα μεταθεραπευτικής φροντίδας που παρείχε συμβουλευτική από τους συμβούλους της θεραπευτικής κοινότητας, εξωτερικής παρακολούθησης υποστήριξη, ομαδική θεραπεία και οικογενειακές συνεδρίες. Οι κρατούμενοι είχαν την επιλογή να παρακολουθήσουν αυτόνομα ή και ανεξάρτητα την κάθε φάση, αν και προτεινόταν η προοδευτική συνέχεια της πολυφασικότητας του προγράμματος. Ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της τυπικής απόλυσης υψηλότερα ποσοστά των πρώην κρατουμένων που παρακολούθησαν τη θεραπευτική κοινότητα ή τη φάση της ενδιάμεσης μετάβασης ή και τις δύο, απείχαν από τη

χρήση ουσιών και από κάθε παραβατική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, ενώ όσοι δεν συμμετείχαν στη θεραπευτική παρέμβαση ένα χρόνο μετά απείχαν από τη χρήση ουσιών σε ποσοστό 16% και δεν είχαν συλληφθεί σε ποσοστό 46%, για όσους παρακολούθησαν τις δύο φάσεις του προγράμματος (θεραπευτική κοινότητα και ημιελεύθερη διαβίωση) τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 47% για την αποχή από τη χρήση ενώ το 77% δεν είχε συλληφθεί (Martin et al., 1999).

Στο σωφρονιστικό κατάστημα R.J. Donovan στην Καλιφόρνια μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας Amity που λειτούργησε μέσα στη φυλακή σε συνδυασμό με το πρόγραμμα θεραπευτικής κοινότητας Vista που ακολουθούσε την απόλυση και το οποίο μπορούσε να παρακολουθήσει κάθε κρατούμενος που είχε ολοκληρώσει τη θεραπευτική κοινότητα της φυλακής. Ήταν σχεδιασμένο έτσι ώστε οι κρατούμενοι που το παρακολουθούν να συνεχίζουν και να ολοκληρώνουν το πρόγραμμα, παρέχοντάς τους υποστήριξη για την κοινωνική τους επανένταξη. Η σύγκριση των δεικτών έγινε ανάμεσα σε εκείνους που δεν παρακολούθησαν το πρόγραμμα, όσους το παρακολούθησαν και διέκοψαν και όσους ολοκλήρωσαν είτε την πρώτη είτε και τις δύο φάσεις. Ένα χρόνο μετά την απόλυση από τους 715 κρατούμενους που συμμετείχαν στην έρευνα οι μισοί από όσους δεν παρακολούθησαν καθόλου το πρόγραμμα ήταν πάλι κρατούμενοι, ενώ από όσους το ολοκλήρωσαν κρατούμενοι βρέθηκαν πάλι το 8%. Από όσους συμμετείχαν αλλά διέκοψαν σε κάποια φάση, ανάλογα με το πότε διέκοψαν, τα ποσοστά κυμαίνονταν από 45% μέχρι 39%. Στην επανεξέταση των τριών ετών που ακολούθησε τα ποσοστά διατήρησαν την ίδια αναλογία: 75% όσων δεν είχαν συμμετάσχει σε θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν κρατούμενοι, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για όσους το ολοκλήρωσαν ήταν 27%. Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία για όλους όσοι βρέθηκαν κρατούμενοι κατά την επανεξέταση συσχετίζονταν θετικά με το χρόνο που μεσολάβησε μέχρι τη νέα φυλάκιση (Wexler et al., 1999α· 1999β).

Η Rowlings (2001) στην ανασκόπηση που κάνει για την έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής κοινότητας συνοψίζει σε τρία επίπεδα τα βασικά σημεία που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα του μοντέλου. Το πρώτο επίπεδο που αναδεικνύεται είναι ότι όσο μακρύτερος είναι ο χρόνος παρακολούθησης και συμμετοχής των διαδικασιών οι οποίες αποτελούν το προτεινόμενο θεραπευτικό σχεδιασμό τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας (DeLeon et al.,, 1982· 1984· 1979· Simpson, 1980· Gossop et al.,, 1999). Αν και τελευταίες μελέτες φαίνεται να συνδέουν το αποτέλεσμα όχι τόσο με το χρόνο στη θεραπεία αλλά περισσότερο με την πρόοδο του εξαρτημένου στη διάρκεια της παραμονής του σε αυτή (Toumbourou et al., 1998), το εύρημα αποτελεί μια σταθερά που επαναλαμβάνεται και συνδέει όλες περίπου τις μελέτες. Πολλά θέματα αναδείχτηκαν από αυτή τη σταθερά και αποτέλεσαν επιμέρους πεδία διερεύνησης, όπως ότι παράμετροι που συνδέονται με την κινητοποίηση των ατόμων, την ετοιμότητά τους για θεραπεία, τη διάθεσή τους για αλλαγή, τον τρόπο με τον οποίο δεσμεύονται στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας, η διαθεσιμότητά τους για συμμετοχή στη θεραπευτική κοινότητα, μπορεί να συνδέονται έμμεσα ή άμεσα με το χρόνο που τελικά οι εξυπηρετούμενοι θα παραμείνουν στη θεραπευτική διαδικασία (Rawlings, 2001).

Ένα δεύτερο ζήτημα που προκύπτει είναι ότι όλο και περισσότερο η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση συνδέονται με παράλληλη ψυχική διαταραχή, που δεν είναι σαφές αν προηγείται ή οφείλεται στη χρήση. Οι εξυπηρετούμενοι στη θεραπευτική κοινότητα που έχουν ως δεύτερη διάγνωση μια ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν πολλά προβλήματα που αυξάνουν τη συνολική σοβαρότητα της κατάστασής τους και τείνουν να εγκαταλείπουν τη θεραπευτική διαδικασία περισσότερο (De Leon, 1989). Η διαμόρφωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων που συνδέουν τη θεραπευτική κοινότητα και τις διαδικασίες της με εξειδικευμένες υπηρεσίες για εξαρτημένους και με ψυχικά προβλήματα φάνηκε ότι συνδέεται με θετικά αποτελέσματα.

Το τελευταίο στοιχείο είναι ότι η θεραπευτική κοινότητα έχει σαφώς καλύτερη αποτελεσματικότητα όταν νοείται σ' ένα σύστημα συνεχούς της φροντίδας για την

απεξάρτηση και όχι ως απομονωμένο μοντέλο παρέμβασης. Έτσι, οι διαδικασίες επανένταξης που προβλέπονται ως μεταθεραπευτική υποστήριξη για κάθε τύπο θεραπευτικής κοινότητας αποτελούν έναν ενισχυτικό παράγοντα για μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη θεραπευτική κοινότητα.

2.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.3.1. Η εξέταση των ατόμων μετά τη θεραπευτική εμπειρία

Στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρείται η πλέον μακρά παράδοση διεξαγωγής μελετών που αφορούν στην αποτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος των προγραμμάτων απεξάρτησης. Από πολύ νωρίς σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο οι μελέτες αποτελεσματικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες συμπεριέλαβαν έναν ευρύ πληθυσμό ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπευτική διαδικασία αντιμετώπισης της εξάρτησης αλλά επίσης και μια μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων και προσεγγίσεων. Στο ίδιο μεθοδολογικό πλαίσιο πραγματοποιήθηκαν και πιο πρόσφατα μελέτες στην Ευρώπη και κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία.

Οι μελέτες αυτές στοχεύουν στην κατανόηση των παραμέτρων που διέπουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, και περιλαμβάνουν αξιολόγηση των μοντέλων θεραπείας της τοξικοεξάρτησης σε εθνικό επίπεδο. Τέτοιες μελέτες είναι η National Treatment Outcome Research Study (NTORS) που πραγματοποιήθηκε στη Βρετανία το 1995 (Gossop et al., 1997· Bean και Nemitz, 2004) και η σχεδόν ταυτόχρονη Services Research Outcomes Study (SROS) που πραγματοποίησε το Πανεπιστήμιο του Σικάγο το 1996 (SAMHSA, 1998) για λογαριασμού του Αμερικανικού Ινστιτούτου της Ουσιοεξάρτησης (NIDA, National Institute on Drug Abuse). Πριν από τις προαναφερόμενες μελέτες είναι αρκετές οι προσπάθειες καταγραφής του θεραπευτικού αποτελέσματος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι πιο σημαντικές έρευνες στις οποίες βασίζεται μεγάλο μέρος της γνώσης που οργανώνει την κλινική πρακτική της θεραπείας της εξάρτησης είναι η Drug Abuse Treatment Outcome Studies, Μελέτη για την Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης (DATOS, Fletcher et al, 1997· Hubbard et al, 1997· Simpson et al., 1997· Anglin et al., 1997), η National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES, Gerstein et al., 1997), η Treatment Outcome Prospective Study (TOPS, Hubbard et al, 1989), η Drug Abuse Reporting Program (DARP, Sells et al., 1976· Simpson και Friend, 1988).

Οι μελέτες αυτές διεύρυναν τους ορίζοντες της προσπάθειας αποτίμησης της θεραπείας των εξαρτήσεων, αφού διερευνούσαν μεγάλο αριθμό θεραπευτικών προγραμμάτων και επιχειρούσαν να μετρήσουν το αποτέλεσμα σε ένα δείγμα ατόμων που αντιπροσώπευε τόσο σε μέγεθος όσο και σε τόπο προέλευσης και λειτουργίας των προγραμμάτων, ολόκληρη την επικράτεια των ΗΠΑ. Παράλληλα, ωστόσο, έγιναν σημαντικά μικρότερης εμβέλειας μελέτες, όπως η California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA, Gerstein et.al., 1994) που αποτιμούσε την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων στην πολιτεία της Καλιφόρνια αλλά και μελέτες αξιολόγησης επιμέρους θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως αυτό του Phoenix House (DeLeon, Wexler και Jainchill,1982) του California Rehabilitation Center (Anglin, 1988) και πολλών επιμέρους προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη (Hargreaves,1983· Dole, 1989).

Ο Gossop (2004) αναφέρει ότι αυτού του τύπου οι μελέτες που είναι ευρείας κάλυψης, προοπτικές μελέτες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν πολλών ειδών θεραπευτικά προγράμματα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων. Η διερεύνηση αυτή που συμβαίνει ένα διάστημα μετά τη θεραπευτική εμπειρία στο να αναδειχθούν τα στοιχεία που λειτουργούν στη θεραπευτική πρακτική ακόμα

και όταν οι πιθανότητες για τον απόλυτο έλεγχο της εφαρμοσμένης κλινικής πράξης αλλά και εκδοχών που αφορά το σχεδιασμό της μεθοδολογίας παρουσιάζουν περιορισμού όταν συγκρίνονται με κλινικά πειράματα (clinical trials) ή με αυστηρά πειραματικά μοντέλα ελέγχου (experimental designs).

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των σχεδίων είναι ότι διεξάγονται ένα χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία που δέχεται κάποιος, συνήθως πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή του (Πουλόπουλος 2005).

Παρακάτω γίνεται μια περιγραφή των ερευνών αποτελεσματικότητας που προαναφέρθηκαν, εστιάζοντας στα ευρήματα που συνδέονται με τους τομείς οι οποίοι αποτελούν τους κυριότερους άξονες μέτρησης της αποτελεσματικότητας: τη χρήση ουσιών, την παραβατική συμπεριφορά και την απασχόληση.

2.3.2. Ανασκόπηση των σημαντικότερων ερευνητικών πρωτοκόλλων στον κόσμο

Καθώς το δημόσιο ενδιαφέρον για τη διαρκώς αυξανόμενη σημαντικότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και τις επιπτώσεις που είχαν σε οικονομικό, κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο διευρυνόταν και συνοδευόταν από μια γενικευμένη παράλληλη μείωση των δημοσίων κονδυλίων που κατευθύνονταν στη δημόσια υγεία, απέκτησε ιδιαίτερη βαρύτητα η αξιολόγηση των παρεμβάσεων που αντιμετώπιζαν την τοξικοεξάρτηση. Η έρευνα αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων συνδέεται με τις προσπάθειες αποτίμησης της έκβασης της θεραπείας κυρίως στις ΗΠΑ όπου διαμορφώθηκαν αρκετά νωρίς οι συνθήκες να μετρηθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας των προγραμμάτων απεξάρτησης. Οι έρευνες αυτές που διενεργούνται από τη δεκαετία του ’70 αποτελούν ένα μεθοδολογικό οδηγό μέχρι και σήμερα (Gossop, 2001) και παρόλο που είναι ανεξάρτητα διαδοχικά ερευνητικά σχέδια που υλοποιούνται περίπου ένα ανά δεκαετία, χαρακτηρίζονται από συνέχεια εννοιολογική συνδέοντας τη ερευνητική αναζήτηση και την εξέλιξη της μεθοδολογίας. Επιπλέον, η ευρύτητα της κάλυψης που είχαν σε αριθμό αλλά και είδος υπηρεσιών τα μεγέθη του δείγματος των εξυπηρετουμένων που περιλάμβαναν επέτρεψαν τη διερεύνηση σημαντικών παραμέτρων της αποτελεσματικότητας στη θεραπευτική πρακτική.

Παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα πολλά είναι τα αναπάντητα ερωτήματα που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αν και η βεβαιότητα των ερευνητικών προσπαθειών φαίνεται να συμπυκνώνεται στο συμπέρασμα ότι «η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι αποτελεσματική, λειτουργεί και σε μεγάλο βαθμό εκπληρώνει τους στόχους της».

Αυτό το κεφάλαιο κάνει μια συνολική ανασκόπηση των ερευνητικών προγραμμάτων που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της παραπάνω βεβαιότητας, παραθέτοντας ερωτήματα, μεθόδους και ευρήματα που συγκλίνουν στην πεποίθηση ότι η θεραπεία της εξάρτησης είναι εφικτή και ότι το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη θεραπευτική παρέμβαση διαρκεί στο χρόνο και είναι αποδοτικό με όρους επένδυσης της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής της δημόσιας υγείας (UN, 2001). Στο πλαίσιο της παρουσίασης των ερευνητικών σχεδίων και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από αυτά αναζητούνται οι σημαντικές μεταβολές που ορίζουν την αποτελεσματικότητα τόσο ως προς την ίδια την κατάχρηση ουσιών όσο και ως προς το κοινωνικό όφελος το οποίο προκύπτει.

Στη συνέχεια παρατίθενται αρχικά αναλυτικότερα οι έρευνες αποτελεσματικότητας ευρείας κλίμακας που έχουν επηρεάσει την ερευνητική σκέψη και πρακτική. Εξετάζονται με χρονολογική σειρά αντίστροφα σε σχέση με την πραγματοποίηση τους: Από την πιο πρόσφατη στην πλέον απομακρυσμένη από τη σημερινή εμπειρία. Στη συνέχεια αναφέρονται έρευνες που έχουν συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των παραμέτρων της αποτελεσματικής θεραπείας. Τόσο οι έρευνες ευρείας κλίμακας όσο και η έρευνα που αφορά στις επιμέρους πτυχές της αποτελεσματικότητας προέρχονται από την εμπειρία στις ΗΠΑ και

τη Βρετανία. Τέλος, παρουσιάζεται η –περιορισμένη- προσπάθεια για τη διερεύνηση της σημασίας και του αποτελέσματος της θεραπευτικής παρέμβασης στην Ελλάδα.

Η έρευνα NTORS

Η Εθνική Μελέτη Έρευνας του Θεραπευτικού Αποτελέσματος (National Treatment Outcome Research Study, NTORS) είναι η πρώτη προοπτική μελέτη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας προβληματικών χρηστών που έγινε στη Βρετανία. Στην ουσία πρόκειται για την πρώτη έρευνα ευρείας κλίμακας που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη στη μεθοδολογική βάση εν γένει που ανάλογων ερευνών που πραγματοποιηθήκαν στο παρελθόν στις ΗΠΑ.

Το 1995 στο πλαίσιο της προσπάθειας εκτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος των προγραμμάτων θεραπείας της τοξικοεξάρτησης το Πρόγραμμα Ανασκόπησης των Υπηρεσιών για τους Χρήστες Ουσιών του Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας (Department of Health's Task Force to Review Services for Drug Misuses) χρηματοδότησε την έρευνα ως ένα εθνικό σχέδιο αξιολόγησης. Στην έρευνα συμμετείχαν, με δική τους συγκατάθεση, 54 κέντρα τα οποία διακρίνονταν σε τέσσερις κατηγορίες και αποτελούσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα των προγραμμάτων που λειτουργούν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κριτήριο αποτέλεσε η τοποθεσία λειτουργίας τους και η δυνατότητα τους να παρέχουν ικανοποιητικό αριθμό εισαγωγών: 8 κέντρα απεξάρτησης εσωτερικής παραμονής (inpatient drug dependence units), 15 προγράμματα αποκατάστασης διαμονής (residential rehabilitation units), 16 κλινικές συντήρησης με μεθαδόνη (methadone maintenance clinics) και 15 προγράμματα απεξάρτησης με μεθαδόνη (methadone reduction programs).

Στην έρευνα συμμετείχαν 1.075 προβληματικοί χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών που αποτελούσαν νέο θεραπευτικό επεισόδιο, το κύριο πρόβλημά τους ήταν η εξάρτηση από τη χρήση ουσιών και μπορούσαν να παρέχουν μια σταθερή διεύθυνση για την διεξαγωγή της επανεξέτασης. Δεν συμπεριελήφθησαν άτομα που είχαν ως κύρια ουσία κατάχρησης το αλκοόλ και άτομα που στο παρελθόν είχαν επανεισαχθεί και εξετάσθηκαν κατά την εισαγωγή τους στο πλαίσιο της μελέτης (Gossop et al., 1997).

Η κάλυψη που έγινε κατά την επανεξέταση έφθασε σε ποσοστό 75,3% του συνολικού δείγματος που εξετάσθηκε κατά την εισαγωγή (65% μέχρι 79% ανάλογα με την κατηγορία του κέντρου όπου δέχονταν θεραπεία) με το χαμηλότερο ποσοστό στα προγράμματα απεξάρτησης με μεθαδόνη και το υψηλότερο στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη. Η επανεξέταση πραγματοποιήθηκε σε πρώτη φάση έξι μήνες μετά την εισαγωγή (μέσος όρος 5,5 μήνες) και από όσους συμμετείχαν σ' αυτήν το 43% βρίσκονταν ακόμα σε διαδικασία συνέχισης της θεραπείας. Η μοναδική μεταβλητή που βρέθηκε στατιστικά σημαντική και διαφοροποιούσε το δείγμα όσων βρέθηκαν και συμμετείχαν στην επανεξέταση και όσων δεν βρέθηκαν ήταν οι μέρες χρήσης ηρωίνης τρεις μήνες πριν την εισαγωγή τους: Τα άτομα που δεν συμμετείχαν στην επανεξέταση είχαν κατά μέσο όρο 66 μέρες χρήσης, ενώ αυτοί που συμμετείχαν παρουσίαζαν μικρότερο μέσο όρο (55,5 ημέρες). Η ερευνητική διαδικασία συνεχίστηκε και πραγματοποιήθηκαν επανεξετάσεις ένα χρόνο και τέσσερα ή πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική μείωση στη συχνότητα και την ποσότητα χρήσης παράνομων ουσιών (τόσο ηρωίνης όσο και μη συνταγογραφούμενων) για όλες τις κατηγορίες των κέντρων που συμμετείχαν. Πιο συγκεκριμένα, στην επανεξέταση των έξι μηνών η χρήση ηρωίνης είχε μειωθεί περίπου στο μισό, ποσοστό που διατηρήθηκε στην επανεξέταση του ενός έτους και της ολοκλήρωσης (4-5 χρόνια μετά την εισαγωγή). Για τα προγράμματα διαμονής η αποχή από τη χρήση αποτελούσε ένα βασικό στόχο. Επιπροσθέτως της μείωσης της χρήσης στην επανεξέταση του ενός και των πέντε ετών παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ποσοστών αποχής από τη χρήση παράνομων ουσιών (Gossop, 2004).

Επίσης, οι επικίνδυνες πρακτικές που μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, όπως η ενδοφλέβια χρήση ή η χρήση με σύριγγα που πριν είχε χρησιμοποιηθεί από άλλον, μειώθηκαν σε ποσοστό μικρότερο του 5% (Gossop, 2004).

Παράλληλα, η συστηματική παραβατικότητα που αποτελούσε ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος κατά τη διαδικασία εισαγωγής (Stewart et al. 2000a) φάνηκε να έχει μειωθεί σημαντικά κατά την επανεξέταση και αφορούσε τόσο τον αριθμό των ατόμων που είχαν εμπλακεί σε παραβατική συμπεριφορά όσο και τον αριθμό διαπραχθέντων αδικημάτων. Τα αδικήματα που διεπράχθησαν κατά την περίοδο που έλεγχε η επανεξέταση μειώθηκαν στο ένα τρίτο, ενώ τα άτομα που ενεπλάκησαν σε παραβατική συμπεριφορά μειώθηκαν στο μισό σε σχέση με τα ποσοστά που καταγράφηκαν κατά την εξέταση εισαγωγής. Η συσχέτιση που παρουσίαζε η συνεχιζόμενη χρήση ηρωίνης ήταν ευθέως ανάλογη με την ποινική έκθεση που μετρήθηκε την περίοδο που ακολούθησε τη θεραπευτική εμπειρία. Έτσι, εκείνοι που συνέχισαν να κάνουν χρήση ηρωίνης παρουσίαζαν 10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμπλοκής σε παραβατική συμπεριφορά και έκθεση στο ποινικό σύστημα απ' ό,τι όσοι είχαν σταματήσει τη χρήση (Gossop, 2004).

Όπως και σε άλλες αντίστοιχες μελέτες, ο χρόνος που διήρκεσε η θεραπευτική εμπειρία συσχετίζεται με θετικά κλινικά αποτελέσματα συγκρίνοντας την προ της εισαγωγής κατάσταση με αυτήν της επανεξέτασης των ατόμων που εισήχθησαν σε θεραπεία (Simpson, 1981· Anglin και Hser, 1990· DeLeon, 1989· Gerstein και Harwood, 1990· Hubbard και συν., 1989· Simpson et al., 1995). Στην NTORS άτομα από τα θεραπευτικά προγράμματα διαμονής τα οποία παρέμειναν στη θεραπεία το κρίσιμο, όπως φαίνεται να προκύπτει από επανειλημμένες μελέτες, διάστημα 90 ημερών είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την αποχή από τη χρήση ηρωίνης και διεγερτικών, τη μείωση της ενδοφλέβιας χρήσης, τη αποφυγή εμπλοκής σε παραβατική συμπεριφορά, τόσο όσον αφορά αδικήματα που σχετίζονται με τη χρήση (κατοχή, διακίνηση) όσο και γενικότερα ποινικά αδικήματα (Πουλόπουλος, 2005· Gossop et al., 1999).

Η μελέτη DATOS

Η προοπτική μελέτη DATOS για την Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) ξεκίνησε το 1990 από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Τοξικοεξάρτηση (National Institute on Drug Abuse-NIDA) και σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της θεραπείας. Παράλληλα, στόχευε στην ανάδειξη και διαμόρφωση νέων ερωτημάτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης στις Η.Π.Α. Η DATOS αποτελεί την τρίτη κατά σειρά μελέτη του NIDA για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που παρέχουν οργανισμοί οι οποίοι λαμβάνουν κρατική χρηματοδότηση. Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρηματοδοτήθηκαν το 1995 τέσσερα ερευνητικά κέντρα: το National Development and Research Institutes της Βόρειας Καρολίνας- NDRI, το Texas Christian University in Fort Worth- TCU, το University of California at Los Angeles- UCLA, και το National Institute on Drug Abuse (NIDA) Services Research Branch. Κάθε κέντρο διεξήγαγε ανεξάρτητα αλλά και συντονισμένα ερευνητικά προγράμματα.

Οι θεματικές ενότητες που αποτέλεσαν τα ερευνητικά πεδία της DATOS ήταν τέσσερις και αφορούσαν το διαθέσιμο σύστημα της θεραπείας στις ΗΠΑ, την παραμονή και την εμπλοκή των εξυπηρετουμένων στη θεραπευτική διαδικασία, την πορεία που είχαν όσοι δέχθηκαν θεραπεία και την πολιτική που αφορούσε τη οργάνωση της θεραπευτικής φροντίδας (Fletcher, Tims και Brown, 1997).

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη συλλέχθηκαν από 10.010 ενήλικους που είχαν εισαχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα σε 11 πόλεις των Η.Π.Α. κατά τη διάρκεια των

ετών 1991-1993. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 96 θεραπευτικά προγράμματα τεσσάρων διαφορετικών τύπων: θεραπείας με μεθαδόνη εξωτερικής παραμονής (Outpatient Methadone Treatment – OMT), εσωτερικής παραμονής μακράς διάρκειας (Long-term residential, LTR), προγράμματα εξωτερικής παραμονής χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Outpatient drug free – ODF) και εσωτερικής παραμονής μικρής διάρκειας (short term inpatient - STI). Τα δεδομένα που αφορούσαν την πρόοδο της θεραπείας συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής στους 3 και 6 μήνες και τα δεδομένα για την αναδρομική έρευνα συλλέχθηκαν από ένα δείγμα περίπου 3.000 ατόμων 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην αναδρομική έρευνα του 1 έτους μετά τη θεραπεία έφθασε στο 70% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson και Etheridge, 1997). Η μελέτη εξέτασε το ρόλο του θεραπευτικού αποτελέσματος σε σχέση με τον τύπο του προγράμματος, τα χαρακτηριστικά των ατόμων (βαθμός της εξάρτησης, προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία, φυσική κατάσταση και συννοσηρότητα), την παρεχόμενη θεραπεία (διάρκεια και συστηματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών), τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τη μεταθεραπευτική φροντίδα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η παραμονή στη θεραπεία για περισσότερους από 3 μήνες έχει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από εκείνα που παρατηρούνται με μικρότερης διάρκειας παραμονή ή καθόλου θεραπεία. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι η παραμονή σε θεραπευτική κοινότητα για περισσότερες από 90 ημέρες είναι αποτελεσματική ακόμη και όταν υπάρχουν σημαντικά προβλήματα, όπως η παράλληλη χρήση πολλών ουσιών, η παραβατική συμπεριφορά, οι ψυχικές ασθένειες και η έλλειψη απασχόλησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 15% των χρηστών κοκαΐνης, με έξι ή εφτά κατηγορίες προβλημάτων, ξαναγύρισε στην εβδομαδιαία χρήση κοκαΐνης εφόσον είχε παραμείνει σε θεραπευτική κοινότητα για περισσότερες από 90 ημέρες, σε σχέση με το 29% αυτών που παρέμειναν σε στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης πάνω από 90 ημέρες, και το 38% των χρηστών κοκαΐνης που ήταν σε πρόγραμμα διαμονής για το ίδιο χρονικό διάστημα. Η έρευνα έδειξε ότι ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αντιστοιχεί με καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για όσους παρακολουθούν προγράμματα διαμονής ή προγράμματα μεθαδόνης μακράς διάρκειας (Simpson et. al., 1997α, β).

Πιο αναλυτικά, για τα προγράμματα μεθαδόνης (OMT) η χρήση ουσιών ένα χρόνο μετά μετρήθηκε μειωμένη σε ότι αφορά την ηρωίνη από 89,4% σε 27,8%, την κοκαΐνη από 41,9% σε 21,7% και την κάνναβη από 17,1% σε 13,9%. Αντίστοιχα στα προγράμματα διαμονής (LTR) τα άτομα που ανέφεραν χρήση ηρωίνης σε ποσοστό 17,2% κατά την εισαγωγή μειώθηκαν στο 5,8%, χρήση κοκαΐνης από 66,4% σε 22,1% και χρήση κάνναβης 28,3% σε 12,7%. Στα προγράμματα ημερήσιας παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή για τα άτομα που εισήχθησαν η χρήση ηρωίνης μειώθηκε από 5,9% σε 3,3%, η χρήση κοκαΐνης από 41,7% σε 18,3% και η χρήση κάνναβης από 25,4% σε 8,5%. Τα άτομα, τέλος, που εισήχθησαν στα προγράμματα διαμονής μικρής διάρκειας ανέφεραν μείωση στη χρήση ηρωίνης από 7% σε 2,2%, κοκαΐνης από 66,8% σε 20,8% και κάνναβης από 30,3% σε 1,5% (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson και Etheridge, 1997).

Η παραβατική συμπεριφορά, φαίνεται ανάλογα να μειώθηκε στο μισό σε όλα σχεδόν τα προγράμματα εκτός από τα στεγνά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή, όπου μειώθηκε κατά το ένα τρίτο. Στα προγράμματα μεθαδόνης, ενώ τα άτομα ανέφεραν μείζονα παραβατική συμπεριφορά σε ποσοστό 28,6% κατά την εισαγωγή τους, στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την επανεξέταση είχε εμπλακεί σε παραβατική συμπεριφορά μόνον το 13,7%. Τα άτομα που δέχθηκαν θεραπεία στα προγράμματα διαμονής μακράς διάρκειας κατά την εισαγωγή τους ανέφεραν παραβατική συμπεριφορά σε ποσοστό 40,5%, ενώ ένα χρόνο μετά τη θεραπεία εμπλοκή με το νόμο είχε μόνο το 15,9%. Στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 19,3% κατά την εισαγωγή, ενώ κατά την επανεξέταση ένα ποσοστό 11,4% ανέφερε συνεχιζόμενη παραβατική συμπεριφορά. Στα προγράμματα διαμονής μικρής διάρκειας τα ποσοστά ήταν 25,9% και 10,5% αντίστοιχα (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson και Etheridge, 1997).

Σχετικά με την επαγγελματική δραστηριότητα οι δείκτες που μετρήθηκαν έδειξαν λιγότερο εντυπωσιακές αλλαγές στην πλήρη απασχόληση. Μόνο 3,1% περισσότεροι βρέθηκαν να έχουν πλήρη απασχόληση από τα προγράμματα μεθαδόνης (από 15,1% σε 18,2%), στα προγράμματα διαμονής η αύξηση στην απασχόληση ήταν 10,6% (από 12,4% σε 23%), στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης το ποσοστό αύξησης της απασχόλησης ήταν 6,2% (από 18,2% σε 24,8%) και στα προγράμματα διαμονής σύντομης διάρκειας το ποσοστό αύξησης ήταν περίπου όμοιο με της πρώτης κατηγορίας, φθάνοντας στο 3,2% (από 33% σε 36,2%).

Σημαντική διαφορά μετρήθηκε επιπλέον σε τομείς που αφορούν την ψυχολογική και την ψυχική υγεία, αφού σε όλα τα προγράμματα μειώνεται περίπου στο μισό η αναφορά σχετικών προβλημάτων. Η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά μεταβάλλεται επίσης, αφού ένα χρόνο μετά τη θεραπεία μόνον ένας στους δύο από όσους εισήχθησαν για θεραπεία συνεχίζει να έχει επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, ενώ περιορισμένες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στο δείκτη σωματικών προβλημάτων υγείας στα προγράμματα μεθαδόνης και στα προγράμματα διαμονής μακράς διάρκειας σε αντίθεση με τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης και τα σύντομης διάρκειας παραμονής προγράμματα όπου τα προβλήματα υγείας μειώθηκαν στο μισό περίπου (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson και Etheridge, 1997).

Δεδομένου ότι το κύριο πρόβλημα κατάχρησης ουσιών στην DATOS αναδεικνύεται η χρήση κοκαΐνης οι Simpson, Joe και Broom (2002) μελέτησαν ένα δείγμα από 708 άτομα που εισήχθησαν σε 45 θεραπευτικά προγράμματα 8 πόλεων, τα οποία ανέφεραν κατά την εισαγωγή τους εξάρτηση από την κοκαΐνη, για να επανεξετάσουν την κατάστασή τους 5 χρόνια μετά. Τα ευρήματα ουσιαστικά επιβεβαιώνουν τις τάσεις που κατέγραψε η αναδρομική επανεξέταση του πρώτου έτους μετά τη θεραπεία, αφού 1 στους 4 που εισήχθησαν για θεραπεία αναφέρει χρήση κοκαΐνης σε εβδομαδιαία βάση μετά από πέντε χρονιά, ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από το 21% που μετρήθηκε τον πρώτο χρόνο. Η παράνομη συμπεριφορά από το 40 % κατά την εισαγωγή μειώθηκε στο 25% (λίγο υψηλότερο από το 16% της επανεξέτασης τους πρώτου έτους) καθώς επίσης και οι συλλήψεις που κατά την εισαγωγή αφορούσαν ποσοστό 34%, πέντε χρόνια μετά μειώθηκαν στο 18%. Τα βασικά συμπεράσματα από τη συγκεκριμένη μελέτη συνοψίζονται στο ότι τρεις μήνες θεραπείας είναι ένα ασφαλές διάστημα το οποίο εξασφαλίζει βελτιώσεις στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Μικρότερος χρόνος παραμονής συνδέεται με σοβαρότερα προβλήματα στη χρήση και λιγότερα θετικά αποτελέσματα. Τα άτομα που είχαν περισσότερα προβλήματα παράλληλα με τη χρήση και δεν έμειναν αρκετά στη θεραπευτική διαδικασία (λιγότερο των τριών μηνών) παρουσίαζαν μια στατιστικά χειρότερη συνολική κατάσταση από όσους με τα ίδια προβλήματα έμειναν πέραν του κρίσιμου διαστήματος (περισσότερο των τριών μηνών). Η σοβαρότητα των προβλημάτων χρήσης και ψυχολογικής κατάστασης κατά την εισαγωγή αποτελούσαν προγνωστικό παράγοντα για τα αναμενόμενα αποτελέσματα που διαρκούν στο χρόνο, αλλά είναι σημαντικό το ότι τα αποτελέσματα αυτά βελτιώνονται, ακόμα και για τα άτομα με τα περισσότερο σοβαρά προβλήματα, όσο η παραμονή στη θεραπεία αυξάνει (Simpson, Joe και Broome, 2002).

Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αν και αποδείχθηκε να συσχετίζεται άμεσα με τη θετική της έκβαση αποτέλεσε από μόνος του ένα πεδίο έρευνας ως αποτέλεσμα της θεραπείας. Η παραμονή στη θεραπεία αποτελεί ένα διαμεσολαβητικό στοιχείο στη θεραπευτική διαδικασία που αντιπροσωπεύει πολλούς επιμέρους παράγοντες από τους οποίους και ορίζεται, όπως η κινητοποίηση των ατόμων για θεραπεία, η προθυμία τους να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, η διαδικασία αλλαγής, η ικανότητα του θεραπευτή να αυξήσει το βαθμό εμπλοκής των εξυπηρετουμένων στη θεραπεία. Η διάρκεια της θεραπείας και η αποτελεσματικότητα φαίνεται να συνδέονται σημαντικά, τόσο που η έρευνα επικεντρώνεται στους παράγοντες που μπορούν να εγγυηθούν την αύξηση της παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό παίρνουν μια νέα σημαντική διάσταση μελέτες που εστιάζουν

στο πόσο επηρεάζουν την παραμονή παράγοντες όπως ο βαθμός εξάρτησης (Gainey, Wells, Hawkins και Catalano, 1993), ο βαθμός κινητοποίησης για την έναρξη της θεραπείας (DeLeon και Jainchill, 1986· Simpson και Joe, 1993), τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού συστήματος (Maddux και Desmond, 1995· Caplehorn, McNeil και Kleinbaum, 1993), η εμπλοκή και η αποδοχή της θεραπείας (Siegal, et al. 1997· Simpson, Joe, Rowan-Szal και Greener, 1995), ο ρόλος της οικογένειας και των σημαντικών άλλων (Stanton, 1997), η προσαρμογή της θεραπευτικής διαδικασίας στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, τα ενδεχόμενα προβλήματα σε τομείς που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών καθώς και η πιθανή συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής.

Με βάση τα δεδομένα της DATOS, οι Etheridge, Craddock, Dunteman και Hubbard (1995) κατέληξαν ότι ανάμεσα στην αρχή της δεκαετίας του ’80 και αυτής του ’90 ενώ η ανάγκη για θεραπεία εξαπλωνόταν, μικρότερος αριθμός υπηρεσιών όπως και τύποι θεραπευτικής παρέμβασης ήταν διαθέσιμοι.

Παράλληλα, αναδείχθηκε ότι ένα σημαντικό μέρος των ατόμων το οποίο έφθανε στο 85%, κατά την εισαγωγή τους στη θεραπεία ήταν εξαρτημένοι από τη χρήση περισσότερων από μια ουσιών και ότι άτομα με αντικοινωνική συμπεριφορά ή συναισθηματικές διαταραχές συγκέντρωναν πολύ περισσότερες πιθανότητες να διαγνωσθούν με πολλαπλή εξάρτηση (Flynn, Craddock, Luckey, Hubbard και Dunteman, 1996).

Η μελέτη TOPS

Η Προοπτική Μελέτη για την Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας (Treatment Outcome Prospective Study, TOPS) προέκυψε από την ανάγκη για αξιολόγηση συγκεκριμένων τομέων της θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, κάτι που η προηγούμενη μεγάλη έρευνα DARP στις ΗΠΑ είχε αφήσει αδιευκρίνιστο. Η διαχρονική μελέτη TOPS πραγματοποιήθηκε από ομάδα ερευνητών από το Research Triangle Institute της Βόρειας Καρολίνας. Έντεκα χιλιάδες επτακόσια πενήντα (11.750) άτομα που εισήχθηκαν για θεραπεία από το 1979 έως και το 1981 συμμετείχαν σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από αυτήν. Στα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τις συνεντεύξεις προστέθηκαν και άλλα από έρευνες που έγιναν με θεραπευτές και επικεφαλής σαράντα ενός θεραπευτικών προγραμμάτων σε δέκα πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών (Hubbard, et al.,. 1989).

Η TOPS όπως και η DARP που είχε προηγηθεί τη δεκαετία του ‘70 ήταν μια μελέτη ευρείας κλίμακας που επιχειρεί να διερευνήσει τη φύση της θεραπείας, των ίδιων των αποδεκτών των θεραπευτικών υπηρεσιών των προγραμμάτων αλλά και των συμπεριφορών που οι εξυπηρετούμενοι είχαν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Αντίθετα, πάντως, από τις προηγούμενες μελέτες, το νεωτερικό στοιχείο της TOPS έγκειται στο ότι παρείχε ευρύτερη πληροφόρηση για το σύστημα της θεραπείας, περιέγραφε τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές των ατόμων που δέχθηκαν υπηρεσίες πριν από τη θεραπεία με ένα συνολικότερο τρόπο και, παρακολουθώντας ομάδες ατόμων που δέχθηκαν θεραπεία σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία (τρεις μήνες, ένα χρόνο, δύο και πέντε χρόνια μετά) επιχειρούσε να απαντήσει σε βασικά ερωτήματα κλινικού και πολιτικού ενδιαφέροντος (Hubbard et al. 1989).

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της TOPS συνοψίζονταν σε τρεις άξονες: Στο πόσο αποτελεσματική είναι η θεραπεία σε ό,τι αφορά τη μείωση της χρήσης ουσιών και την βοήθεια που παρέχεται στα άτομα να επιστρέψουν σε μια παραγωγική ζωή· σε σχέση με την επένδυση που γίνεται στη θεραπεία ποιο είναι το όφελος για το άτομο το ίδιο που εξυπηρετείται και για την κοινωνία· και τέλος πώς θα μπορούσε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα σ΄ ένα πλαίσιο περικοπής δημοσίων δαπανών και περιορισμένων πόρων. Η περίοδος διεξαγωγής της TOPS συμπίπτει με σημαντικές αλλαγές στο χάρτη της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών στις ΗΠΑ. Από τη μια μεριά η επικράτηση της χρήσης παρανόμων ουσιών αυξάνει αλλά, παράλληλα, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία και κυρίως

για την εξάρτηση από τη χρήση ουσιών, μειώνονται δραστικά θέτοντας πολλά προγράμματα θεραπείας σε δυσκολία λειτουργίας (U.S. General Account Office, 1985). Από την άλλη πολλά από τα χαρακτηριστικά της χρήσης ουσιών μεταβάλλονται και σε βασικές παραμέτρους που αφορούν την προβληματική χρήση: Τα οπιοειδή και κυρίως η ηρωίνη, η κύρια ουσία κατάχρησης της δεκαετίας του ’70, υποχωρεί και η κοκαΐνη είναι πλέον μια εξίσου δημοφιλής ουσία με σταθερή αυξητική τάση σε όλη τη δεκαετία του ΄80, για να είναι τελικά η επικρατούσα παράνομη ουσία. Τελικά, ο τυπικός προβληματικός χρήστης δεν χρησιμοποιεί πλέον μόνον μία ουσία αλλά κάνει χρήση πολλών ουσιών παράλληλα (NIDA, 1982, 1996· De Leon, 1994· Bray et al., 1982· Hubbard et al., 1986).

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την TOPS επιβεβαιώνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης και των τριών βασικών τύπων θεραπευτικών προγραμμάτων, στους οποίους τελικά κατηγοριοποιήθηκε το σύστημα θεραπείας και που αποτελεί μια σταθερή τυπολογία στο χρόνο: προγράμματα μεθαδόνης εξωτερικής παρακολούθησης, προγράμματα διαμονής και προγράμματα ημερήσιας παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Butynski et. al., 1990). Ένα χρόνο μετά τη θεραπεία για όσους ήταν συστηματικοί χρήστες ηρωίνης πριν από την εισαγωγή τους και παρέμειναν τρεις μήνες στο θεραπευτικό πλαίσιο, περισσότεροι από τους μισούς που βρέθηκαν στους δύο πρώτους τύπους προγράμματος να απέχουν εντελώς από τη χρήση ηρωίνης. Με όρο μέτρησης της αποτελεσματικότητας τη μείωση της συχνότητας και της ποσότητας της χρησιμοποιούμενης ουσίας, ένα χρόνο μετά τη θεραπεία 7 στους 10 μείωσαν ή σταμάτησαν τη χρήση ηρωίνης. Για όσους παρέμειναν στη θεραπεία τρεις μήνες τα ποσοστά συστηματικής χρήσης ηρωίνης τρία και πέντε χρόνια μετά μειώνονται από 63% σε 17,5% στα ανοικτά προγράμματα μεθαδόνης, από 30,9% σε 11,8% στα προγράμματα διαμονής και από 8,6% σε 4,6% στα προγράμματα ημερήσιας παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Hubbard et al., 1989· Tims et al. 1991).

Σε ό,τι αφορά τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών παρατηρείται επίσης μείωση. Έτσι, η χρήση κάνναβης που αναφέρεται ως η πιο ανθεκτική συμπεριφορά και μεταβάλλεται λιγότερο από τη χρήση οποιασδήποτε άλλης ουσίας, ένα χρόνο μετά τη θεραπεία για όσους παρέμειναν τρεις μήνες στα προγράμματα μεθαδόνης και στα προγράμματα διαμονής 2 στους δέκα απείχαν, ενώ στα προγράμματα ημερήσιας παρακολούθησης απείχε μόνον 1 στους δέκα. Στη επανεξέταση των τριών με πέντε ετών το ένα τρίτο των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία βρέθηκαν να είναι συστηματικοί χρήστες κάνναβης. Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές στα ποσοστά συστηματικής χρήσης κάνναβης μειώνεται από 55% σε 36% στα προγράμματα μεθαδόνης, από 65% σε 39% στα προγράμματα διαμονής και στα προγράμματα ημερήσιας παραμονής από 63% σε 31% (Hubbard et al., 1989). Παράλληλα, για όσους κατά την εισαγωγή τους στα προγράμματα ήταν συστηματικοί χρήστες κοκαΐνης και παρέμειναν τρεις μήνες στη θεραπεία, το 77% στα προγράμματα διαμονής, το 70% στα προγράμματα μεθαδόνης και το 68% στα προγράμματα ημερήσιας παραμονής μείωσαν ή διέκοψαν τη χρήση της.

Σε ό,τι αφορά την παραβατική συμπεριφορά, το 60% των εισαγωγών στα προγράμματα διαμονής, το 31% στα προγράμματα μεθαδόνης και το 33% στα προγράμματα ημερήσιας παραμονής είχαν διαπράξει τουλάχιστον 1 ή περισσότερα σοβαρά αδικήματα. Στην επανεξέταση των τριών με πέντε ετών παρατηρείται μείωση που κυμαίνεται από 50% μέχρι και 65% Πιο συγκεκριμένα, ποινική εμπλοκή είχε το 19,8% των ατόμων που εισήχθησαν στα προγράμματα διαμονής, το 16,3% όσων παρακολούθησαν προγράμματα μεθαδόνης και το 7,6% των προγραμμάτων ημερήσιας φροντίδας. (Hubbard et al., 1989).

Πλήρη απασχόληση την περίοδο πριν από την εισαγωγή ανέφερε το 24,2% στα προγράμματα μεθαδόνης, το 15,3% των προγραμμάτων διαμονής και το 27,1% των προγραμμάτων ημερήσιας παραμονής. Αυτά τα ποσοστά αυξάνονται τρία με πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία σε 49,7% για τα προγράμματα ημερήσιας παραμονής, σε 38,7% για τα προγράμματα διαμονής και μειώνεται σε 17,7% για τα προγράμματα μεθαδόνης.

Ο Hubbard και η ομάδα ερευνητών που συνεργάστηκαν (1989) με την Προοπτική Μελέτη Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας διερεύνησαν τα ποσοστά διακοπών που στις θεραπευτικές κοινότητες έφταναν στο 86,6%, στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη το 65,9% και για τα στεγνά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης το 93,4%, στη διάρκεια ενός χρόνου. Περίπου το ένα τρίτο των μελών των θεραπευτικών κοινοτήτων έφευγε τις τριάντα πρώτες ημέρες και οι μισοί τις πρώτες ενενήντα. Οι συγγραφείς εξέφρασαν την άποψη πως τα προγράμματα θα έπρεπε να εντείνουν τις προσπάθειές τους για να κρατήσουν τους εξυπηρετούμενους και παρατήρησαν πως οι μισοί από όλους όσοι κατάφερναν να παραμείνουν για τουλάχιστον τρεις μήνες στη θεραπεία, ολοκλήρωναν με επιτυχία το πρόγραμμα.

Η έρευνα TOPS, όπως και η DARP που προηγήθηκε, παρείχε υλικό για πολλές επιμέρους μελέτες και για την εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων που συνθέτουν ένα νέο πλαίσιο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Κλειδί, πάντως, για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης για όλα τα προγράμματα φαίνεται να προκύπτει ο χρόνος παραμονής σε αυτά, που αναδεικνύεται ως ο πιο σταθερός δείκτης πρόγνωσης για επιτυχή έκβαση της θεραπείας σε όλους τους τομείς που εξετάζονται (Sells και Simpson, 1980· Simpson και Sells, 1982· Hubbard et al., 1989· Anglin και Hser, 1990· De Leon, 1989· Simpson, Joe και Brown, 1997). Παρ' όλα αυτά, η ποικιλία των προγραμμάτων καθώς και η διαφορετικότητα των ατόμων που έχουν ανάγκη υποστήριξης με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών ώθησε τους ερευνητές να μελετήσουν επιμέρους στοιχεία της θεραπείας που κρίνονται σημαντικά τόσο στο να διευκολύνουν την παραμονή στο θεραπευτικό πλαίσιο όσο και το να επιτύχουν σημαντικές βελτιώσεις που θα διαρκούν στο χρόνο.

Η μελέτη DARP

Το Πρόγραμμα Αναφοράς της Τοξικοεξάρτησης (Drug Abuse Reporting Programme, DARP) σχεδιάστηκε το 1969 από το Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς (Institute of Behavioural Research, IBR) του Πανεπιστημίου του Τέξας ως ένα σύστημα καταγραφής που έχει στόχο να λειτουργεί ως βάση δεδομένων για τις έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Σε διάστημα τεσσάρων ετών (1969-1973) υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία από τα περισσότερα προγράμματα των Ηνωμένων Πολιτειών και του Πουέρτο Ρίκο για την εισαγωγή των εξυπηρετούμενων σε θεραπευτικά προγράμματα καθώς και δίμηνες αναφορές για την κατάστασή τους. Η τελική βάση δεδομένων του προγράμματος DARP περιελάμβανε δεδομένα από 43.943 εισαγωγές εξυπηρετούμενων σε 52 θεραπευτικά προγράμματα (Simpson και Sells, 1982). Τα προγράμματα αυτά διακρίνονταν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη (methadone maintenance), θεραπευτικές κοινότητες (therapeutic communities), προγράμματα ημερήσιας παραμονής που δεν χορηγούσαν φαρμακευτική αγωγή (outpatient drug free programs) και προγράμματα αποτοξίνωσης (detoxification units). Στην έρευνα συμμετείχε και μια μεγάλη ομάδα ατόμων τα οποία βρέθηκαν μόνο για μια αρχική συνέντευξη χωρίς να εισαχθούν για θεραπεία και αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου στη συνέχεια.

Σύμφωνα με το σχεδιασμό του προγράμματος επανεξέταση πραγματοποιήθηκε 6 χρόνια αργότερα (1975 – 1979) για ένα δείγμα 4.627 ατόμων που είχαν εισαχθεί την περίοδο 1969-1973 και δώδεκα χρόνια μετά την εισαγωγή για 490 άτομα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επανεξέτασης ένα χρόνο μετά κατέδειξαν, είτε ορίζοντας αυστηρά κριτήρια αποτελεσματικότητας (: πλήρης αποχή από τη χρήση παρανόμων ουσιών και κανενός τύπου παραβατική συμπεριφορά) είτε χαλαρότερου χαρακτήρα κριτήρια (:μείωση της ποσότητας και της συχνότητας της χρήσης σε όχι καθημερινή βάση και αποχή από σοβαρά ποινικά αδικήματα), σημαντική μείωση όσων έκαναν χρήση ουσιών και όσων εμπλέκονταν σε παραβατική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τρεις στους δέκα

περίπου για τα προγράμματα μεθαδόνης (27%) και τις θεραπευτικές κοινότητες (28%) ένα χρόνο μετά δεν έκαναν καθόλου χρήση παρανόμων ουσιών και δεν εμπλέκοντας σε κανενός τύπου παραβατική συμπεριφορά. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονταν σε 41% και 40% αντίστοιχα όταν τα κριτήρια αφορούσαν την ποσότητα και τη συχνότητα για μη καθημερινή χρήση και μη εμπλοκή σε σοβαρά ποινικά αδικήματα. Η επανεξέταση δύο και τρία χρόνια μετά τη θεραπεία κατέγραψε ακόμα υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας. Τα θεραπευτικά προγράμματα και των τριών βασικών τύπων αποδείχθηκαν αποτελεσματικά, ενώ μικρότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας παρουσίασαν τα προγράμματα που παρείχαν μόνον αποτοξίνωση (Tims et al. 1991).

Σε ό,τι αφορά αναλυτικότερα τη νομική εμπλοκή, και στους τρεις τύπους προγραμμάτων υποτριπλασιάστηκε το ποσοστό των συλλήψεων ενώ μειώθηκε στο μισό το ποσοστό των φυλακίσεων σε σχέση με την πριν από την εισαγωγή κατάσταση. Τα ποσοστά απασχόλησης για περισσότερο από έξι μήνες βρέθηκαν να διπλασιάζονται σε σχέση με την πριν από την εισαγωγή επαγγελματική κατάσταση στα προγράμματα μεθαδόνης (από 33% σε 57%) και τα ανοικτά προγράμματα (από 24% σε 52%) ενώ στις θεραπευτικές κοινότητες διαμονής τριπλασιάστηκαν (από 20% σε 61%).

Τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν κατά την επανεξέταση ένα χρόνο μετά την εισαγωγή παρέμειναν σταθερά με αυξητικές τάσεις μέχρι την επανεξέταση τρία, έξι και δώδεκα χρόνια μετά τη θεραπεία. Τα δύο τρίτα όσων είχαν εισαχθεί σε κάποιο από τα προγράμματα της DARP, δέκα χρόνια μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία δεν έκαναν καθημερινή χρήση οπιοειδών και διατήρησαν αυτή τη συμπεριφορά και δώδεκα χρόνια μετά. Αντίστοιχα, το ένα τρίτο των εισαγωγών δώδεκα χρόνια μετά δεν είχαν καμιά εμπλοκή με το νόμο και είχαν πλήρη αποχή από τη χρήση παρανόμων ουσιών.

Η σημαντικότητα της έρευνας DARP ήταν μεγάλη τόσο από θέμα ουσίας, για τη μέτρηση δηλαδή των αποτελεσμάτων της θεραπείας και των προεκτάσεών τους στην κλινική πρακτική καθώς και για την πολιτική που σχετίζεται με τις παρεμβάσεις θεραπείας, όσο και από τη μεθοδολογική πλευρά, δεδομένου ότι αποτέλεσε ένα σημαντικό οδηγό για έρευνες αποτίμησης της αποτελεσματικότητας από τότε και μετά.

Οι Joe και Simpson (1975) ανέφεραν πως τα ποσοστά παραμονής 12.297 εξυπηρετουμένων της μελέτης DARP που είχαν εισαχθεί σε προγράμματα θεραπείας από τον Ιούνιο του 1971 έως τον Ιούνιο του 1972, διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα θεραπευτικά προγράμματα. Τα ποσοστά διακοπής στις θεραπευτικές κοινότητες, ένα χρόνο μετά την εισαγωγή των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα, κυμαίνονταν από 59% έως 75%, στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη από 38% έως 45%, και στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς χορήγηση υποκατάστατων από 70% έως 78%. Ένα επιπλέον στοιχείο που προέκυψε από τη μελέτη αφορούσε ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που είχαν ολοκληρώσει κάποιου τύπου θεραπευτικό πρόγραμμα. Στην πρώτη εισαγωγή στο πρόγραμμα αρκετοί είχαν διακόψει τη θεραπεία τους τον πρώτο μήνα και περισσότεροι από τους μισούς έφυγαν στους τρεις πρώτους μήνες. Η παραπάνω μελέτη έδειξε επίσης ότι αρκετά μέλη επανέρχονται στις θεραπευτικές κοινότητες και στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, ακόμη και όταν έχουν εγκαταλείψει πρόωρα τη θεραπεία τους στην πρώτη εισαγωγή.

Το Πρόγραμμα Καταγραφής της Τοξικοεξάρτησης (Drug Abuse Reporting Programme, DARP) μελέτησε τα αποτελέσματα της θεραπείας σε σχέση με το χρόνο παραμονής σε ένα ετήσιο follow up μετά τη θεραπεία. Στο διάστημα του 1975-1976 πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με περισσότερα από 3.000 άτομα, που είχαν εισαχθεί σε προγράμματα θεραπείας από το 1969 έως το 1972 (Simpson, 1979). Στα άτομα αυτά περιλαμβάνονταν όσοι έλαβαν θεραπεία: α) σε θεραπευτικές κοινότητες, β) σε προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, γ) σε στεγνά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, δ) σε προγράμματα αποτοξίνωσης εξωτερικής παρακολούθησης και ε) μια ομάδα ατόμων που

ολοκλήρωσε τις διαδικασίες εισαγωγής για ένταξη σε θεραπεία αλλά δεν συνέχισε. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν αφορούσαν μετρήσεις της αποτελεσματικότητας της θεραπείας: α) για τη χρήση ουσιών και αλκοόλ, β) για την εγκληματικότητα, γ) για την απασχόληση και δ) για την επιστροφή στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης έως και έξι χρόνια μετά την πρόωρη αποχώρηση. Σύμφωνα με τις μετρήσεις αποτελεσματικότητας φαίνεται ότι όσοι παρέμεναν στη θεραπεία είχαν συνολικά καλύτερη πορεία ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα θεραπείας ή έκαναν μόνο αποτοξίνωση. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούσαν όσους είχαν παραμείνει στις θεραπευτικές κοινότητες και σε άλλα στεγνά προγράμματα για τουλάχιστον ενενήντα ημέρες και όσους είχαν παραμείνει στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη για τουλάχιστον τριακόσιες ημέρες. Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν πως ανάλογα με τον τύπο του προγράμματος απαιτείται ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία, πριν αυτή αρχίσει να αποδίδει.

Παρόμοια ευρήματα που αφορούν τη διάρκεια της παραμονής στη θεραπεία και την αποτελεσματικότητά της προκύπτουν και από τη μελέτη ενός δείγματος 1.496 ατόμων που είχαν εισαχθεί για θεραπεία στο διάστημα από το 1972 έως το 1973 (Simpson, 1981). Επιπλέον, βρέθηκε πως το 52% των μελών των θεραπευτικών κοινοτήτων διέκοπτε τη θεραπεία του κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών σε σύγκριση με το 26% των εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη.

Η DARP αποτέλεσε την πρώτη ευρείας κλίμακας προσπάθεια διερεύνησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και υπό την έννοια αυτή αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο στο οποίο επιστρέφουν οι ερευνητές κατά το σχεδιασμό ανάλογων ερευνών. Το στοιχείο που κυρίως αναδεικνύεται από την DARP και συνδέεται με το χρόνο παραμονής αποτελεί για την αξιολόγηση των προγραμμάτων απεξάρτησης ένα πεδίο πρόκλησης. Από τότε οι ερευνητές προσπαθούν να απαντήσουν σε σημαντικά ερωτήματα που σχετίζονται με τους παράγοντες που ευνοούν την παραμονή, ώστε να μεγιστοποιηθεί η αξία της κλινικής παρέμβασης και να διαμορφωθούν όροι βελτίωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Περισσότερο αυτό που γίνεται επιτακτικό μετά τη συστηματική ανάλυση των παραγόντων που ευνοούν τη θετική έκβαση του αποτελέσματος της θεραπείας σχετίζεται με τη διερεύνηση των μεταβλητών που βρίσκονται σ' αυτό που ονομάστηκε «μαύρο κουτί» της θεραπείας και επί της ουσίας θα επιτρέψει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν στη θεραπεία. Οι αιτίες που οδηγούν τα άτομα στη θεραπεία, η ετοιμότητα για θεραπεία, η κινητοποίηση για να ξεκινήσει ή να παραμείνει στη θεραπεία είναι πεδία που συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον τη έρευνας αλλά καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κλινική πρακτική (DeLeon, 1986· DeLeon και Rosenthal, 1989, Meyer, 1986· Sells 1979).

Άλλες σημαντικές έρευνες

Εκτός από τις προαναφερόμενες έρευνες που κατέχουν σημαντική θέση στη σχετική βιβλιογραφία, ώστε να θεωρούνται έρευνες αξιολόγησης «κλειδιά» στη σχετική ανασκόπηση, (Tims, Fletcher και Hubbard 1991) υπάρχουν και αρκετές ακόμη που αξίζει να αναφερθούν γιατί αποτελούν το συμπλήρωμα των προηγουμένων και συνθέτουν ένα σπουδαίο κεφάλαιο γνώσης στη διαδικασία αποτύπωσης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων. Κάποιες από αυτές είναι εθνικής εμβέλειας επίσης στις Η.Π.Α., ενώ ένα μέρος τους αποτελεί αποσπασματική διερεύνηση θεραπευτικών προγραμμάτων ή τύπων θεραπευτικών προγραμμάτων. Η σημασία τους έχει ένα ιδιαίτερο βάρος, γιατί η κάθε μια διαφορετικά προσπαθεί να φωτίσει διαφορετικές πλευρές της μεθοδολογίας και προσδίδει στην έρευνα αποτελεσματικότητας των σημαντικότερων ερευνών, που ήδη παρουσιάσθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, μια πληρέστερη καταγραφή μεταβλητών υπό εξέταση πλουτίζοντας τον ερευνητικό προβληματισμό και φωτίζοντας τις πτυχές της κλινικής πρακτικής.

Η Μελέτη Έρευνας για τα Αποτελέσματα των Υπηρεσιών (Services Research Outcomes Study – SROS) μελέτη που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο της Εξάρτησης από

Ψυχοδραστικές Ουσίες (National Institute on Drug Abuse – NIDA) αποτελεί την πρώτη αντιπροσωπευτική μελέτη αποτελεσματικότητας όλων των υπηρεσιών που έχουν καταγραφεί στις ΗΠΑ. Στην πραγματικότητα πρόκειται για το συνδυασμό δύο διαφορετικών ερευνητικών σχεδίων που το πρώτο, η Ερευνητική Μελέτη των Υπηρεσιών Απεξάρτησης (Drug Services Research Study – DSRS) καταγράφει, περιγράφει και ταξινομεί το σύνολο των θεραπευτικών υπηρεσιών που λειτουργούν το 1990 στις Η.Π.Α. Στη συνέχεια έγινε μια αντιπροσωπευτική, τυχαία επιλογή ενός αριθμού υπηρεσιών, ώστε να παρουσιάζεται η αποτελεσματικότητα όλων ως συνολικού εθνικού δικτύου (Batten και συνεργάτες, 1992, 1993). Από την καταγραφή αυτή, λοιπόν, που αφορούσε 10.000 προγράμματα στις ΗΠΑ απομονώθηκαν για να ενταχθούν στη βάση για τη στρωματοποιημένη επιλογή, περισσότερα από 2.200 οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα από τα οποία τελικά απέμειναν 120. Αυτά τα προγράμματα απετέλεσαν το δείγμα που παρείχε δεδομένα από την εισαγωγή 3.047 ατόμων, τα άτομα δηλαδή που εξετάσθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας SROS. Τα δεδομένα εισαγωγής αφορούσαν το έτος 1990 και η επανεξέταση, που πραγματοποιήθηκε πέντε με έξι χρόνια αργότερα, έγινε σε 1.799 άτομα που είχαν εισαχθεί σε 99 θεραπευτικά προγράμματα (δεδομένου ότι στη διάρκεια των πέντε ετών που μεσολάβησαν μέχρι την επανεξέταση κάποια προγράμματα δεν ήταν δυνατό πλέον να συμμετάσχουν). Το γενικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 68%. Η σύγκριση αφορούσε και στην περίπτωση της SROS την κατάσταση των ατόμων πριν από την έναρξη της θεραπείας τους που αντιπαραβαλλόταν με την κατάσταση τους μετά τη θεραπεία και μέχρι την επανεξέταση. Το βασικό ερώτημα συμπυκνωνόταν στο κατά πόσο λειτουργεί η θεραπεία, μετρώντας μεταξύ άλλων τη μείωση στη χρήση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά και την αύξηση του δείκτη απασχόλησης (http:www.samhsa.gov/oas/Sros/sros8010.htm). Η βασική μεθοδολογική διαφορά της SROS από τις άλλες έρευνες ήταν ότι επειδή μετρούσε τις μεταβολές σε δείγμα επιλεγμένο στη βάση δειγματοληψίας που βασιζόταν στις πιθανότητες (probability sample) παρείχε τη δυνατότητα σταθμισμένης αναγωγής των αποτελεσμάτων στο συνολικό πληθυσμό των ατόμων που βρίσκονταν σε θεραπεία εκείνη την περίοδο, δηλαδή, σε 967.012 άτομα. Η γενική μείωση που καταγράφηκε στη χρήση κάθε παράνομης ουσίας ήταν της τάξης του 21% (από 75,4% σε 41%) και πιο αναλυτικά 28% στη χρήση κάνναβης, 45% στη χρήση κοκαΐνης, και 14% στη χρήση ηρωίνης. Η έρευνα κατέληγε σχετικά με τη χρήση ουσιών ότι όσοι έμειναν περισσότερο στη θεραπεία είχαν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν τελείως τη χρήση ουσιών. Από τα ευρήματα φάνηκε ότι οι γυναίκες και οι ενήλικες είχαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από ό,τι οι άνδρες και οι έφηβοι αντίστοιχα όταν συγκρίνονταν αναλόγως. Εξετάζοντας την παραβατική συμπεριφορά καταγράφηκε μια μείωση που κυμαινόταν από 23% μέχρι 38% στη διενέργεια κάθε είδους αδικοπραξίας. Παράλληλα, μικρές διαφορές παρατηρηθήκαν ανάμεσα στις δύο συγκρινόμενες περιόδους στην πλήρη απασχόληση, αφού περίπου ίδια ποσοστά μετρηθήκαν πριν και μετά τη θεραπεία, αν και τα αποτελέσματα φαίνεται να επιβαρύνθηκαν από τις ειδικές ομάδες (όπως φυλετική ή εθνική μειονότητα, χαμηλή εκπαίδευση, μεγάλης ηλικίας άτομα που φαίνεται να παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες πλήρους απασχόλησης) κατά την περίοδο της επανεξέτασης (http:www.samhsa.gov/oas/Sros/sros8020.htm).

Η NTIES ήταν ένα πενταετές ερευνητικό πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας από την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ, χρηματοδοτήθηκε από τη Διοίκηση Υπηρεσιών για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA) και αφορούσε 5.388 άτομα που εισήχθησαν σε θεραπευτικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται σε εθνικό επίπεδο από το Κέντρο Θεραπείας της Κατάχρησης Ουσιών (Center for Substance Abuse Treatment, CSAT). Τα στοιχεία των εισαγωγών συλλέχθηκαν μεταξύ του 1993 και του 1995 και περίπου 12 μήνες μετά την εισαγωγή των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα εξετάσθηκαν πάλι 4.411 (ποσοστό ανταπόκρισης περίπου 82%). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής σημείωναν μείωση στη χρήση απαγορευμένων ουσιών περίπου 50% για την περίοδο των 12 μηνών μετά τη θεραπεία σε σχέση με την περίοδο των 12 μηνών πριν τη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση κοκαΐνης μειώθηκε από 39,5% σε 17,8%, η χρήση κρακ από 50,4% σε 27,8%, η χρήση ηρωίνης από 23,6% σε 12,6% και η

χρήση μαριχουάνας από 55,6% σε 27,8%. Τα άτομα που εξετάσθηκαν στο πλαίσιο της NTIES ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά υπερκατανάλωσης αλκοόλ μετά τη θεραπεία, σε ποσοστό υποτριπλάσιο (από 23,3% σε 7%) σε σχέση με την περίοδο της εισαγωγής τους. Παράλληλα, καταγράφηκε ένα σημαντικό ποσοστό μείωσης της παραβατικής συμπεριφοράς, αφού οι συλλήψεις μετά τη θεραπεία ήταν 17,2% ενώ την περίοδο πριν, ποσοστό 48,2% ανέφερε εμπειρία σύλληψης, με το ποσοστό εμπλοκής σε εγκλήματα βίας, παράλληλα να μειώνεται στο ένα πέμπτο (από 49,3% σε 11%). Η απασχόληση αυξήθηκε από 50,8% σε 60,3%, ενώ παράλληλα μειώθηκε και το ποσοστό όσων ελάμβαναν βοηθήματα πρόνοιας από 39,7% σε 35,3%. Τα βασικά συμπεράσματα και αυτής της έρευνας συμπυκνώνονται στο ότι η θεραπεία των εξαρτήσεων είναι αποτελεσματική ως προς τους στόχους μείωσης των δεικτών επικινδυνότητας όσον αφορά στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και στην παραβατικότητα ενώ βελτιώνονται οι γενικοί δείκτες υγείας και απασχόλησης. Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του θεραπευτικού προγράμματος και ότι υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τους εξυπηρετούμενους. Συγκρινόμενη με την αποτελεσματικοτητα άλλου τύπου παρεμβάσεων χρόνιων ασθενειών όπως οι ιατρικές παρεμβάσεις στον καρκίνο ή στις αρτηριακές παθήσεις που απαιτούν συστηματική αλλαγή στη συμπεριφορά των ατόμων που συνδέεται με την κλινική παρέμβαση για να υποστηριχθεί συνολικά η αγωγή, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας της εξάρτησης απαιτεί συστηματοποίηση της προσπάθειας βελτίωσης της θεραπευτικής πρακτικής (Gerstein et al., 1997).

Το 1992 το Τμήμα Προγραμμάτων για το Αλκοόλ και τις Ψυχοδραστικές Ουσίες της Καλιφόρνιας (California Department of Alcohol and Drug Programs) θέλοντας να διερευνήσει το αποτέλεσμα της θεραπείας που συνδέεται με την προσφερόμενη υπηρεσία στην πολιτεία της Καλιφόρνιας ανέθεσε σχετική έρευνα στο Εθνικό Κέντρο Έρευνας της Κοινής Γνώμης του Πανεπιστημίου του Σικάγο (National Opinion Research Center, NORC at University of Chicago). Το NORC σχεδίασε την έρευνα Αξιολόγηση της Θεραπείας για το Αλκοόλ και τις Ψυχοδραστικές Ουσίες στην Καλιφόρνια (California Drug and Alcohol Treatment Assessment, CALDATA) και την υλοποίησε από το 1992 μέχρι και το 1994. Στόχοι της έρευνας ήταν να αναδειχθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας στη συμπεριφορά των ατόμων που δέχθηκαν υπηρεσίες, να δώσει δείκτες κόστους της θεραπείας και να μετρήσει την οικονομική απόδοση που έχει για την κοινωνία. Στην έρευνα συμμετείχαν στην αρχική φάση 3.055 άτομα από 87 θεραπευτικά κέντρα. Στην επανεξέταση συμμετείχαν από 1.859 άτομα 15 μήνες κατά μέσο όρο μετά τη θεραπεία φτάνοντας σε ένα ποσοστό ανταπόκρισης 61%. Η μείωση στη χρήση ουσιών έφτασε τα δύο πέμπτα ενώ η μείωση στην παραβατική συμπεριφορά μετρήθηκε στα δύο τρίτα. Η απασχόληση φάνηκε να έχει αντιφατικούς δείκτες: Στα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη μειώθηκε κατά το ένα τρίτο, ενώ τα άτομα από τα προγράμματα διαμονής διατήρησαν τους δείκτες απασχόλησης και ειδικά των προγραμμάτων μακράς διάρκειας τους βελτίωσαν. Η βασική μέτρηση που επιχειρήθηκε με τη διερεύνηση της αποδοτικότητας του συστήματος της θεραπευτικής υπηρεσίας που προσφέρεται έδειξε ότι η ωφέλεια που προκύπτει από τη θεραπεία στην κοινωνία αποδίδει με ένα λόγο που κυμαίνεται από 2:1 μέχρι 4:1, όταν πρόκειται για το σύνολο της κοινωνίας, όταν δε περιορίζεται στην αποδοτικότητα ως προς το οικονομικό μόνον όφελος (εξοικονόμηση για τους πολίτες που φορολογούνται) ό λόγος οφέλους είναι μεγαλύτερος και κυμαίνεται από 4:1 μέχρι και περισσότερο από 12:1 (Gerstein Johnson και Foote, 1994). Από το σύνολο της οικονομικής ανάλυσης, λοιπόν, προέκυψε ότι κάθε 1 αμερικανικό δολάριο που επενδύεται στη θεραπεία αποδίδει 7 σε μείωση κοινωνικού κόστους της χρήσης ουσιών. Η σημαντικότερη συμβολή της CALDATA ήταν η προσπάθεια ποσοτικοποίησης της ωφέλειας της θεραπευτικής παρέμβασης, προσπαθώντας να συγκρίνει το κόστος που έχει η κατάχρηση ουσιών με το κόστος της θεραπείας και να εκτιμήσει την ωφέλεια που τελικά προκύπτει από τις αλλαγές που οφείλονται στη θεραπεία. Το μεγαλύτερο μέρος της απόδοσης συνδέθηκε με τη μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς που απορρέει από την αλλαγή που οφείλεται στη θεραπεία (Gerstein et al., 1994).

Μια εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Καλιφόρνια για την αξιολόγηση του Πολιτικού Προγράμματος της Εξάρτησης (Civil Addict Program, CAP) που αφορά στην εκτίμηση της θεραπευτικής παρέμβασης για εξαρτημένους οι οποίοι έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα. Ουσιαστικά πρόκειται για την πρώτη προσπάθεια ελέγχου της υπόθεσης του κατά πόσο η θεραπεία της εξάρτησης μπορεί να είναι αποτελεσματική όταν η εισαγωγή δεν είναι απόφαση του ίδιου του εξαρτημένου αποκλειστικά αλλά συνδέεται με νομική ή δικαστική εντολή και κατά πόσο η ενεργοποίηση των παράλληλων μηχανισμών πέραν του σωφρονιστικού συστήματος και των δικαστικών αρχών όπως η επιτήρηση ή η επιμέλεια (*probation, supervised parole*), που ωστόσο θα αποτελούσε μια τακτική του προγράμματος, μπορούν να αποτελέσουν ενισχυτικό παράγοντα αποτελεσματικότητας. Στο πλαίσιο αυτό εξετάσθηκαν γνωστές στο ποινικό σύστημα περιπτώσεις εξαρτημένων από την αρχή της δεκαετίας του ’60, μετά την εφαρμογή του προγράμματος επανένταξης στο οποίο συνίστατο η CAP, αλλά και την εκτεταμένη εφαρμογή των προγραμμάτων συντήρησης με μεθαδόνη στην Καλιφόρνια που ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του ’70. Το γενικό δείγμα που εξετάσθηκε εφτά με οχτώ χρόνια μετά την εισαγωγή του σε πρόγραμμα διαμονής μοιράστηκε σε δύο μέρη ανάλογα με το χρόνο που διήρκεσε η θεραπευτική εμπειρία των ατόμων και η συνεχιζόμενη επιμέλεια: Όσοι ολοκλήρωσαν πλήρως το θεραπευτικό σχεδιασμό αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα, ενώ εκείνοι που είχαν για οποιοδήποτε λόγο μικρότερη παραμονή σε σχέση με το σχεδιασμένο χρόνο θεραπείας εντάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα της επανεξέτασης έδειξαν ότι η πειραματική ομάδα είχε 19% λιγότερες συλλήψεις που αφορούσαν αδικήματα σχετικά με τη χρήση και 40% λιγότερες συλλήψεις για κάθε άλλου τύπου αδικήματα. Γενικά ή συνολική παραβατική τους συμπεριφορά έδειξε μια διαφορά 12% με καλύτερη εικόνα για την πειραματική ομάδα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών ήταν 15% λιγότερη από την πειραματική ομάδα και η εμπλοκή τους με τη διακίνηση ουσιών 5,3% λιγότερη. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες σε σχέση με την απασχόληση, η πειραματική ομάδα είχε κατά 7% αυξημένο ποσοστό ημερών εργασίας. Τέλος, η σύνθετη μέτρηση της αποτελεσματικότητας για τις δύο ομάδες που αφορούσε τη γενική εικόνα της διαβίωσής τους (και συνδέθηκε με τους δείκτες χρόνος επιβίωσης, όχι φυλάκιση και όχι καθημερινή χρήση ουσιών) έδειξε ότι η πειραματική ομάδα βρισκόταν σε ποσοστό 7% καλύτερη κατάσταση απ’ ό,τι η ομάδα ελέγχου (Anglin, 1988). Η έρευνα αποτελεσματικότητας στο Πρόγραμμα της Εξάρτησης στην Καλιφόρνια άνοιξε ένα νέο πεδίο ιδιαίτερα σημαντικό στην έρευνα των εξαρτήσεων στις Η.Π.Α., συνδέοντας τη θεραπεία με το σωφρονιστικό και το δικαστικό σύστημα (Wexler et al. 1999· Inciardi, 1988· EMCDDA, 2001).

Εστιασμένες στη θεραπεία της θεραπευτικής κοινότητας έρευνες υπάρχουν πολλές, δεδομένου ότι από νωρίς ως τύπος θεραπευτικής παρέμβασης ανέλαβε ένα σημαντικό μέρος στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (Tims, Fletcher και Hubbard, 1991). Οι De Leon, Wexler και Jainchill μελέτησαν τα θεραπευτικά αποτελέσματα μιας κλασικής θεραπευτικής κοινότητας διαμονής στη Νέα Υόρκη, το Phoenix House για δύο ομάδες εισαγωγών του 1970-1971 και του 1974-1975, που αφορούσε συνολικό αριθμό 731 ατόμων. Η μελέτη αυτή έχει ενδιαφέρον, γιατί, εντάσσοντας την έννοια της αποτελεσματικότητας στην αντίληψη της θεραπείας που είχε η συγκεκριμένη θεραπευτική κοινότητα (αλλά και γενικά οι θεραπευτικές κοινότητες), υπερβαίνει αρχικά τη μέθοδο της μέτρησης δεικτών στη χρήση, την παραβατικότητα και την απασχόληση. Τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας για την ίδια τη θεραπευτική κοινότητα έθεταν πολύ αυστηρότερους όρους: ελάχιστη παραμονή 18-24 μήνες, αποχή από χρήση κάθε ουσίας και περιορισμένη χρήση αλκοόλ μόνον για όσους δεν είχαν κύρια ουσία χρήσης το αλκοόλ, αποχή από κάθε αντικοινωνική συμπεριφορά που περιλαμβάνει κάθε παράνομη αλλά και βίαιη πράξη έναντι σε πρόσωπα ή περιουσία, τουλάχιστο 6 μήνες πλήρη απασχόληση ή εκπαίδευση ή και τα δύο και ένα λογαριασμό στην τράπεζα με 1.000 δολάρια Αμερικής, με παράλληλη προσωπική αυτονομία διαβίωσης. Με βάση αυτά τα κριτήρια μετρήθηκε το αποτέλεσμα συγκριτικά για την περίοδο πριν από τη θεραπεία και για ένα, δύο τρία, τέσσερα, πέντε και όλα τα χρόνια της μετα-παρακολούθησης για την ομάδα που εισάχθηκε το 1970-1971 και δύο χρόνια μετά την εισαγωγή για την άλλη ομάδα. Η έρευνα έθετε μια επιπλέον διχοτόμο σύγκρισης ανάμεσα στην ομάδα όσων ολοκλήρωσαν και όσων διέκοψαν τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα από την πρώτη ομάδα για

όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε ό,τι αφορά στη χρήση έδειξαν βελτίωση από 89% χρήσης πριν από τη θεραπεία σε 8,2% τον πρώτο χρόνο της επανεξέτασης που έμεινε σταθερό το δεύτερο και τον τρίτο, ενώ έφτασε στο 12,3% τον πέμπτο χρόνο. Στην παραβατική συμπεριφορά το 94,4% της εισαγωγής μειώνεται σε 4,2% τον πρώτο χρόνο, 5,6% το δεύτερο, 6,9% τον τρίτο και 11,1% τον τέταρτο και τον πέμπτο. Η απασχόληση από 24,3% κατά την εισαγωγή μεταβάλλεται σε 95,9% τον πρώτο χρόνο, 95,9% το δεύτερο και 97,3% τον τρίτο, για να καταλήξει για όλη την περίοδο της επανεξέτασης σε ένα ποσοστό 91,9%. Σημαντικές, ωστόσο, βελτιώσεις παρατηρήθηκαν και για όσους είχαν διακόψει τη θεραπευτική διαδικασία. Συγκεκριμένα στη χρήση ουσιών το ποσοστό 96,8% κατά την εισαγωγή μειώνεται σε 43,6% τον πρώτο χρόνο, 49,4% το δεύτερο και 51,9% τον τρίτο, ενώ για όλα τα χρόνια της επανεξέτασης φτάνει στο 58,2%. Η παραβατική συμπεριφορά από 97,4% στην εισαγωγή μειώνεται σε 40,9% τον πρώτο χρόνο και σε 48,7% και 51,6% αντίστοιχα για το δεύτερο και τον τρίτο χρόνο της επανεξέτασης, ενώ για το σύνολο των ετών μειώνεται σε 57,1%. Στην απασχόληση οι μεταβολές για όσους είχαν διακόψει, από 36,5% κατά την εισαγωγή αυξάνονται σε 66% τον πρώτο χρόνο και διατηρούνται σε 64,1% και 66,2% για το δεύτερο και τον τρίτο χρόνο, ενώ για όλα τα χρόνια της επανεξέτασης το ποσοστό φθάνει στο 68,4%. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης που δείχνουν υψηλότερους δείκτες αποτελεσματικότητας συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα ποσοστά που μετρήθηκαν στις θεραπευτικές κοινότητες της σύγχρονης με την εν λόγω έρευνα DARP αποδίδονται από τους συντελεστές της σε διαφορές που ενδεχομένως απομονώνονται στους εξυπηρετούμενους, στη φιλοσοφία του κάθε προγράμματος, στους διαθέσιμους πόρους, στην κλινική εμπειρία καθώς και στα ίδια τα κριτήρια επιτυχίας που υιοθετούνται. Αυτό είναι και ο λόγος στον οποίο βασίζουν την πρότασή τους, που συγκροτεί την αναγκαιότητα διερεύνησης της αποτελεσματικότητας για κάθε πρόγραμμα ξεχωριστά, ώστε να γίνεται απτή η κάθε διαφορά (De Leon, Wexler και Jainchill, 1982, De Leon, 1984).

2.3.3. Οι έρευνες αποτελεσματικότητας στην Ελλάδα

Η προσπάθεια αποτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από τη γενικότερη καθυστέρηση που διέπει το φαινόμενο των ουσιοεξαρτήσεων στη χώρα σε σχέση με το τι συνέβη στις ΗΠΑ ή την υπόλοιπη Ευρώπη. Τόσο η εξάπλωση της προβληματικής χρήσης όσο και η διάγνωσή της ως μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας εντοπίζεται στο τέλος της δεκαετίας του ΄70, αρχές της δεκαετίας του ’80, και να συνοδεύεται από μια αμήχανη γενικά αρχική στάση τόσο της οργανωμένης πολιτείας όσο και της κοινής γνώμης, η οποία στη συνέχεια πήρε διαστάσεις παρέμβασης έκτακτης ανάγκης με ενίσχυση των μηχανισμών καταστολής και με έμφαση στις βλαπτικές συνέπειες της χρήσης που αποτέλεσε τον άξονα αντιμετώπισης - πρόληψης (Στεφανής, 1996).

Οι πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην Ελλάδα αποκλειστικά για την απεξάρτηση ψυχοδραστικών ουσιών οργανώθηκαν μόλις στο τέλος 1983 με την ίδρυση της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας για τη θεραπεία εξαρτημένων στη Σίνδο Θεσσαλονίκης. Είχε προηγηθεί η ολιγόμηνη λειτουργία ενός Συμβουλευτικού Σταθμού στο κέντρο της Αθήνας από τον οποίο προέκυψε και η θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ. Μέχρι τότε οι – περιορισμένου αριθμού πάντως– εξαρτημένοι ή βρίσκονταν στις φυλακές ή εισάγονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Από τα μέσα της δεκαετίας του ΄80 και καθώς διευρυνόταν το δημόσιο ενδιαφέρον για την κατάχρηση ουσιών που έπαιρνε πλέον μια θέση σημαντικού προβλήματος της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής ζωής, άρχισε και η θεραπεία της εξάρτησης να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της έρευνας. Μια μελέτη το 1992 μελετά συγκριτικά εξαρτημένους που αποτελούν δύο διαφορετικές ομάδες: έγκλειστους σε σωφρονιστικό κατάστημα και σε δομές απεξάρτησης. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από 79 άτομα που εξετάζονται το 1984 ως κρατούμενοι. Η δεύτερη ομάδα αποτελεί ένα δείγμα 140 ατόμων που βρίσκονται σε διαδικασία θεραπείας σε κάποια θεραπευτική δομή. Η πρώτη ομάδα θα επανεξετασθεί οχτώ χρόνια αργότερα, ενώ η δεύτερη τρία με τέσσερα χρόνια μετά την πρώτη της εξέταση στο

θεραπευτικό κέντρο όπου και βρέθηκε. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα χαρακτηριστικά που συγκροτούσε τη στάση τους ως προς τις παραμέτρους της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών κατά την περίοδο της πρώτης εξέτασης. Τα ευρήματα της επανεξέτασης ωστόσο ανέδειξαν σημαντικές διαφορές ως προς τη μετέπειτα πορεία των ατόμων που διαμόρφωναν τα δύο δείγματα. Σε όλους τους τομείς που αποτελούσαν το πεδίο διερεύνησης τα άτομα που βρίσκονταν σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες είχαν σημαντικά καλύτερη πορεία ένταξης απ' ό,τι τα άτομα που κατά την πρώτη εξέταση ήταν κρατούμενοι. Συγκεκριμένα, το 36,4% από το δείγμα των κρατουμένων οχτώ χρόνια αργότερα βρίσκονταν έξω από τη φυλακή ενώ τα δύο τρίτα περίπου ήταν πάλι έγκλειστοι. Αντίθετα, από το δείγμα που την περίοδο της πρώτης εξέτασης ήταν σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες στη φυλακή βρέθηκε το 7,9% ενώ το 86,8% ήταν ελεύθεροι στην κοινωνία. Ως προς τις ουσίες, από το δείγμα των κρατουμένων το 68,2% έκανε χρήση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όσων ήταν σε θεραπευτική υπηρεσία έφτανε στο 21%. Σε ό,τι αφορά στην απασχόληση, τα άτομα του δείγματος που προέρχονταν από την ομάδα των φυλακών σε ποσοστό 40,6% βρέθηκαν να έχουν εμπειρία εργασιακής απασχόλησης, ενώ για όσους προέρχονταν από τις θεραπευτικές υπηρεσίες το ποσοστό ήταν 63,2%. Ένα επίσης σημαντικό εύρημα αφορούσε τη θνησιμότητα, δεδομένου ότι από το δείγμα των κρατουμένων η θνησιμότητα έφτασε στο 12,2% αντί του 2,4% της ομάδας από τις θεραπευτικές υπηρεσίες (Kokkevi, 1992).

Στη διάρκεια του 1993 η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών σχεδίασε και πραγματοποίησε έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων. Σε αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε όλη την Ελλάδα εξετάσθηκαν όλες οι εισαγωγές σε θεραπευτική κοινότητα που έγιναν πέντε χρόνια νωρίτερα. Έτσι το 1993, εξετάσθηκαν 82 άτομα τα οποία εντοπίσθηκαν από τα συνολικά 113 που είχαν εισαχθεί την περίοδο από 1.1.88 μέχρι και την 31.12.88 στη θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ και την ανοικτή θεραπευτική κοινότητα ΣΤΡΟΦΗ που λειτουργούσαν τότε. Η κύρια ουσία κατάχρησης ήταν η ηρωίνη σε ποσοστό 81,4% που σχεδόν αποκλειστικά (96,7%) χρησιμοποιούνταν με ενδοφλέβια ένεση. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα που έφτασε το 72,6% αποτελούσε ένα ικανοποιητικό ποσοστό για την εγκυρότητα της, συγκρινόμενο με τα αντίστοιχα των ερευνών ευρείας κλίμακας που είχαν πραγματοποιηθεί μέχρι τότε στις ΗΠΑ (Sells, 1974· Simpson et al., 1986· Hubbard et al., 1989). Από τα άτομα που εξετάσθηκαν σε ποσοστό 67% για όλη την περίοδο από την ημέρα της εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση δεν έκαναν χρήση καμιάς απαγορευμένης ουσίας, ενώ αυτό το ποσοστό αυξανόταν σε 78% όταν εξεταζόταν η περίοδος των τελευταίων τριάντα ημερών. Από όσους δεν έκαναν χρήση ουσιών το προτεινόμενο θεραπευτικό σχεδιασμό ολοκλήρωσαν μόνον οι μισοί (54,7%), ενώ οι υπόλοιποι είχαν κάποια στιγμή διακόψει τη θεραπευτική διαδικασία. Παράλληλα, πριν από την εισαγωγή ποσοστό 72% του δείγματος είχε συλληφθεί εξαιτίας αδικημάτων που είχε διαπράξει, ενώ για την περίοδο που μεσολάβησε από την εισαγωγή μέχρι την επανεξέταση το αντίστοιχο ποσοστό που είχε εκτεθεί στο ποινικό σύστημα ήταν 23%. Επιπλέον, ενώ κατά την εισαγωγή τα τέσσερα πέμπτα των ατόμων που ξεκίνησαν θεραπεία δεν είχε επαγγελματική απασχόληση, πέντε χρόνια αργότερα το 63% είχε πλήρη τακτική απασχόληση. Τέλος το 6% βρέθηκε το 1993 πάλι σε θεραπευτική διαδικασία και ένα άλλο 6% στη φυλακή (Κοκκέβη και Ζαφειρίδης, 1996).

Με ένα ανάλογο ερευνητικό σχέδιο το 1995 διερευνήθηκε το αποτέλεσμα της θεραπείας των ατόμων που εισήχθησαν στην εναλλακτική κοινότητα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ στη διάρκεια των ετών 1989 και 1990 (ΚΕΘΕΑ, 1997). Από τα 92 άτομα που εισήχθησαν την περίοδο από το Σεπτέμβριο του 1989 μέχρι και το Δεκέμβριο του 1990, το 1995 εξετάσθηκαν 65 άτομα τα οποία εντοπίσθηκαν και συμμετείχαν στη συνέντευξη επανεξέτασης (ποσοστό ανταπόκρισης 70,6%). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι το ποσοστό όσων έκαναν χρήση ηρωίνης μειώθηκε από το 95,3% κατά την εισαγωγή στο 18,4% πέντε χρόνια αργότερα. Σχετικά με την έκθεση στο ποινικό σύστημα, ενώ τα τρία τέταρτα των εισαχθέντων σε θεραπεία είχε συλληφθεί πριν από την εισαγωγή, στην περίοδο της επανεξέτασης το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 13,8%. Για το πεδίο της επαγγελματικής απασχόλησης το ποσοστό όσων δεν είχαν απασχόληση από το 72% κατά την περίοδο εισαγωγής μειώθηκε στο 29,2% κατά

την περίοδο της επανεξέτασης. Εξετάζοντας τη χρήση ουσιών σε σχέση με το χρόνο που παρέμειναν οι εξυπηρετούμενοι στη θεραπευτική διαδικασία και την ολοκλήρωση ή όχι του προτεινόμενου θεραπευτικού σχεδιασμού, από όσους απείχαν ποσοστό 66% είχε ολοκληρώσει το πρόγραμμα θεραπείας, ενώ από όσους βρέθηκαν να κάνουν χρήση μόνον ένα ποσοστό 8,3% είχε ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Συσχετίζοντας τη χρήση ουσιών με τη ποινική εμπλοκή και την απασχόληση είναι ενδιαφέρον ότι από όσους βρέθηκαν να κάνουν χρήση κατά την επανεξέταση ποσοστό 41,2% είχε συλληφθεί την περίοδο από την εισαγωγή τους μέχρι την πενταετή επανεξέταση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όσων δεν έκαναν χρήση ήταν 4,2%. Ανάλογα χωρίς εργασιακή απασχόληση ήταν το 70,6% όσων βρέθηκαν να κάνουν χρήση ενώ για όσους απείχαν από τη χρήση μόνον ένα ποσοστό 15,6% δεν είχε συστηματική εργασία τα τελευταία τρία χρόνια πριν από την επανεξέταση. Σημαντική, επίσης, μείωση παρατηρήθηκε σε όλους του δείκτες που αφορούσαν στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που εξετάσθηκαν μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία: Ποσοστό 8% ανέφερε επεισόδια κατάθλιψης μετά τη θεραπευτική εμπειρία αντί του 28% πριν από την έναρξη της θεραπείας, αυτοκτονικές σκέψεις ανέφερε ποσοστό 11% κατά την επανεξέταση έναντι του 22% πριν από τη θεραπεία και απόπειρες αυτοκτονίας 5% μετά τη θεραπεία αντί του 18% κατά την εισαγωγή (ΚΕΘΕΑ, 1998· Papanastasatos, 1998).

Η έρευνα αποτελεσματικότητας στην Ελλάδα είναι προφανώς φτωχή και περιορίζεται στο πιο οργανωμένο και μακρόχρονης εφαρμογής δίκτυο υπηρεσιών, αυτό δηλαδή των θεραπευτικών κοινοτήτων. Είναι πάντως αξιοσημείωτο ότι το δίκτυο των υπηρεσιών απεξάρτησης είναι σχετικά πρόσφατα ανεπτυγμένο στην Ελλάδα, αφού στην αρχή της δεκαετίας του ΄90 λειτουργούν ελάχιστα θεραπευτικά προγράμματα –κυρίως θεραπευτικές κοινότητες– ενώ μόλις στο τέλος της ίδιας δεκαετίας μπορεί να υποστηριχθεί ότι συμπληρώνεται από ένα δίκτυο υπηρεσιών που περιλαμβάνει και τις τρεις μεγάλες κατηγορίες της τυπολογίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας του τρόπου ανάπτυξης του το δίκτυο παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στην οργάνωση και την εξέλιξή του. Οι διαφορές αυτές κάνουν εξαιρετικά δύσκολη τη συγκριτική μελέτη αποτελεσματικότητας, δεδομένου ότι και η συλλογή δεδομένων αλλά και οι ερευνητικές προσπάθειες που χρειάζεται να γίνουν οφείλουν να λάβουν υπόψη τους τις ιδιαιτερότητες ανάπτυξης και λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων που υπάγονται σε διαφορετικές θεσμικές πραγματικότητες.

2.4. ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

Από τις έρευνες αποτελεσματικότητας τόσο της ευρείας κάλυψης, όσο και εκείνων που με αντιπροσωπευτική μέθοδο προσπάθησαν να γενικεύσουν τα ευρήματα στο γενικό πληθυσμό όσων δέχονται θεραπεία, αλλά ακόμα και των ερευνών που έγιναν για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός θεραπευτικού προγράμματος ή ενός μικρού συνόλου θεραπευτικών προγραμμάτων, τα βασικά συμπεράσματα συγκλίνουν. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα συμβάλλουν στην προσπάθεια να μειωθεί η χρήση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών και η παραβατική συμπεριφορά και να αυξηθούν παράμετροι που ευνοούν την κοινωνική ένταξη των εξυπηρετουμένων, μέσω, για παράδειγμα, της απασχόλησης. Παράλληλα, είναι σημαντικές οι αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο που δέχεται θεραπεία ως προς τη γενική βελτίωση των συνθηκών της ζωής του, αφού βελτιώνονται σημαντικά οι δείκτες επιβίωσης, σωματικής και ψυχικής υγείας.

Ένα δεύτερο στοιχείο που αποτελεί συστηματικό συμπέρασμα συνδέεται με το πεδίο της έκθεσης σε θεραπεία για ένα ικανό διάστημα, ώστε να μπορεί να έχει αποτέλεσμα. Η παραμονή στη θεραπεία για διάστημα που μπορεί να είναι απαραίτητο ώστε να φανούν τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης συγκροτεί έναν από τούς βασικούς στόχους των θεραπευτικών προγραμμάτων και μια από τις βασικές κλινικές αγωνίες. Οι Onken, Blaine και Boren (1997) σημειώνουν σχετικά καθώς θέτουν ερωτηματικά στο κατά πόσο αυτό το διάστημα της θεραπευτικής εμπειρίας μπορεί να επιμηκυνθεί ώστε να μπορεί να αποδώσει η θεραπεία:

«Η θεραπεία δεν θα λειτουργήσει αν δεν την κάνει κάποιος. Η πενικιλίνη δεν θα θεραπεύσει αποτελεσματικά τη στρεπτόκοκκο πνευμονία αν ο ασθενής δεν την πάρει, και δεν την πάρει σύμφωνα με την προτεινόμενη αγωγή. Η ινσουλίνη δεν θα βοηθήσει έναν διαβητικό αν δεν χρησιμοποιηθεί. Η γνωστική θεραπεία για τη διαταραχή πανικού δεν θα έχει αποτέλεσμα αν κάποιος χάσει τις περισσότερες συνεδρίες που ήταν να παρακολουθήσει. Και η θεραπεία για την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες δε θα έχει αποτέλεσμα αν ο εξυπηρετούμενος δεν εμπλακεί και δεν μείνει στη θεραπεία. Αν και η δέσμευση, η παραμονή και η συμμόρφωση είναι προβλήματα για τη θεραπεία κατ' ουσία κάθε ιατρικής ή ψυχικής διαταραχής, τα ίδια θέματα είναι ιδιαίτερα προβληματικά για τη θεραπεία της εξάρτησης». (Onken, Blaine και Boren, 1997).

Η παραμονή λοιπόν στη θεραπεία αποτελεί ένα βασικό κλινικό και ερευνητικό πρόβλημα και συνδέεται με θετικά αποτελέσματα. Με άλλα λόγια το να προληφθεί η ανεπιθύμητη διακοπή συνδέεται τόσο με χαρακτηριστικά του εξυπηρετούμενου όσο και με παραμέτρους που συνθέτουν τη θεραπευτική παρέμβαση.

Παρόλο που στην έρευνα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της εξάρτησης ακόμα και χρόνοι μικρότεροι της προτεινόμενης παρέμβασης φάνηκε ότι έχουν θετική εξέλιξη για τους εξυπηρετούμενους, το να παραμείνει κάποιος στη θεραπεία συνδέεται τόσο συστηματικά με τη θετική έκβαση της που από ένα σημείο και μετά η παραμονή δεν αποτελεί μόνον προγνωστικό παράγοντα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά γίνεται από μόνη της αποτέλεσμα. Στην έρευνα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης η πρόωρη διακοπή της θεραπείας είναι πάντα ένα πεδίο που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή (Carrol, 1997).

Ένα τρίτο ουσιαστικό στοιχείο που χαρακτηρίζει την έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης είναι ότι προσπαθώντας να διερευνηθούν οι αιτίες που οδηγούν στην πρόωρη διακοπή καθώς και οι στρατηγικές που θα κρατήσουν τον εξυπηρετούμενο στη θεραπευτική διαδικασία, οι ερευνητικές προσπάθειες εστίασαν σε δύο κατευθύνσεις: Σε αυτές που συνδέονται με τον εξυπηρετούμενο και σε εκείνες που διερεύνησαν το θεραπευτικό πλαίσιο που παρέχει τη θεραπεία.

Στη συνέχεια επιχειρείται μια προσπάθεια εξέτασης ερευνών που συνδέονται με τη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην παραμονή στη θεραπεία, ενισχύουν την αποτελεσματικότητα και συνδέονται με τον εξυπηρετούμενο. Εξετάζονται, επιπλέον, ξεχωριστά έρευνες οι οποίες διερευνούν τα στοιχεία που συνθέτουν ένα θεραπευτικό πλαίσιο που ευνοεί την παραμονή στη θεραπεία ή τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην πρόωρη διακοπή. Τέλος σχολιάζεται κριτικά η μέθοδος αυτής της διχοτομικής αντίληψης διερεύνησης υπό την έννοια της ανάγκης μιας συνθετικής από κοινού διερεύνησης· μια ερευνητική προσπάθεια να αναδειχθούν, δηλαδή, από κοινού τα στοιχεία που αλληλεπιδρούν ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και το θεραπευτικό σύστημα και τα οποία εντέλει καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

2.4.1. Έρευνες που εστιάζουν στους εξυπηρετούμενους

Η πρόωρη διακοπή από τη θεραπεία της εξάρτησης είναι ένα ιδιαίτερα κρίσιμο πεδίο, αφού τα ποσοστά ανεπιθύμητης διακοπής κυμαίνονται από 25% μέχρι και 90% στα προγράμματα απεξάρτησης (Baekeland και Lundwall, 1975· De Leon, 1991· Wickizer et al., 1994· Poulopoulos, 1998). Παραδοσιακά η πρόωρη διακοπή από τη θεραπεία της εξάρτησης συνδέθηκε με τον εξυπηρετούμενο και έγινε κατανοητή μόνον ως σύνθεση χαρακτηριστικών και γνωρισμάτων που διαμορφώνουν την απόφασή του να μη συνεχίσει τη θεραπευτική αγωγή και έτσι να αποδυναμώνεται η αποτελεσματικότητα της.

Τα γνωρίσματα του εξυπηρετούμενου αποτελούν τις μεταβλητές που προσπαθεί να αναδείξει η έρευνα ως αιτίες που συμβάλλουν στην πρόωρη διακοπή και τη μειωμένη

αποτελεσματικότητα και διακρίνονται σε μεγάλες αν και όχι ενιαίες κατηγορίες. Αυτά είναι: α) κοινωνιοδημογραφικά γνωρίσματα, όπως το φύλο, η φυλή, η ηλικία, η κοινωνική σταθερότητα, ο τόπος διαμονής, η απασχόληση στα οποία μπορούν αν προστεθούν η εμπλοκή, κάθε είδους, της οικογένειας και η νομική πίεση από την ενδεχόμενη παραβατική συμπεριφορά, β) ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή προβλήματα που μπορούν να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα. Μια κατηγορία επίσης συνδέεται με παράγοντες περισσότερο εσωτερικούς που αφορούν την κατάσταση του ατόμου καθώς ξεκινά τη θεραπεία ή συμβάλλουν στη διαμόρφωση του αιτήματος του, όπως ο βαθμός κινητοποίησης ή ετοιμότητά του για αλλαγή. Τα ίδια τα χαρακτηριστικά της χρήσης που συνθέτουν τη φύση της προβληματικότητάς της όπως ο τύπος της ουσίας, η συχνότητα χρήσης ή η σοβαρότητα της χρήσης συνθέτουν μια άλλη κατηγορία. Αν και η προσπάθεια ανάδειξης μοναδικών χαρακτηριστικών που θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ξεχωριστά το καθένα ως προγνωστικός παράγοντας του αποτελέσματος αποτελεί το βασικό στόχο αυτής της διερευνητικής προσπάθειας, συχνά γίνεται σαφές ότι οι παράγοντες ή τα χαρακτηριστικά συνδέονται και αλληλεπιδρούν διαμορφώνοντας ένα σύμπλοκο μηχανισμό που άλλοτε έχει θέση αιτίας και άλλοτε αιτιατού.

Δεδομένου ότι οι μελέτες γενικά δεν συνδέονται με τον πειραματικό έλεγχο των μεταβλητών, επειδή προέρχονται από τη συλλογή ρουτίνας που χρησιμοποιούν τα θεραπευτικά προγράμματα, διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς το δείγμα όσο και ως προς τα ευρήματα, με αντιφατικά αρκετές φορές αποτελέσματα. Η αντιφατικότητα των αποτελεσμάτων έγκειται στην αδυναμία επιβεβαίωσης των ευρημάτων σε άλλα δείγματα, αλλά κυρίως στο γεγονός ότι δεν προκύπτει μια σημαντική γενικευμένη διαφοροποίηση που βοηθά στη διαμόρφωση προγνωστικών μοντέλων μεταξύ όσων παραμένουν μόνον ένα μικρό διάστημα στη θεραπεία και όσων την ολοκληρώνουν με επιτυχία (Poulopoulos, 1998).

Τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά έγιναν πεδίο διερεύνησης για πολλές μελέτες που προσπάθησαν να εξηγήσουν την παραμονή των εξυπηρετούμενων και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η προσέγγιση της θεραπευτικής κοινότητα αποτελεί μια πρακτική που είναι κατάλληλη για πολλές ιδιαίτερες υποομάδες εξυπηρετουμένων και βρεθηκε συχνά στο πεδίο της ερευνητικής μελέτης. Γενικά οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί συγκλίνουν στο ότι τα θετικά αποτελέσματα συνδέονται περισσότερο με τη διάρκεια παραμονής στη θεραπεία απ' ό,τι με χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο ή η φυλή και η εθνικότητα (Hubbard et al., 1989, De Leon, 1984, Holland,1983, Simpson et al., 1982).

Το φύλο αποτελεί έναν παράγοντα που διερευνήθηκε σε αρκετές μελέτες. Είναι φανερό τόσο στην ελληνική όσο και τη διεθνή πραγματικότητα ότι οι γυναίκες είναι σημαντικά λιγότερες από τους άντρες στα θεραπευτικά προγράμματα. Η αναλογία κυμαίνεται σε μία γυναίκα για κάθε τέσσερις ή πέντε άντρες ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία, την ουσία κατάχρησης και την πιθανή υιοθέτηση πρακτικών κοινωνικού στιγματισμού (ΕΚΤΕΠΝ 2005, ΚΕΘΕΑ, 2004, ΣΤΡΟΦΗ, 2003· Blumenthal, 1998). Από την άλλη μεριά το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας εστιάζει σε πληθυσμό που αποτελείται κυρίως από άνδρες. Οι Harrison και Belille (1987) εκτίμησαν ότι μόνον ένα ποσοστό 8% των ατόμων που συμπεριλαμβάνονται στις δημοσιευμένες έρευνες αποτελεσματικότητας μεταξύ 1970 και 1984 για το αλκοόλ είναι γυναίκες, ενώ ακόμα και όταν τα ποσοστά των γυναικών που συμπεριλαμβάνονται στις έρευνες για την κατάχρηση ουσιών είναι μεγαλύτερα δεν γίνεται διαχωρισμός στα αποτελέσματα μεταξύ γυναικών και ανδρών (Harrison και Belille, 1987· Annis και Liban, 1980). Τόσο η μελέτη της Sansone (1980) σε 1130 άτομα που βρέθηκαν στη θεραπευτική κοινότητα Odyssey House της Νέας Υόρκης μεταξύ 1970 και 1973 όσο και των Beckman και Bardsley (1986) που μελέτησαν τη θεραπεία για αλκοολισμό καταλήγουν ότι οι θεραπευτικές δομές έχουν ένα προσανατολισμό που συνδέεται με τα χαρακτηριστικά των λευκών ενηλίκων ανδρών και ότι οι διαφοροποιήσεις στη θεραπευτική διαδικασία βαραίνουν περισσότερο στην αποτελεσματικότητα στις γυναίκες αφού οι υπηρεσίες αναπτύχθηκαν για να υποστηρίξουν

άνδρες κυρίως και έτσι είναι πιθανό να μην δίνουν κατάλληλη υποστήριξη στις γυναίκες (Sansone, 1980· Beckman και Bardsley, 1986).

Σε μια ανασκόπηση που συνδέεται με την ανάδειξη των διαφορών φύλου η Moras (1998) συμπεραίνει ότι οι πληροφορίες για αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας που εστιάζουν στις γυναίκες είναι εξαιρετικά λίγες, δεδομένου ότι οι γυναίκες υποεκπροσωπούνται τόσο ως ομάδα στον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων από τα προγράμματα θεραπείας όσο, επομένως, και ως μέγεθος στο δείγμα κάθε έρευνας που πραγματοποιείται. Επιπλέον, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να ζητούν ευκολότερα θεραπεία για ψυχιατρικά ή άλλου τύπου ιατρικά προβλήματα, συγκεντρώνουν λιγότερες πιθανότητες να ζητήσουν θεραπεία για την εξάρτηση. Μερικές υποομάδες γυναικών φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ό,τι οι άντρες σε συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Έτσι, θεραπευτικές τεχνικές που συνδέονται με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση και τη συμπεριφορική θεραπεία εμφανίζονται αποτελεσματικότερες στις γυναίκες, γεγονός που συνδέεται με τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση που παρουσιάζουν σε σχέση με τους άνδρες. Πάντως, ανάλογες σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης, του παθολογικού άγχους και της χαμηλής αυτοεκτίμησης μετρήθηκαν και ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες που δεν ήταν εξαρτημένοι. Η ευθύνη της φροντίδας του παιδιού ή των παιδιών μπορεί να αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα για τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στις γυναίκες. Επίσης, οι επαγγελματικές δεξιότητες των γυναικών σε γενικές γραμμές υπολείπονται σημαντικά από αυτές των ανδρών στα θεραπευτικά προγράμματα (Moras,1998).

Τα προηγούμενα συνθέτουν ένα πλέγμα μεθοδολογικών ζητημάτων που συνδέονται με την υπόθεση ότι η υποεκπροσώπευση των γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα μπορεί να συνδέεται με κοινωνικά στερεότυπα και επιπλέον αποκλεισμό. Οι Aron και Daily (1976) συγκρίνοντας δείκτες αποτελεσματικότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών υποστήριξαν ότι η θετική έκβαση της θεραπείας στους άνδρες συνδέεται με κοινωνιολογικές μεταβλητές, όπως η κατάχρηση ουσιών ή και αλκοόλ στη γονική οικογένεια, η οικογενειακή κοινωνικοποίηση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αντίθετα, η επιτυχής έκβαση της θεραπείας στις γυναίκες συνδέθηκε με παράγοντες ψυχολογικής προέλευσης, όπως η ταυτότητα, η ικανότητα της αφηρημένης σκέψης, το λεξιλόγιο που έχουν στη διάθεσή τους και η ικανότητα για επιβίωση. Ο τρόπος με τον οποίο άνδρες και γυναίκες βιώνουν τις σημαντικές σχέσεις διαφέρουν σημαντικά. Ενώ τα αποτελέσματα συνδέονται και στους άνδρες και στις γυναίκες με το ιστορικό χρήσης ουσιών και τη σοβαρότητα της κατάχρησης, η σύνδεση αυτή είναι μεγαλύτερη στους άνδρες. Ο πιο σημαντικός παράγοντας συσχέτισης της συγκράτησης των γυναικών στο θεραπευτικό πρόγραμμα με επίπτωση στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας ήταν η δυνατή αυτοεικόνα. Οι γυναίκες με χαλαρή ταυτότητα και οι άνδρες με μακρύ ιστορικό στη χρήση, με ιστορικό χρήσης στην οικογένεια, με φυλάκιση και εθελοντική εισαγωγή έτειναν να παραμένουν λιγότερο στο πρόγραμμα και να έχουν φτωχότερα αποτελέσματα (Aron και Daily, 1976).

Οι DeLeon και Jainchill (1982) μελετώντας την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας Phoenix House καταλήγουν ότι καλύτερα αποτελέσματα και δείκτες βελτίωσης παρατηρήθηκαν στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονταν σε σταθερότερη κατάσταση απ' ό,τι οι άνδρες δύο χρόνια μετά σε τομείς όπως παραβατικότητα και χρήση οπιοειδών ή γενικά χρήση ουσιών, όταν η κύρια ουσία κατάχρησης δεν ήταν τα οπιοειδή κατά την εισαγωγή.

Προσπαθώντας να αξιολογήσει την ανάγκη για ειδικές υπηρεσίες απεξάρτησης για τις γυναίκες η Wallen (1992) εξέτασε 229 άτομα (48 από αυτά γυναίκες) σε δύο θεραπευτικά προγράμματα διαμονής για μια περίοδο 8 μηνών. Στη μελέτη αυτή δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα κοινωνιοδημογαφικά χαρακτηριστικά, στο οικογενειακό ιστορικό και στο ιστορικό της χρήσης ουσιών που να συνδέεται με την ολοκλήρωση του προγράμματος. Υπήρχε, ωστόσο, σαφής σημαντική διαφορά στην αναφορά ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης, αφού το ένα τρίτο των γυναικών σε σύγκριση με το 10% περίπου των ανδρών είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά. Οι γυναίκες παρουσίαζαν σε διπλάσια περίπου ποσοστά μια

περισσότερο προβληματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία. Σε όλους του δείκτες που συγκρίθηκαν οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών εκτός από τον αυτοκτονικό ιδεασμό που τα ποσοστά ήταν περίπου ίδια, με τους άνδρες να έχουν ελαφρά υψηλότερο δείκτη (37,2% αντί 35,7%). Παρόλο που δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς την ολοκλήρωση του προγράμματος, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και ολοκλήρωσης της θεραπευτικής εμπειρίας (Wallen, 1992).

Αντίστοιχα οι Stevens και Glider (1994) προσπάθησαν να διερευνήσουν τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών που εισήχθησαν για θεραπεία σε θεραπευτική κοινότητα και να συγκρίνουν με όρους που σχετίζονταν με την παραμονή ως δείκτη αποτελεσματικότητας την επίπτωση που ιστορικά είχαν πρακτικές που συνδέονταν με την υποστήριξη των γυναικών στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Για το σκοπό αυτό συμπεριέλαβαν 25 από τις μεγαλύτερες και παλαιότερες θεραπευτικές κοινότητες, μέλη της Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων της Αμερικής (TCA), στις οποίες είχαν εισαχθεί μέχρι τότε 11.634 άτομα και μελέτησαν τις εγγραφές που αφορούσαν τις εισαγωγές. Η μελέτη έγινε το 1991 και στις ειδικές υπηρεσίες για γυναίκες. Με αναλογία μία γυναίκα για κάθε τρεις άνδρες, από τις περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες αναφέρθηκε ότι οι μητέρες φάνηκε να έχουν σοβαρότερα προβλήματα με τη χρήση και με τους άλλους εξυπηρετούμενους στη θεραπευτική κοινότητα και εξέφραζαν μια ευρύτερη διακύμανση για πολλαπλή βοήθεια ενώ ήταν αρκετά σαφές ότι παρουσίαζαν ένα σημαντικότερο επίπεδο δυσλειτουργίας από αυτό που παρουσιάζουν συνήθως οι γυναίκες στις θεραπευτικές κοινότητες. Στην αξιολόγηση της παραμονής στη θεραπεία που εστίαζε στις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών τα βασικά συμπεράσματα συμπυκνώνονταν στο ότι υπήρχε διαφορά στα χαρακτηριστικά και τις θεραπευτικές ανάγκες για το κάθε φύλο και ότι οι ειδικές ανάγκες των γυναικών απαιτούσαν ιδιαίτερη προσοχή. Επιπλέον, όταν πρόκειται για μητέρες, η θεραπεία φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική όταν υποστηρίζονται οι γυναίκες μαζί με τα παιδιά τους (Stevens και Glider, 1994).

Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν ο Knight και οι συνεργάτες του (1997) οι οποίοι μελέτησαν ένα μικρό δείγμα μητέρων στο Salvation Army First Choice, πρόγραμμα διαμονής στο Forth Worth του Texas, στο πλαίσιο της ερευνητικής δραστηριότητας του Ινστιτούτου της Έρευνας της Συμπεριφοράς (IBR) του Christian Texas University (CTU). Το δείγμα των 38 γυναικών που εισήχθηκαν στο πρόγραμμα ήταν όλες μητέρες με ανήλικα παιδιά ηλικίας μέχρι 13 ετών (τα μισά ηλικίας μέχρι 5 ετών). Οι γυναίκες που είχαν παραμείνει στη θεραπευτική διαδικασία περισσότερο από 90 ημέρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να μη χρησιμοποιούν καθημερινά αλκοόλ, να μην έχουν χρησιμοποιήσει επιπλέον θεραπευτική υποστήριξη τον τελευταίο χρόνο πριν από την επανεξέταση, να εμφανίζουν μικρότερη ανάγκη να έχουν μαζί τους τα παιδιά τους και να έχουν αναπτύξει ένα σημαντικό δίκτυο κοινωνικό που περιλάμβανε και το σύντροφό τους. Παράλληλα, τους τελευταίους έξι μήνες δεν παρουσίαζαν καμιά πίεση ιατρικού τύπου (Knight et al., 1997).

Οι Siddall και Conway (1988) διερεύνησαν μεταβλητές που συνδέονται με τη επιτυχία της θεραπείας και την παραμονή των εξυπηρετουμένων στο Rocco Antenucci Memorial, πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων στο Akron του Ohio. Χρησιμοποιώντας την πολλαπλή βηματική παλινδρόμηση (multiple stepwise regression), αξιολογήθηκε η συμβολή των δημογραφικών, των ψυχολογικών και των αλληλεπιδράσεων τους στην παραμονή 100 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Από τους κυρίαρχους παράγοντες που συνέβαλαν στην παραμονή απομονώθηκαν το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο και η κατάσταση απασχόλησης κατά τη διακοπή της θεραπευτικής σχέσης. Στο πλαίσιο αυτό οι ερευνητές υποστήριξαν ότι το κοινωνικό δίκτυο μπορεί να συμβάλει στην επιμήκυνση της παραμονής στη θεραπεία, να διατηρήσει σε ένα φυσικό περιβάλλον τη συνέχεια της θεραπευτικής λογικής και να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής. Η απασχόληση μπορεί να αποτελέσει κίνητρο και υποστήριξη για την ολοκλήρωση της θεραπείας και επιπλέον μπορεί να λειτουργήσει και ως σταθεροποιητικός ψυχολογικός παράγοντας που την ενισχύει (Siddall και Conway, 1988).

Στο Emiliehoeve, μια θεραπευτική κοινότητα στην Ολλανδία, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που βρίσκονταν στη θεραπεία είχαν γενικά καλύτερους δείκτες βελτίωσης απ' ό,τι οι άνδρες και αυτό συνδέθηκε με το ότι εγκατέλειπαν τη θεραπεία αργότερα απ' ό,τι οι άνδρες. Στην ίδια μελέτη υποστηρίχθηκε ότι οι νεαρότεροι εξυπηρετούμενοι με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εγκαταλείπουν νωρίτερα τη θεραπεία απ' ό,τι οι μεγαλύτεροι και με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (Kooyman, 1992).

Η Messina (2000) προσπάθησε να αναλύσει δεδομένα από 412 άτομα (116 γυναίκες και 296 άνδρες) με στόχο να διερευνήσει προγνωστικούς παράγοντες που συνδέονται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα σε άνδρες και γυναίκες σε δύο θεραπευτικές κοινότητες της Columbia, Θεραπευτικής Πρωτοβουλίας στην Washington DC. Δύο ήταν οι άξονες που επικεντρώθηκε: Η παραμονή στη θεραπεία και τα αποτελέσματα μετά τη διακοπή της θεραπευτικής σχέσης. Πριν ακόμη από την απομόνωση ιδιαίτερων προγνωστικών παραμέτρων, η ερευνήτρια επισημαίνει ότι το σπουδαιότερο εύρημα συνδέεται με το ότι άνδρες και γυναίκες που ολοκλήρωσαν τη δωδεκάμηνη θεραπεία που τους προτάθηκε, ανεξάρτητα από φύλο είχαν σημαντική βελτίωση ως προς τη μείωση της χρήσης, και των συλλήψεων και σημαντική αύξηση στην απασχόληση, σε σύγκριση με 12 μήνες πριν από τη θεραπεία. Παρόλο που σημαντικές διαφορές στους δείκτες πρόγνωσης του αποτελέσματος δεν υπήρξαν μεταξύ των δύο φύλων, η μελέτη υποστηρίζει ότι οι γυναίκες που παρακολουθούν μακρύτερα σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα από συντομότερης διάρκειας θεραπευτική εμπειρία σε όλους τους τομείς που εξετάσθηκαν (Messina, 2000).

Συμπερασματικά οι διαφορές φύλου δεν φαίνεται να είναι σημαντικές όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Σε γενικές γραμμές ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στο κατά πόσο οι γυναίκες παραμένουν στη θεραπεία αντίστοιχο διάστημα με αυτό που παραμένουν οι άνδρες. Αυτό οφείλεται στο ότι υπάρχει μια σαφώς διατυπωμένη θέση που υποστηρίζει ότι η παραδοσιακή θεραπευτική κοινότητα είναι λιγότερο κατάλληλη για τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών, δεδομένου ότι όλη η διαδικασία είναι δομημένη στη βάση των αναγκών των ανδρών που αποτελούν την κυρίαρχή ομάδα στη θεραπευτική κοινότητα (Levy και Doyle, 1974). Παράλληλα, η περιορισμένη προσοχή που έχει δοθεί στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη θεραπευτική κοινότητα δεν αφήνει περιθώρια για ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την παραμονή των γυναικών στη θεραπεία. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά ολοκλήρωσης της θεραπείας, ενώ άλλοι βρήκαν ότι οι γυναίκες φαίνεται να τείνουν να διακόπτουν συντομότερα από τους άνδρες (Hughes, et al, 1995) ή ακόμα ότι δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά ολοκλήρωσης μεταξύ των φύλων (Names, Wish και Messina, 1998). Επιπλέον, οι δείκτες αποτελεσματικότητας που συνδέονται με την παραμονή στη θεραπεία δείχνουν βελτιώσεις ανάλογες τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Ο Reed (1978) επισημαίνει ότι υπάρχουν σαφείς μεταβολές μετά τη θεραπεία για άνδρες και γυναίκες σε όλους του τύπους των προγραμμάτων καταλήγοντας σε μείωση της χρήσης και της παραβατικής συμπεριφοράς μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Τρεις μελέτες που εστίασαν στη διαφορά της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σε σχέση με το φύλο στη θεραπευτική κοινότητα (DeLeon και Jainchill, 1982· Hubbard et al. 1989· Gerstein et al., 1997) έδειξαν ότι ελάχιστα διαφοροποιείται το αποτέλεσμα μεταξύ των ομάδων όταν επιλέγεται η διχοτόμος φύλο. Άνδρες και γυναίκες έχουν ανάλογα αποτελέσματα με λιγότερο παραβατική συμπεριφορά, λιγότερη εμπλοκή με το νόμο και μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης. Οι γυναίκες μετά τη θεραπεία τείνουν, πάντως, σε σύγκριση με τους άνδρες, να παρουσιάζουν επιπλέον χαμηλότερους δείκτες χρήσης απαγορευμένων ουσιών, παραβατικής συμπεριφοράς αλλά και απασχόλησης.

Όσον αφορά την ηλικία, τα δεδομένα που τη συνδέουν με την αποτελεσματικότητα είναι γενικά αντιφατικά,. Οι νεότερες ηλικίες από τη μια μεριά συχνά συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητης διακοπής του θεραπευτικού προγράμματος (Sansone, 1980· Pompi

και Ronick, 1987· Joe και Simpson, 1975· Jainchill και συνεργάτες, 2000). Άλλες μελέτες εντούτοις δείχνουν αποτελέσματα που εμφανίζουν μακρύτερη παραμονή των εφήβων στη θεραπευτική διαδικασία (Condelli, 1989) και άλλες δεν μπορούν να συμπεράνουν ότι συνδέεται η παραμονή με την ηλικία στις θεραπευτικές κοινότητες (Collier, 1973· Aron και Daily, 1976· Wexler και DeLeon, 1977· Robinson και Little, 1982). Για τους εφήβους, πάντως, η διάρκεια της εμπλοκής τους με τη χρήση ουσιών είναι παράγοντας που συνδέεται με την απόφασή τους να ξεκινήσουν και να παραμείνουν στη θεραπεία.

Στη μελέτη των Jainchill και των συνεργατών της (2000) συμπεριελήφθησαν 938 έφηβοι που σε μια περίοδο δύο ετών, από το 1992 μέχρι και το 1994, έκαναν εισαγωγή για θεραπεία σε έξι θεραπευτικές κοινότητες. Ένα χρόνο μετά τη θεραπεία επανεξετάσθηκαν, με ποσοστό ανταπόκρισης 64%, 557 έφηβοι. Το ποσοστό όσων είχαν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα είχε σαφώς καλύτερους δείκτες όσον αφορά στη χρήση ουσιών από όσους διέκοψαν τη θεραπευτική διαδικασία: Από 80% για οποιαδήποτε χρήση κατά την εισαγωγή, όσοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα παρουσίασαν μείωση στο 60% ένα χρόνο μετά, ενώ στις αντίστοιχες χρονικές περιόδους το ποσοστό οποιασδήποτε χρήσης για όσους διέκοψαν παρέμεινε πρακτικά αμετάβλητο (από 83,1% σε 80%). Συμμετοχή σε οποιαδήποτε παραβατική συμπεριφορά είχε δηλώσει το 98% των εφήβων. Όσοι ολοκλήρωσαν ένα χρόνο μετά τη θεραπεία παρουσίαζαν μείωση στο 68,1%, ενώ όσοι διέκοψαν παρουσίαζαν ένα ποσοστό παραβατικής συμπεριφοράς 86,3%. Η συχνότητα χρήσης ή εμπλοκής σε παράνομες δραστηριότητες αποδείχθηκε ότι μειώνεται παράλληλα με τη μείωση της χρήσης (Jainchill et al., 2000).

Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν από τη μελέτη των δεδομένων της έρευνας DATOS από τους Hubbard και συνεργάτες (1997) που παρατηρούν μια εκτεταμένη μείωση σε όλες τις κατηγορίες της χρήσης ουσιών και στην παραβατική συμπεριφορά (Hubbard et al., 1997).

Βασικές παράμετροι πρόγνωσης της μείωσης στα πεδία που προαναφέρθηκαν συνδέονται με τη φυλετική καταγωγή (ισπανόφωνοι έφηβοι) με τη διάρκεια της χρήσης πριν από τη θεραπεία, ενώ επίσης αναδεικνύονται ως σημαντικοί παράγοντες η αποφυγή συναναστροφών με συνομήλικους που έχουν παραβατική συμπεριφορά, η αποφυγή συμβίωσης με τη γονική οικογένεια μετά τη θεραπεία και ο τρόπος ερμηνείας της σχέσης που αναπτύσσουν οι έφηβοι με τους θεραπευτές κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η μελέτη της Jainchill και των συνεργατών της (2000) είναι από τις σπουδαιότερες έρευνες επανεξέτασης μεγάλου διαστήματος για εφήβους και θέτει αρκετά ζητήματα που συνδέονται τόσο με το θέμα της χρήσης των εφήβων όσο και με παράλληλους παράγοντες που συνδέονται με αυτή, όπως η οικογένεια και η δυναμική της, η πρόωρη επιλογή συμβίωσης με το άλλο φύλο και η πιθανότητα σύζευξης, η πρόωρη ανάληψη γονεϊκού ρόλου καθώς και η συναναστροφή με συνομήλικους. Οι ερευνητές συνδέουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με διάφορους παράγοντες που μπορεί να ενισχύσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως η απομάκρυνση από ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον, η ανάληψη ρόλου ενηλίκων μπροστά σε καταστάσεις που συνδέονται με τη ζωή και τις ευθύνες των ενηλίκων, η ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων που νοηματοδοτούν διαφορετικά τις επιλογές των εφήβων (Jainchill et al., 2000).

Ένα άλλο θέμα αποτελεί η συχνή σύνδεση της χρήσης ουσιών με προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Από πολύ νωρίς το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε στο κατά πόσο μια επιπλέον διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής ή δυσλειτουργίας μπορεί να αποτελεί παράγοντα που συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της εξάρτησης.

Η αποτελεσματικότητα φαίνεται να επηρεάζεται από την πιθανή δεύτερη διαταραχή που συνυπάρχει με την κατάχρηση ουσιών, τόσο με στοιχεία που ορίζουν την παραμονή στη θεραπεία όσο και με όρους μεταβολής των δεικτών της κατάχρησης ουσιών και των πεδίων που ελέγχονται κατά την επανεξέταση. Διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας που συνυπάρχουν με την εξάρτηση, γενικά, έχουν μια δυσμενή πρόγνωση για την

αποτελεσματικότητα της θεραπείας της εξάρτησης και της παραμονής σ΄ αυτήν (Schuckit, 1985· Alterman και Cacciola, 1991). Παράλληλα, η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων σε άτομα που είναι εξαρτημένα έχει συνδεθεί με φτωχότερα αποτελέσματα της θεραπείας της εξάρτησης και ο βαθμός της ψυχικής διαταραχής αποτελεί παράγοντα πρόγνωσης για την αποτελεσματικότητά της πολύ ισχυρότερο από οποιονδήποτε άλλον, συμπεριλαμβανομένου και του βαθμού σοβαρότητας της χρήσης (Kosten, Rounsaville και Kleber, 1985· McLellan et al., 1983). Στους εξαρτημένους από οπιούχα η ψυχιατρική διαταραχή συνδέεται με σοβαρότερη χρήση ουσιών τόσο στη συχνότητα όσο και στην ποσότητα της ουσίας (Brooner et al., 1977).

Αν και δεν είναι σαφής η αιτιολογική σχέση που συνδέει την εξάρτηση με την ψυχιατρική διαταραχή υπό την έννοια της ακολουθίας της μιας διαταραχής από την άλλη, έχει πολλές φορές παρατηρηθεί η συνύπαρξή τους και σημειώνεται η συχνά αντιφατική αμφίδρομη σχέση τους: Από τη μια αναφέρεται ότι η αποχή από τη χρήση ουσιών συμβάλει στη μείωση, την άμβλυνση ή και την απουσία της συνοδού ψυχικής διαταραχής (Schuckit, 2004) αλλά από την άλλη πολύ συχνά στη συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή που δεν αντιμετωπίσθηκε παράλληλα με την εξάρτηση αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό η υποτροπή στην κατάχρηση ουσιών (Nace, Saxon και Shore, 1986).

Σε μια σημαντική μελέτη αποτελεσματικότητας της θεραπείας ο McLellan και οι συνεργάτες του (1984) βρήκαν ότι σε γενικές γραμμές υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμονής στη θεραπεία και τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης. Μάλιστα η παραμονή και το αποτέλεσμα εξαρτώνται από την ψυχολογική δυσλειτουργία που παρατηρείται κατά την εισαγωγή. Στα άτομα που είχαν ήπια ψυχική διαταραχή κατά την εισαγωγή τους παρατηρήθηκαν και για τα δύο προγράμματα που συμμετείχαν στη μελέτη (πρόγραμμα διαμονής τύπου θεραπευτικής κοινότητας και πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη) απολύτως θετικότερα αποτελέσματα σε όλες σχεδόν τις μετρήσεις, μεγαλύτερη βελτίωση σε όσους είχαν ανάλογα σύντομη παραμονή και λιγότερη επιπλέον βελτίωση για όσους έμειναν περισσότερο στη θεραπεία. Τα άτομα που είχαν μέσο βαθμό ψυχικής διαταραχής τόσο στη θεραπευτική κοινότητα όσο και στο πρόγραμμα μεθαδόνης φάνηκαν να έχουν τις πιο δραστικές διαφορές στην παραμονή με σημαντικές μεταβολές σε όλα τα κριτήρια που ελέγχθηκαν και τα οποία συνδέθηκαν με μακρύτερους χρόνους θεραπείας. Βασικές διαφορές παρατηρήθηκαν για τα άτομα που είχαν υψηλό βαθμό ψυχικής διαταραχής. Στο πρόγραμμα μεθαδόνης φάνηκε μικρή βελτίωση αλλά όσο έμεναν στη θεραπεία υπήρξαν περιορισμένες βελτιώσεις. Στη θεραπευτική κοινότητα τα άτομα με υψηλό βαθμό ψυχικής συννοσηρότητας, ενώ έδειξαν ανάλογα χαμηλά αποτελέσματα σε απόλυτους δείκτες, αντίθετα από κάθε άλλη επιμέρους ομάδα που ελέγχθηκε, περισσότερος χρόνος στη θεραπευτική διαδικασία σήμαινε επιδείνωση των δεικτών σε όλα τα επίπεδα στην επανεξέταση των 6 μηνών. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η πιεστική καθημερινότητα της θεραπευτικής κοινότητας, η πιθανή αποχή από οποιοδήποτε φάρμακο που συνδέεται ακόμα και με τη ψυχική διαταραχή και ειδικά η αντιπαράθεση σε ειδικές ομάδες της θεραπευτικής κοινότητας μπορεί να επιβαρύνουν τα άτομα που έχουν σημαντικά ψυχιατρικά προβλήματα (McLellan et al.,1984).

Σε ανάλογη μελέτη, 110 άτομα που επιλέγηκαν τυχαία και ήταν εξαρτημένα από οπιούχα χωρίς όμως ψυχωτική διαταραχή, χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες, από τις οποίες η μία δέχθηκε θεραπεία συμβουλευτικής και η άλλη θεραπεία συμβουλευτικής μαζί με ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα όσων δέχθηκαν και ψυχοθεραπεία χωρίσθηκαν ανάλογα με τη διάγνωσή των ατόμων σε τέσσερις διαφορετικές υποομάδες: μόνο όσοι ήταν εξαρτημένοι από οπιούχα, εξαρτημένοι από οπιούχα με παράλληλη κατάθλιψη, εξαρτημένοι από οπιούχα, καταθλιπτική διάγνωση και διάγνωση αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας και εξαρτημένοι από οπιούχα και αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Η ομάδα που συγκέντρωνε εξάρτηση και αντικοινωνική συμπεριφορά έδειξε βελτιώσεις μόνον στον τομέα της χρήσης ουσιών. Η ομάδα που ήταν μόνο εξαρτημένοι και η ομάδα που αποτελούνταν από εξαρτημένους με κατάθλιψη είχαν σε όλους τους τομείς σημαντικές βελτιώσεις. Η ομάδα που

είχε και τις τρεις διαγνώσεις (εξάρτηση, αντικοινωνική συμπεριφορά και κατάθλιψη) επίσης παρουσίασε σημαντικές βελτιώσεις ανάλογες με τη δεύτερη και την τρίτη ομάδα. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας από μόνη της είναι ένας αρνητικός προγνωστικός παράγοντας αλλά η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης επιτρέπει την αξιοποίηση της ψυχοθεραπείας από τα εξαρτημένα άτομα ακόμα και αν υπάρχουν συμπεριφορικές εκδηλώσεις ψυχοπαθολογίας (Woody et al., 1985).

Σε γενικές γραμμές η έρευνα αποτελεσματικότητας που εστιάζει σε συμπτώματα ψυχοπαθολογίας που συνδέεται με την εξάρτηση έχει σημαντικές διαφορές και συχνά τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά. Η ανομοιογενής μέτρηση στη διαδικασία της διάγνωσης, η περιοριστική ποσοτική μέθοδος που χρησιμοποιείται καθώς και η πολύ συχνή μέθοδος της αυτοαναφοράς επιφέρουν μια σημαντική σύγχυση που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Από την άλλη μεριά πολλές φορές η θεραπευτική κοινότητα προσπαθεί να αποφύγει περιπτώσεις με σοβαρή ψυχοπαθολογία ως μη συμβατές με τη θεραπεία που προσφέρεται αφού έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να έχει και αρνητικά αποτελέσματα (Rosenthal, 1984).

Ένα επιπλέον πεδίο που έχει αναφερθεί ότι επηρεάζει σημαντικά το αποτέλεσμα της θεραπείας και συνδέεται με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εισάγονται στη θεραπευτική διαδικασία είναι ο βαθμός κινητοποίησης και ο βαθμός ετοιμότητάς τους για αλλαγή, δεδομένου ότι η θεραπεία της εξάρτησης έχει συνδεθεί με σημαντικές αλλαγές που πρέπει ο εξυπηρετούμενος να κάνει.

Επιστρέφοντας στο θέμα της παραμονής στη θεραπεία, όλες οι μεγάλες έρευνες αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων για εξαρτημένους συγκλίνουν στο ότι αυτή αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για το αποτέλεσμα της θεραπείας (Joe, Simpson και Broome, 1998, Simpson, 1997). Ο Simpson και οι συνεργάτες του (1997) καταλήγει ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ευθέως ανάλογο με το χρόνο που ο/η καθένας/μια παραμένει στο πρόγραμμα, προτείνοντας τη γνωστή κωδικοποίηση: *μακρύτερη παραμονή στο πρόγραμμα σημαίνει θετικότερο αποτέλεσμα*. Τα θετικά αποτελέσματα που αποδίδονται στη θεραπεία συνδέονται με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα μετά από ικανό χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα, ο οποίος απαιτείται για να αξιοποιηθούν τα στοιχεία που προσφέρονται κατά τη διαδικασία της θεραπείας. Αυτός ο ικανός χρόνος ορίζεται από τους Joe, Simpson και Broome (1998) για την κάθε τυπολογία προγράμματος: Σε 90 ημέρες για τα προγράμματα διαμονής χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως είναι οι θεραπευτικές κοινότητες και τα στεγνά ανοικτά προγράμματα επίσης χωρίς φαρμακευτική αγωγή, και σε 360 ημέρες για τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Στις έρευνες που εστιάζουν στο χρόνο παραμονής (είτε ως ανεξάρτητη μεταβλητή είτε ως ενδιάμεση με ανεξάρτητη το θεραπευτικό αποτέλεσμα) ο ικανός χρόνος τίθεται ως διχοτόμος, ώστε να επιτρέπονται οι απαραίτητες συγκρίσεις κατά την ανάλυση των δεδομένων.

Τόσο η κλινική πρακτική όσο και η ερευνητική δραστηριότητα προσπαθούν να εντοπίσουν τους παράγοντες που ευνοούν την παραμονή στο θεραπευτικό πρόγραμμα και αποτρέπουν την πρόωρη διακοπή του, δεδομένου ότι η υπέρβαση του κρίσιμου χρονικού ορίου που προαναφέρθηκε αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη πρόγνωσης για τη συνέχιση ή ολοκλήρωση του προγράμματος και πάντως για το θετικότερο δυνατό αποτέλεσμα (De Leon 1985a, 1985b, Poulopoulos 1998).

Στο σύνολό τους οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν ότι η ετοιμότητα για θεραπεία (*readiness for treatment*) αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την πρόβλεψη της παραμονής και για αυτό του σχεδιασμού παρεμβάσεων στην πρώτη κρίσιμη περίοδο. Σ΄ αυτήν την περίοδο των πρώτων 3 μηνών η ετοιμότητα για θεραπεία αποτελεί ένα επιπλέον σημαντικό παράγοντα για τη σύντομη εμπλοκή και δέσμευση του εξυπηρετούμενου με το θεραπευτικό σύστημα, των οποίων τα χαρακτηριστικά είναι η καλή σχέση με το θεραπευτικό

προσωπικό, η ένταξη στο πρόγραμμα και η ανάπτυξη δεσμών εμπιστοσύνης (Joe, Simpson και Broom 1998).

Η συσχέτιση του παράγοντα ετοιμότητα για θεραπεία, λοιπόν, για κάθε τύπο προγράμματος σύμφωνα με την τυπολογία που αναφέρθηκε αποκαλύπτει ότι αρχικά για τα προγράμματα διαμονής αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης του χρόνου παραμονής. Παράλληλα όμως παραμονή και ετοιμότητα βρίσκονται σε μια δυνατή αλληλεξάρτηση (η ετοιμότητα ευνοεί την παραμονή αλλά και η παραμονή αυξάνει την ετοιμότητα). Για τα στεγνά ανοικτά προγράμματα δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα σε ετοιμότητα και παραμονή αλλά με το προηγούμενο στάδιο από την ετοιμότητα, την αναγνώριση δηλαδή του προβλήματος. Τέλος, αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τα προγράμματα μεθαδόνης.

Στα προγράμματα διαμονής για χρόνο παραμονής περισσότερο των 90 ημερών βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με τα παρακάτω χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν κατά τη διαδικασία της εισαγωγής (intake): βαθμός κινητοποίησης (αναγνώριση του προβλήματος, επιθυμία για βοήθεια, ετοιμότητα για θεραπεία), μεγάλη ηλικία, όχι προσωπική οικογενειακή δέσμευση (αγαμος/η), προβλήματα με το αλκοόλ, απασχόληση, νομικά προβλήματα, λιγότερες συλλήψεις.

Αντίθετα παράγοντες που ευνοούν την πρόωρη διακοπή (διακοπή μέσα στις πρώτες 60 ημέρες από την εισαγωγή) αναφέρονται: η ανεργία, τα προβλήματα στο γάμο, η εμπλοκή με το νόμο, η χαμηλή κινητοποίηση (αν και στις γυναίκες διαπιστώθηκε υψηλή κινητοποίηση όπως και σε εξαρτημένους που είχαν προβλήματα με ναρκωτικά στον κύκλο των ομότιμων, με συλλήψεις και ικανότητα προσαρμογής), οι μεγάλες προσδοκίες από το πρόγραμμα, η φτωχή θεραπευτική εμπειρία και, για τα προγράμματα μεθαδόνης, η χαμηλή καθημερινή δόση (Simpson et al., 1997).

Η κινητοποίηση (motivation) αποτελεί σύμπτωση συνόλων εσωτερικών παραγόντων και εξωτερικών πιέσεων των οποίων ο βαθμός ανάπτυξης λειτουργεί ωθητικά ή απωθητικά για αναζήτηση και έναρξη της θεραπείας. Οι Joe, Simpson και Broom υποστηρίζουν (1998) ότι η αναζήτηση, απομόνωση και μέτρηση αυτών των παραγόντων επιτρέπουν την κατανόηση του γιατί κάποιοι μένουν και κάποιοι όχι στη διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς και κυρίως στο πλαίσιο κάποιου θεραπευτικού συστήματος.

Παράλληλα η ετοιμότητα για θεραπεία (*treatment readiness*) ορίζεται ως η ατομική αναγνώριση της σημαντικότητας της θεραπείας για μερική ή συνολική αποκατάσταση (αποτοξίνωση, απεξάρτηση, επανένταξη) και η προθυμία να γίνει ό,τι χρειάζεται για την αλλαγή (Joe, Simpson και Broom, 1998).

Η ετοιμότητα υπό αυτή την έννοια αποτελεί τον εσωτερικό εκείνο κινητοποιητικό παράγοντα που επιτρέπει και ευνοεί την ανάπτυξη σχέσεων στο πλαίσιο του προγράμματος, την εμπιστοσύνη και τη δέσμευση με τις υποδείξεις του προγράμματος. Οι Simpson και Joe (1993) αναφέρονται στην ετοιμότητα για θεραπεία ως το τρίτο στάδιο στο μοντέλο της κινητοποίησης και αναγνωρίζουν ότι, ενώ η αναγνώριση του προβλήματος συμβάλει στην ανάπτυξη για ετοιμότητα έναρξης της θεραπείας, ο βαθμός ετοιμότητας αυξάνει καθώς συγκροτείται και η επιθυμία για βοήθεια. Η κινητοποίηση για θεραπεία, έτσι, αποτελεί το σημείο συνάντησης εξωτερικών και εσωτερικών πιέσεων που οδηγούν το άτομο σε μια ωρίμανση για τη συγκρότηση του αιτήματος του για θεραπεία.

Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κινητοποίηση και την ετοιμότητα των εξαρτημένων ατόμων για θεραπεία είναι οι νομικές πιέσεις. Σε μια μελέτη που συνέκρινε τις εισαγωγές μια κοινότητας στην Πενσυλβάνια, την Abraxas Foundation (Pompi και Resnick, 1987) και εννιά άλλες θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούσαν στη Νέα Υόρκη και το Σικάγο (De Leon και Schwartz, 1984) βρέθηκε ότι τα άτομα που συμμετείχαν στη

θεραπευτική κοινότητα Abraxas είχαν σαφώς υψηλότερους δείκτες παραμονής 10 μήνες μετά την έναρξη από ότι η ομάδα των άλλων 9 θεραπευτικών κοινοτήτων. Απέδωσαν αυτή τη διαφορά στο ότι όλοι όσοι εισήχθησαν στο Abraxas ήταν παραπομπές από το ποινικό σύστημα. Για τους ερευνητές η νομική πίεση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα αύξησης της εσωτερικής κινητοποίησης των ατόμων και ενίσχυσης της παραμονής ιδιαίτερα κατά την πρώτη θεραπευτική περίοδο, όταν οι δεσμοί του ατόμου με το θεραπευτικό πρόγραμμα δεν είναι ακόμα στενοί και δεδομένοι (Pompi και Resnick, 1987· De Leon και Schwartz, 1984).

Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν από την έρευνα των Aron και Daily (1976) που μελέτησαν 286 εισαγωγές, κάποιες με δικαστική υπόδειξη, σε δύο διαφορετικά προγράμματα διαμονής, το ένα σύντομο, διάρκειας τριών μηνών, και το άλλο κλασικό, διάρκειας δώδεκα περίπου μηνών. Η ολοκλήρωση του προγράμματος για όσους είχαν νομική πίεση έφτασε τα δύο τρίτα, ενώ σημαντική παράμετρος στην βελτίωση των δεικτών παραμονής αποδείχθηκαν και οι δείκτες ελαφρύτερης χρήσης (Aron και Daily, 1976).

Σύμφωνα με τον Condelli (1989) η παραμονή στη θεραπεία επηρεάζεται από τη νομική πίεση μόνον κατά την πρώτη περίοδο που βρίσκονται τα άτομα στη θεραπεία. Στη μελέτη του, όπου συμπεριέλαβε 139 άτομα δύο κλασικών θεραπευτικών κοινοτήτων, δύο θεραπευτικών κοινοτήτων διαφοροποιημένων από το κλασικό μοντέλο και ενός προγράμματος διαμονής με βάση την εργασία, διαπίστωσε ότι τα θετικότερα αποτελέσματα συνδέονταν με τις εναλλακτικές επιλογές που διέθεταν τα άτομα και με την ανταποδοτικότητα των αποτελεσμάτων που βίωναν οι εξυπηρετούμενοι (Condelli, 1989).

Από τη μία μεριά, υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την ετοιμότητα για αλλαγή και την νομική πίεση με μεγαλύτερα ποσοστά παραμονής και σημαντικά θετικά αποτελέσματα (Sheffet et al. 1980) ενώ άλλες δείχνουν ότι δεν υπάρχει μια αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές από την οποία να αναμένεται η βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Sansone, 1980). Επίσης υποστηρίζουν ότι τα άτομα που εισάγονται στη θεραπευτική κοινότητα χωρίς πιέσεις νομικού χαρακτήρα έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την κινητοποίησή τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να προσχωρήσουν θετικότερα στη θεραπευτική διαδικασία (Biase, 1974· Nash et al., 1974· Waldorf, 1973).

Η αντιφατικότητα των ευρημάτων σχετικά με την ανάπτυξη της κινητοποίησης και της ετοιμότητας με κινητήριο μηχανισμό τη νομική πίεση, φαίνεται να υποδηλώνει τη σύνθετη λειτουργία που έχει η αποδοχή της ανάγκης για την έναρξη της διαδικασίας θεραπείας και ότι πάντως δεν είναι δυνατό να απομονωθεί μια μονοδιάστατη σχέση στην ανάπτυξη των κινήτρων που λειτουργούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Ένας σημαντικός επιπλέον παράγοντας που συνδέεται με την ανάπτυξη κινήτρων για θεραπεία είναι και η οικογένεια. Ενώ έχει συχνά συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αιτιολογίας της εξάρτησης (Turner, 1995· Werner και Smith, 1992), δεν υπάρχουν σημαντικές μελέτες που συνδέουν την εμπλοκή της οικογένειας με την προσπάθεια αύξησης της κινητοποίησης για θεραπεία ή την αποτελεσματικότητά της. Παρ' όλα αυτά, το ένα τρίτο περίπου των εξαρτημένων που ζητούν θεραπεία στην Ελλάδα αποδίδουν την έναρξη της επαφής με τα θεραπευτικά προγράμματα στην πίεση που ασκεί η οικογένεια (ΚΕΘΕΑ, 2003), ενώ αναφέρεται ότι συχνά η οικογένεια έχει να παίξει ένα σημαντικό ρόλο όχι μόνο στην έναρξη της θεραπείας αλλά και στη συνέχισή της. Η εμπλοκή της οικογένειας σε θεραπευτικές διαδικασίες παράλληλα με τη θεραπεία του εξαρτημένου ανατρέπει τις δυσλειτουργίες που συνδέθηκαν με τη χρήση και λειτουργεί υποστηρικτικά και ως προς την προοπτική της απρόσκοπτης κοινωνικής ένταξης των εξαρτημένων (Fosteri και Papanastasatos, 2002).

2.4.2. Έρευνες που εστιάζουν στο θεραπευτικό σύστημα

Ενώ τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού συστήματος συνθέτουν ένα πλέγμα σημαντικών συντελεστών που συνδέεται με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα υπό την έννοια ότι μπορεί να συμβάλλει ευνοϊκά στην παραμονή και την ολοκλήρωση της θεραπείας της εξάρτησης, λίγες μελέτες εστίασαν στη διερεύνηση των παραγόντων που καθορίζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναλύοντας την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία. Παρόλο που είναι μια κοινά αποδεκτή θέση ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας έχουν να κάνουν με τη προσφερόμενη υπηρεσία, την οργάνωσή της και τον τρόπο που σχεδιάζεται και υλοποιείται η θεραπευτική παρέμβαση δεν έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην αναζήτηση των παραμέτρων που συνδέονται με την ίδια τη θεραπεία. Στις λίγες μελέτες που συνδέονται με την αναζήτηση σταθερών που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα ξεχωρίζουν τέσσερις μεγάλες κατηγορίες που αφορούν το θεραπευτικό περιβάλλον και την ατμόσφαιρα που επικρατεί στη θεραπεία, τις θεραπευτικές μεθόδους που υιοθετούνται, τις διαδικασίες που συνδέονται με την εισαγωγή και το προσωπικό των θεραπευτικών προγραμμάτων (De Leon, 1985, Poulopoulos, 1998, Πουλόπουλος, 2005).

Η θεραπευτική κοινότητα πριν από οτιδήποτε άλλο αποτελεί ένα πλαίσιο οργάνωσης της καθημερινής ζωής στο οποίο καλείται να διαβιώσει ο εξυπηρετούμενος. Το στοιχείο της διαμονής αποτελεί για ένα μεγάλο μέρος των θεραπευτικών κοινοτήτων μια χαρακτηριστική σταθερά. Υπό αυτή την έννοια το θεραπευτικό περιβάλλον παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο ηθικό και την αυτοεκτίμηση κατά τη θεραπευτική διαδικασία που επηρεάζει σημαντικά την παραμονή και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ο Moos (1974) αναφέρει ότι τα θεραπευτικά προγράμματα διαμονής που έχουν υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων διακοπών παρουσιάζουν χαμηλή κοινωνική δραστηριότητα και αλληλεπίδραση με την ευρύτερη κοινότητα και δίνουν μικρή σημασία στην εμπλοκή των ατόμων με το σύστημα ενώ παράλληλα αποτελούν ένα αφιλόξενο περιβάλλον που διαμορφώνεται μεσω άβολων για τους εξυπηρετούμενους τυπικών διαδικασιών και το βασικό μέλημα του προσωπικού είναι οι εκροές από το πρόγραμμα (Moos, 1974· Bliss et al., 1976).

Στην προσπάθεια διερεύνησης της συμβολής του θεραπευτικού περιβάλλοντος στην αποτελεσματικότητα σχεδιάσθηκαν αρκετά εργαλεία που συνθετικά επιχειρούν την αποτύπωση της λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων σε τομείς όπως είναι ο τύπος και η ένταση των σχέσεων μεταξύ των θεραπευτών και των θεραπευομένων, η ατμόσφαιρα που προκύπτει στο θεραπευτικό περιβάλλον καθώς και τοι διαδικασίες ελέγχου που εφαρμόζει το σύστημα. Στα τρία αυτά επίπεδα μετρώνται τόσο η αντίληψη του προσωπικού των θεραπευτικών προγραμμάτων όσο και των ίδιων των εξυπηρετούμενων. Τα συνήθη εργαλεία είναι η κλίμακα COPES (Community Oriented Programmes Environment Scale) και η WAS (Ward Atmosphere Scale) ενώ, πιο πρόσφατα, εστιάζοντας στην καταλληλότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών που προφέρονται ως προς τις ανάγκες των εξυπηρετουμένων, αναπτύχθηκε και το TSR (Treatment Services Review) που βοηθά στην ταξινόμηση των ειδικών υπηρεσιών που παρέχονται από το πρόγραμμα και κάνει μια αναλυτική καταγραφή τους.

Χρησιμοποιώντας την κλίμακα COPES οι Penk και Robinowitz (1978-1979) μέτρησαν την αντίληψη του προσωπικού και των εξαρτημένων σχετικά με τις ψυχολογικές πτυχές του θεραπευτικού περιβάλλοντος σε μια νοσοκομειακού τύπου θεραπευτική κοινότητα. Σε ένα έτος συμμετείχαν 141 άτομα που εξέφρασαν την επιθυμία για ένα πρόγραμμα που θα είχε την ικανότητα να παρέχει συγχρόνως έλεγχο και ελευθερία στην έκφραση των συναισθημάτων.

Αξιολογώντας το θεραπευτικό περιβάλλον ο Murdock και οι συνεργάτες του (1980) χρησιμοποίησαν την ίδια κλίμακα στο Comprehensive Drug Programme στη Φλόριδα, συμπεριλαμβάνοντας στη μελέτη τους 238 άτομα σε θεραπεία και 55 άτομα που αποτελούσαν το προσωπικό οχτώ διαφορετικών προγραμμάτων που αποτελούνταν από θεραπευτικές κοινότητες, προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, προγράμματα ημερήσιας

φροντίδας και ανοικτά προγράμματα. Το βασικό εύρημα συνδέεται με το ότι γενικά οι χρήστες ουσιών που βρίσκονταν σε θεραπεία είχαν μια αντίληψη καλύτερη από αυτή των εξυπηρετουμένων από άλλες δομές ιατρικών ή ψυχιατρικών υπηρεσιών και ότι τα προγράμματα εκείνα όπου υπήρχε μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτών και εξυπηρετουμένων είχαν τη θετικότερη βαθμολογία (Murdock et al. 1980.)

Ο Bell (1983,1985) προσπάθησε να καθορίσει το κατά πόσο ανάλογες αρχές θεραπείας διαμορφώνουν όμοιο θεραπευτικό περιβάλλον συγκρίνοντας τρεις θεραπευτικές κοινότητες στην Great Washington DC, συμπεριλαμβάνοντας στη μελέτη του 166 εξυπηρετούμενους και 14 άτομα προσωπικού. Και οι τρεις θεραπευτικές κοινότητες μοιράζονταν ένα ανάλογο θεραπευτικό πλαίσιο. Ο έλεγχος από το προσωπικό και ο προσανατολισμός προς τα προσωπικά προβλήματα ήταν οι υψηλότερα βαθμολογημένες υποκλίμακες και για τις τρεις θεραπευτικές κοινότητες. Η αμέσως χαμηλότερη υποκλίμακα συνδέθηκε με την εμπλοκή, τον προσανατολισμό σε πρακτικά προβλήματα και θέματα που σχετίζονταν με το θυμό και την επιθετικότητα. Η χαμηλότερα βαθμολογημένη υποκλίμακα περιελάμβανε την τάξη και την οργάνωση, την υποστήριξη, τον αυθορμητισμό και την αυτονομία, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία δόθηκε στην καθαρότητα του προγράμματος. Οι δύο κοινότητες είχαν γενικά κοινά χαρακτηριστικά ενώ η τρίτη κατέδειξε καταπιεστικά χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούσε σημαντικά από τις δύο άλλες. Δύο χρόνια μετά την έρευνα που αναφέρθηκε έγινε εξέταση όλων των πρόωρων διακοπών από τις θεραπευτικές κοινότητες. Οι δύο θεραπευτικές κοινότητες που είχαν παρόμοια αποτελέσματα παρουσίαζαν και παρόμοια ποσοστά πρόωρων διακοπών σε αντίθεση με την τρίτη που είχε το πιο καταπιεστικό σχήμα και στην οποία κατεγράφησαν πολύ υψηλότερα ποσοστά διακοπών. Ο ερευνητής υποστήριξε ότι αυτό το ποσοστό των διακοπών στην πιο καταπιεστική θεραπευτική κοινότητα μπορεί να συνδέεται με την αντίδραση των εξυπηρετουμένων απέναντι σ' ένα γενικά επιβαρημένο θεραπευτικό περιβάλλον που τους καθιστούσε περισσότερο ευάλωτους στην πρόωρη διακοπή απ' ό,τι τους εξυπηρετούμενους στις άλλες δύο θεραπευτικές κοινότητες. Κατέληξε, επίσης, ότι η COPES αποτελεί ένα καλό εργαλείο για τη διερεύνηση της φύσης της θεραπείας που εφαρμόζεται από μέρους του ίδιου του προσωπικού και των εξυπηρετουμένων στην προοπτική εξέτασης πιθανών αλλαγών που θα επιθυμούσαν (Bell, 1983· 1985).

Σε μια μελέτη στην Πενσυλβάνια, ενταγμένα σε δέκα διαφορετικές κατηγορίες συμμετείχαν 77 θεραπευτικά προγράμματα που εξυπηρετούσαν 5.578 άτομα. Τα προγράμματα αυτά βαθμολογήθηκαν από μια διεπιστημονική επιτροπή εμπειρογνωμόνων μετά από τη συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένων εντύπων με λεπτομερή αναφορά που αφορούσε το πρόγραμμα, τις υπηρεσίες που παρέχονταν, την περιγραφή των εξυπηρετουμένων και του προσωπικού και τον τρόπο της χρηματοδότησής τους. Στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν και συνεντεύξεις που έγιναν απευθείας στους εξυπηρετούμενους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι λιγότερο από το ένα τρίτο των προγραμμάτων που συμμετείχαν βαθμολογήθηκε ικανοποιητικά και οι θεραπευτικές κοινότητες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από κάθε άλλο τύπο θεραπευτικού προγράμματος. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι οι υψηλότεροι δείκτες ποιότητας που αποδόθηκαν στις θεραπευτικές κοινότητες εξηγούνται από την ιδεολογική συγγένεια που κυριαρχούσε σ' αυτές, το κοινό σύστημα αξιών που μοιράζονταν, την αναλογία μεταξύ προσωπικού και εξυπηρετουμένων που έφτανε στο 1 προς 4 στις θεραπευτικές κοινότητες αντί του 1 προς 11 στα προγράμματα μεθαδόνης, στην αποτελεσματική διαχείριση του προγράμματος, τη σύνθεση του προσωπικού που περιελάμβανε στην περίπτωση των θεραπευτικών κοινοτήτων και πρώην εξαρτημένους και το μέγεθος του προγράμματος, αφού η θεραπευτική κοινότητα είχε μέσο δείκτη ημερήσιας πληρότητας 37 αντί 89 των προγραμμάτων μεθαδόνης (Glaser et al., 1974).

Βασικό στοιχείο στην έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής κοινότητας είναι οι θεραπευτικές μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Υποστηρίζεται ότι για να γίνει αντιληπτή η θεραπευτική κοινότητα θα πρέπει να νοηθεί από κοινού ως διαδικασία οργάνωσης και ως μέθοδος. Η ίδια η λειτουργία, δηλαδή, της θεραπευτικής κοινότητας ως οργανωτικού σχήματος εφαρμογής και υλοποίησης του θεραπευτικού σχεδιασμού αποτελεί

τη μέθοδο θεραπείας, δεδομένου ότι όλες οι δραστηριότητες που σχεδιάζονται ή συμβαίνουν εκεί έχουν ή παίρνουν ένα θεραπευτικό ή και εκπαιδευτικό χαρακτήρα με συγκεκριμένες αναμενόμενες εμφανείς και αναδεικνυόμενες επιπτώσεις και αποτελέσματα. (De Leon, 1997· 2000). Εξακολουθεί, πάντως, να θεωρείται ελάχιστα ασφαλής οποιαδήποτε σύνδεση με απομονωμένες τεχνικές που συνδέονται με το κάθε αποτέλεσμα ξεχωριστά (Allison και Hubbard, 1985). Παράλληλα, η μελέτη των επιμέρους στοιχείων της θεραπευτικής κοινότητας προσφέρουν σημαντικό έδαφος για αντιπαραθέσεις, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στην υιοθέτηση εκ μέρους της θεραπευτικής κοινότητας τεχνικών που αποτελούν χαρακτηριστικές πτυχές της λειτουργίας της.

Από τα πιο κλασικά εργαλεία που χρησιμοποιεί είναι ή συνάντηση αντιπαραθέσεων (encounter group) που ιστορικά ξεκινά συγχρόνως με τη θεραπευτική κοινότητα για εξαρτημένους και συνίσταται σε μια λεκτική επιθετική αντιπαράθεση που λαμβάνει χώρα σε πλαίσιο ασφάλειας μεταξύ των μελών της ομάδας και εστιάζει στη στάση «εδώ και τώρα». Η συνάντηση της ομάδας αντιπαραθέσεων ή αντιπαραθετική ομάδα είναι μια προγραμματισμένη διαδικασία που πραγματοποιείται δύο με τρεις φορές τη βδομάδα (Kooyman, 1992· Yablonsky, 1989). Αν και φαινομενικά η αντιπαράθεση αυτή μπορεί να συμβάλει στην διαμόρφωση συνθηκών εγκατάλειψης της θεραπείας, ο Poulopoulos (1998) δεν συσχετίζει τη συμμετοχή σε αντιπαραθετικές συναντήσεις με πρόωρη διακοπή από τη θεραπευτική κοινότητα (Poulopoulos, 1998). Από την άλλη μεριά στη διερεύνηση των στοιχείων που ικανοποιούν τους εξυπηρετούμενους σε όλες τις πιθανές επιμέρους εκδοχές της θεραπείας, όπως την αντιλαμβάνονται και τη βιώνουν στην έρευνα ικανοποίησης των ατόμων που δέχονται υπηρεσίες, το υψηλό ποσοστό φαίνεται να συνηγορεί με τη σκοπιμότητα και τη χρησιμότητα των αντιπαραθετικών ομάδων. Οι Ιατρίδης και Παπαναστασάτος (2002) σε μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των συμμετεχόντων σε θεραπευτική διαδικασία σε θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ αναφέρουν ότι η ικανοποίηση των εξυπηρετουμένων από τις τεχνικές θεραπείας που περιλαμβάνουν και την αντιπαραθετική ομάδα ως κύριο εργαλείο συγκεντρώνει σε υψηλό βαθμό την ικανοποίησή τους.

Μια από τις σημαντικές πτυχές της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η εισαγωγή στο θεραπευτικό πλαίσιο που στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί μια συμβολική αποδοχή του νέου μέλους από την κοινότητα. Η εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα συνήθως αποτελεί συνέχεια μια πρώτης φάσης προετοιμασίας και είναι σπάνιο το φαινόμενο να εισάγεται κάποιος απευθείας στη θεραπευτική κοινότητα. Τηρουμένων των αναλογιών μια τέτοια περίοδος, χωρίς όμως κατά τεκμήριο υποστηρικτική φάση θεραπείας, μπορεί να νοηθεί και η εγγραφή σε λίστες αναμονής σε προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη όταν οι θέσεις θεραπείας δεν επαρκούν.

Αν και έχει υποστηριχθεί ως μέθοδος αύξησης της παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία το να δυσκολεύει το θεραπευτικό πλαίσιο την εισαγωγή (Carroll, 1997), εγείρονται συχνά ανησυχίες από τους μελετητές σχετικά με τη συμβολή που έχει μια πιεστική διαδικασία εισαγωγής στην ενδεχόμενη πρόωρη διακοπή από το πρόγραμμα. Αναφέρουν μάλιστα ότι η επιτυχής ή ανεπιτυχής διαδικασία κατά την εισαγωγή μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόληψης της διακοπής (Poulopoulos, 1998) αλλά και από την άλλη να συνδεθεί με φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα, δεδομένου ότι την περίοδο που οι ενδιαφερόμενοι ζητούν θεραπεία διαθέτουν και τα υψηλότερα επίπεδα κινητοποίησης και μια δοκιμασία ως προς την προσδοκώμενη έναρξή της μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά (Carroll, 1997).

Οι Ravndal και Vaglum (1992) μελέτησαν διαφορετικούς τρόπους εισαγωγής στη θεραπευτική κοινότητα Phoenix House του Όσλο. Από τους διακόσιους εξαρτημένους που θα έκαναν εισαγωγή στην κοινότητα δημιουργήθηκε μια ομάδα εισαγωγής και οι υπόλοιποι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ενώ δεν υπήρξαν διαφορές στην αναλογία όσων τελικά εισήχθησαν στη θεραπευτική κοινότητα, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την παραμονή και την ολοκλήρωση της θεραπείας. Διπλάσιοι από την ομάδα ελέγχου ολοκλήρωσαν την

θεραπευτική φάση του ενός έτους. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η εισαγωγική φάση χρειάζεται να προετοιμάζει για την εισαγωγή στη θεραπευτική διαδικασία με μια στρατηγική που θα εκπαιδεύει τους εξυπηρετούμενους στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα τους επιτρέπουν να αποδέχονται τα αποτελέσματα της θεραπείας αντί να στοχεύουν στη μείωση των ποσοστών διακοπών από τη θεραπευτική κοινότητα.

Ανάλογα, οι Zweben και Li (1981) δοκίμασαν το πόσο βαραίνουν διάφορες συνεντεύξεις που μπορεί να πραγματοποιηθούν λίγο πριν από την εισαγωγή σε ανοικτό πρόγραμμα. Γενικά η συνέντευξη που χρησιμοποίησαν ήταν μια αμοιβαία προσπάθεια για την ανταλλαγή θεμάτων που σχετίζονταν με τη θεραπεία με λογική εκπαιδευτική για τους εξυπηρετούμενους. Χρησιμοποίησαν τρεις διαφορετικές ομάδες: Μια ομάδα στην οποία πραγματοποιήθηκε προσωπική συνέντευξη, μια που συμμετείχε σε ομαδική διαδικασία και μια ομάδα ελέγχου. Βρήκαν ότι τα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία ήταν μεγαλύτερα για όσους ήταν διαθέσιμοι να εμπλακούν με τη θεραπευτική διαδικασία αλλά εφόσον η διαδικασία της συνέντευξης συνόδευε τη διαδικασία εισαγωγής παρόλο που από μόνη της η συνέντευξη δεν αποτελούσε παράγοντα πρόληψης για τη διακοπή.

Σε μια μελέτη που επιχείρησε να διερευνήσει την πιθανότητα επιτυχούς εφαρμογής ενός πρωτοκόλλου που στόχευε στην αύξηση της παραμονής στη θεραπεία, οι Goldapple και Montgomery (1993) μέτρησαν σε μια θεραπευτική κοινότητα την επίπτωση μιας σύντομης γνωστικής και συμπεριφορικής παρέμβασης σε είκοσι δύο νέες εισαγωγές που τις χώρισαν σε δύο ομάδες. Αξιοποιώντας συμπεριφορικές μεθόδους όπως του μοντέλου της κοινωνικής μάθησης για την πρόληψη της υποτροπής (Marlat και Gordon, 1985) και τεχνικές γνωστικής προσέγγισης μια σταδιακή εκπαίδευση στην αλλαγή. Όλοι όσοι συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα τις πρώτες 60 μέρες αντί του 27% της ομάδας ελέγχου. Η μείωση της αντιπαράθεσης και η ανεκτικότητα στα πρώτα στάδια της θεραπείας, η εξατομίκευση της θεραπευτικής παρέμβασης στη βάση των αναγκών του εξυπηρετούμενου και η προσπάθεια από πλευράς προσωπικού να μειωθεί το άγχος και η πίεση μπορούν να ενισχύσουν την παραμονή ήταν τα βασικά συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η έρευνα.

Στην Ιταλία η μακρά περίοδος προετοιμασίας πριν από τη θεραπευτική κοινότητα φάνηκε να αυξάνει το χρόνο παραμονής (Kooyman, 1992). Αντίθετα, η παραμονή σε φάση προετοιμασίας πριν από τη θεραπευτική κοινότητα σε κατάσταση αναμονής χωρίς παρέμβαση που αντιλαμβάνονται ως βοήθεια οι εξυπηρετούμενοι φάνηκε ότι συνδέεται με αυξημένα ποσοστά διακοπής στη Βαλτιμόρη (Brown και συνεργάτες, 1989). Παράλληλα, στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι μεγάλα διαστήματα αναμονής πριν από τη θεραπευτική κοινότητα θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την εισαγωγή και υποστηρίχθηκε ότι η κλινική πρακτική χρειάζεται να αξιοποιεί την αρχική επιθυμία όσων ζητούν θεραπεία, αφού οι μεγάλες αναμονές δίνουν τη δυνατότητα στους ενδιαφερόμενους να αμφισβητήσουν τη δυνατότητα της θεραπείας να έχει σημαντικά αποτελέσματα σ΄ αυτούς.

Η Carroll (1997) στην ανασκόπησή της επισημαίνει ότι για την ενίσχυση του χρόνου παραμονής πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού, στην ομοιογένεια των εξυπηρετουμένων στο θεραπευτικό σύστημα καθώς και στα οργανωτικά θέματα του προγράμματος που μπορεί για παράδειγμα να παρέχει υποστήριξη σε μητέρες με παιδιά ή να λαμβάνει υπόψη την απόσταση κατοικίας του εξυπηρετουμένου από το πρόγραμμα για τις φάσεις που δεν έχει ακόμα ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα διαμονής (Carroll, 1997).

Σημαντική παράμετρο αποτελεί και το προσωπικό στη θεραπευτική κοινότητα. Συνήθως στο προσωπικό συμπεριλαμβάνονται επαγγελματίες και πρώην εκπαιδευμένοι χρήστες που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία. Το προσωπικό βρίσκεται παρόν ως λογική αρχή ανατροφοδότησης της αλλαγής των εξυπηρετουμένων και έχει την εποπτεία των θεραπευτικών διαδικασιών και των εργασιών που πραγματοποιούνται. Έχει την τελική ευθύνη για τη συμβουλευτική απέναντι στους εξυπηρετούμενους καθώς και των διαδικασιών

που συνδέονται με την τήρηση των στοιχείων όσον αφορά την πρόοδο της θεραπείας και της εφαρμογής του θεραπευτικού σχεδιασμού. Αποτελούν μοντέλα ρόλων και συνδέονται με τις προσδοκίες των εξυπηρετουμένων (De Leon, 1990· 2000).

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να συνδέουν τις απαιτούμενες ικανότητες των επαγγελματιών, την εκπαίδευση και την ακαδημαϊκή τους προέλευση με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων. Όταν διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα, δεν υπήρξε ένα συστηματικό συμπέρασμα που να συνδέει την παρουσία επαγγελματιών ή πρώην εξαρτημένων επαγγελματιών με την παραμονή ή τη βελτίωση των δεικτών μετά τη θεραπεία. Ωστόσο φαίνεται να βαραίνει στην παραμονή στη θεραπεία οποιαδήποτε εμφανής ή υπόγεια σύγκρουση που είναι δυνατό να επιφέρει η διαφορετικότητα των ειδικοτήτων που εργάζονται στη θεραπευτική κοινότητα (Hubbard και συνεργάτες, 1989· Allison και Hubbard, 1989).

Ένα ζήτημα πάντως που συνδέεται πάντως σημαντικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπευτική κοινότητας αποτελεί η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η ένταση της εργασίας στη θεραπευτική κοινότητα και η ίδια η φύση της που υπερβαίνει συστηματικά χαρακτηριστικά εργασιακού χώρου ευνοεί την επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, η συναισθηματική σχέση που προϋποθέτει η εργασία στη θεραπευτική κοινότητα συνδέεται με αναποτελεσματική υποστήριξη από πλευράς προσωπικού. Είναι, επίσης, δυνατό να υποτιμάται η διάσταση που υπάρχει στη σημασία των μοντέλων ρόλων και έτσι συχνά οι εξυπηρετούμενοι να μην έχουν πρότυπα με τα οποία να μπορούν να ταυτίζονται. Ο Freundenberg (1976) υποθέτει ότι η διακοπή των γυναικών από τη θεραπεία μπορεί να συνδέεται με την έλλειψη σχέσεων που μπορούν να αναπτύξουν οι γυναίκες με θεραπευτικό προσωπικό θηλυκού γένους.

Τόσο ο De Leon όσο και οι Anglin και Hser υποστήριξαν ότι η θεραπευτική επιτυχία μπορεί να συνδέεται με τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. Στις μελέτες τους καλύτερα αποτελέσματα συνδέονταν με υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής ευθύνης που αφορούσε τη λειτουργία της διάγνωσης και την οργάνωση αποδεκτού θεραπευτικού σχεδιασμού. Η ύπαρξη πάντως πρώην χρηστών σε θεραπευτικές κοινότητες φαίνεται να είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για την επιβίωσή τους πέρα από ένα χαρακτηριστικό. Ο Winick (1990) σύγκρινε δύο προγράμματα των οποίων το προσωπικό ήταν όλοι επαγγελματίες με δύο προγράμματα των οποίων το προσωπικό αποτελούνταν αποκλειστικά από πρώην εξαρτημένους. Δύο χρόνια μετά οι θεραπευτικές κοινότητες στις οποίες εργάζονταν πρώην εξαρτημένοι λειτουργούσαν κανονικά, ενώ οι δύο στις οποίες εργάζονταν επαγγελματίες είχαν διακόψει τη λειτουργία τους.

Σε γενικές γραμμές σήμερα η θεραπευτική κοινότητα αξιοποιεί ένα πλήθος ειδικοτήτων και οι διευθυντές τους τείνουν να είναι επαγγελματίες.

2.4.3. Η ανάγκη συνθετικής διερεύνησης

Στην έρευνα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης οι κατευθύνσεις μελέτης συγκεντρώνονται προς δύο κατευθύνσεις: τον εξυπηρετούμενο και τα χαρακτηριστικά του και τη θεραπευτική παρέμβαση με τα χαρακτηριστικά που τη συγκροτούν. Η έρευνα αποτελεσματικότητας, ωστόσο, χρειάζεται να συνθέσει τα δύο πεδία αυτά, ώστε να διαπιστώσει σε ποιο βαθμό τα χαρακτηριστικά των εξυπηρετουμένων συνδέονται με ευέλικτα θεραπευτικά πρωτόκολλα που απαντούν στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Τόσο η WHO όσο και οι οδηγίες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που παρουσιάσθηκαν από το EMCDDA αναγνωρίζουν ότι η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων οφείλει να συνδέεται με τις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων, ώστε να αποτελεί ένα σημαντικό ανατροφοδοτικό μηχανισμό που τελικά δρα θεραπευτικά (WHO, 2000· EMCDDA, 1997).

Τα μέρη της διαδικασίας της αξιολόγησης είναι οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι, το θεραπευτικό σύστημα ως υπηρεσία που παρέχεται και η διαδικασία υπό την έννοια της υλοποίησης αυτής της φροντίδας (EMCDDA, 1997).

Η ανάγκη της συνθετικής διερεύνησης οφείλει να διαθέτει εκτός από τα εργαλεία ποσοτικών μεθόδων, τα οποία επιτρέπουν την κατανόηση του εύρους της αποτελεσματικότητας συνδέοντας την κλινική πρακτική με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών, και εργαλεία που παρέχει η ποιοτική έρευνα ως μέθοδος που διερευνά την αιτία των φαινομένων. Ως εκ τούτου, η σε βάθος διερεύνηση με ποιοτικές μεθόδους έχει αναγνωρισθεί ως αναγκαιότητα πλέον και συνδράμει στην αποσαφήνιση πτυχών που προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα.

Θέματα όπως οι λόγοι της διακοπής, η διαχείριση της προσωπικής χρήσης μετά τη θεραπεία, οι τρόποι αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών που συνδέονται με την καθημερινή διαβίωση σ΄ ένα περιβάλλον που ευνοεί τη χρήση ουσιών καθιστά απαραίτητη και τη χρήση ποιοτικών μεθόδων έρευνας. Η σύνθεση αυτή των μεθόδων συνιστά ένα ευνοϊκό πεδίο για την από κοινού αξιοποίηση της πληροφορίας που προκύπτει και από τα τρία εμπλεκόμενα μέρη στη διαδικασία της αξιολόγησης του αποτελέσματος και αποτελεί ένα συστηματικό μηχανισμό σύντομης και σαφούς ανατροφοδότησης.

Η απαιτητικότητα και η πολυπλοκότητα της έρευνας αξιολόγησης του αποτελέσματος μπορεί να συνδέεται κατά ένα μέρος με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάσσονται σε θεραπευτική διαδικασία, καθώς τα περισσότερα από αυτά γρήγορα εγκαταλείπουν το θεραπευτικό πρόγραμμα και επιστρέφουν στη χρήση. Επομένως, οι ερευνητές αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες σε μια προσπάθεια να επικοινωνήσουν μαζί τους. Συχνά, επίσης, υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους εισάγονται και όσους εντοπίζονται και τελικά συμμετέχουν στην εξέταση της επανεκτίμησης της κατάστασής τους κατά τη διαδικασία της επαναληπτικής διερεύνησης. Εκτός απ' αυτό, η μεγαλύτερη δυσκολία στη διεξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων μελετών οφείλεται στην απουσία ενός θεωρητικού πλαισίου πάνω στο οποίο να στηρίζεται η εξήγηση του φαινομένου.

Συνήθως οι μελέτες που διεξάγονται είναι ποσοτικές, και στην προσπάθεια τους να κατανοήσουν τις παραμέτρους αποτελεσματικότητας της θεραπείας περιορίζονται σε δεδομένα που επιτρέπουν στατιστική επεξεργασία θεωρώντας τα ως τα μόνα καθαρά που συμβάλλουν στις μετρήσεις όπως και στα αρχεία που μπορεί να τηρούν τα θεραπευτικά προγράμματα. Αυτές οι μελέτες, όμως, δεν παρέχουν το είδος της πληροφόρησης που απαιτείται από τις θεραπευτικές κοινότητες, των οποίων η λειτουργία συνδέεται με μια διαρκή προσπάθεια διαμόρφωσης τεχνικών, ώστε να βελτιώσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και δεν βασίζονται σε καθαρά κλινικό και απαρέγκλιτο κλινικό πρωτόκολλο. Από την άλλη πλευρά, οι ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ουσιαστικά στην ερμηνεία του φαινομένου είναι σπάνιες σ' αυτόν τον τομέα.

Σύμφωνα με τις ποσοτικές έρευνες φαίνεται ότι ο χρόνος διακοπής των μελών από τη θεραπεία είναι προβλέψιμος, τα αίτια όμως που οδηγούν στη διακοπή παραμένουν ακόμη αδιευκρίνιστα. Γενικά, οι έρευνες δείχνουν ότι τα ετήσια ποσοστά διακοπών ποικίλουν στις θεραπευτικές κοινότητες από 10% έως 94% (Winick, 1990· Smart, 1976) αλλά η τάση που περιγράφει η καμπύλη της διακοπής παραμένει ίδια (De Leon, 1991· Kooyman, 1992· Πουλόπουλος, 2005). Η διακοπή από τη θεραπευτική διαδικασία είναι υψηλότερη στους τρεις πρώτους μήνες μετά από την εισαγωγή και μειώνεται αργότερα, ενώ γενικά η πιθανότητα για διακοπής μειώνεται όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα της παραμονής. Ο πρώτος μήνας από την εισαγωγή και ειδικότερα οι δύο πρώτες εβδομάδες, παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά διακοπών. Έτσι λοιπόν, για να ενισχυθεί ο εξυπηρετούμενος να παραμείνει στη θεραπεία είναι αναγκαίο να κατανοήσουμε το φαινόμενο των διακοπών.

Η έρευνα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών ενέχει και άλλες δυσκολίες. Μια επιπλέον δυσκολία αφορά στον ορισμό του φαινομένου της διακοπής. Συνήθως δίνονται δυο ορισμοί για να γίνει κατανοητό το φαινόμενο: Ο πρώτος αναφέρεται σε αυτούς που διακόπτουν από το πρόγραμμα επειδή έχουν παραβιάσει βασικούς κανονισμούς και ο δεύτερος σε αυτούς που το εγκαταλείπουν παρά τη συμβουλή του θεραπευτικού προσωπικού να παραμείνουν. Όμως, ορισμένες μελέτες (Sansone, 1980*)* εστιάζονται στην εθελοντική διακοπή και αποκλείουν την πρώτη περίπτωση.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η υπάρχουσα σύγχυση ανάμεσα στο μικτό και καθαρό ποσοστό διακοπής. Το μικτό ποσοστό διακοπής λαμβάνει υπόψη του όλες τις εισαγωγές και όλες τις διακοπές από τη θεραπεία, ενώ το καθαρό ποσοστό διακοπής εξετάζει το άτομο, παρά *τις* περιπτώσεις εισαγωγής και διακοπής. Καθώς κάποιοι από όσους διακόπτουν θα επιστρέψουν στη θεραπεία, το μικτό ποσοστό διακοπής είναι υψηλότερο απ' ό,τι το καθαρό. Σε αρκετές μελέτες ο διαχωρισμός ανάμεσα στο μικτό και καθαρό ποσοστό διακοπής δεν είναι σαφής.

Ο σαφής ορισμός των επανεισαγωγών αποτελεί ένα άλλο θέμα. Ο χρόνος κατά τον οποίο κάποιος μπορεί να θεωρηθεί ως επανεισαγωγή διαφέρει ανάμεσα στις μελέτες. Για παράδειγμα, ο Kooyman (1992) στην αξιολόγησή του μιλά για επανεισαγωγή όταν αναφέρεται σε εξυπηρετούμενους οι οποίοι είχαν διακόψει απ' το πρόγραμμα πάνω από έξι μήνες, πριν επιστρέψουν στη θεραπεία, ενώ αυτοί που είχαν μείνει μακριά απ' το πρόγραμμα για μικρότερη χρονική περίοδο, πριν επιστρέψουν, θεωρούνταν ως απλές εισαγωγές.

Το δείγμα των μελετών αποτελεί ένα άλλο ζήτημα. Πολλές θεραπευτικές κοινότητες έχουν μια μακρά λίστα αναμονής και οι εξυπηρετούμενοι πρέπει να περιμένουν στην εισαγωγική φάση για μήνες πριν την εισαγωγή. Στο χρονικό αυτό διάστημα μπορεί να κουραστούν και να ζητήσουν θεραπεία σ' ένα άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα ή να αλλάξουν γνώμη. Οι θεραπευτικές κοινότητες που δέχονται κάθε εξυπηρετούμενο που ζητά θεραπεία είναι πολύ λίγες. Συνήθως, ανάλογα με τις ισχύουσες αρχές ή τις προκαταλήψεις και τα ειδικά ενδιαφέροντα της κάθε θεραπευτικής κοινότητας, μερικά άτομα απορρίπτονται και δεν συμπεριλαμβάνονται στις μελέτες. Επομένως, το ερώτημα που γεννάται είναι, κατά πόσο οι εξυπηρετούμενοι που γίνονται δεκτοί στις θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού των χρηστών. Φαίνεται ότι το δείγμα αυτών που δέχονται θεραπεία σε μια θεραπευτική κοινότητα είναι συγκεκριμένο και έχει δεχθεί επιρροές από παράγοντες οι οποίοι τείνουν να ορίζουν τους εξυπηρετούμενους που είναι περισσότερο κινητοποιημένοι, προσαρμοστικοί ή κάτω από νομική πίεση. Οι περισσότερες μελέτες δεν έχουν περιγράψει τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που συμπεριλαμβάνονται σ΄ αυτές και δεν δίνουν πληροφόρηση για τη διακοπή των εξυπηρετουμένων κατά την εισαγωγική φάση. Αυτή η πληροφόρηση είναι αναγκαία για την αξιολόγηση της συνολικής αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής κοινότητας.

Επιπρόσθετα, κάποια προγράμματα μετρούν τα ποσοστά των διακοπών τους συμπεριλαμβάνοντας κάθε έναν ο οποίος περνά έστω και μια βραδιά στη θεραπευτική κοινότητα, ενώ άλλοι θεωρούν την πρώτη περίοδο σαν φάση αποτοξίνωσης. Όσοι φεύγουν από τις θεραπευτικές κοινότητες αυτή την περίοδο, κατατάσσονται ως μέλη της φάσης αποτοξίνωσης και όχι ως διακοπές από τη θεραπευτική κοινότητα. Τελικά, μερικά προγράμματα θεωρούν τη σωματική αποτοξίνωση προϋπόθεση για την εισαγωγή, ενώ άλλα δεν τη θεωρούν. Εκείνοι που έχουν αποτοξινωθεί πριν από την εισαγωγή στη θεραπεία ίσως έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες παραμονής απ' ό,τι οι εξυπηρετούμενοι που δεν έχουν αποτοξινωθεί. Ο χρόνος ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος έχει επίσης επηρεάσει το ποσοστό διακοπής.

Γιατί είναι σημαντικό να κατανοηθεί το φαινόμενο της διακοπής; Το ερώτημα έχει κλινική, οργανωτική και οικονομική σημασία. Σύμφωνα με τα προγράμματα αντιμετώπισης της

κατάχρησης ουσιών, είναι τρεις φορές πιθανότερο να παραμείνουν σε αποχή από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ένα χρόνο αργότερα όσοι έχουν ολοκληρώσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, σε σχέση με όσους το διέκοψαν (Baekeland και Lundwall, 1973, Baekeland et al. 1975).

Υποστηρίζεται ότι η διακοπή αντανακλά ένα φαινόμενο αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις μεταβλητές που ποικίλλουν, από τα χαρακτηριστικά του εξυπηρετούμενου έως το θεραπευτικό περιβάλλον. Σε ενίσχυση του παραπάνω έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη διαφωτιστική σύνδεση και των δύο αυτών πεδίων.

Η συνδυασμένη χρήση των ποσοτικών και ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της διακοπής. Η ποσοτική έρευνα μπορεί να προσφέρει απαντήσεις σχετικά με: το «ποιος», ενώ η ποιοτική μπορεί να διερευνήσει το «γιατί» κάποιος διακόπτει από τη θεραπεία.

Ενώ παραμένει αδιευκρίνιστο ποιες μεταβλητές επηρεάζουν τη διακοπή, οι περισσότερες απ΄ τις προηγούμενες μελέτες έχουν εστιάσει στα χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων. Αυτό συμβαίνει και σε άλλες έρευνες που αφορούν τη θεραπεία της χρήσης ναρκωτικών, την ψυχοθεραπεία, τις ιατρικές υπηρεσίες και το σχολείο. Η πιο συνήθης προσέγγιση θεωρεί ότι ο εξυπηρετούμενος και όχι το σύστημα έχει την ευθύνη για τη διακοπή από τη θεραπεία. Ο Gossop (1990) πρότεινε ότι η έρευνα θα πρέπει να κοιτά «μέσα» στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν ποιοι παράγοντες καθιστούν ικανούς κάποιους εξαρτημένους να ωφεληθούν από τη θεραπεία, ενώ άλλους όχι. Οι Allison και Hubbard (1985) στην εκτενή τους βιβλιογραφική αναφορά σχετικά με τη θεραπεία της κατάχρησης ναρκωτικών υποστηρίζουν ότι θεωρητικά ή εμπειρικά μοντέλα που αφορούν στις μεταβλητές ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο, τη θεραπεία και το αποτέλεσμα θα πρέπει να προτείνονται, έτσι ώστε να μπορούν να ελεγχθούν σε επόμενες μελέτες.

Σύμφωνα μ' αυτά, η ποιοτική έρευνα παρέχει μια βάση για διερεύνηση των θεμάτων που τέθηκαν παραπάνω, αφού οι ποσοτικές μελέτες εστιάζονται κυρίως στα χαρακτηριστικά του εξυπηρετούμενου και όχι στα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού συστήματος. Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του εξυπηρετούμενου, ούτε η έρευνα κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών ούτε η διερεύνηση ψυχολογικών μεταβλητών έχουν καταφέρει να δώσουν μια αποδεκτή εξήγηση του φαινομένου της διακοπής. Με σκοπό να αποδείξουν την εγκυρότητα της έρευνας, οι ποσοτικές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων. Θα πρέπει, όμως, να λάβουμε υπόψη μας ότι τα περισσότερα βιβλιογραφικά δεδομένα προέρχονται από έρευνα που έχει διεξαχθεί στις ΗΠΑ, χώρα η οποία έχει μια ισχυρή παράδοση στην ποσοτική έρευνα. Επιπλέον, η χρήση των ψυχομετρικών τεστ για την έρευνα της ψυχοπαθολογίας των ατόμων που διακόπτουν δεν παρέχει επαρκείς εξηγήσεις για το υπό μελέτη φαινόμενο. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι η έρευνα ακόμα και μέχρι πρόσφατα δεν επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ εξυπηρετούμενου και θεραπευτή.

Η χρήση της ποιοτικής έρευνας στην αναγνώριση των μεταβλητών που επιδρούν στα ποσοστά διακοπής και διερευνούν τη σχέση ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο, το θεραπευτή και ένα δεδομένο θεραπευτικό σύστημα, είναι τα μέσα που επιτρέπουν την κατανόηση του φαινομένου. Η ποιοτική έρευνα δεν χρειάζεται μεγάλο δείγμα για να προσεγγίσει ένα φαινόμενο αλλά απαιτεί ένα θεωρητικό πλαίσιο πάνω στο οποίο να μπορεί να βασιστεί ένα μοντέλο έρευνας και ανάλυσης.

Υπάρχουν βασικά τέσσερις τρόποι με τους οποίους, συνδυάζοντας τις δύο προσεγγίσεις, ποσοτική και ποιοτική, μπορούμε να έχουμε θετικά αποτελέσματα και στοχεύουν: στην κατανόηση των συνθηκών της διακοπής, στον εντοπισμό του χρόνου που πιθανόν να συμβεί η διακοπή και τι αποτέλεσμα έχει η μέχρι τότε θεραπευτική εμπειρία, στην αναγνώριση του πληθυσμού που αντιμετωπίζει μεγαλύτερο κίνδυνο να διακόψει και να έχει τη μικρότερη

ωφέλεια από τη θεραπευτική εμπειρία και στην κατανόηση της σπουδαιότητας συγκεκριμένων τρόπων παρέμβασης στους παράγοντες που μεγιστοποιούν το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το κόστος, από την άλλη πλευρά, που αφορά στη συνέντευξη καθώς επίσης και στη χρήση άλλων ερευνητικών μεθόδων έχει οδηγήσει στην εκτεταμένη χρήση των δεδομένων που προέρχονται από ερωτηματολόγια. Η χρήση, ωστόσο, των ερωτηματολογίων για τη συλλογή δεδομένων από ένα πληθυσμό εξαρτημένων από ναρκωτικά, θέτει σε αμφισβήτηση την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της μελέτης, ιδιαίτερα όταν ο εξυπηρετούμενος πρέπει να απαντήσει ενώ είναι υπό την επήρεια των ναρκωτικών. Με τη χρήση των συνεντεύξεων, η πιθανότητα λάθους περιορίζεται, ειδικότερα όταν ο ερευνητής έχει εμπειρία στην αντιμετώπιση των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων.

Όπως αναφέρεται παραπάνω, ένα ακόμη πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ερευνητής σχετίζεται με την προσέγγιση των ατόμων που έχουν διακόψει. Συνήθως, τα περισσότερα άτομα που διακόπτουν επιστρέφουν στα ναρκωτικά μέσα σε τρεις μήνες και επομένως δημιουργούνται δυσκολίες στο να έρθουν οι ερευνητές σε επαφή μαζί τους.

Επιπλέον, μια θεραπευτική κοινότητα έχει ειδική σύνθεση ανθρώπων. Η μελέτη θα πρέπει να περιλαμβάνει τα μέλη του προσωπικού, τα μέλη της κοινότητας καθώς επίσης και τα άτομα που διακόπτουν. Η μελέτη των παραπάνω παραγόντων της αλληλεπίδρασης μπορεί να οδηγήσει στην αναγνώριση των υποομάδων, που υπάρχουν μέσα σ' ένα θεραπευτικό σύστημα και των οποίων η συγκεκριμένη στάση και αξίες ασκούν μια ισχυρή επίδραση στα άτομα και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Μορφές προκαταλήψεων, προτιμήσεων και χαρακτηριστικών της κυρίαρχης ομάδας μπορεί να δώσουν περισσότερη πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά των ίδιων των ατόμων που έχουν περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από τη θεραπεία. Τα μεγάλα ποσοστά των διακοπών ανάμεσα στις γυναίκες, που θεωρούνται μειονότητα στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας, σχετίζονται περισσότερο με τις αξίες, τις στάσεις και τις προκαταλήψεις της κυρίαρχης ομάδας μέσα σ' ένα δεδομένο σύστημα, παρά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γυναικών και τη δυνατότητα που έχει η θεραπεία να προσφέρει σημαντικά αποτελέσματα.

Η πρόωρη διακοπή μπορεί να θεωρηθεί από κάποιους ως μια μορφή εξοστρακισμού από το σύστημα, που πραγματοποιείται με υπονοούμενα, σιωπηλές ή σαφείς διαδικασίες, παρά ως μια προσωπική απόφαση του εξυπηρετούμενου να αφήσει το θεραπευτικό σύστημα. Η αλληλεπίδραση μπορεί να συμβεί με πολλούς τρόπους που δεν είναι πάντα εμφανείς και επομένως δεν μπορούν να μετρηθούν με ποσοτικές μεθόδους έρευνας.

Είναι πάντως παραδεκτό ότι η διακοπή αντανακλά την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο, την ομάδα ομότιμων, τους θεραπευτές και την οικογένεια (ή άλλους σημαντικούς ανθρώπους) μέσα σ' ένα δεδομένο θεραπευτικό σύστημα. Στόχος της μελέτης του φαινομένου θα πρέπει να είναι η διερεύνηση της φύσης της παραπάνω αλληλεπίδρασης και ειδικότερα, η προσέγγιση αυτών των θεμάτων από την κοινωνικο-ψυχολογική σκοπιά. Η προοπτική της αλληλεπίδρασης που προτείνεται από μια τέτοια μελέτη αντιμετωπίζει όλα τα μέρη –εξυπηρετούμενους, θεραπευτές, μέλη οικογένειας- ως έγκυρες πηγές πληροφόρησης για τη δυναμική των σχέσεων που περιγράφουν και μορφοποιούν το φαινόμενο της διακοπής και της αξιοποίησης της θεραπείας υπό το πρίσμα μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής εμπειρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η έρευνα αξιολόγησης είναι ένα από τα σημαντικά πεδία επιστημολογικής αναφοράς, δεδομένης της σημασίας που έχει στην εφαρμογή πολιτικών. Στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί έναν από τους σημαντικούς άξονες που συνδέουν τη συλλογή δεδομένων και την αξιοποίησή τους με το αποτέλεσμα, το οποίο επί της ουσίας κρίνει την έκβαση των μοντέλων που εφαρμόζονται στην πράξη.

Αν για την έρευνα, ωστόσο, των φυσικών φαινομένων υπάρχει μια κοινή συνισταμένη που αποτελεί την επιστημονική και επιστημολογική βάση πάνω στην οποία συμφωνούνται μέθοδοι και μετρήσεις, στην κοινωνική έρευνα μια τέτοιου είδους συναίνεση δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί. Η συζήτηση σχετικά με τη σκοπιμότητα χρήσης ποσοτικών ή ποιοτικών μεθόδων στην κοινωνική έρευνα αποτελεί μια συνεχή ιστορική αντιπαράθεση που συνδέεται με θεμελιώδεις αφετηρίες προσέγγισης και σχολές σκέψης.

Αν και οι επιμέρους σχολές και επιστημολογικές προσεγγίσεις είναι πολλές και χρειάζονται συστηματική ανάλυση των σημαντικών ή λιγότερο σημαντικών διαφορών τους, η βασικότερη διάκριση που τις διαφοροποιεί έγκειται στην αναζήτηση μιας βάσης που επιτρέπει την ανάδειξη σημείων ομοιοτήτων και διαφορών στις μεθόδους διερεύνησης αφενός των φυσικών και αφετέρου των κοινωνικών φαινομένων. Από τη μια πλευρά, υποστηρίζεται ότι οι κοινωνικές επιστήμες είναι όμοιες με τις φυσικές τόσο σε ό,τι αφορά το επιστημολογικό πλαίσιο της έρευνας που τις τεκμηριώνει όσο και σε ό,τι αφορά τις μεθόδους μέσω των οποίων γενικεύονται οι παραδοχές της επιστήμης. Βασικός, επομένως, στόχος της επιστημονικής ενασχόλησης στην κοινωνική επιστήμη είναι ο καθορισμός καθολικών κανόνων που με φυσικό τρόπο κατανοούν, εξηγούν και ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα κοινωνικά συστήματα. Από την άλλη, ωστόσο, πλευρά, η παραδοσιακή κοινωνική επιστήμη, αποδίδοντας σεβασμό στην αυστηρότητα των νόμων και κανόνων που διέπει την έρευνα των φυσικών επιστημών, αναγνωρίζει μια παρόμοια ανάγκη για κατανόηση, ορθή περιγραφή και ερμηνεία και για ζητήματα που συνδέονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά και τονίζει ότι τα φυσικά φαινόμενα και τα φαινόμενα που προκαλούνται από ακούσιες μηχανικές αλληλεπιδράσεις διαφέρουν από τους ανθρώπους και τα ανθρώπινα συστήματα και τα φαινόμενα που ορίζουν. Επιπλέον, οι άνθρωποι και τα ανθρώπινα συστήματα διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με τις συνθήκες (χρονικές, τοπικές, πολιτισμικές) που ορίζουν τα φαινόμενα που τίθενται προς διερεύνηση.

Ο Ιατρίδης (2000) γι' αυτόν το γενικό διχοτομικό διαχωρισμό αναγνωρίζει ότι δύο, αντίθετης ροπής, κατευθύνσεις επιχειρούν να ορίσουν την επιστημολογία της έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες: ο θετικισμός και μεταθετικισμός. Απλουστεύοντας τον ενδιάμεσο χώρο που αφορά πολλές επιμέρους προσεγγίσεις και προοδευτικές μετακινήσεις, εκτιμά ότι παραδοσιακά η έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες ακολούθησε τη μεθοδολογία των φυσικών και των θετικών επιστημών. Ο θετικισμός υποστηρίζει, κατά τον Ιατρίδη, ότι η επιστήμη μπορεί να αντιληφθεί την πραγματικότητα μόνο δια της εμπειρικής γνώσης και ως εκ τούτου θέματα που συνδέονται με την ηθική ή τις αρχές αξιών δεν έχουν θέση στην κοινωνική έρευνα. Δεδομένου ότι οι στόχοι αποτελούν συστατικά που συνδέονται με τις αξίες και την ηθική, η έρευνα στην κοινωνική επιστήμη οφείλει να περιορίζεται στην επιλογή των μέσων αποκλείοντας τους στόχους. Υπό την έννοια αυτή η πραγματικότητα που βρίσκεται σε εξέταση οφείλει να είναι διακριτή και σε συστηματική απόσταση από τον ερευνητή, αφού γίνεται κατανοητή μέσω της αντικειμενικής παρατήρησης και ανεξάρτητα από τον ίδιο. Οι κοινωνικές επιστήμες μπορούν να είναι επιστήμες στο βαθμό που προσομοιάζουν με τη φυσική και τα μαθηματικά· έχουν, δηλαδή, τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν γενικούς νόμους. Ο μελετητής καταλήγει συμπερασματικά στο ότι ο θετικισμός, και ο εμπειρισμός που προϋποθέτει, τείνει στην επιλογή των μέσων αντί των στόχων, στην

τεχνολογία που θεωρεί ανεξάρτητη από την ηθική, τις αξίες, τις επιπτώσεις στο κοινωνικό σύστημα και στην κοινωνική δικαιοσύνη, με χαρακτηριστικό τη χρήση ποσοτικών δεδομένων. Επιπλέον, επικροτεί την απομόνωση του ερευνητή από το αντικείμενο της έρευνας. Στον αντίποδα του θετικισμού διακρίνεται ο μεταθετικισμός που συμπεριλαμβάνει αντιλήψεις που συνδέονται με τη φαινομενολογία, τον κονστρουκτιβισμό και τις κριτικές προσεγγίσεις προς το θετικισμό. Υποστηρίζει ότι η γνώση κατασκευάζεται μέσα στην κοινωνία και δεν έχει ανεξάρτητη υπόσταση αυθυπόστατων εννοιών υπό τη λογική ότι αποτελείται από το περιεχόμενο που δίνουν οι άνθρωποι σ΄ αυτό που δημιουργούν και εκφράζουν. Η γνώση είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης, έτσι, ανάμεσα σ΄ αυτό που εμπεδώνουν, των πιστεύω που φέρουν και των νέων ιδεών που παράγουν μπροστά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν. Κάτω από το πρίσμα αυτό, η εμπειρία βοηθά στη νοηματοδότηση που δίνουν οι άνθρωποι στα πράγματα και δεν συνδέεται με γενικούς και φυσικούς καθολικούς νόμους. Η λογική αυτή οδηγεί στο ότι η γνώση και η πραγματικότητα αποτελούν δυναμικές που είναι υποκειμενικές, προσωπικές ως προς το νόημά τους και προσωρινές. Η κριτική του μεταθετικισμού αποδίδει στο θετικισμό ότι αγνοεί πως η πραγματικότητα εξαρτάται από την ισχύουσα ιδεολογία και διαμορφώνεται από την κυρίαρχη κοινωνική ομάδα που συνδέει την ανάπτυξή της από το προσδοκώμενο όφελος που επιζητά· με τον τρόπο αυτό αντανακλά αξίες που έχουν προεπιλεγεί σε μια διαδικασία αξιολόγησης και αποκλεισμού. Κατά τον Ιατρίδη, ο θετικισμός δεν μπορεί να λύσει θέματα επιλογής μεταξύ αντίθετων κοινωνικών στόχων η κοινωνικής αλλαγής όσο και αν αυτοί οι στόχοι είναι επιθυμητοί, αφού εστιάζει στην επιλογή μέσων. Καταλήγει ότι στον πραγματικό κόσμο το να εστιάζει κανείς στην επιλογή των μέσων που δεν βασίζεται σε μια στρατηγική με σαφή στοχοθεσία μπορεί να επιφέρει σημαντικές ανισορροπίες, αφού δεν εξυπηρετεί στόχους αλλά τα ίδια τα μέσα (Ιατρίδης, 2000).

Σε κάθε περίπτωση η επιλογή του επιστημολογικού πλαισίου καθορίζει τη φύση, το χαρακτήρα και το αντικείμενο της έρευνας, ενώ παράλληλα οργανώνει τη μεθοδολογία της και ορίζει το ρόλο του ερευνητή. Συνθέτει, επιπρόσθετα, έναν τρόπο μέσω του οποίου αξιοποιεί τα αποτελέσματα της έρευνας στην κοινωνική πολιτική που έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κλινική πρακτική (Ιατρίδης και Παπαναστασάτος, 2002). Έτσι, παρά το ότι ο θετικισμός διατείνεται ότι η κοινωνική έρευνα οφείλει να είναι αντικειμενική και αποστασιοποιημένη και ότι η επιστήμη συγκροτείται στη βάση των ευρημάτων που αποτελούν την αλήθεια της έρευνας, όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ότι η επιστήμη οριοθετεί, σημασιοδοτεί και ως εκ τούτου προσδιορίζει το αντικείμενο της έρευνας σύμφωνα με τη μέθοδο και τα εργαλεία που επιλέγει ο φορέας που διερευνά. Καθιστά έτσι την αντικειμενικότητα ένα αποτέλεσμα κυριαρχίας και ισχύος που εξαρτάται από το ισχύον κάθε φορά και σε κάθε πραγματικότητα αξιακό σύστημα από το οποίο προκύπτει η κοινωνική επιστήμη (Ποταμιάνος και συν., 2000).

Οι Burrell και Morgan (1973) εντοπίζουν τέσσερις δέσμες παραδοχών που σχετίζονται με την διχοτομική ανάλυση που προηγήθηκε ως προς την κοινωνική επιστήμη, οι οποίες αφορούν την υποκειμενιστική ή αντικειμενιστική διάσταση, όπως την χαρακτηρίζουν: Η πρώτη δέσμη σχετίζεται με την οντολογία και αναδεικνύει το δίπολο νομιναλισμού (τα πράγματα ορίζονται από τις λέξεις και όχι από αυθύπαρκτες έννοιες) και ρεαλισμού (τα πράγματα υπάρχουν ανεξάρτητα από τη γνώση) αντίστοιχα για την υποκειμενιστική και την αντικειμενιστική προσέγγιση της κοινωνικής επιστήμης· η δεύτερη δέσμη αναφέρεται στην επιστημολογία που συγκροτεί την αντίθεση μεταξύ θετικισμού και *αντι*θετικισμού ή *μετα*θετικισμού· η τρίτη δέσμη συνδέεται με την αντίθεση της στάσης των ανθρώπων είτε ως αυτόνομη βούληση στο πλαίσιο της περιβάλλοντός τους είτε ως αυτόματη προδιαγεγραμμένη συμπεριφορά στο πλαίσιο των κανόνων του συστήματος που διαβιούν· και, τέλος, η τέταρτη συνδέεται συνλειτουργικά με τις προηγούμενες, αφού η επιλογή για τις προηγούμενες οντολογικές, επιστημολογικές ή συμπεριφορικές αντιθέσεις απεικονίζεται στις μεθοδολογικές προσεγγίσεις των ερευνητών οι οποίοι, αν αντιλαμβάνονται τον κόσμο της κοινωνίας ως φυσικό σύστημα, θα επιλέγουν μεθόδους που συνδέονται με απόφανση νόμων, θα επιτρέπουν οργάνωση γενικεύσεων και καθολικών μηχανισμών, θα συνδέονται με την ποσοτική μέθοδο

έρευνας (νομοθετική αντίληψη μεθόδου). Αντίθετα, αν υιοθετούν την αντίληψη που τονίζει τη σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας στην κατανόηση και τη δημιουργία του κοινωνικού συστήματος θα συνδέονται με την ποιοτική μέθοδο (ιδιογραφική αντίληψη μεθόδου).

Στην πραγματικότητα αυτή η διάσταση που εμφανίζεται ανάμεσα στις δύο αντίθετες πλευρές, σήμερα, αντιπροσωπεύει μια ιστορική διαδρομή της μεθοδολογίας της έρευνας που ακόμα γεννά αντιπαραθέσεις. Ήδη από το 1946 οι Merton και Kendall επισημαίνουν το πλαστό δίλημμα για την επιλογή αποκλειστικά μιας από τις δύο μεθόδους στην έρευνα, θεωρώντας ότι οι κοινωνικοί επιστήμονες οφείλουν να υπερβούν την ψευδή επιλογή ανάμεσα σε ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα στη διερεύνηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, δεδομένου ότι το βασικό ενδιαφέρον τους οφείλει να είναι η συνθετική συνδυαστική αξιοποίηση και των δύο σε μια διαδικασία που αξιοποιεί τα πολυτιμότερα χαρακτηριστικά της κάθε μεθόδου. Το πρόβλημα, αναφέρουν, βρίσκεται στο να καθορισθεί σε ποιο από τα πεδία, συνδυασμό ερωτημάτων και επίπεδα διερεύνησης είναι δόκιμη η χρήση και η υιοθέτηση της μιας ή της άλλης μεθοδολογικής προσέγγισης (Merton και Kendall, 1946).

Αυτή η ιδιότυπη διαμάχη όλο και περισσότερο υπερβαίνει τους τόπους από τους οποίους εκκινεί: Η αντικειμενικότητα με την οποία περιβάλλονται οι ποσοτικές μέθοδοι και η οποία αποτελεί το βασικό επιχείρημα των θετικιστικών προσεγγίσεων δοκιμάζεται από το γεγονός ότι το κοινωνικό φαινόμενο δεν είναι άμεσα επαναλήψιμο αναλόγως με το πώς τα φαινόμενα αναπαράγονται στο εργαστήριο. Ως εκ τούτου η ολιστική κατανόηση του φαινομένου ως συστήματος φαίνεται να δικαιολογεί την άποψη του Cronbach (1982) που υποστηρίζει ότι ένα καλό σχέδιο αξιολόγησης θα πρέπει να είναι πολύμορφο υπό την έννοια ότι οφείλει να συνδέει ποσοτικά (ή επιστημονικά *scientific*) με ποιοτικά (ή ανθρωπιστικά ή διαφωτιστικά - *illuminative*) στοιχεία, οι συντελεστές του να είναι τόσο πειραματικού *–experimental-* όσο και φυσικού *–naturalistic-* χαρακτήρα και οι στόχοι του να υπηρετούν τόσο τη διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα στην τελική αποτίμηση (Plewis και Preston, 2001).

Ο Webb και οι συνεργάτες (1966) του, από την άλλη μεριά, υποστήριξαν ότι οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να προσδώσουν αξιοπιστία στα ευρήματά τους και να τεκμηριώσουν με λιγότερες αντιθέσεις τις προτάσεις τους, όταν αυτά βασίζονται σε περισσότερες από μία μεθόδους διερεύνησης. Ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι θεώρησαν ότι αυξάνουν την αξιοπιστία της κοινωνικής έρευνας συνδέεται με την *τριγωνοποίηση (triangulation)* που περιλαμβάνει τη χρήση περισσοτέρων ερευνητικών εργαλείων και μεθόδων στη διαδικασία μέτρησης σημαντικών μεταβλητών που διερευνούν και η οποία συμπληρώνεται από ένα ευρύ φάσμα δεδομένων τα οποία χρειάζεται να συνδυασθούν και συνδέονται με πολλαπλή παρατήρηση, θεωρητικές προσεγγίσεις, πηγές δεδομένων, και μεθόδους (Denzin,1970). Στη βάση αυτή οι ερευνητές αντιλαμβάνονται την τριγωνοποίηση ως προοπτική που αναδεικνύει την αναγκαιότητα για χρήση περισσοτέρων ερευνητικών μεθόδων οι οποίες απαιτούν και τα ποιοτικά και τα ποσοτικά δεδομένα. Στο πλαίσιο αυτό η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα γίνονται αντιληπτές ως διαφορετικοί δρόμοι που εξετάζουν από κοινού το ίδιο ερευνητικό πρόβλημα.

Ο Bryman (1988) εκτός από την τριγωνοποίηση αναφέρει περισσότερα επίπεδα που συνδέουν την ποσοτική με τη ποιοτική μέθοδο και τις καθιστούν συμπληρωματικές και συχνά αλληλουποστηριζόμενες. Εκτιμά ότι ανάμεσα στις μεθόδους υφίσταται μια αμοιβαία σχέση διευκόλυνσης που είτε εκκινεί από την ποιοτική μέθοδο είτε από την ποσοτική, ισχύει αναλόγως. Έτσι αναφέρει ότι η ποιοτική μέθοδος διευκολύνει την ποσοτική υπό την έννοια κατ' αρχάς του ότι μπορεί να προμηθεύει βασικά ερευνητικά ερωτήματα ή υποθέσεις που τίθενται σε διερεύνηση και δοκιμασία. Ένα επιπλέον πεδίο ενίσχυσης της ποσοτικής έρευνας από την ποιοτική προσφέρεται από τη διαδικασία κατασκευής κλιμάκων και δεικτών που μπορούν να αξιοποιηθούν σε ποσοτικές μετρήσεις. Παράλληλα, σε γενικές γραμμές πολλές από τις τεχνικές ανάλυσης που χρησιμοποιούν αυστηρά ποσοτικά δεδομένα και συνδέονται με την κατασκευή μοντέλων (μοντέλα παλινδρόμησης, path analysis) βελτιώνει την ακρίβεια των μοντέλων που χρησιμοποιεί αξιοποιώντας την ποιοτική μέθοδο. Από την άλλη μεριά ο

τρόπος με τον οποίο μπορούν να αξιοποιηθούν τα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας συνδέεται με την περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των μεταβλητών μεταξύ τους, στην οποία πολύ συχνά η ποσοτική μέθοδος αδυνατεί να εμβαθύνει. Υπό την έννοια αυτή η συνδυαστική μέθοδος που συνθέτει τις δύο μεθοδολογικές προσεγγίσεις παράγει μια πιο σφαιρική και κυρίως ολοκληρωμένη εικόνα του αντικειμένου, του πεδίου ή της συμπεριφοράς που διερευνά. Επιπλέον, συχνά η ποιοτική μέθοδος περιγράφεται ως τρόπος απεικόνισης της διαδικασίας και της δυναμικής των φαινομένων ενώ η ποσοτική συνδράμει στην καλύτερη περιγραφή της δομής. Στο ίδιο πλαίσιο, η ποσοτική έρευνα θεωρήθηκε ότι δίνει μια στατική αποτύπωση του φαινομένου στο οποίο επικεντρώνεται, ενώ η ποιοτική αναδεικνύει τη διαδρομή που διανύεται ως δυναμική. Ο Bryman επικεντρώνεται, επίσης, στο γεγονός ότι οι ποσοτικές μέθοδοι στον τρόπο με τον οποίο επιλέγουν τα εργαλεία που θα χρησιμοποιήσουν αντιπροσωπεύουν εντέλει την άποψη των ερευνητών, ενώ αντίθετα η ποιοτική μέθοδος επιτρέπει την ανάδειξη των αντιλήψεων των υποκειμένων της έρευνας. Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων σχετίζεται με την ενοποίηση των δύο πηγών ανάδειξης των αντιλήψεων σε ένα κοινό ερευνητικό πρόγραμμα. Με τη συνδυαστική μέθοδο, επιπρόσθετα, αντιμετωπίζονται και σημαντικές επιφυλάξεις που αφορούν τη μεθοδολογική προκατάληψη της γενίκευσης των ευρημάτων για την οποία συχνά δέχεται κριτική η ποιοτική μέθοδος ,υπό την έννοια της ενδεχόμενης μεροληψίας κατά την ανάλυση των δεδομένων. Το ζήτημα πάλι είναι ότι στην δεδομένη περίπτωση η ανάλυση αναδεικνύεται από τους συμμετέχοντες και δε βασίζεται σ' ένα μεθοδολογικό προσχέδιο. Συχνά, ο συνδυασμός των δύο μεθόδων απαιτεί τη συγκρότηση ενός σχεδίου σταδίων όπου η μία μέθοδος συλλογής δεδομένων ακολουθεί την άλλη, χτίζοντας εντέλει τη μελέτη από το *μικρο*επίπεδο στο *μακρο*επίπεδο της διερευνητικής διαδικασίας. Άλλοτε πάλι στην ίδια διαδικασία ερευνητικής δράσης ενοποιείται η ποσοτική με την ποιοτική μέθοδο σε ένα υβριδικού τύπου ερευνητικό σχέδιο που περιλαμβάνει ταυτόχρονα και συλλογή και ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Αν και είναι σπάνια τέτοιου είδους ερευνητικά προγράμματα, για την πραγματοποίησή τους χρειάζεται σημαντική επένδυση σε χρόνο και κόστος, ιδιαίτερα στην εκπαίδευση του ερευνητή ή των ερευνητών που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα (Bryman, 1988).

Σε γενικές γραμμές, αν και συχνά αναδεικνύονται οι διαφορές και οι αδυναμίες των δύο μεθοδολογικών προσεγγίσεων, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αναφέρονται στις ομοιότητες που μπορούν να έχουν επιχειρώντας τη διερεύνηση κοινών αντικειμένων όπως επίσης και στη συμπληρωματικότητα που προσφέρει ο συνδυασμός τους. Όλο και περισσότερο γίνεται αντιληπτό ότι πέραν των καθαρά τεχνικών μηχανισμών επιλογής της μιας ή της άλλη μεθόδου, η διαμάχη που αρκετές φορές διαχωρίζει την ποσοτική από την ποιοτική μέθοδο, αποτυπώνει μια σειρά επιλογές άλλου τύπου (φιλοσοφική, ιδεολογική ή οικονομική) που έχει ως συνέπεια την μεθοδολογική επιλογή και δεν καθορίζεται από το είδος της έρευνας, το ερευνητικό ερώτημα, ή ακόμα και τα διαθέσιμα στοιχεία και δεδομένα. Η κάθε στρατηγική, επομένως, οφείλει να επιλέγει τα μέσα της μεθόδου της χωρίς αποκλεισμούς αλλά με γνώση των ορίων και των περιορισμών που χαρακτηρίζουν την κάθε μέθοδο (Bryman, 1988).

Αν και η κυρίαρχη μεθοδολογική προσέγγιση στην έρευνα για τις ψυχοδραστικές ουσίες κυριαρχείται από την ποσοτική μέθοδο όλο και περισσότερα ερευνητικά προγράμματα βασισμένα σε ποιοτικές μεθόδους πραγματοποιούνται με στόχο την καλύτερη κατανόηση της χρήσης ουσιών και της αντιμετώπισής της (Rhodes, 2000). Παρ' όλα αυτά η ποσοτική μέθοδος που δανείζεται σχηματικά τον τρόπο σχεδιασμού της έρευνας αξιολόγησης από τα πειραματικά μοντέλα αποτελεσματικότητας της ιατρικής πράξης (*randomized clinical trial*) αμφισβητείται ως προς τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητά της ως μεθοδολογίας όταν χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση των προγραμμάτων απεξάρτησης. Πρακτικοί, ηθικοί και οικονομικοί λόγοι συχνά αποδυναμώνουν την έρευνα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας, όταν βασίζεται στα πειραματικά μοντέλα που προέρχονται από τα λογικά μοντέλα μεθόδου της ιατρικής έρευνας. Παράλληλα, ενώ αναγνωρίζεται η χρησιμότητα που μπορεί να έχουν οι ποσοτικές μετρήσεις που βασίζονται στην αυτοαναφορά, επισημαίνεται η κρισιμότητα που έχει η ποιοτική μέθοδος στην κατανόηση, τη

δημιουργία συνδέσεων μεταξύ μεταβλητών και την ερμηνεία της επίπτωσης που μπορεί να έχει η θεραπευτική εμπειρία για τους εξυπηρετούμενους στα θεραπευτικά προγράμματα (Hough, 2000).

Στο πλαίσιο όλων των προηγουμένων, από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στον τομέα της τοξικοεξάρτησης είναι η μέθοδος η οποία χρησιμοποιούμε για να διερευνήσουμε τις σχέσεις που υπάρχουν (Shore, 1990). Οι έρευνες αξιολόγησης και αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης που τείνουν να περιορίζονται στην εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων, όπως αυτή επιτρέπει την εκτίμηση του εύρους της διαφοράς σε συγκεκριμένους δείκτες, όλο και περισσότερο γίνεται αντιληπτή μέσω των περιορισμών της ως προς την κατανόηση των βασικών ερωτημάτων που καλείται να απαντήσει τόσο σε ό,τι αφορά την οριστικότητα που έχουν τα συμπεράσματα όσο και την πιθανότητά να χρησιμοποιούνται με όρους που αποτελούν αυθαίρετη ερμηνεία (Hough, 2000). Έτσι, η ανασκόπηση της χρησιμότητας και των αποτελεσμάτων αυτής της προσέγγισης, αποκαλύπτει την αναγκαιότητα για παράλληλη χρήση και ποιοτικών μεθόδων, με στόχο την καλύτερη κατανόηση και ερμηνεία των φαινομένων που σχετίζονται με την κατάσταση της εξάρτησης και τη διαδικασία απεξάρτησης (EMCDDA, 2000).

Κάτω από αυτό το πρίσμα, ενώ υπάρχουν πάρα πολλές ποσοτικές έρευνες που αναδεικνύουν ότι το πρόβλημα της εξάρτησης είναι πράγματι ένα πρόβλημα πολυπαραγοντικό, είναι λίγες οι μελέτες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις σχέσεις αυτών των παραγόντων που ευθύνονται για το φαινόμενο (Hammersley, 1992· Bryman, 1988). Επίσης, είναι λίγες και οι μελέτες που λαμβάνουν πραγματικά υπόψη αυτό που τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται ως πρόβλημα, και ίσως και τη λύση που τα ίδια τα άτομα θεωρούν ότι μπορούν να δώσουν στο πρόβλημά τους (Tversky & Kahneman, 1974).

Επιχειρώντας την συνοπτική καταγραφή των πλεονεκτημάτων των ποσοτικών και των ποιοτικών μεθόδων έρευνας, αναφέρεται ότι η ποσοτική μέθοδος χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητά της να εξηγεί ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα, να γενικεύει και να διατυπώνει κανόνες για την ανθρώπινη συμπεριφορά, αναγκαστικά, όμως, θυσιάζοντας το βάθος της διερεύνησης για το εύρος της ισχύος των ευρημάτων. Η ποσοτική μέθοδος, επιπλέον, επιχειρεί να αναδεικνύει τους σημαντικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν τα φαινόμενα ή τις ομάδες και τις σχέσεις ανάμεσά τους αλλά αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους αυτές οι σχέσεις δημιουργούνται ή υφίστανται. Από την άλλη μεριά η ποιοτική μέθοδος προτείνεται ως καταλληλότερη για τη διερεύνηση ευαίσθητων και κρίσιμων πεδίων που συνδέονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά, επιχειρεί να κατανοήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά υπό το πρίσμα της οποίας το κάθε υποκείμενο την επενδύει δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στο βάθος της διερεύνησης και ως εκ τούτου υποβαθμίζει το εύρος της διερεύνησης και καταλήγει να χαράζει πολιτιστικές νόρμες και δομές που συνδέονται με την οδό που διατρέχουν τα άτομα διαμέσου των δομών που διαβιούν, αναπτύσσονται και σχετίζονται (Παπαναστασάτος και Τσιμπουκλή, 1995).

Το σημαντικό για την παρούσα μελέτη είναι να διερευνηθεί το πώς αντιλαμβάνονται οι ερωτώμενοι τα στοιχεία για το ίδιο το θεραπευτικό σύστημα, πώς το αξιολογούν πέντε χρόνια μετά από την ένταξή τους σε αυτό, ποιες καταστάσεις κρίσης τούς συνδέουν με τη θεραπευτική τους εμπειρία και πώς τις αξιολογούν. Στο επίκεντρο, δηλαδή, του ενδιαφέροντος αυτής της μελέτης τίθενται ζητήματα που αφορούν στο πώς οι ίδιοι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη θεραπεία, σε τι είδους κρίσιμες επιλογές οδηγούνται και για ποιους λόγους μέσα από την προσπάθεια απεξάρτησής τους και πώς αντιμετωπίζουν αυτήν την κρίσιμη κατάσταση. Έτσι, ο βασικός στόχος του εγχειρήματος αφορά στην προσπάθεια κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς από την πλευρά, όμως, του ερωτώμενου.

Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων υπό την έννοια αυτή προκύπτει ως η καλύτερη πρακτική για την προσέγγιση των επιμέρους στόχων της έρευνας (Τσιμπουκλή, 2002), δεδομένου ότι τα βασικά ερωτήματα σχετίζονται με την κατανόηση της χρήσης ουσιών και των προβλημάτων

που συνδέονται με αυτή, με τη διερεύνηση του πώς οι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται την εμπειρία της χρήσης, δηλαδή, ποιες είναι οι απόψεις που έχουν οι ίδιοι γι' αυτή, τον εντοπισμό κάποιων υπο-ομάδων του πληθυσμού με άξονα τα κοινά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, με τον εντοπισμό κάποιων καταστάσεων κρίσης, όπως ορίζονται από τους ίδιους τους ερωτώμενους κατά τη διαδικασία αλλαγών την περίοδο της θεραπείας τους, με τους τρόπους αλλά και τη στρατηγική αντιμετώπισής τους ανά περίπτωση, και τέλος με τη συλλογή δεδομένων που περιγράφουν τις συνθήκες της εξάρτησης και της διαδικασίας απεξάρτησης, αναδεικνύοντας την ποικιλομορφία και την πολυπλοκότητα των εμπειριών.

3.2. ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα σχέδια έρευνας αποτελεσματικότητας έχουν περιορισμένη ποικιλία. Το είδος του αντικειμένου στο οποίο εστιάζουν κατά τη διερεύνηση οι ερευνητές, ο πληθυσμός που συμμετέχει καθώς και οι συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιείται η έρευνα αξιολόγησης του αποτελέσματος της θεραπείας είναι μερικά μόνον από τα στοιχεία που συμβάλλουν στην επιλογή συγκεκριμένων σχεδίων. Τα ερευνητικά σχέδια που έχουν εφαρμοσθεί στις έρευνες που ήδη έχουν προαναφερθεί αλλά και σε πλήθος άλλων (Kokkevi, 1999· Hendriks, 1999, Simpson και Sells, 1982· Gossop, Mardsen Stewart, 2001) περιλαμβάνονται στη στρατηγική έρευνας που διεξάγεται στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον, είναι έρευνες φυσικού πεδίου (νατουραλιστικά, *naturalistic*) που δίνουν τη δυνατότητα συγκρίσεων (*comparative measurement*) ανάμεσα στην κατάσταση που καταγράφεται πριν από τη θεραπεία και επανεξετάζεται μετά βασίζοντας τις μετρήσεις σ' ένα σχεδιασμό προ- και μεταδοκιμασίας (*pre-post design*). Τυπικά η έρευνα αξιολόγησης της θεραπείας της εξάρτησης βασίζεται σε αυτό το μοντέλο διερεύνησης και διακρίνεται, ανάλογα με το δείγμα των ατόμων που συμμετέχουν, σε ευρείας κλίμακας ανασκοπήσεις (*large scale surveys*), όταν το δείγμα είναι μεγάλο, ή σε στοχευμένες μελέτες, όταν το δείγμα περιορίζεται σε μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Παράλληλα, αναφορικά με τον αριθμό των προγραμμάτων που συμμετέχουν μπορεί να είναι έρευνα αξιολόγησης ενός μόνον (*single site evaluation research*) ή μεγαλύτερου αριθμού θεραπευτικών προγραμμάτων (*multi site evaluation research*) που ενδέχεται να περιλαμβάνει και διαφόρων τύπων θεραπευτικά προγράμματα. Επιπλέον, σε σχέση με το χρόνο της επανεξέτασης τα σχέδια έρευνας είναι μελέτες διαχρονικής εξέτασης μακράς διάρκειας (*longitudinal studies*), σε παρακολούθηση με συντομότερο χρονικό ορίζοντα (*short term outcome, short term follow up*) ή ακόμα και μελέτη των αλλαγών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης (*follow up during treatment*), σε μελέτες που μπορεί να προβλέπουν συγχρονικές μετρήσεις (*cross sectional measurments*) σε υποομάδες με βάση ειδικά κριτήρια για τη στρωματοποίηση που επιλέγουν (McLellan, 1996). Τέλος, σε σχέση με την κατεύθυνση μεθόδου των μετρήσεων διακρίνονται σε προοπτικές έρευνες (*prospective design*), όπου τα υποκείμενα εντάσσονται στο ερευνητικό πρωτόκολλο από την έναρξη της θεραπείας τους, σε αναδρομικές μελέτες *(retrospective design*), όπου η μέτρηση της επανεξέτασης πραγματοποιείται με ερευνητικό πρωτόκολλο στο οποίο οι συμμετέχοντες εντάσσονται κάποια χρονική στιγμή μεταγενέστερη της εισαγωγής τους για θεραπεία –υπάρχουν, ωστόσο, δεδομένα που αφορούν την κατάσταση κατά την εισαγωγή τους- ή σε εκ των υστέρων σχέδια (*ex post facto design*) που επιχειρούν να μετρήσουν μόνον τα αποτελέσματα της θεραπείας μέσω της κατάστασης που παρουσιάζουν τα άτομα ένα διάστημα μετά τη θεραπευτική παρέμβαση (Robson, 1993· Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

Συχνά αναφέρεται ο ισχυρισμός ότι στη γενική πρακτική στα ερευνητικά σχέδια στη μεθοδολογία της έρευνας αξιολόγησης των προγραμμάτων απεξάρτησης δεν εφαρμόζονται τα πειραματικά μοντέλα ποσοτικών μετρήσεων που θεωρούνται και τα εγκυρότερα στην μέτρηση αποτελεσματικότητας στο χώρο της ιατρικής και της υγείας γενικότερα. Το γεγονός ότι δεν εφαρμόζονται τα πειραματικά μοντέλα που συνδέονται με την παράδοση της κλινικής έρευνας εκτιμάται ότι αποδυναμώνει τα ευρήματα που εξάγονται από την έρευνα στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, συμβάλλει στο γεγονός ότι αν και η θεραπεία της εξάρτησης προκύπτει ως αποτελεσματική, τα στοιχεία που την καθιστούν αποτελεσματική

παραμένουν αδιευκρίνιστα, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται το *μαύρο κουτί* της θεραπείας (De Leon, 2000· Hendriks, 1999) και να παραμένουν ασαφείς οι παράγοντες αποτελεσματικότητας τόσο της θεραπείας ως συνόλου όσο και των επιμέρους θεραπευτικών επιλογών που περιλαμβάνονται στο θεραπευτική διαδικασία που ακολουθείται. Η κριτική που ασκείται αναφέρεται στην έλλειψη της τυχαίας δειγματοληψίας (*randomization*) των ατόμων που περιλαμβάνονται στο πρωτόκολλο αλλά και των ομάδων ελέγχου (*control groups*) που θα ενισχύσουν την πεποίθηση ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν οφείλονται στη θεραπευτική παρέμβαση. Επιπλέον, οι γενικές περιγραφές των συντελούμενων παρεμβάσεων στη διάρκεια της θεραπείας, που σε μεγάλο βαθμό έχουν πολλές διαφορές από το ένα θεραπευτικό πλαίσιο στο άλλο ή διαφοροποιούνται ως προς τη φάση της θεραπείας στην οποία εφαρμόζονται, σε συνδυασμό με τα μεγάλα, συνήθως, διαστήματα που μεσολαβούν μεταξύ των μετρήσεων διερεύνησης της αποτελεσματικότητας, δεν επιτρέπουν τον έλεγχο εξωτερικών μεταβλητών όπως και η μεταβλητότητα της παρέμβασης ως παράγοντα που επηρεάζει το αποτέλεσμα (Mariani, 1999).

Αν και στις φυσικές επιστήμες η έρευνα πειραματικών σχεδίων έχει συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη της γνώσης, η *in vitro* ερευνητική διαδικασία είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί στη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων. Σε γενικές γραμμές, οι ερευνητές που επικεντρώνονται στην έρευνα αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος της θεραπείας της εξάρτησης αναγνωρίζουν αυτό που αξιωματικά ισχύει στην κοινωνική έρευνα και το οποίο αποκλείει το πειραματικό παράδειγμα όπως εφαρμόζεται στις φυσικές επιστήμες. Στην κλινική ιατρική συχνά χρησιμοποιείται το πειραματικό μοντέλο με τυχαίο και ελεγχόμενο δείγμα (*randomized control design*) χωρίς να δημιουργεί σημαντικά προβλήματα, γιατί εφαρμόζεται σε πειραματόζωα των οποίων η καμπύλη μάθησης (*learning curve*) εύκολα διακόπτεται με τη θανάτωσή τους, ώστε κάτι το οποίο έγινε γνωστό σε μια ομάδα που χρησιμοποιήθηκε στο πείραμα να μη μεταφερθεί σε άλλο μέρος του πληθυσμού που είναι υποψήφιο για νέο πείραμα. Πέραν των προβλημάτων που ήδη εγείρονται από τη βιοηθική ακόμα και για τη χρησιμοποίηση πειραματόζωων στις πειραματικές έρευνες, είναι αυτονόητο ότι το πειραματικό μοντέλο δεν έχει εφαρμογή στους ανθρώπους. Και όταν ακόμα τα τελευταία στάδια της κλινικής έρευνας μεταφέρονται σε ανθρώπους, αυτό που αξιολογείται σε ένα νέο φάρμακο για παράδειγμα που δοκιμάζεται, είναι η αποτελεσματικότητά του· το μοντέλο αξιολόγησης τότε είναι πειραματικό με ομάδα ελέγχου για τον απόλυτο έλεγχο των αποτελεσμάτων (Fridell, 1999). Ακόμα, πάντως, και κάτω από αυτές τις συνθήκες τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι ακίνδυνα όπως επισημαίνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 2006· Melander και συνεργάτες, 2003· Lexcin et al., 2003).

Πολλά είναι τα εμπόδια που δεν επιτρέπουν τη χρήση πειραματικών σχεδίων στην έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης. Υπάρχουν μάλιστα και αυτοί που υποστηρίζουν ότι η πειραματική έρευνα αντενδείκνυται, δεδομένων των δυσκολιών προσομοίωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος της εξάρτησης με τις εργαστηριακές συνθήκες που προϋποθέτει το πειραματικό μοντέλο. Ελάχιστοι εξυπηρετούμενοι είναι δυνατό, για παράδειγμα, να εξετασθούν στο σύνολο των μεταβλητών και των συνθηκών που συνδέονται με τη θεραπεία. Παράλληλα, ενώ μεταβλητές που παραμένουν σταθερές και αφορούν την οργάνωση της παρεχόμενης θεραπείας θα πρέπει να ενταχθούν στις μετρήσεις, η θεραπευτική παρέμβαση της απεξάρτησης είναι μια δυναμική, συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία και ως εκ τούτου τα θεραπευτικά προγράμματα δεν εφαρμόζουν σταθερές και άκαμπτες πρακτικές. Επιπλέον, η επανεξέταση που γίνεται αρκετά χρόνια μετά τη θεραπευτική εμπειρία δεν είναι δυνατό να αναδείξει, να διερευνήσει και να κατανοήσει το σύνολο των παραγόντων που επηρεάζουν το αποτέλεσμα ανάμεσα στη θεραπεία και τη επανεξέταση. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην εγκυρότητα της έρευνας που βασίζεται στο πειραματικό μοντέλο και έτσι η εφαρμογή του μπορεί να θεωρηθεί αδόκιμη (Fridell, 1999).

Τα εμπόδια που συνδέονται με το αδόκιμο της χρήσης των πειραματικών μοντέλων συνδέονται με τρία επίπεδα. Καταρχάς, ηθικού τύπου περιορισμοί, δευτερευόντως, πρακτικά

θέματα και τέλος, θέματα λογικής (De Leon, 1994). Στο επίπεδο της ηθικής, η τυχαία τοποθέτηση ατόμων σε μια ομάδα ελέγχου που παραμένει εκτός θεραπείας ή δέχεται λιγότερη ή ψευδή (*placebo*) θεραπευτική παρέμβαση, αποτελεί μια μη αποδεκτή κατάσταση, δεδομένου ότι εκθέτει σε σημαντικούς κινδύνους τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας. Σε πρακτικό επίπεδο δεν είναι δυνατό, σε καμία περίπτωση, να αποφευχθούν ανεπιθύμητες μεταβολές στα δείγματα των ομάδων όπως διαμορφώθηκαν από το σχέδιο έρευνας. Είναι, δηλαδή, πολύ πιθανό τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα που δεν δέχεται θεραπεία να υποχρεωθεί σε θεραπευτική παρέμβαση είτε από το ποινικό σύστημα είτε από το στενό του περιβάλλον είτε από ωρίμανση της απόφασής τους μεσούσης της δοκιμασίας και να ακυρώσουν τη συμμετοχή τους με αποτέλεσμα την αύξηση της εσωτερικής διακύμανσης στην ομάδα. Στο επίπεδο των περιορισμών που αφορούν τη λογική όσοι ζητούν θεραπεία έχουν προσωπικά κριτήρια ως προς την επιλογή του προγράμματος και αυτό αντανακλάται στην προτίμησή τους για ένα συγκεκριμένου τύπου πρόγραμμα, στο επίπεδο της απόφασής τους για θεραπεία και στο βαθμό της ετοιμότητάς τους για δέσμευση, το οποίο αποτελεί και παράγοντα ενίσχυσης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ανατρέποντας τεχνητά αυτά τα δεδομένα με τοποθέτηση των ατόμων σε ομάδες πειραματικές και ομάδες ελέγχου με τυχαίο τρόπο, διαμορφώνονται συνθήκες που επηρεάζουν αντί να αξιολογούν το αποτέλεσμα. Υπό την έννοια αυτή, η αυτόβουλη επιλογή του προγράμματος από όσους εντάσσονται σε θεραπεία αποτελεί από μόνη της προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αντί πρόβλημα. Επιπλέον, και οι θέσεις των κλινικών αλλά και των εξυπηρετουμένων διαφέρουν από τη λειτουργική δομή των πειραματικών σχεδίων που αφορά στην τυχαία τοποθέτηση και παρακολούθηση των εξυπηρετουμένων, υπό την έννοια ότι και οι δύο πλευρές αντιλαμβάνονται τη θεραπεία ως μια συνεχή διαπραγμάτευση που ακυρώνεται από την αναγκαστική επιλογή που το ερευνητικό πρωτόκολλο προβλέπει. Αν στα προηγούμενα προστεθεί το γεγονός ότι συχνά η εισαγωγή σ΄ ένα θεραπευτικό πρόγραμμα είναι απαίτηση του ποινικού συστήματος, η τοποθέτηση σε διαφορετικό πλαίσιο θεραπείας με βάση τις αρχές του ερευνητικού πρωτοκόλλου είναι προφανές ότι δεν μπορεί να γίνει εύκολα αποδεκτή από το δικαστικό λειτουργό (Hendriks, 1999· De Leon et al., 1995· Hough, 2000).

Η ποιότητα, πάντως, κάθε μελέτης αξιολόγησης του αποτελέσματος στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον ενισχύεται από συγκεκριμένα κριτήρια που οφείλουν να περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό, ανεξάρτητα από το σχέδιο έρευνας που εφαρμόζεται. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται πρωτίστως η χρήση σταθμισμένων και αξιόπιστων εργαλείων των οποίων η αξιοποίηση σε προηγούμενες έρευνες αναδεικνύει την εγκυρότητά τους και τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των εξυπηρετουμένων και ομάδων εξυπηρετουμένων (Fridell, 1999). Παράλληλα, είναι σημαντικό να αποσαφηνίζεται το θεραπευτικό πρωτόκολλο, δηλαδή το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η θεραπευτική υπηρεσία. Από το πλαίσιο αυτό, εξαρτώνται οι βασικοί στόχοι γύρω από τους οποίους αποφαίνεται η αποτελεσματικότητα και, ως εκ τούτου, η λεπτομερής καταγραφή και αποσαφήνιση των κεντρικών και μειζόνων στόχων πρέπει να αποτελεί μέρος του σχεδιασμού. Είναι, επίσης, σημαντικό να υπάρχουν σαφή κριτήρια επιλογής των υποκειμένων της έρευνας καθώς και μια καθαρή εξήγηση των πιθανών αποκλεισμών από αυτή (Mariani, 1999). Επιπροσθέτως, πρέπει να καταγράφονται οι αλλαγές στο θεραπευτικό πρωτόκολλο που συνδέονται με τη δυναμική και τη συνεχή προσαρμογή του, όπως προαναφέρθηκε. Έτσι αποφεύγονται στρεβλώσεις που επέρχονται στο πρωτόκολλο εξαιτίας πρόσθετων διαγνωστικών ή θεραπευτικών παραγόντων και αποτελούν ανεπιθύμητη επίπτωση στην ερευνητική διεργασία λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στην κλινική πράξη. Σημαντικότατο θέμα αποτελεί, ιδιαίτερα στη διαδικασία ανάλυσης, η διακοπή της θεραπείας η οποία γεννά σημαντικές δομικές και λειτουργικές διαιρέσεις του πληθυσμού ή του δείγματος που εξετάζεται, δημιουργώντας υποομάδες που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή στην ανάλυση. Υπό την έννοια αυτή η έρευνα αποτελεσματικότητας με επανεξέταση οφείλει να έχει αξιόπιστα ποσοστά ανταπόκρισης κατά την επανεξέταση και να μην περιορίζεται σε όσους ολοκληρώνουν το θεραπευτικό πρόγραμμα (*survivors*) που συνήθως είναι ευκολότερο να εντοπισθούν και να συμμετάσχουν σε διαδικασίες επανεξέτασης, επιπλέον να έχουν και καλύτερα αποτελέσματα (Giele και Elder Jr, 1998). Τέλος, είναι σημαντικό να ελέγχεται το

κλίμα και η ατμόσφαιρα του θεραπευτικού περιβάλλοντος τα οποία συνδέονται με τη χρήση μεθόδων που επιτρέπουν στους εξυπηρετούμενους να πλαισιώσουν την αξιολόγηση με προσωπικές υποκειμενικές γνώμες που τις συσχετίζουν με τη θεραπευτική τους πορεία και το αποτέλεσμά της όπως το βιώνουν.

Για όλα τα παραπάνω, το σχέδιο της παρούσας έρευνας δομήθηκε στη βάση του αναδρομικού μοντέλου (*retrospective design*) της επανεξέτασης όσων εισήχθησαν για θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων πέντε με έξι χρόνια πριν την επανεξέταση. Πρόκειται για ένα σχέδιο που διερευνά το αποτέλεσμα της θεραπείας στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον (*naturalistic*) και επιχειρεί να μετρήσει τις διαφορές που παρουσιάζουν τα άτομα που δέχθηκαν θεραπεία για απεξάρτηση, συγκρίνοντας κατ' αντιπαράθεση τις μετρήσεις της επανεξέτασης με εκείνες που καταγράφηκαν την περίοδο της εισαγωγής τους στη θεραπεία βασισμένες στο μοντέλο διαφορών στις μετρήσεις της προδοκιμασίας και της μεταδοκιμασίας (*pre-post test*). Η πενταετής επανεξέταση (*5-years follow up*) έγινε χωρίς ενδιάμεσες εξετάσεις για το σύνολο των συμμετεχόντων. Η πρωτοτυπία του σχεδίου έγκειται στη μικτή τεχνική των μεθόδων που χρησιμοποιεί αξιοποιώντας την ποσοτική σε συνδυασμό με την ποιοτική μέθοδο σ' ένα ερευνητικό μοντέλο που είναι γνωστό ως ισότιμη χρήση μικτής μεθόδου (*equal status mixed method design*) όπου ο ίδιος ερευνητής στη μελέτη χρησιμοποιεί ταυτόχρονα και ισότιμα την ποσοτική και την ποιοτική προσέγγιση διερεύνησης ώστε από κοινού να συμβάλουν οι δύο προσεγγίσεις στην κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου (Tashakkori και Teddlie, 1998).

Τα βασικά ερωτήματα, η μέθοδος επιλογής και η περιγραφή του δείγματος σε σχέση με τον πληθυσμό, η περιγραφή των εργαλείων καθώς και θέματα δεοντολογίας που ανέκυψαν κατά την εφαρμογή του συγκεκριμένου ερευνητικού σχεδίου παρουσιάζονται αναλυτικά στα επιμέρους υποκεφάλαια που ακολουθούν.

3.2.1. Βασικά ερωτήματα

Τα βασικά ερωτήματα στην παρούσα μελέτη αφορούν περισσότερα από ένα επίπεδα. Συνοπτικά το κύριο μέρος της διερεύνησης θα επιχειρήσει να απαντήσει στα παρακάτω:

- Ποια είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας και πώς ορίζεται;
- Πόσο επηρεάζει το αποτέλεσμα ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία;
- Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν και ποιες είναι αυτές;
- Υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα ανάμεσα στις επιμέρους κατηγορίες των θεραπευτικών κοινοτήτων;
- Ποια είναι η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη θεραπευτική τους εμπειρία;
- Τι προτείνουν οι συμμετέχοντες για τη βελτίωση της θεραπευτικής πρακτικής στη θεραπευτική κοινότητα;

Πρωτίστως, λοιπόν, εξετάζονται οι διαφορές που καταγράφονται στη συμπεριφορά της χρήσης ουσιών ανάμεσα στις δύο περιόδους εξέτασης: την εισαγωγή στη θεραπευτική διαδικασία και την μετά από πέντε ή έξι χρόνια επανεξέταση. Είναι προφανές ότι στον τύπο αυτής της μέτρησης οι εν λόγω διαφορές εκλαμβάνονται ως το αποτέλεσμα της θεραπείας και αποτελούν την εξαρτημένη μεταβλητή. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν: διαφορές στη συχνότητα και την ποσότητα της χρήσης ουσιών, αναδεικνύονται ανάμεσα στις δύο μετρήσεις και διαφορές στον τρόπο χρήσης και τις συμπεριφορές υψηλής επικινδυνότητας κατά τη χρήση ουσιών.

Στη συνέχεια ελέγχεται το ποιες διαφορές συνδέονται με το αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας ανεξάρτητες μεταβλητές, το φύλο, την ηλικία, την κύρια ουσία κατάχρησης, το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία, την εκπαίδευση, την παραβατική συμπεριφορά, τα ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα. Για την καλύτερη κατανόηση και τη ανάδειξη των πιθανών ομοιοτήτων και διαφορών χρησιμοποιείται μια διχοτόμος που αφορά την αποχή ή τη χρήση ουσιών με τρόπο που να σχηματοποιεί τα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας.

Με δεδομένο ότι τα θεραπευτικά προγράμματα βασίζονται στο κλασικό μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας που περιλαμβάνει σαφείς και αρκετά σταθερές πρακτικές, ελέγχεται επίσης, η σημαντικότητα των εφαρμογών που οργανώνει το μοντέλο. Έτσι για όλα τα παραπάνω διερευνώνται οι διαφορές της αποτελεσματικότητας μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων διαμονής σε σχέση με τις θεραπευτικές κοινότητες ημερήσιας φροντίδας καθώς και ενδεχόμενες διαφορές αποτελεσματικότητας ανάμεσα στις θεραπευτικές κοινότητες για ενήλικες και εφήβους.

Η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη θεραπευτική τους εμπειρία είναι ένα σημαντικό πεδίο επιπλέον διερεύνησης, δεδομένου ότι μπορεί να λειτουργήσει επεξηγηματικά στο πώς ορίζεται η αποτελεσματικότητα, καθώς αναδεικνύει τον τρόπο που εκλαμβάνεται και νοηματοδοτείται η θεραπεία από τους εξυπηρετούμενους. Τέσσερα επίπεδα διερευνώνται σε μια προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας της αποτελεσματικότητας αξιοποιώντας την εμπειρία των ερωτώμενων. Πρώτο, οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι εξυπηρετούμενοι στη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος· δεύτερο, ο τρόπος με τον οποίο βίωσε και ανταποκρίθηκε-αντέδρασε στη θεραπευτική αυτή εμπειρία ο κάθε συμμετέχων· τρίτο, η αντίληψη των συμμετεχόντων για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής πρακτικής στην μετά τη θεραπεία περίοδο ως προς την επιτυχή αντιμετώπιση σημαντικών και κρίσιμων προσωπικών καταστάσεων με εφόδια που οι ίδιοι αποδίδουν στη θεραπεία· και τέταρτο, οι προτάσεις για το θεραπευτικό πρόγραμμα τις οποίες καταθέτουν οι εξυπηρετούμενοι και αφορούν τόσο αλλαγές που θεωρούν απαραίτητες όσο και χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που εκτιμούν ότι πρέπει να παραμείνουν ως έχουν.

Για το πρώτο μέρος των ερωτημάτων οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα και αφορούν την ανάλυση ποσοτικών δεδομένων. Για την ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης, όπως περιγράφεται στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

Για το δεύτερο μέρος των ερωτημάτων που συνδέεται με τη μαρτυρία της θεραπευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων και τη γνώμη τους για το θεραπευτικό πρόγραμμα η διερεύνηση βασίστηκε στην ποιοτική μέθοδο και αξιοποίησε την σε βάθος εστιασμένη συνέντευξη, η οποία επίσης παρουσιάζεται στη συνέχεια.

Η διεθνής εμπειρία συγκλίνει στο ότι η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που συνδέεται και επηρεάζει διάφορα επίπεδα της ζωής του εξαρτημένου ατόμου. Το λογικό μοντέλο της θεραπευτικής παρέμβασης που παρέχεται στη θεραπευτική κοινότητα έχει στόχο τη βελτίωση συνολικά της ζωής του ατόμου και αναφέρεται ειδικότερα στην ενίσχυση των παραγόντων και των συνθηκών που συμβάλλουν στην ευημερία και τη λειτουργικότητά του σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Από αυτή την άποψη, η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας οφείλει να εξετάσει τις μεταβολές και τις αλλαγές που επιτυγχάνονται στην κατάσταση των ατόμων σε όλους αυτούς τους τομείς όπου ενδεχομένως παρατηρείται βλάβη που προκαλεί η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση.

Η έρευνα αποτελεσματικότητας, υπό την έννοια αυτή, οφείλει να διερευνήσει το σύνολο των παραμέτρων που συνθέτουν το αποτέλεσμα της θεραπείας. Έτσι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας δεν περιορίζεται μόνον στην κλασική προοπτική διερεύνησης του κριτηρίου της χρήσης ουσιών μετά τη θεραπεία υπό το πρίσμα της αποχής από τη χρήση παρανόμων

ψυχοδραστικών ουσιών. Αντίθετα, πολλαπλά κριτήρια συνθέτουν το τελικό αποτέλεσμα που συνδέει τη θεραπεία με την επιτυχημένη της έκβαση ως θετικές επιπτώσεις που αφορούν το σύνολο των πεδίων που ελέγχονται (Fridell, 1999). Επιπλέον, στο βαθμό του δυνατού, οι έρευνες αποτελεσματικότητας δεν περιγράφουν απλώς τις θετικές αλλαγές στην κατάσταση των ερωτώμενων, αλλά επιχειρούν να τεκμηριώσουν το κατά πόσον η θεραπευτική διαδικασία έχει προκαλέσει ή έχει συμβάλει σε αυτές τις αλλαγές (WHO, 2000).

Τα κεντρικά ερωτήματα, πάντως, των προσπαθειών της έρευνας αποτελεσματικότητας εξακολουθούν να συνδέονται με το κατά πόσο λειτουργεί η θεραπεία και τι είναι επιτυχής θεραπεία· πώς λειτουργεί η θεραπεία και ποια είναι τα δραστικά συστατικά της· ποιος τύπος θεραπείας λειτουργεί και για ποιον κάθε φορά (Hendriks, 1999). Παρόλο που υπάρχει μια σαφής παραδοχή του ότι η θεραπεία της εξάρτησης λειτουργεί, ερωτήματα που αποσαφηνίζουν την αποτελεσματικότητα παραμένουν εν πολλοίς ανοικτά και αφορούν τόσο εμπειρικά δεδομένα όσο και θέματα που σχετίζονται με τις αρχές της θεραπευτικής παρέμβασης και το είδος των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, για παράδειγμα: Υπάρχει ένα θεραπευτικό μοντέλο κατάλληλο για όλους, και αν όχι, ποιο μοντέλο είναι αποτελεσματικό για ποιον τύπο εξαρτημένου; Ποιο είναι το ζητούμενο στη θεραπεία της εξάρτησης και ποιος θα θεωρηθεί τελικά απεξαρτημένος; Η θεραπεία της εξάρτησης υφίσταται μόνον ως αυτόβουλη επιλογή ή μπορεί να είναι αποτελεσματική όταν παρέχεται και κάτω από εξωτερική θεσμική πίεση όπως η αναγκαστική θεραπεία; Η μέτρηση του αποτελέσματος θα πρέπει να προσανατολίζεται στην πλήρη αποχή από τη χρήση ουσιών ή συγκροτεί αποτελεσματικότητα και η ελεγχόμενη χρήση; (Miller και Sanchez-Craig, 1996· McLellan, 2002· Bean και Nemitz, 2004· Hendriks, 1999).

Στο πλαίσιο όλων των προηγουμένων, η παρούσα έρευνα, που επιχειρεί να απαντήσει στα βασικά ερωτήματα που προαναφέρθηκαν, επιτρέπει μεταξύ άλλων να οριστούν τρόποι που μπορεί να κάνουν πιθανή την προσπάθεια απάντησης στις προαναφερόμενες ανοικτές υποθέσεις της έρευνας αποτελεσματικότητας, τουλάχιστον στην ελληνική πραγματικότητα. Κι αυτό γιατί η απάντηση στα βασικά ερωτήματα που διαχειρίζεται στοχεύει:

- στο να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βάση την κατάσταση των ατόμων σε τομείς που αφορούν όχι μόνον στη χρήση ουσιών, αλλά και στην επαγγελματική και οικονομική τους κατάσταση, την παραβατικότητα, τη σωματική και ψυχική υγεία, και τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις τους.
- στο να αξιολογηθεί ο βαθμός επίδρασης και η επίπτωση της θεραπευτικής εμπειρίας στην οργάνωση της καθημερινής ζωής των ατόμων ως προς την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν δυσκολίες, εμπόδια και προκλήσεις μετά την απομάκρυνσή τους από το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- στο να αποτυπώσει τις ροές των ατόμων που εισέρχονται (και πολλές φορές επανεισέρχονται) σε κάποια στιγμή της ζωής τους στο θεραπευτικό σύστημα και ακολουθούν διαφορετικές διαδρομές μετά την απομάκρυνσή τους από αυτό.
- στο να διερευνήσει την αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και επιλογών και εξωγενών παραγόντων (συνθήκες και καταστάσεις του περιβάλλοντος), σε σχέση και πέρα από την επίδραση της θεραπείας, στη διαμόρφωση της πορείας του ατόμου ως προς την εξάρτηση και τη διαδικασία απεξάρτησης πριν και μετά τη θεραπευτική εμπειρία.
- στο να αποτυπωθεί ο βαθμός της κοινωνικής ένταξης όσων εξαρτημένων βίωσαν τη θεραπευτική εμπειρία της απεξάρτησης ως προς τα βασικά κριτήριά της που συνδέονται με την κοινωνική επανένταξη: επαγγελματική αποκατάσταση, οικονομική αυτονομία, βελτίωση της υγείας τους, προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα.
- στο να αναδειχθεί, τέλος, ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι βίωσαν αυτή τη θεραπευτική εμπειρία ως προς τη οργάνωση του συστήματος που τους παρείχε τη θεραπευτική υποστήριξη και τη σύνδεσή του με στοιχεία που ευνόησαν την παραμονή τους στο

θεραπευτικό πρόγραμμα ή τους οδήγησαν σε διακοπή του, απομονώνοντας έτσι, ανάλογα με την κατάσταση τους κατά την επανεξέταση, παράγοντες του θεραπευτικού συστήματος που συνέβαλαν σ΄ αυτήν.

3.2.2. Συνδυασμός μεθόδων

Όπως προαναφέρθηκε η έρευνα αποτελεσματικότητας σχεδιάστηκε σύμφωνα με την τεχνική της επανεξέτασης των ατόμων που εντάχθηκαν σε θεραπευτικό πλαίσιο, η οποία αποτελεί, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, έναν από τους πιο έγκυρους μηχανισμούς επανελέγχου (EMCDDA 1999, WHO 1999, Samsha 1997, Ovretveit, 1998). Ο στόχος της έρευνας είναι να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ εξετάζοντας την κατάσταση των ατόμων πέντε με έξι χρόνια μετά την εισαγωγή τους σε κάποια από τις θεραπευτικές κοινότητες. Για να προσδιοριστεί η κατάσταση των ατόμων, ελέγχεται η χρήση ουσιών που κάνουν σε σχέση με την περίοδο της εισαγωγής τους, η παραβατική τους συμπεριφορά πριν από τη θεραπευτική εμπειρία και μετά από αυτήν, η επαγγελματική τους κατάσταση και οι διαφορές που έχει συγκρινόμενη με την περίοδο πριν τη θεραπευτική εμπειρία, η λειτουργικότητας των οικογενειακών και των κοινωνικών σχέσεων, η ενδεχόμενη αλλαγή στους δείκτες της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και άλλοι τομείς της ζωής τους. Αυτοί οι τομείς αποτελούν τα πεδία διερεύνησης διαμορφώνοντας μια πλήρη σύνθεση της εικόνας που περιγράφει την κατάσταση του πρώην εξαρτημένου και συγκρίνεται με την αντίστοιχη που παρουσίαζε πριν από τη θεραπευτική εμπειρία. Για τους σκοπούς της έρευνας, επιλέχτηκαν για κάθε πεδίο συγκεκριμένες μεταβλητές που εξετάστηκαν, τέτοιες που να επιτρέπουν την πολυδιάστατη προσέγγιση της κατάστασης των ερωτώμενων.

Οι μεταβλητές αυτές χωρισμένες σε κατηγορίες συνθέτουν μια γενική εικόνα σε κάθε τομέα με στόχο τη συγκρισιμότητα της στάσης και των αλλαγών που έχουν επιτευχθεί. Η συνεκτίμηση όλων των βασικών χαρακτηριστικών που περιγράφουν την κατάσταση του ερωτώμενου στα υπό εξέταση πεδία γίνεται με ένα συγκεκριμένο τρόπο που επιτρέπει την εκτίμηση του βαθμού σοβαρότητας των προβλημάτων σε κάθε τομέα, ώστε να είναι δυνατή και η γενική σύνθεση. Υπό την έννοια αυτή ποσοτικοποιημένοι δείκτες επιτρέπουν την ανάδειξη των διαφορών που καταγράφονται χωρίς να γίνεται σε βάθος μέτρηση δεικτών με ειδικά εργαλεία.

Η βασική προσέγγιση, που ελέγχεται με τη χρήση ποσοτικών πληροφοριών, συμπληρώθηκε από την ποιοτική διερεύνηση στοιχείων που φωτίζουν και άλλες πλευρές της κατάστασης και της πορείας των ερωτώμενων καθώς και της επίδρασης της θεραπευτικής εμπειρίας στη διαμόρφωση αυτής. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε παράλληλη ποιοτική μελέτη για την διερεύνηση του τρόπου διαχείρισης της κρίσης και της αντίληψης των θεραπευομένων για το θεραπευτικό σύστημα. Έτσι, το ποσοτικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (το EuropAsi), είναι σταθμισμένο και δοκιμασμένο για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε τέτοιου τύπου μελέτες (McLellan 1980, 1981, 1983, 1992), ενώ η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων έγινε παράλληλα, αξιοποιώντας την προσωπική σε βάθος εστιασμένη συνέντευξη και εστιάζοντας στις παραμέτρους της θεραπευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται (Robson, 1993· Mishler,1986· Λυδάκη, 2001).

Με τη χρήση του ποσοτικού εργαλείου διερευνάται το *τι* και το *πόσο* στην επανεξέταση ενώ με τη χρήση της ποιοτικής μεθόδου επιχειρείται η εμβάθυνση το *γιατί* και το *πώς* της κατάστασης που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες. Με άλλα λόγια, μέσω των ποσοτικών δεδομένων που συλλέχθηκαν με την ημιδομημένη συνέντευξη απαντώνται τα ερωτήματα που συνδέονται με τη ποσότητα και τη συχνότητα της χρήσης ουσιών μετά τη θεραπεία μέχρι την επανεξέταση καθώς και μεταβλητές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών είτε ως επίπτωση είτε ως παράγοντες που χαρακτηρίζουν ή συμβάλλουν στον προσδιορισμό συγκεκριμένων

ομαδοποιημένων προτύπων συμπεριφοράς. Με την ποιοτική μέθοδο εξετάζεται η γνώμη των συμμετεχόντων και εξηγείται από μέρους τους τόσο η στάση τους κατά τη θεραπευτική διαδικασία, συνδέοντας την πορεία τους με στοιχεία που δικαιολογούν την παραμονή τους ή την ενδεχόμενη πρόωρη διακοπή της θεραπείας, όσο και η ύστερη κατάστασή τους σε σχέση με δεξιότητες ή αδυναμίες που συσχετίζουν με τη θεραπευτική τους εμπειρία. Όλο αυτό το υλικό συνδέεται τέλος με προτάσεις που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες καταθέτουν για τη βελτίωση της θεραπευτικής πρακτικής στη θεραπευτική κοινότητα καθώς και με την αναφορά σημαντικών στοιχείων της που επιθυμούν να μην αλλάξουν.

Συνδυάζοντας τις μεθόδους αυξάνεται η δυνατότητα διαχείρισης του συλλεγόμενου υλικού και εμπλουτίζεται η ερμηνευτική ικανότητα των δεδομένων που είναι διαθέσιμα. Αν και η χρήση περισσοτέρων από μια μεθοδολογικών στρατηγικών επιφορτίζει την ερευνητική διαδικασία με επιπλέον ανάγκες που συνδέονται με το χρόνο, την εκπαίδευση των ερευνητών, το κόστος, την αναζήτηση μεθόδων συνδυασμού των αποτελεσμάτων και συσχέτισής τους, ο εμπλουτισμός των ευρημάτων από τις συνδυαστικές μεθόδους είναι πολλαπλώς αναγνωρισμένος (Robson, 1993· Denzin,1988· 1989· Ρήγα, 2001). Ο Robson (1993) ισχυρίζεται ότι η χρήση συνδυασμένων μεθόδων αρθρωμένων στο ίδιο ερευνητικό σχέδιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, αν και απαιτεί μεγαλύτερη επένδυση χρόνου.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της συνδυαστικής μεθόδου συνδέονται με τη *μείωση της ακατάλληλης βεβαιότητας* (*reduction of inappropriate certainty*) και την ενίσχυση του μοντέλου *τριγωνοποίησης* (*triangulation*) το οποίο αναφέρεται στη χρήση περισσοτέρων από μία πηγών. Η τριγωνοποίηση επιτυγχάνεται κατά το Denzin, όπως ο Robson (1993) αναφέρει, χρησιμοποιώνας περισσότερες και διαφορετικές πηγές, μεθόδους, ερευνητές αλλά και θεωρίες.

Με βάση τα παραπάνω η συνδυαστική μέθοδος μπορεί να βοηθήσει και γι' αυτό επιλέχθηκε και στην παρούσα μελέτη σε δύο επιπλέον επίπεδα: Πέρα από τα ειδικά βασικά ερωτήματα που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα και ήταν εύκολο να μετρηθούν με το ποσοτικό εργαλείο που επιλέχθηκε, σχεδιάσθηκε να μελετηθεί και η θεραπευτική εμπειρία των ατόμων που συμμετείχαν μέσω συμπληρωματικών ερωτήσεων που εντάχθηκαν στον κορμό των βασικών ερωτημάτων της έρευνας. Η συνδυαστική μέθοδος που καθορίζει το μοντέλο συμπληρωματικών στόχων (*complementary purposes model*) συνδέει ακριβώς δύο διαφορετικά συστήματα ερευνητικών ερωτημάτων σε μια ενιαία και αμοιβαία συμπληρωματική αλληλουχία. Επιπλέον, η χρήση συνδυαστικών μεθόδων έρευνας βελτιώνει την ερμηνευτική των αποτελεσμάτων και δίνει τη δυνατότητα να εξηγηθούν ευρήματα που κατά την πρώτη τους ανάλυση μπορεί να φαίνονται αποσπασματικά και σχεδόν πάντα δύσκολο να εξηγηθούν. Η χρήση, τέλος, της συνδυαστικής μεθόδου ενισχύει το αυτονόητο: την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των ευρημάτων. Αποτελέσματα που συνδυαστικά καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, μετρώντας με διαφορετική μέθοδο και ενδεχομένως άλλα μεγέθη αναδεικνύουν τη διασταυρωμένη αξιοπιστία των μεθόδων που επαληθεύονται αμοιβαία (Robson, 1993).

3.3. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ Η ΜΕΘΟΔΟΣ

Από την 1η Ιανουαρίου 1994 μέχρι και την 31η Δεκεμβρίου 1995 εισήχθησαν για θεραπεία σε όλες τις θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούσαν τότε στο δίκτυο υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ σε όλη την Ελλάδα, 766 άτομα από τα οποία οι 646 (84,3%) ήταν άνδρες και οι 120 (15,7%) γυναίκες. Αυτές ήταν οι: *Θεραπευτική Κοινότητα ΙΘΑΚΗ*, *Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα ΣΤΡΟΦΗ για Έφηβους Χρήστες Ουσιών και τις Οικογένειές τους, Εναλλακτική Κοινότητα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, Θεραπευτική Κοινότητα ΕΞΟΔΟΣ, Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα ΔΙΑΒΑΣΗ και Θεραπευτική Κοινότητα ΝΟΣΤΟΣ.*

Από τις 766 εγγραφές που προέκυψαν από το μητρώο εισαγωγής των θεραπευτικών κοινοτήτων συμπεριελήφθησαν όλες, δεδομένου ότι το υλικό πληροφοριών που υπήρχε

διαθέσιμο κρίθηκε επαρκές για να ενταχθούν στη διαδικασία συγκρίσεων της διερεύνησης. Έτσι, τελικά διαμορφώθηκε και ο τελικός κατάλογος εγγραφών από τον οποίο επελέγη το δείγμα.

Αναλυτικά οι εισαγωγές στην κάθε θεραπευτική κοινότητα για την περίοδο 1994-1995 παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.1.

Πίνακας 3.1. *Εισαγωγές στις θεραπευτικές κοινότητες 1994-1995. Κατανομή κατά πρόγραμμα και κατά φύλο*

Θεραπευτική Κοινότητα	Άνδρες N *(%)*	Γυναίκες N *(%)*	Σύνολο N *(%)*
ΘΚ ΙΘΑΚΗ	120 *(81,1)*	29 *(18,9)*	148 *(100,0)*
ΑΘΕΚ ΣΤΡΟΦΗ	64 (*65,6)*	33 *(34,4)*	96 *(100,0)*
ΕΚ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	135 *(88,3)*	18 *(11,7)*	153 *(100,0)*
ΘΚ ΕΞΟΔΟΣ	118 *(89,4)*	14 *(10,6)*	132 *(100,0)*
ΑΚ ΔΙΑΒΑΣΗ	72 *(87,7)*	10 *(12,3)*	81 *(100,0)*
ΘΚ ΝΟΣΤΟΣ	137 *(89,5)*	16 *(10,5)*	153 *(100,0)*
Σύνολο	646 *(84,4)*	120 *(15,6)*	763 *(100,0)*

Συνοπτικά, τέσσερις από τις έξι θεραπευτικές κοινότητες βρίσκονταν στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας και δύο στην περιφέρεια, μία στη Θεσσαλονίκη και μία στη Λάρισα. Δύο κοινότητες ήταν ημερήσιας φροντίδας και τέσσερις διαμονής. Μία από τις έξι θεραπευτικές κοινότητες απευθυνόταν αποκλειστικά σε εφήβους και οι υπόλοιπες σε πληθυσμό ενηλίκων. Τέλος, το εύρος των ετών λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων το 1994 ήταν μεταξύ 1 και 11 ετών (μ.ο. λειτουργίας 5,2 έτη).

3.3.1. Μέθοδος επιλογής και κριτήρια επιλεξιμότητας των υποκειμένων

Με τυχαία στρωματοποιημένη, μη αναλογική δειγματοληψία επελέγησαν 551 άτομα, 433 (78,6%) άνδρες και 118 (21,4%) γυναίκες από τα 763 που εισήχθησαν σε όλες τις θεραπευτικές κοινότητες τη διερευνούμενη περίοδο.

Η *στρωματοποίηση* εξυπηρετούσε την ανάγκη της εκπροσώπησης του πληθυσμού όλων των θεραπευτικών κοινοτήτων και η κοινή μέθοδος επιλογής του δείγματος συνέβαλε στην αναλογία της τελικής του σύνθεσης.

Βασικό και μοναδικό *κριτήριο επιλεξιμότητας* των ατόμων στο δείγμα ήταν η ολοκλήρωση της εισαγωγής τους στη θεραπευτική κοινότητα μετά τη διαδικασία υποδοχής (intake) που προβλέπουν όλες οι εν λόγω θεραπευτικές κοινότητες. Η διαδικασία υποδοχής που πραγματοποιείται από παλαιότερα μέλη της και ένα μέλος (συνήθως) του προσωπικού είναι η αυστηρά πρώτη συνάντηση που γίνεται με το νεοεισερχόμενο μέλος στη θεραπευτική κοινότητα. Πέραν της ενημέρωσης που γίνεται στο νεοεισερχόμενο μέλος για τη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας, τη γνωστοποίηση του κώδικα δεοντολογίας των θεραπευτικών κοινοτήτων που αναφέρεται στα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μελών της κοινότητας, και τη συμφωνία για το θεραπευτικό συμβόλαιο που περιλαμβάνει και βασικές αρχές που αφορούν τη λειτουργία της κοινότητας, βασικό μέρος της διαδικασίας εισαγωγής είναι ο έλεγχος των προσωπικών αντικειμένων του νεοεισερχόμενου για αποφυγή εισαγωγής ουσιών στην κοινότητα. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας υποδοχής το μέλος θεωρείται νέα εισαγωγή και καταγράφεται στο μητρώο μελών και τα αρχεία της θεραπευτικής κοινότητας. Τα αρχεία αυτά αποτέλεσαν την πηγή του ορισμού του πληθυσμού από το οποίο επελέγη και το σχεδιασμένο δείγμα. Από τον τελικό αυτό κατάλογο αποκλείστηκε η συμμετοχή μιας γυναίκας, για λόγους έλλειψης σημαντικών στοιχείων που την καθιστούσαν άκυρη, κι έτσι στο τελικό δείγμα ο πληθυσμός των γυναικών υπολείπεται κατά ένα άτομο.

Η δειγματοληψία ήταν *μη αναλογική* για λόγους διόρθωσης της υποεκπροσώπησης των γυναικών, δεδομένου ότι οι γυναίκες ήταν περιορισμένες στον πληθυσμό και η αναλογική τους επιλογή δεν θα επέτρεπε τη διενέργεια συγκρίσεων κατά την ανάλυση των δεδομένων συμπεριλαμβάνοντας το σύνολο των γυναικών που τη συγκεκριμένη περίοδο εισήχθησαν στις θεραπευτικές κοινότητες.

Η *τυχαιότητα* επιλογής του δείγματος που αφορούσε πλέον μόνον τους άνδρες εξασφαλίστηκε με την επιλογή των πρώτων 75 εγγραφών ανδρών στο μητρώο εισαγωγής της κάθε θεραπευτικής κοινότητας όπως εμφανίζονταν καταγεγραμμένες από τις διαδικασίες εισαγωγής.

Με τον τρόπο αυτό το τελικό δείγμα για την κάθε θεραπευτική κοινότητα είναι αυτό που παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.2.

Πίνακας 3.2: *Ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού εισαγωγών από το σχεδιασμένο δείγμα.*

Θεραπευτική Κοινότητα	Πληθυσμός N *(%)*	Δείγμα n *(%)*	Άνδρες στο δείγμα n *(%)*
ΘΚ ΙΘΑΚΗ	149 *(100,0)*	103 *(69,6)*	75 *(72,8)*
ΑΘΕΚ ΣΤΡΟΦΗ	97 *(100,0)*	97 *(100,0)*	64 *(65,9)*
ΕΚ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	132 *(100,0)*	91 *(68,9)*	74 *(81,3)*
ΘΚ ΕΞΟΔΟΣ	153 *(100,0)*	87 *(56,7)*	74 *(85,0)*
ΑΚ ΔΙΑΒΑΣΗ	82 *(100,0)*	82 *(100,0)*	71 *(86,6)*
ΘΚ ΝΟΣΤΟΣ	153 *(100,0)*	91 *(59,5)*	75 *(82,4)*
Σύνολο	766 *(100,0)*	551 *(72,2)*	433 *(78,6)*

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 3.2. σε δύο προγράμματα η κάλυψη του πληθυσμού από το δείγμα ήταν 100%, ενώ για τα υπόλοιπα κυμάνθηκε από 59,5% μέχρι και 69,6% με μέση γενική κάλυψη 72,2% του πληθυσμού των εισαγωγών.

Για αυτά τα 551 άτομα επιχειρήθηκε η διαδικασία εντοπισμού και η πραγματοποίηση συνέντευξης επανεξέτασης σε μια προσπάθεια να συμμετάσχει το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό στις συνεντεύξεις. Αξιοποιήθηκαν για το λόγο αυτό συνεντευκτές, πτυχιούχοι τριτοβάθμιας ανθρωπιστικών σπουδών, οι οποίοι παιδεύτηκαν στη μεθοδολογία της έρευνας και στα εργαλεία που αξιοποιήθηκαν. Η εκπαίδευση διήρκεσε ογδόντα ώρες σε τρεις κύκλους βασισμένη σε μελετημένα εγχειρίδια για το σκοπό αυτό και είχε στόχο τη συστηματοποίηση της καταγραφής των δεδομένων και την ενιαία αντίληψη των συνεντευκτών. Σε διάστημα δεκαοχτώ μηνών επεχείρησαν να πραγματοποιήσουν συνέντευξη με τα υποκείμενα του επιλεγμένου δείγματος. Τελικά, εντοπίστηκαν 483 άτομα από τα οποία συμμετείχαν σε συνέντευξη 388 (70,4% του σχεδιασμένου δείγματος). Από αυτές 359 ήταν συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε κατά πρόσωπο συνέντευξη και 29, μετά από την επίμονη θέση των συμμετεχόντων, έγιναν τηλεφωνικά.

Η επιμέρους κατανομή πληθυσμού δείγματος και πληθυσμού που συμμετείχε σε συνεντεύξεις παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 3.3.

Όπως προκύπτει από τον προηγούμενο πίνακα, δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επιμέρους υποσύνολα και η αναλογικότητα δείγματος και πραγματοποιημένων συνεντεύξεων επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η αναλογία που τελικώς επετεύχθη ήταν αντιπροσωπευτική του πληθυσμού ο οποίος αποτελούσε στόχο της μελέτης.

Πίνακας 3.3: *Σύνθεση πληθυσμού και δείγματος και ατόμων που συμμετείχαν σε συνέντευξη*

	Πληθυσμός N*(%)*	Δείγμα n *(%)*	Συνεντεύξεις n *(%)*
Άνδρες	646 *(84,3)*	433 *(78,6)*	308 *(79,4)*
Γυναίκες	120 *(15,7)*	118 *(21,4)*	80 *20,6)*
Σύνολο	766 *(100,00)*	551 *(100,00)*	388 *(100,00)*

3.3.2. Η υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό και η διόρθωση στο δείγμα

Όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό των γυναικών στις εισαγωγές των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό των ανδρών. Η δυσαναλογία αυτή είναι μια συνήθης ανισορροπία στα προγράμματα απεξάρτησης και αποτελεί μια σταθερά στο χρόνο τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Poulopoulos, 1998, ΕΚΤΕΡΝ, 2005).

Ο περιορισμένος, όμως, αριθμός των γυναικών δημιουργεί δομική αδυναμία επεξεργασίας των δεδομένων κατά την ανάλυση, δεδομένου ότι οι διαδοχικές διαιρέσεις του δείγματος για την πραγματοποίηση ελέγχων των επιμέρους ομάδων του δείγματος καταλήγει σε πολύ μικρές ομάδες που δεν επιδέχονται στατιστικούς ελέγχους. Για το λόγο αυτό επελέγη να συμπεριληφθεί στο δείγμα το σύνολο των γυναικών που εισήχθησαν για θεραπεία.

Είναι προφανές ότι στη διαδικασία ανάλυσης η αναλογικότητα που όφειλε να εξετασθεί στη διάσταση του φύλου απαίτησε μια νέα διαδικασία στρωματοποίησης, ιδιαίτερα με άξονα το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία, δεδομένου ότι οι γυναίκες έδειξαν διαφορετική συμπεριφορά ως προς το χρόνο που παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα.

3.3.3. Το πρόβλημα του εντοπισμού των υποκειμένων

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στην επανεξέταση των ατόμων που δέχθηκαν θεραπεία απεξάρτησης κατά την έρευνα αποτελεσματικότητας της θεραπείας είναι ο εντοπισμός τους κατά τη μέτρηση της επανεξέτασης. Σημαντικά θέματα που συνδέονται με την οργάνωση των υπηρεσιών καθώς και πολιτισμικοί παράγοντες συνδέονται με τον επιτυχή εντοπισμό τους.

Για να εντοπισθούν τα υποκείμενα στην παρούσα μελέτη αποτελεσματικότητας χρειάσθηκε μια μεθοδική προετοιμασία που θα επέτρεπε την απρόσκοπτη επαφή με το συγκεκριμένο υποκείμενο το οποίο θα έπρεπε να συμφωνήσει για τη συμμετοχή του στη συνέντευξη επανεξέτασης.

Για το λόγο, αυτό από τους καταλόγους εγγραφής του μητρώου εισαγωγής των θεραπευτικών κοινοτήτων απομονώθηκαν τα προσωπικά στοιχεία των ατόμων που συμπεριελήφθησαν στο δείγμα και επιχειρήθηκε μια πρώτη τηλεφωνική επαφή. Σημαντικοί παράγοντες δυσκόλεψαν τη διαδικασία εντοπισμού.

Καταρχάς, οι κατάλογοι των προσωπικών στοιχείων δεν ήταν πάντα πλήρεις και σε αρκετές περιπτώσεις τα σημεία επαφής που διατίθεντο από τα επίσημα αρχεία δεν ήταν ακριβή. Για να αντιμετωπισθεί το ζήτημα, έγινε μια συστηματική καταγραφή με αντιπαραβολή των δεδομένων τα οποία προέρχονταν από διαφορετικές πηγές (τηλεφωνικοί κατάλογοι, αρχεία μονάδων που συνδέονται με τις θεραπευτικές κοινότητες στο συνεχές της θεραπείας και στο πλαίσιο των δικτύων θεραπείας του ΚΕΘΕΑ καθώς και εναλλακτικές πηγές συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων θεραπείας της οικογένειας και των ομάδων ομοτίμων) των οποίων τα στοιχεία έτυχαν μιας πρώτης διασταύρωσης.

Επιπλέον, ο πληθυσμός των ατόμων που έχουν πρόβλημα με τη χρήση ουσιών χαρακτηρίζεται από έντονη κινητικότητα σε ό,τι αφορά τη στέγη. Ανεξάρτητα από την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης, η αναζήτηση των ατόμων θα έπρεπε να περιλαμβάνει εναλλακτικές τεχνικές, δεδομένου ότι πολλοί είχαν αλλάξει κατοικία ή και τόπο διαμονής (σε μερικές περιπτώσεις και χώρα διαμονής).

Κάποιες περιπτώσεις, σε ό,τι αφορά τον τόπο εντοπισμού τους, παρουσίαζαν μεγαλύτερη δυσκολία, δεδομένου ότι μπορεί να βρίσκονταν σε ελεγχόμενο περιβάλλον που απαιτούσε ειδική άδεια εισόδου για την πραγματοποίηση της πρώτης επαφής και τον ορισμό της συνάντησης για τη συνέντευξη. Για το λόγο αυτό, χρειάσθηκε να ελεγχθεί πρωτίστως η περίπτωση της ενδεχόμενης κράτησης κάποιων ατόμων. Μετά την επαφή με το Υπουργείο Δικαιοσύνης και τον εντοπισμό συγκεκριμένων ατόμων που βρίσκονταν στη φυλακή, ζητήθηκε ειδική άδεια επαφής με τα συγκεκριμένα άτομα και άδεια εισόδου για την πραγματοποίηση της συνέντευξης, εφόσον συμφωνούσε ο κρατούμενος που είχε συμπεριληφθεί στο δείγμα.

Ανάλογες περιπτώσεις δυσκολίας παρουσίασαν άτομα τα οποία βρίσκονταν σε μακρά νοσηλεία για θέματα υγείας και η συνέντευξη θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί στο χώρο νοσηλείας. Η επιλογή να πραγματοποιηθεί η συνέντευξη ακόμα και με την πίεση του επείγοντος στο νοσηλευτικό ίδρυμα εξαρτήθηκε από το βαθμό εκτίμησης της πιθανότητας να μη γίνει δυνατό να πραγματοποιηθεί η συνέντευξη μετά το εξιτήριο και βέβαια, πάντα, υπό τον όρο της συμφωνίας του εξεταζόμενου.

Για την αποτελεσματική προσπάθεια επικοινωνίας οργανώθηκε μια συνεχής διαδικασία τηλεφωνικής, καταρχάς αναζήτησης η οποία πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια της ημέρας σε διαφορετικές ώρες και όλες τις ημέρες της βδομάδας. Ειδική τηλεφωνική γραμμή σταθερής τηλεφωνίας διαθέσιμη 18 ώρες την ημέρα και όλες τις ημέρες της εβδομάδας και δύο γραμμές κινητής τηλεφωνίας επίσης διαθέσιμες τις ίδιες ώρες και μέρες βρίσκονταν σε λειτουργία για να έρθουν σε επαφή οι προσκαλούμενοι σε συνάντηση και να τους δοθούν οι απαιτούμενες εξηγήσεις σε περίπτωση που το θελήσουν.

Για λόγους που συνδέονται με τη δεοντολογία και με στόχο την προφύλαξη των ατόμων από μια ανεπιθύμητη και ακούσια έκθεσή τους κατά την τηλεφωνική επαφή σε περίπτωση που απαντούσε στην κλήση τρίτος, δεν ανακοινωνόταν ο συγκεκριμένος λόγος της κλήσης. Ζητούνταν να επικοινωνήσει το άτομο του δείγματος με το συγκεκριμένο ερευνητή, η ταυτότητα του οποίου ανακοινωνόταν στις γραμμές που ήδη αναφέρθηκαν.

Στη διάρκεια της προσπάθειας εντοπισμού των ατόμων του δείγματος πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 4.500 εξερχόμενες τηλεφωνικές κλήσεις οι οποίες καταγράφονταν σε ειδικό δελτίο που περιελάμβανε την ημέρα και την ώρα κλήσης, το αποτέλεσμα της επικοινωνίας και την προοπτική συνέχειας.

3.3.4 Η ανταποκρισιμότητα ως στοιχείο αξιοπιστίας

Όπως προαναφέρθηκε από τα 551 άτομα εντοπίσθηκαν 488 και συμμετείχαν σε συνέντευξη 388 από τα οποία 359 σε προσωπική κατ' ιδίαν συνέντευξη. Στο ποσοστό 70,4% που αντιστοιχεί στις πραγματοποιημένες συνεντεύξεις θα πρέπει να προστεθεί το ποσοστό όσων στο διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή τους μέχρι και την επανεξέταση απεβίωσαν για να εξαχθεί το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα. Στην προκειμένη περίπτωση όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3.4, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται στο 77,1%.

Πίνακας 3.4: *Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης*

	Άτομα	%
Συνολικό Δείγμα	551	*100,0*
Εντοπίσθηκαν	483	*87,7*
Πραγματοποιημένες συνεντεύξεις	388	*70,4*
Αρνήσεις συμμετοχής	27	*4,9*
Απεβίωσαν	37	*6,7*
Ακύρωση της συνέντευξης	14	*2,5*
Αδύνατη συνάντηση	17	*3,0*
Δεν εντοπίσθηκαν	68	*12,3*
Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης	425	*77,1*

Από τα 100 άτομα που εντοπίστηκαν αλλά δεν συμμετείχαν σε συνέντευξη, αρνήθηκαν οριστικά να συμμετάσχουν σε συνέντευξη 27 (4,9% του δείγματος), είχαν αποβιώσει 37 (6,7%), ακυρώθηκε η συνέντευξη για 14 (2,5% του δείγματος) μετά από επανειλημμένης από μέρους των ίδιων ασυνέπειας στη συνάντηση που ορίστηκε (δεν εμφανίστηκαν για την πραγματοποίηση συνέντευξης σε πέντε προγραμματισμένες συναντήσεις)· επιπλέον, για 17 άτομα (3% του δείγματος) που δεν βρίσκονταν στην Ελλάδα ή βρίσκονταν σε χώρους στους οποίους η πρόσβαση ήταν εξαιρετικά δύσκολη (νοσηλεία σε νοσοκομείο, μοναστήρι, χώρα εξωτερικού με διαφορά ώρας ή ακόμα και έλλειψη συνεννόησης μεταξύ των οικείων που έπαιζαν ρόλο διαβιβαστή του μηνύματος για συμμετοχή σε συνέντευξη) κρίθηκε αμοιβαία αδύνατη η συνάντηση αλλά πραγματοποιήθηκε μια σύντομη τηλεφωνική συζήτηση μαζί τους, κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την απόσταση και την απασχόλησή τους ή και τη δική τους αδιευκρίνιστη θέληση.

Η γενική ανταποκρισιμότητα της μελέτης είναι ικανοποιητική, δεδομένου ότι σε αντίστοιχες μελέτες τα ποσοστά είναι χαμηλότερα αλλά, και γενικότερα, οι κατευθύνσεις της βιβλιογραφίας θεωρούν ότι ποσοστά που υπερβαίνουν το 70% (στο οποίο συμπεριλαμβάνονται πραγματοποιημένες συνεντεύξεις και οι θάνατοι που εντοπίζονται στο δείγμα) αποτελούν ικανοποιητικό κριτήριο αξιοπιστίας και αντιπροσωπευτικότητας. Δεδομένου μάλιστα ότι η συγκεκριμένη μελέτη είναι διαμήκης έρευνα πενταετής αναδρομικού μοντέλου, το ποσοστό ανταπόκρισης είναι από τα υψηλότερα που συναντώνται.

Στον Πίνακα 3.5 επιχειρείται μια συγκριτική παρουσίαση ανασκόπησης μελετών που καταγράφουν το ποσοστό ανταπόκρισης που παρουσιάζουν μεγάλες μελέτες που ήδη έχουν προαναφερθεί και οι οποίες έχουν αποτελέσει τον οδηγό για ανάλογου τύπου μελέτες. Όπως προκύπτει από τον πίνακα και σε συνδυασμό με τον τύπο της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, το ποσοστό ανταπόκρισης για τη μελέτη αποτίμησης του αποτελέσματος που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα ήταν το υψηλότερο, παρόλο που η έρευνα είχε το μειονέκτημα σε σχέση με τις αναφερόμενες να μην είναι προοπτική έρευνα, στην οποία δηλαδή τα άτομα δεσμεύονται κατά την εισαγωγή τους σε πρωτόκολλο ερευνητικό που ευνοεί υψηλότερα ποσοστά εντοπισμού και ανταπόκρισης κατά την επανεξέταση. Το ποσοστό μάλιστα της ανταπόκρισης στην ελληνική μελέτη είναι υψηλότερο και από μελέτες των οποίων το διάστημα επανεξέτασης είναι ενός αντί πέντε ετών.

Για την πληρέστερη και αυστηρότερη σύγκριση μεταξύ των δύο περιόδων εξέτασης (κατά την εισαγωγή και πέντε χρόνια μετά) αντιπαρατέθηκαν τα στοιχεία που υπήρχαν διαθέσιμα. Ο έλεγχος έδειξε ότι για 29 περιπτώσεις δεν υπήρχαν και δεν ήταν δυνατό να ανευρεθούν τα στοιχεία της εισαγωγής και ως εκ τούτου η σύγκριση των αυτών των περιπτώσεων δεν ήταν εφικτή.

Πίνακας 3.5. *Ανασκόπηση ποσοστού ανταπόκρισης μελετών αποτελεσματικότητας*

Μελέτη αποτελεσματικότητας	Ποσοστό ανταποκρισιμότητας
SROS (2001)[α]	68,0%
DARP (1974)[α]	76,0%
DATOS (1997)[α]	71,3%
DATOS –A (2001)[α]	75,7%
TOPS (1989)[β]	71,0%
NTORS (1999)[β]	70,1%
ΘΚ ΚΕ.Θ.Ε.Α (2002)[γ]	77,1%

[α] προοπτική μελέτη 5 ετών
[β] προοπτική μελέτη 1 έτους
[γ] αναδρομική μελέτη 5 ετών

Οι περιπτώσεις αυτές αποκλείστηκαν από τη διαδικασία της παρούσας ανάλυσης. Έτσι, στην ανάλυση δεδομένων που ακολουθεί έχουν συμπεριληφθεί οι 359 περιπτώσεις για τις οποίες υπήρχε δυνατότητα σύγκρισης με αντιπαραβολή των εξεταζόμενων μεταβλητών, ώστε οι μετρήσεις να είναι απολύτως αξιόπιστες.

3.3.5. Θέματα δεοντολογίας κατά τον εντοπισμό

Για να εντοπισθούν τα υποκείμενα στην παρούσα μελέτη αποτελεσματικότητας χρειάσθηκε μια μεθοδική προετοιμασία που θα επέτρεπε την απρόσκοπτη επαφή μαζί τους καθώς και τη συμφωνία τους για τη συμμετοχή τους στη συνέντευξη επανεξέτασης και θα προστάτευε τα προσωπικά δεδομένα τους κατά τη διαδικασία αναζήτησης.

Για το λόγο αυτό, από τους καταλόγους εγγραφής του μητρώου εισαγωγής των θεραπευτικών κοινοτήτων απομονώθηκαν τα προσωπικά στοιχεία των ατόμων που συμπεριελήφθηκαν στο δείγμα και επιχειρήθηκε μια πρώτη τηλεφωνική επαφή. Για λόγους δεοντολογίας στην περίπτωση που στην τηλεφωνική κλήση απαντούσε τρίτος, παρεχόταν η ταυτότητα του ερευνητή που καλούσε και ζητούνταν να επικοινωνήσει με το κέντρο έρευνας ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος. Σε καμία περίπτωση δεν ανακοινωνόταν ο λόγος της προσπάθειας επαφής και ο φορέας (ΚΕΘΕΑ) που είχε στην αιγίδα του το ερευνητικό σχέδιο. Το γεγονός ότι επιστημονικοί συνεργάτες και σύμβουλοι του ερευνητικού σχεδίου ήταν η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και το Treatment Research Institute του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, έδινε τη δυνατότητα να δοθούν εξηγήσεις για την αναζήτηση του συγκεκριμένου ατόμου στο πλαίσιο μιας έρευνας που αφορά ευρύτερα τη δημόσια υγεία σε περίπτωση που ο τρίτος απαντών επέμενε για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την ταυτότητα του ερευνητικού κέντρου.

3.3.6. Η προσωπική συνέντευξη

Η προσωπική συνέντευξη έρευνας επιλέχθηκε ανάμεσα σε αρκετές μεθόδους συλλογής δεδομένων γιατί έχει άμεση επαφή με τους συμμετέχοντες και επιτρέπει την απευθείας συζήτηση. Μεταξύ των μεθόδων που συλλέγονται τα δεδομένα (συμπλήρωση ερωτηματολογίων και αποστολή με το ταχυδρομείο, τηλεφωνική συνέντευξη ή μελέτη επίσημου αρχειακού υλικού) η προσωπική συνέντευξη παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα και στη βάση αυτών επελέγη.

Καταρχάς η συνέντευξη κατά πρόσωπο (*face to face interview*) απαιτεί μια προεργασία πριν από τη συνάντηση για την πραγματοποίησή της που βοηθά στην προετοιμασία τόσο του συνεντευκτή όσο και του συμμετέχοντα. Δίνει τη δυνατότητα να παρασχεθούν πληροφορίες στον ερωτόμενο για τα ουσιαστικά μέρη της συνέντευξης μειώνοντας την πιθανότητα άρνησης και αναδεικνύει τη σκοπιμότητα της έρευνας.

Με τη συνέντευξη υπάρχει η δυνατότητα να καταγραφούν λεπτομέρειες της συνάντησης και να περιγραφούν στοιχεία που υπερβαίνουν τη βασική διαδικασία των ερωτήσεων και των απαντήσεων και συνδέονται με το περιβάλλον, το κλίμα και την ατμόσφαιρα που κυριαρχεί κατά τη διάρκειά της. Η συνέντευξη, επειδή είναι μια αλληλοδραστική διαδικασία, μειώνει τις αντιστάσεις του συμμετέχοντα και, εφόσον ο ερευνητής είναι εκπαιδευμένος και έμπειρος, μπορεί να βοηθήσει στην επικράτηση κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Αν, μάλιστα, η διεργασία που προηγείται –αναζήτηση και εντοπισμός, συμφωνία για τη συνάντηση, συνέπεια στα συμφωνημένα εκ μέρους του ερευνητή– γίνεται με διακριτικότητα και σεβασμό στο πρόσωπο του συμμετέχοντα και της εμπειρίας του που αποτελεί το αντικείμενο της διερεύνησης, αναπτύσσεται μια στοιχειώδης σχέση εμπιστοσύνης που ενισχύει την αξιοπιστία των παρεχομένων πληροφοριών και συμβάλλει σημαντικά στην αξιοπιστία των δεδομένων της έρευνας.

Επειδή μια συνέντευξη είναι μια διαδικασία επιστημονικής «εξόρυξης» της πληροφορίας, που προσομοιάζει, ωστόσο, πολύ με μια καθημερινή συνήθεια των ανθρώπων που αφορά την επικοινωνία – «*ερωτώ και παίρνω μια απάντηση σ' αυτό που ρωτώ*» - αποτελεί ένα αποδεκτό από τον ερωτώμενο σχήμα στη διαδικασία και τη μέθοδο διερεύνησης. Ο ερωτώμενος στην κοινωνική έρευνα αισθάνεται με τη συνέντευξη περισσότερο άνετα και δεσμεύεται ευκολότερα στους στόχους του ερευνητικού σχεδίου απ' ό,τι με άλλες μεθόδους συλλογής δεδομένων (Mishler, 1986).

Λεπτομέρειες που συμβαίνουν ή συνθέτουν τη διαδικασία της επικοινωνίας αποτελούν επίσης ένα σύνολο σημαντικών στοιχείων που έχουν τη δική τους συμβολή στην αξιοποίηση των πληροφοριών που συλλέγονται. Το ύφος του ερωτώμενου, η προθυμία του να διαχειρισθεί θέματα που του προτείνονται, το ντύσιμό του, η συνέπειά του κατά τη συζήτηση ως προς τη θεματολογία καθώς και ο σεβασμός στοιχειωδών αρχών ισότιμης επικοινωνίας (όπως να μη διακόπτεται ο άλλος όταν μιλά, να μη διακόπτεται η συνομιλία από μακρές τηλεφωνικές ή επαναλλαμβανόμενες κλήσεις κατά τη διάρκεια της συζήτησης κ.α.) λειτουργούν ανεξάρτητα και προσθετικά στην εκτίμηση της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται. Αν και είναι προφανές ότι οι πληροφορίες που παρέχει ο συμμετέχων ρητά στη βάση της ερώτησης που απαντά είναι αυτές που τυγχάνουν επεξεργασίας, η συνολική του στάση και εικόνα κατά τη διαδικασία της συνέντευξης αποτελεί ένα πρόσθετο, πολύτιμο επιπλέον, πληροφοριακό υλικό που η επεξεργασία του με κατάλληλο τρόπο (αναφορά του συνεντευκτή για τη διαδικασία της συνέντευξης στη βάση συγκεκριμένων αξόνων) μπορεί να βοηθήσει περαιτέρω στην κατανόηση των ζητημάτων που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων και ενδεχομένως να εξηγήσει μερικώς τη συγκεκριμένη στάση του ερωτώμενου.

Επιπλέον, με την κατά πρόσωπο συνέντευξη μερικές από τις σημαντικές δυσκολίες που προκύπτουν στη γραπτή επικοινωνία αντιμετωπίζονται με μικρή προσπάθεια και αποτελεσματικά. Η έρευνα για τη αξιολόγηση της θεραπευτικής έκβασης οφείλει να συμπεριλαμβάνει, όπως ήδη έχει αναφερθεί, το σύνολο όσων συμμετείχαν στη θεραπευτική διαδικασία. Μεγάλο μέρος αυτών έχουν σημαντικά εκπαιδευτικά κενά τα οποία πολύ συχνά δημιουργούν ανυπέρβλητες δυσκολίες σε ό,τι αφορά την ικανότητα γραφής και ανάγνωσης των ατόμων αυτών. Μια μέθοδος, επομένως, συλλογής δεδομένων που θα απαιτούσε τέτοιες δεξιότητες από τους συμμετέχοντες θα δυσκόλευε σε μεγάλο βαθμό τη συμμετοχή των ατόμων με τα συγκεκριμένα προβλήματα και θα δημιουργούσε μια τεχνική μείωση της αναταποκρισιμότητας της έρευνας που θα συνδεόταν με λειτουργική αδυναμία του σχεδιασμού και όχι με πραγματικές συνθήκες άρνησης συμμετοχής.

Με την ίδια λογική, κατά την περίοδο της διενέργειας της επανεξέτασης της έρευνας αποτελεσματικότητας είναι αναμενόμενο ότι ένα ποσοστό των συμμετεχόντων θα βρίσκεται σε υποτροπή και θα κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ως εκ τούτου, είναι αρκετά πιθανό κάποιοι συμμετέχοντες να προσέλθουν για τη συνέντευξη υπό την επήρεια ουσιών. Με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης ο συνεντευκτής έχει τη δυνατότητα να κρίνει αν ο

συμμετέχων είναι σε θέση να συνεχίσει τη συνέντευξη και να ολοκληρωθεί η διαδικασία ή θα πρέπει να διακοπεί και να αναβληθεί για κάποια άλλη στιγμή. Άλλου τύπου μέθοδοι (τηλεφωνική συνέντευξη ή γραπτή αναφορά, για παράδειγμα) δεν επιτρέπουν αυτή την εκτίμηση κατά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Η προσωπική συνέντευξη από την άλλη μεριά αποτελεί την πάγια μέθοδο συλλογής ποιοτικών δεδομένων, όταν συνδέονται με αφηγηματική παρουσίαση που εστιάζει σε συγκεκριμένες εμπειρίες. Είναι, μάλιστα, σχεδόν προαπαιτούμενο να εγκαθίσταται ένα πλαίσιο διαπροσωπικής συναλλαγής στο οποίο πραγματοποιείται μια στοιχειωδώς αμφίδρομη επικοινωνία. Η διαδικασία αυτής της λεκτικής συναλλαγής είναι ευκολότερο και αποδοτικότερο να γίνεται κατά πρόσωπο, δεδομένου ότι καθιστά δυνατό για τον ερευνητή να συνδέσει την πληροφορία αμέσως με τον τόπο και το χρόνο της δημιουργίας της και της συλλογής της (Mishler, 1986).

Η προσωπική συνέντευξη, τέλος, είναι ένα σχήμα επικοινωνίας γνωστό και αποδεκτό στο κλινικό περιβάλλον το οποίο και αξιολογείται. Η αποδοχή αυτού του σχήματος –κλασικού στη μελέτη της συμπεριφοράς και στη θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να απαιτεί- αφορά τόσο τους κλινικούς όσο και τους εξυπηρετούμενους. Η αναπαράσταση αυτού του σχηματικού πλαισίου κατά τη διαδικασία διερεύνησης, ακόμα και όταν δεν υπάρχει καμία θεραπευτική προοπτική ή υπόνοια, εξακολουθεί να παρέχει στους συμμετέχοντες ένα κατ΄ αρχήν πεδίο που αναμνηστικά λειτουργεί ως σύστημα ασφάλειας, ευνοώντας την επικοινωνία και ενισχύοντας την ερευνητική διαδικασία.

Όλοι οι παραπάνω λόγοι συνέβαλαν στην επιλογή της κατά πρόσωπο επικοινωνίας για την πραγματοποίηση της συνέντευξης παρά την επένδυση που απαιτούσε σε χρόνο και κόστος σε σχέση με άλλες μεθόδους. Η επένδυση αυτή εξισορροπείται από το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων που επί της ουσίας επικυρώνει τη συνολική αξιοπιστία της έρευνας και τον πλούτο των πληροφοριών που απέδωσε για επεξεργασία.

3.3.7. Τα εργαλεία

Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Addiction Severity Index – ASI)

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διαγνωστική αξιολόγηση με πληροφορίες που αποτελούν στη συνέχεια τη βάση για κλινικό σχεδιασμό και παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας δεν είναι πολλά. Πολύ λιγότερα είναι όσα χαρακτηρίζονται από δύο ακόμη στοιχεία: Σφαιρική εξέταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και πρόβλεψη στην οργάνωση και το πρωτόκολλο εφαρμογής τους δυνατότητας χρήσης για επαναληπτικές μελλοντικά –σε σχέση με την πρώτη αρχική συλλογή δεδομένων- εξετάσεις που στοχεύουν στην ανάδειξη διαφορών μεταξύ των εξετάσεων. Τρία είναι τα εργαλεία που προτείνονται από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές Ουσίες (National Institute on Drug Abuse, NIDA) ως εργαλεία πολυδιάστατα, ολοκληρωμένα ως προς τη συνολικότητα και τη σφαιρικότητα των τομέων που εξετάζουν, κατάλληλα για πληθυσμούς ενηλίκων, δοκιμασμένα σε ό,τι αφορά τους ψυχομετρικούς δείκτες της αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους και γενικώς αποδεκτά από τους επαγγελματίες του πεδίου στην κλινική εφαρμογή: α) Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης - *Addiction Severity Index, ASI* - (Mc Lellan,1980 et al.· 1992), β) Θεραπεία της Εξάρτησης για τη Μείωση του Κινδύνου του AIDS - *Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction, DATAR* (Simpson, 1990) και γ) Προφίλ Ατομικής Αξιολόγησης - Individual Assessment Profile, IAP (Flynn et al. 1995· NIDA, 1994).

Από τα τρία αυτά εργαλεία, το πιο χρησιμοποιημένο και σχετικά αποδεκτό από την κλινική πρακτική είναι το ASI. Το ASI, μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου τόσο στη διαδικασία της διαγνωστικής αξιολόγησης όσο και, ευρύτατα, σε μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών προγραμμάτων

και θεραπευτικών μεθόδων. Επιπλέον, οι δείκτες στάθμισης τόσο του DATAR όσο και του IAP βρίσκονται σε διαρκή έλεγχο. Σημειώνεται, τέλος, ότι τόσο η διαδικασία συλλογής δεδομένων, συνέντευξη ή συμπλήρωση από το άτομο στόχος, δομημένη ή ημιδομημένη μορφή, όσο και η δυνατότητα χρήσης αριθμοποιημένων ποσοτικών κλιμάκων που συνδέονται με τη βαθμολόγηση κατά τη χρήση των εργαλείων, συνθέτουν μια σειρά από χαρακτηριστικά που συγκρίνοντάς τα αναδεικνύουν τη λειτουργική υπεροχή του ASI και κάνουν κατανοητή την ευρεία αποδοχή και χρήση του.

Το ερωτηματολόγιο ASI σχεδιάσθηκε και προτάθηκε για πρώτη φορά το 1979, ως ένα περιεκτικό, κλινικό και ερευνητικό εργαλείο που προορίζεται να ελέγξει τα πολλά προβλήματα που παρουσιάζονται στην εξάρτηση από αλκοόλ και από ουσίες. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε ώστε να παρέχει πληροφορίες και για την κλινική και για την ερευνητική αξιολόγηση (McLellan et al., 1985). Η τελευταία, μέχρι πρόσφατα, πέμπτη έκδοση του ASI αφορά ένα εργαλείο πολυδιάστατο, 161 πεδίων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο κλινικά όσο και ερευνητικά και η χρήση του προτείνεται για διαγνωστική εκτίμηση και αξιολόγηση των αλλαγών του εξυπηρετούμενου, καθώς επίσης και του αποτελέσματος της θεραπείας. Αποτελείται από δύο μέρη: Την ανάδειξη των προσωπικών και οικογενειακών ιστορικών χαρακτηριστικών και την αποτύπωση των επίκαιρων προβλημάτων της περιόδου της εξέτασης σε έξι περιοχές προβλημάτων. Το ASI, σύμφωνα με τους δημιουργούς του (McLellan et al., 1980· 1992), βασίζεται στην παραδοχή ότι η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες οφείλει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα τα οποία συνέβαλαν ή και προκλήθηκαν από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (McLellan et al., 1980· 1992).

Ο McLellan και οι συνεργάτες του (1980, 1992) αναφέρουν ότι ο στόχος του ASI συνδέεται με τη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών της σοβαρότητας των προβλημάτων των έξι περιοχών που συνήθως απορρέουν από την προβληματική χρήση ουσιών και με τη σχηματοποίηση μιας βάσης για αξιολόγηση του αποτελέσματος μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Ως σοβαρότητα των προβλημάτων νοείται η ανάγκη για πρόσθετη υποστήριξη, βοήθεια ή θεραπεία σε κάθε έναν τομέα που εξετάζεται και αυτό ανεξάρτητα από το αν η ανάγκη αυτή καλύπτεται τη συγκεκριμένη στιγμή ή από το αν είναι αδύνατο να καλυφθεί. Παράλληλα, το εργαλείο παρέχει μια πλήρη αξιολόγηση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και τη δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από τους σπουδαιότερους τομείς προβληματικών περιοχών της καθημερινότητας που μπορούν να αξιοποιηθούν για τη συγκρότηση του κλινικού σχεδιασμού. Επιπλέον, παρακολουθεί και καταγράφει την κλινική πρόοδο των εξυπηρετουμένων στη θεραπεία και τις δραστηριότητες του προγράμματος που βοηθούν στη διαδικασία αξιολόγησης.

Η διαχείριση του ASI γίνεται μέσω δομημένης συνέντευξης σε μια διαδικασία που εμπλέκει τον εξεταζόμενο στην αξιολόγηση των αναγκών του για θεραπεία αμέσως μετά την εισαγωγή του στο πρόγραμμα. Ο ίδιος ο εξυπηρετούμενος εκτιμά με το δικό του υποκειμενικό τρόπο το βαθμό έντασης των προβλημάτων και των συμπτωμάτων τους, το βαθμό ενόχλησής του από αυτά και το πόσο σημαντική θεωρεί την ανάγκη του για θεραπευτική υποστήριξη σε σχέση με τα προβλήματα που αναφέρει. Γενικά, οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν το σύνολο της ζωής του εξυπηρετούμενου που εξετάζεται σε έξι περιοχές: ιατρικό ιστορικό και κατάσταση, κατάσταση απασχόλησης, οικονομική υποστήριξη και εκπαιδευτικό επίπεδο, χρήση ουσιών και αλκοόλ, νομική εμπλοκή και ποινική κατάσταση, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, ψυχολογική και ψυχιατρική κατάσταση και ιστορικό. Εκτός από τις έξι αυτές περιοχές σε μια επιπλέον εισαγωγική συλλέγονται σημαντικές πληροφορίες για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντα. Ανάλογα με την περιοχή και το είδος των προβλημάτων που εξετάζονται, οι περίοδοι αναφοράς είναι δύο: Εμπειρίες και επεισόδια για ολόκληρη τη ζωή και εμπειρίες και επεισόδια που συνέβησαν τις τελευταίες τριάντα μέρες.

Επειδή η συλλογή δεδομένων μέσω του ASI γίνεται με διαδικασία συνέντευξης, επιτρέπει τη συμμετοχή στη συνέντευξη και ατόμων που δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή δεν βρίσκονται σε απολύτως νηφάλια κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση ο διαχειριστής της συνέντευξης έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει την αξιοπιστία των πληροφοριών που καταγράφει και τους λόγους των ενδεχόμενων αμφιβολιών του περί της ποιότητας τους. Η εκπαίδευση των ατόμων που διαχειρίζονται το ASI αποτελείται από δύο ενότητες· η μεν πρώτη περιλαμβάνει θεωρητική κατάρτιση, παρακολούθηση κινηματογραφημένης συνέντευξης, πρακτική και υπόδυση ρόλων (role playing) και η δεύτερη εποπτεία πραγματοποιημένων δοκιμαστικών συνεντεύξεων και σχολιασμό. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαρκεί τριάντα ως πενήντα ώρες ανάλογα με την κατάρτιση των εκπαιδευομένων, τη σχέση τους με την κλινική πρακτική και το στόχο του εκπαιδευτικού. Για την εκπαίδευση διατίθενται λεπτομερές εγχειρίδιο χρήσης με αναλυτικές οδηγίες διαχείρισης της συνέντευξης και αντιμετώπισης δυσκολιών και βιντεοταινία 120 λεπτών που παρουσιάζει τον τρόπο που γίνεται η συνέντευξη, καταστάσεις που είναι δυνατόν να συμβούν κατά τη διάρκειά της, τρόπους αντιμετώπισης και ερμηνείας λεπτομερειών και σχολιασμό για την προσφορότερη στάση του συνεντευκτή ανάλογα με την περίπτωση.

Η διάρκεια της συνέντευξης είναι από 45 μέχρι 90 λεπτά και εξαρτάται από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ερωτώμενος και τα προβλήματα που αναφέρει, αλλά καθοριστικό ρόλο παίζει και η εμπειρία του συνεντευκτή.

Η ανάπτυξη της συνολικής εκτίμησης προκύπτει μέσω της σταδιακής βαθμολογίας που ακολουθεί την εξέταση κάθε τομέα και προέρχεται από το συνεντευκτή αλλά και από τον ερωτώμενο. Ο συνεντευκτής χρησιμοποιεί μια κλίμακα δέκα σημείων (0-9) και βαθμολογεί τον κάθε τομέα προβλημάτων ανεξάρτητα. Από τη βαθμολογία του κάθε τομέα προκύπτει μια διαγραμματική συνολική σύνοψη που συγκροτεί και το κλινικό προφίλ του ερωτώμενου στις έξι εξεταζόμενες περιοχές. Ο συνεντευκτής, επίσης, βαθμολογεί την εμπιστοσύνη ως προς την πληρότητα και την ακρίβεια των απαντήσεων του ερωτώμενου στις περιοχές που εξετάζονται. Ο ερωτώμενος σε μια κλίμακα πέντε σημείων (0-4) εκτιμά για κάθε περιοχή που εξετάζεται χωριστά το πόσο σημαντικά είναι για τη συγκεκριμένη περίοδο τα προβλήματα που αναφέρει και πόσο σημαντική είναι γι' αυτόν η θεραπευτική υποστήριξη γι' αυτά. Η βαθμολογία του ερωτώμενου σε συνδυασμό με μεταβλητές κρίσιμης σημαντικότητας σε κάθε περιοχή συμβάλλουν στην τελική βαθμολόγηση του συνεντευκτή, για να καταλήξει στο βαθμό σοβαρότητας (severity rate) των προβλημάτων κάθε περιοχής. Στις ΗΠΑ η εφαρμογή του ASI συνοδεύεται από μια διαδικασία μέτρησης που χρησιμοποιεί πολύπλοκους μαθηματικούς τύπους (βασισμένους σε αλγόριθμους), ώστε να προκύπτει ένας βαθμός που αντιπροσωπεύει συνολικά τη σφαιρική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας του ερωτώμενου. Ο συνθετική αυτή εκτίμηση (composite score) προκύπτει από ειδικό υπολογιστικό πρόγραμμα μετά την καταχώρηση της συνέντευξης σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και καθίσταται αντιπαραγωγικός ο με οποιοδήποτε άλλο τρόπο υπολογισμός της. Η συνθετική εκτίμηση έχει πρακτική χρησιμότητα κυρίως σε ερευνητικά σχέδια επαναλαμβανόμενων εξετάσεων, γιατί δίνει αριθμητικές τιμές σε σειρά, αποτυπώνοντας τη μεταβολή που επέρχεται στο άτομο που παρακολουθείται.

Στους ελέγχους που έγιναν για τη στάθμιση του εργαλείου διερευνήθηκαν και καθορίσθηκαν νόρμες για κάθε περιοχή που εξετάζεται και ειδικές διαγνωστικές ομάδες που αφορούν πληθυσμό με προβλήματα χρήσης ουσιών. Δεν έχουν παρουσιασθεί νόρμες που προκύπτουν από το γενικό πληθυσμό χωρίς προβλήματα χρήσης (McLellan et al., 1980). Έτσι, σταθμίσθηκε ως αξιόπιστο εργαλείο για ευρεία ποικιλία προβληματικών χρηστών, που μπορεί να διαχωρίζονται ως προς το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, την καταγωγή αλλά και το είδος της υπηρεσίας που μπορεί να βρίσκονται (πρόγραμμα διαμονής, νοσοκομειακή μονάδα, θεραπευτική κοινότητα, πρόγραμμα υποκατάστασης ή συντήρησης με μεθαδόνη, ανοικτό πρόγραμμα χωρίς φαρμακευτική αγωγή).

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλή, όπως αποδεικνύεται, τόσο στον έλεγχο των εξαρτημένων από αλκοόλ (r=.908) όσο και εκείνων που είναι εξαρτημένοι από ουσίες (r=.905). Ανάλογα όμοια υψηλή αξιοπιστία εμφανίζεται και στην ανάλυση σε ό,τι έχει σχέση με την ηλικία, ενώ ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα εμφανίζονται και στην τελευταία συμπληρωμένη έκδοση του ASI (McLellan et al., 1980· McLellan et al., 1991). Για το έλεγχο αξιοπιστίας του εργαλείου ο McLellan και οι συνεργάτες του (1988) ισχυρίζονται ότι εκπαιδευμένοι συνεντευκτές μπορούν να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων του εξεταζόμενου με μέση συνέπεια που φθάνει στο .89. Στον έλεγχο αξιοπιστίας *εξέταση και επανεξέταση*, τον έλεγχο δηλαδή που συγκρίνει τις απαντήσεις των ίδιων ατόμων με μια απόσταση μερικών ημερών και αναζητά τη συνέπεια μεταξύ των απαντήσεων στις δύο συνεντεύξεις, καμία ερώτηση δε συγκέντρωσε ασυνέπεια μεγαλύτερη του 25% και καμία από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν δεν παρουσίασε μεγαλύτερη από 10% εσωτερική ασυνέπεια συγκρίνοντας την πρώτη συνέντευξη με εκείνη που την ακολούθησε τρεις ημέρες μετά (McLellan et al., 1985). Οι επόμενες εκδόσεις του εργαλείου και συγκεκριμένα η πιο πρόσφατη, η Πέμπτη, στην όποία έχουν προστεθεί νέες μεταβλητές, δείχνουν ότι ο συντελεστής αξιοπιστίας είναι από .83 και πάνω με πλήρη συμφωνία στον έλεγχο *εξέταση και επανεξέταση* και από 76% μέχρι και 100% στην επανάληψη των δύο ημερών. Τα αποτελέσματα είναι γενικά κοινά σε όλους τους ελέγχους και μοιάζουν στις διάφορες εκδόσεις που εξετάσθηκαν.

Στις μετρήσεις εγκυρότητας του εργαλείου η συσχέτιση συνάφειας (convergent correlation) που μετρά κατά πόσο το εργαλείο δίνει αντίστοιχους δείκτες με άλλα ανάλογα και σταθμισμένα εργαλεία έφθασε στο .27 όταν συγκρίθηκε με το Beck Depression Inventory (Beck, 1972) και στο .39 όταν συγκρίθηκε με το Symptom Checklist - 90 (Derogatis et al., 1975) για την περιοχή της ψυχολογικής και ψυχιατρικής κατάστασης. Για την περιοχή της χρήσης ουσιών και αλκοόλ η συσχέτιση συνάφειας με το εργαλείο Drug Use Scale (Gunderson και συνεργάτες, 1973) μετρήθηκε στο .61. Σε άλλη προσπάθεια μέτρησης που αφορούσε δείγμα 122 εξαρτημένων και για τη σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία Social Adjustment Scale (Weissman et al., 1974) και Symptom Checklist - 90 (Derogatis 1975 και 1975a), βρέθηκε ότι η συσχέτιση συνάφειας για την περιοχή των κοινωνικών και οικογενειακών προβλημάτων έφτασε στο .25, για την περιοχή της ψυχικής και ψυχιατρικής κατάστασης στο .47 και για την εκτίμηση της σοβαρότητας των προβλημάτων στο .76. Οι παραπάνω μετρήσεις έδειξαν και ισχυρή διακριτική εγκυρότητα του εργαλείου.

Από τις συνεχείς προσπάθειες σύγκρισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ASI επιβεβαιώνονται οι ικανότητες αποτύπωσης του εργαλείου και η χρησιμότητά του στη εκτίμηση της κατάστασης των ατόμων που ξεκινούν θεραπευτική διαδικασία. Η μικρότερη συσχέτιση που έχει αναφερθεί είναι αυτή στην περιοχή των ιατρικών προβλημάτων, ίσως γιατί η υγεία των ατόμων που συμμετείχαν στα δείγματα δεν παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα (NIDA, 1994). Τα παραπάνω καταλήγουν στο να αποτελεί το ASI εργαλείο έγκυρο και αξιόπιστο για ομαδοποιήσεις που αφορούν το φύλο, τη φυλή, την κύρια ουσία κατάχρησης και τον τύπο της θεραπευτικής παρέμβασης.

Σε γενικές γραμμές τα προηγούμενα καθιστούν το ASI το περισσότερο διαδεδομένο, ανεπτυγμένο αλλά και ελεγμένο εργαλείο που έχει καταλήξει να γίνει δημοφιλές και να χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες, αυτό καθαυτό ή σε απόδοση για τη συνέντευξη εισαγωγής. Η ιδιότητά του να συνδυάζει τη γνώμη του εξυπηρετούμενου σχετικά με την ενόχλησή του από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, την εκτίμηση του συνεντευκτή για κάθε περιοχή, την ανάδειξη του βαθμού κινητοποίησης και επιθυμίας έναρξης της θεραπείας του εξυπηρετούμενου αλλά και το βαθμό αξιοπιστίας της πληροφορίας που συλλέγεται, έχει συμβάλει στην ευρεία χρήση του από τους κλινικούς και τους ερευνητές.

Η βασική αδυναμία του ASI είναι συγχρόνως και το στοιχείο που το καθιστά δημοφιλές: Επειδή προσφέρει μια συνολική, σφαιρική κλινική εικόνα δεν εμβαθύνει στις περιοχές

προβλημάτων επιχειρώντας μια πλήρη διάγνωση, όπως πολλά άλλα εξειδικευμένα για την κάθε περιοχή εργαλεία. Η γενική οδηγία χρήσης του ASI, πάντως, κατευθύνει τους κλινικούς σε επιμέρους σε βάθος διαγνωστική εξέταση, όταν κρίνουν από το βαθμό σοβαρότητας της περιοχής ότι απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Από την άλλη μεριά, χρειάζεται να σημειωθεί ότι και η πέμπτη έκδοση του ASI δεν περιλαμβάνει πολλές ερωτήσεις που αφορούν ειδικά την υγεία των γυναικών και συνδέονται τόσο με γυναικολογικά προβλήματα και θέματα εγκυμοσύνης όσο και με τη φροντίδα των παιδιών. Η δυνατότητα, ωστόσο, που δίνει στο συνεντευκτή για ελεύθερα σχόλια στην κάθε περιοχή προβλημάτων που ελέγχει και στην τελική αναφορά που αποτελεί συνοπτικό ελεύθερο κείμενο περιγραφής της συνέντευξης και της κλινικής εικόνας του εξεταζόμενου, λειτουργεί ως αντιστάθμισμα στην αδυναμία που αναφέρθηκε και συμπληρώνει στην κλινική πρακτική ένα ενδεχομένως σημαντικό κενό (NIDA, 1995).

Η προσαρμογή του ASI για την Ευρώπη. Το EuropASI

Αν και το ASI ήταν ήδη μεταφρασμένο σε αρκετές ευρωπαϊκές γλώσσες –και στην ελληνική– από τη δεκαετία του ΄80 και αξιοποιούνταν αποσπασματικά περισσότερο για ερευνητική χρήση, δεδομένου ότι δεν είχε υιοθετηθεί ως διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική πρακτική, δεν ήταν δυνατή μια συγκριτική μελέτη λόγω των μεγάλων διαφορών στην απόδοσή του σε κάθε χώρα. Βασισμένοι στην πέμπτη έκδοση του ASI (McLellan και συνεργάτες, 1992) μια ομάδα ευρωπαίων ερευνητών επιχείρησε μιαν από κοινού μετάφραση στο πλ et al.,αίσιο όμοιων παραδοχών για την προσαρμογή του (Kokkevi και Hartgers, 1995).

Το 1993 η Hartgers από την Ολλανδία και η Κοκκέβη από την Ελλάδα προσπάθησαν να αναπτύξουν ένα εργαλείο που στη συνέχεια ονομάστηκε EuropASI, και θα αποτελούσε την ευρωπαϊκή προσαρμογή του ASI με σκοπό να υφίσταται ένα κοινό ευρωπαϊκό όργανο μετρήσεων των χαρακτηριστικών της χρήσης και των χρηστών στις ευρωπαϊκές χώρες. Το εγχείρημα των δύο ερευνητριών πλαισιώθηκε γρήγορα από ερευνητές άλλων χωρών (Ιταλία, Ελβετία, Ολλανδία, Γερμανία). Από τις αρχές του ’90, παράλληλα, το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Συνεργασίας και Συντονισμού στον τομέα της Επιστημονικής και Τεχνολογικής Έρευνας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ένωση Χωρών του Ελεύθερου Εμπορίου (European Co-operation and Co-ordination in the Field of Scientific and Technical Research among European Union and European Free Trade Association Countries –COST), αναπτύσσοντας ερευνητικά προγράμματα σε δέκα τομείς συμπεριέλαβε σε έναν από αυτούς την κατάχρηση ουσιών. Ο τομέας αυτός που έφερε τον κωδικό COST A-6 είχε ως γενική κατεύθυνση την «Αξιολόγηση των Ενεργειών Ενάντια στην Κατάχρηση Ουσιών στην Ευρώπη» και συγκέντρωσε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και ερευνητικών κέντρων σε μια συνεργασία που για πρώτη φορά πραγματοποιούνταν σε τέτοια έκταση στην Ευρώπη. Οι βασικοί στόχοι του COST A-6 ήταν η οργάνωση ερευνητικών δικτύων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, η συλλογή και η ανάλυση σχετικού ερευνητικού υλικού, η ανάπτυξη πρωτοκόλλων και εργαλείων για την έρευνα αξιολόγησης και η προώθηση της διεθνούς έρευνας αξιολόγησης με ευρύ αριθμό υπηρεσιών που θα συμμετείχαν. Στο πλαίσιο αυτό μια ομάδα εργασίας εστίασε στην ανάπτυξη ενός συστήματος πληροφοριών που αφορούσε στο χρήστη υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν την εξάρτηση και από τα διαθέσιμα εργαλεία επελέγη το ASI για να προσαρμοσθεί στις συνθήκες των ευρωπαϊκών χωρών (Mäkelä, 2004· Κοκκέβη και Hartgers, 1994· 1995· Uchtenhagen, 1999).

Η ομάδα εργασίας σε συνεργασία με την ομάδα της Πενσυλβάνια και τον McLellan εστίασαν στην πέμπτη έκδοση του ASI ως περισσότερο πλήρη και πιο πρόσφατη. Οι πρώτες προσαρμογές έγιναν στη βάση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από τις επιμέρους εθνικές εφαρμογές του εργαλείου και των συμπερασμάτων που είχαν στη διάθεσή τους. Παράλληλα, όπως υποστηρίζουν οι Κοκκέβη και Hartgers σημαντική ήταν η αξιοποίηση της εμπειρίας που προερχόταν από την Ολλανδία, δεδομένου ότι μια προσαρμογή του ASI για τις Κάτω Χώρες ήδη χρησιμοποιούνταν επί μακρόν, ενώ υπήρχε και μια συστηματική επεξεργασία

θεμάτων που συνδέονταν με την αξιοποίηση του ASI και τη χρήση του στη ψυχομετρική έρευνα (Κοκκεβη και Hartgers, 1994).

Τον Ιανουάριο του 1993 στη διάρκεια ενός εργαστηρίου του AIAR για την κλινική επιδημιολογία συμφωνήθηκε η ανάγκη για την ανάπτυξη του εργαλείου. Πολύ σύντομα έγινε η ανάπτυξη του πρώτου σχεδίου και το Μάιο του ΄93 στη Ζυρίχη η πρώτη ομάδα εργασίας συντόνισε όλες τις ενέργειες που είχαν γίνει γύρω από την προσπάθεια διαμόρφωσης του εργαλείου σε κάθε χώρα. Το πρώτο συμπόσιο για το EuropASI έγινε στο Αμβούργο το Σεπτέμβριο του 1993 στο περιθώριο του συνεδρίου "Komorbitat: Psychiatrische Storungen und Stoffcher Mibbrauch", όπου παρουσιάστηκαν η ιστορία του ASI στις διάφορες χώρες της Ευρώπης και ένα πρώτο σχέδιο του ερωτηματολόγιου. Παράλληλα συζητήθηκε το κατά πόσο ήταν δυνατή η ανάπτυξη ενός προγράμματος για την εκπαίδευση επαγγελματιών που θα εκπαίδευαν συνεντευκτές με βάση το EuropASI. Τονίσθηκε, επίσης, η σημασία της μελέτης της εγκυρότητας του νέου εργαλείου υπό το πρίσμα, μάλιστα, της συννοσηρότητας στο πεδίο της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Στο συμπόσιο αυτό αναγνωρίστηκε από 11 ευρωπαϊκές χώρες η ανάγκη για την ενίσχυση της ανάπτυξης αυτού του κοινού εργαλείου και εκφράσθηκε το ενδιαφέρον τους για συμμετοχή στην εργασία δημιουργίας, δοκιμών και ελέγχου καθώς και σε μελέτες.

Τον Αύγουστο του 1994 εκδόθηκε ο πρώτος οδηγός Διεξαγωγής Συνεντεύξεων EuropASI που σταδιακά μεταφράστηκε σε πολλές γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της Ελληνικής, κυκλοφόρησε σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και υιοθετήθηκε από το European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction –EMCDDA (ΕΚΤΕΠΝ, 1996). Στη βάση αυτού του Οδηγού παρουσιάσθηκε το τελικό εργαλείο σε ειδικό εργαστήριο του συνεδρίου «Θεραπεία της Εξάρτησης» στη Ζυρίχη το Σεπτέμβριο του 1994. Στο περιθώριο του συνεδρίου στη Ζυρίχη πραγματοποιήθηκε το πρώτο διήμερο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην αγγλική γλώσσα για εκπαιδευτές συνεντευκτών στο εργαλείο. Στο πρόγραμμα αυτό εκπαιδεύτηκαν και οι πρώτοι τρεις Έλληνες εκπαιδευτές (Kokkevi και Hartgers, 1995).

Ο τελικός οδηγός του EuropASI εκδόθηκε ένα χρόνο μετά (Blanken et al., 1995) συμπεριλαμβάνοντας και μικρές διορθώσεις που συγκεντρώθηκαν από τις διάφορες εκπαιδευτικές εμπειρίες που πραγματοποιήθηκαν εν τω μεταξύ στο Βέλγιο, τη Γερμανία την Ελλάδα, την Ιταλία και την Ολλανδία. Η αξιοπιστία του εργαλείου για πρώτη φορά μελετήθηκε στο πλαίσιο έρευνας που εστίαζε στη συννοσηρότητα (Uchtenhagen, 1999). Από τότε πολλές χώρες έχουν πραγματοποιήσει μελέτες για την επιμέρους μέτρηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του και φαίνεται να συγκεντρώνει την αποδοχή των ερευνητών αφού τα αποτελέσματα βρέθηκαν πολύ ικανοποιητικά (Kokkevi και Hartgers, 1995). Το τελευταίο διεθνές εργαστήριο πραγματοποιήθηκε το 1997 –παράλληλα με τη λήξη του COST A-6– από το Ευρωπαϊκό Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο για τις Εξαρτήσεις. Μέχρι σήμερα πραγματοποιούνται περιοδικά ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την εκπαίδευση συνεντευκτών στο EuropASI τόσο σε χώρες που συνδέονται άμεσα με το EMCDDA (κράτη μέλη της ΕΕ) όσο και στις χώρες που συνδέονται περιφερειακά (χώρες που επιδιώκουν την ένταξή τους στην ΕΕ).

Οι Κοκκέβη και Hartgers συνοψίζουν τις προσαρμογές που έγιναν σε μερικές καταρχήν ερωτήσεις του αμερικάνικου εργαλείου που δεν φαίνεται να ήταν κατάλληλες για την Ευρώπη. Τέτοιου τύπου ερωτήσεις από την περιοχή εξέτασης της επαγγελματικής και οικονομικής κατάστασης θεωρήθηκαν αυτές που αφορούσαν το ύψος των εισοδημάτων από διάφορες πηγές. Κατά την επαναδιατύπωση διατηρήθηκε το εύρος των πηγών που ενδεχομένως υποστηρίζουν οικονομικά το άτομο, ωστόσο το βάρος της ερώτησης πέφτει στο αν έχει ή όχι εισόδημα από αυτές ανεξάρτητα από το ποσό που εισπράττει. Επαναδιατύπωση και προσαρμογή χρειάζονταν επίσης και ερωτήσεις που αφορούσαν τα διαφορετικά συστήματα σε επίπεδο θεσμών ή κοινωνικών δικτύων. Έτσι, οι συνθήκες που υφίστανται στην Ευρώπη ως προς το κοινωνικό, το ασφαλιστικό, το θεραπευτικό αλλά και το

εκπαιδευτικό σύστημα χρειάσθηκε να αποτυπωθούν διαφορετικά στο EuropASI απ' ό,τι στο πρωτότυπο ASI. Η γενική προσπάθεια των ερευνητών, πάντως, ήταν να περιορίσουν στο ελάχιστο τις διαφορές ανάμεσα στο πρωτότυπο ASI και την ευρωπαϊκή του προσαρμογή, ώστε να διευκολύνονται συγκρίσεις όχι μόνο στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής πραγματικότητας αλλά και ευρύτερα. Νέες ερωτήσεις που προστέθηκαν αφορούσαν την περιοχή της φυσικής υγείας (μόλυνση από ηπατίτιδα και HIV, κατάσταση HIV), της επαγγελματικής απασχόλησης (ζητήματα που συνδέονται με χρέη), της χρήσης ουσιών (ηλικία που γίνεται χρήση της κάθε ουσίας για πρώτη φορά, πρακτικές ενέσιμης χρήσης), και της ψυχικής υγείας (απόπειρες αυτοκτονίας). Σημειώνεται ότι ελάσσονος σημασίας διαφορές στα πεδία που προαναφέρθηκαν υπάρχουν και μεταξύ των χωρών της Ευρώπης που χρειάζονται ανάλογη προσαρμογή (Kokkevi και Hartgers, 1994· 1995).

Η προσαρμογή του EuropAsi για την έρευνα αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων

Μέχρι την τελική απόδοση του εργαλείου για την έρευνα αποτελεσματικότητας πραγματοποιήθηκαν δέκα συνεντεύξεις σε πρόσωπα που δεν είχαν καμία σχέση με το δείγμα που επελέγη, ήταν όμως πρώην χρήστες ουσιών. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου μετά και τη μελέτη των παρατηρήσεων που έγιναν από τους ερωτώμενους της δοκιμαστικής αυτής φάσης περιελάμβανε μερικές επιπλέον μεταβλητές που σκοπό είχαν την αναμνηστική αναφορά των ερωτώμενων με στόχο την πληρέστερη διασταύρωση των δεδομένων που ήδη ήταν διαθέσιμα.

Ο σχεδιασμός του νέου ερωτηματολογίου με την προσθήκη των συγκεκριμένων μεταβλητών εξυπηρετούσε και μια ακόμα σκοπιμότητα κατά τη διαδικασία της ανάλυσης. Στην περίπτωση που κατά τον έλεγχο δεν υπήρχαν διαφορές στα δεδομένα που συλλέγονταν κατά την επανεξέταση και τα δεδομένα που είχαν συλλεχθεί από τη θεραπευτική κοινότητα κατά την εισαγωγή του συμμετέχοντα, πέντε χρόνια πριν, υπήρχε η ευκολία χρήσης μιας και μόνον βάσης δεδομένων αντί για δύο με όλη την αυτονόητη διευκόλυνση που κάτι τέτοιο παρέχει.

Η επιπλέον επεξεργασία του εργαλείου έγινε ώστε να ανταποκρίνεται σε τρεις βασικές ανάγκες: α) στο πλαίσιο της θεραπευτικής πρότασης των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα, β) στην αξιολόγηση της θεραπευτικής πρακτικής που εφαρμόζεται από το ΚΕΘΕΑ και γ) στη συλλογή πληροφοριών για το μεσοδιάστημα μεταξύ της εισαγωγής και της επανεξέτασης. Για παράδειγμα, το αρχικό πρωτότυπο ερωτηματολόγιο EuropASI δεν ήλεγχε τη σχέση που διατηρούσε ο συμμετέχων με το πρόγραμμα μετά τη διακοπή ή την ολοκλήρωση της θεραπείας, δεν προέβλεπε τη μέτρηση του χρόνου παραμονής στη θεραπεία, χρειαζόταν η καταγραφή του ιστορικού χρήσης και ήταν προσανατολισμένο, εξαιτίας του δομικού του σχεδιασμού, στον έλεγχο των τελευταίων τριάντα ημερών.

Το εργαλείο επιτρέπει τέτοιου είδους παρεμβάσεις παρότι επισημαίνεται ότι η πρόσθεση ή αφαίρεση ερωτήσεων οφείλει να γίνεται με τρόπο που δεν επηρεάζει την αξιοπιστία και συνιστάται όταν ομάδες ερωτήσεων δεν αφορούν ειδικούς πληθυσμούς (McLellan et al., 1990). Ο έλεγχος της αξιοπιστίας στο νέο διαμορφωμένο ερωτηματοματολόγιο έδειξε υψηλή αξιοπιστία στο σύνολο των μεταβλητών που προστέθηκαν και έτυχε της έγκρισης του A.T. McLellan που μελέτησε το νέο εργαλείο με το γράφοντα ερευνητή τον Ιούνιο του 2000 στο Treatment Research Institute, στην Πενσυλβάνια.

Επιπλέον πεδία διερεύνησης

Η σε βάθος εστιασμένη προσωπική συνέντευξη σχεδιάσθηκε με στόχο τη διερεύνηση της θεραπευτικής εμπειρίας των εξυπηρετουμένων σύμφωνα με τον τρόπο που οι ίδιοι τη βίωσαν και τη νοηματοδοτούν. Είναι το δεύτερο μέρος της συνέντευξης που πραγματοποιείται στην επανεξέταση και έχει μια εντελώς διαφορετική λογική και διαχείριση από αυτήν του πρώτου μέρους που βασίζεται στην ημιδομημένη και σταθμισμένη συνέντευξη του EuropASI.

Πρόκειται για συνέντευξη που πραγματοποιείται με τη μέθοδο της ποιοτικής έρευνας και συνδυάζει στοιχεία της *συνέντευξης σε βάθος* και της *εστιασμένης συνέντευξης*.

Ο στόχος του δεύτερου μέρους είναι να οργανωθεί μια σαφής εικόνα για το πώς αντιλαμβάνεται ο συμμετέχων τη θεραπευτική του εμπειρία και πώς νοηματοδοτεί τα βιώματά του στη θεραπευτική κοινότητα, την περίοδο της ζωής του μετά τη θεραπεία και επίσης για το πώς αξιολογεί τις υπηρεσίες που δέχθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας ως εμπλεκόμενος σε αυτή.

Πιο συγκεκριμένα, σε ένα πρώτο επίπεδο, επιχειρείται να διερευνηθεί η πορεία του συμμετέχοντα στη συνέντευξη μετά τη θεραπευτική του εμπειρία και μέχρι την επανεξέταση και να συσχετίσει τον τρόπο με τον οποίο η θεραπεία ενδεχομένως συνέβαλε στο να διαχειριστεί σημαντικά θέματα που προέκυψαν αυτήν την περίοδο. Η διερεύνηση αυτή βοηθά στο να διαπιστωθεί ποια είναι τα σημεία κλειδιά που ο ίδιος απομονώνει ως σημαντικά, πώς ο ίδιος τα βίωσε και τι σήμαιναν. Παράλληλα, μέσω των παραπάνω γίνεται προσπάθεια να εντοπισθούν οι τρόποι με τους οποίους πολλά σημαντικά γεγονότα αντιμετωπίστηκαν από τον ερωτώμενο είτε ως επιλογές με συγκεκριμένο σχέδιο είτε ως αυθόρμητη αντίδραση που ορίζει τη στάση του ή τη συμπεριφορά του. Σε δεύτερο επίπεδο αναζητούνται οι εντυπώσεις, τα βιώματα και η προσωπική κρίση του ερωτώμενου σχετικά με τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ σε ό,τι αφορά το σύνολο της θεραπευτικής του εμπειρίας.

Στο παραπάνω πλαίσιο διαμορφώθηκαν οι άξονες στους οποίους κινήθηκε η σε βάθος εστιασμένη προσωπική συνέντευξη. Οι άξονες αυτοί περιελάμβαναν τις παρακάτω ερωτήσεις που ο συμμετέχων κλήθηκε συζητήσει μετά την ημιδομημένη συνέντευξη:

Σχετικά με την εμπειρία στο ΚΕΘΕΑ:

1. *Όσο βρισκόσουν στο πρόγραμμα, ποια θεωρείς ότι ήταν η μεγαλύτερη δυσκολία σου; Σε ποια θεραπευτική φάση την εντοπίζεις και πώς ορίζεις αυτή τη δυσκολία;*
2. *Πού αποδίδεις το γεγονός ότι παρέμεινες τόσο διάστημα στο θεραπευτικό πρόγραμμα;*
3. *Πού αποδίδεις το γεγονός ότι έφυγες από το πρόγραμμα;*
4. *Ποια στοιχεία, δεξιότητες, γνώσεις και εμπειρίες που απέκτησες στη θεραπευτική κοινότητα θεωρείς ότι ήταν τα σημαντικότερα για την αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων της ζωής σου;*

Σχετικά με τις προτάσεις για αλλαγή στη θεραπευτική κοινότητα:

1. *Τι θα ήθελες να αλλάξει στη θεραπευτική κοινότητα;*
2. *Τι θα ήθελες να παραμείνει στη θεραπευτική κοινότητα;*

Αυτές οι ερωτήσεις επιχειρούν να αποσαφηνίσουν την πορεία που διέτρεξε ο κάθε συμμετέχων από τη θεραπευτική του εμπειρία μέχρι την επανεξέταση και συνδέεται με αλλαγές και συμφωνίες που ο ίδιος αντιλαμβάνεται σημαντικές στη θεραπευτική διαδικασία.

Για την πραγματοποίηση του συγκεκριμένου μέρους της συνέντευξης χρησιμοποιήθηκε μαγνητόφωνο και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκε η συζήτηση, ώστε να αποτελέσει το κείμενο το περιεχόμενο της ανάλυσης. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκαν οι σημειώσεις του ερευνητή καθώς και η αναφορά του σχετικά με τη συνολική εμπειρία της συνέντευξης.

Το συγκεκριμένο μέρος της συνέντευξης προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και την προσπάθεια διαμόρφωσης μιας σειράς ερωτήσεων που ελέγχουν τις παραμέτρους που εντοπίζονται ως κρίσιμα γεγονότα από τα οποία εξαρτώνται εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις που βιώνει κάθε άνθρωπος.

Παράλληλα, η προσπάθεια επικεντρώνεται στη συγκρότηση της εικόνας του ερωτώμενου για τη θεραπευτική εμπειρία του, στον εντοπισμό, δηλαδή, των παραμέτρων που κατά τον ίδιο βάρυναν και εξακολουθούν να βαραίνουν και σχετίζεται με την εμπειρία του από το θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ Στο πλαίσιο αυτό αναζητούνται οι δυσκολίες που είχε

κατά τη παραμονή του στο πρόγραμμα, οι λόγοι για τους οποίους παρέμεινε στο πρόγραμμα ή διέκοψε πρόωρα σε σχέση με τον προγραμματισμένο χρόνο παραμονής. Παράλληλα, εξετάζονται τα στοιχεία της θεραπευτικής του εμπειρίας που ο ίδιος θεωρεί σημαντικά και αποτελούν κατά τη γνώμη του εφόδια που του παρείχε το πρόγραμμα, όπως και τα σημεία που μετά τη θεραπεία θεωρεί κρίσιμα, όπως γεγονότα, επιλογές ή καταστάσεις που βρέθηκε και αποτελούν «σταθμούς» στη ζωή του. Τέλος, του ζητείται η γνώμη για το τι ο ίδιος θα επιθυμούσε να αλλάξει και τι να μην αλλάξει στο θεραπευτικό πρόγραμμα που παρακολούθησε.

Η εστιασμένη συνέντευξη που συνδυάζεται με τη συνέντευξη σε βάθος διαφέρει σε ορισμένα σημεία από άλλου είδους συνεντεύξεις που χρησιμοποιούνται στην έρευνα (Merton, 1990):

1. Οι συμμετέχοντες έχουν όλοι μια ανάλογη εμπειρία (παράδειγμα: το ότι συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.)
2. Προϋπάρχει θεωρητική γνώση που αποτελεί πλαίσιο και μοντέλο ανάλυσης της κατάστασης (παράδειγμα: περισσότερος χρόνος παραμονής στη θεραπεία σημαίνει καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα)
3. Στη βάση αυτής της ανάλυσης αναπτύσσεται ένα μοντέλο, ένας οδηγός της συνέντευξης (παράδειγμα: οι άξονες των ερωτήσεων που υπάρχουν στο δεύτερο μέρος της συνέντευξης)
4. Τέλος, καταγράφονται οι απόψεις όσων συμμετέχουν προσπαθώντας να εντοπισθεί η γνώμη τους για συγκεκριμένες καταστάσεις (παράδειγμα: τι σ' έκανε να φύγεις από το πρόγραμμα;).

Τόσο στη συνέντευξη σε βάθος όσο και στην εστιασμένη συνέντευξη ο ερευνητής έχει έναν ενεργότερο ρόλο από ό,τι σε δομημένες συνεντεύξεις, ενισχύοντας τη συζήτηση γύρω από τα θέματα που εξετάζονται.

Για την οργάνωση και το σχεδιασμό συνεντεύξεων τέτοιου είδους χρειάζεται να δίνεται προσοχή μεταξύ άλλων στα:

- Προσδιορισμό του αποτελεσματικού ερεθίσματος σε σχέση με το στόχο που ερευνάται (τι είναι το ανεπιθύμητο γεγονός, πώς ορίζεται)
- Καλή εκτίμηση των διαφορών που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ προηγούμενων καταστάσεων και παρούσης κατάστασης (κάποιος χρειάζεται να απαντήσει για το πώς βίωσε δυσκολίες στη θεραπευτική διαδικασία αλλά αυτό το κάνει μετά από αρκετά χρόνια από τη στιγμή που τις βίωσε)
- Καλή εκτίμηση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των υπό-ομάδων (κάποιοι απαντούν και απέχουν από τη χρήση ουσιών κάποιοι όμως κάνουν χρήση).

Τέλος, μια συνέντευξη αυτού του είδους για να εξυπηρετήσει το στόχο της και να είναι αποτελεσματική στο πλαίσιο μιας συνολικότερης έρευνας, όπως αυτή της αποτίμησης των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ, θα πρέπει να εντάσσεται στο συνολικό ερευνητικό σχέδιο πληρώντας τα παρακάτω τέσσερα κριτήρια:

1. της έκτασης, του εύρους (range): η συνέντευξη θα πρέπει να επεκτείνεται τόσο στους συμμετέχοντες όσο και στα ερεθίσματα που τους παρέχονται, ώστε να εξασφαλίζεται η ευρύτερη γκάμα απαντήσεων
2. της ιδιαιτερότητας (specificity): η συνέντευξη θα πρέπει να εξασφαλίζει τη δυνατότητα προσδιορισμού της ιδιαιτερότητας στην οποία βρίσκονται όσοι απαντούν
3. του βάθους (depth): η συνέντευξη θα πρέπει να φθάνει σε βάθος, ώστε να προσδιορίζεται το σημαντικό το οποίο μπορεί να κρύβεται πίσω από την πρώτη απάντηση, η οποία συχνά αποτελεί την επιφάνεια που καλύπτει την ουσία
4. το προσωπικό πλαίσιο (personal context): στη συνέντευξη θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να περιλαμβάνονται απαντήσεις που προέρχονται από την προσωπική

επεξεργασία του συμμετέχοντα, αποφεύγοντας που στηρίζονται σε γενικές προκαταλήψεις.

Ο συνεντευκτής, ως εκ τούτου, σ' αυτή τη διαδικασία θα πρέπει να είναι διευκολυντικός στη βάση όλων των παραπάνω χωρίς να είναι καθοδηγητικός σε σχέση με την απάντηση. Ενώ δηλαδή συντονίζει τη συζήτηση στη βάση ερωτήσεων που προβλέπει το σχέδιο της συνέντευξης και υπό αυτή την έννοια οδηγεί τη συζήτηση, δεν επιτρέπεται να καθοδηγεί την απάντηση ή να την προκαλεί. Στην ουσία ορίζει το πλαίσιο αποσαφηνίζοντας την ερώτηση, αλλά χρειάζεται προσοχή να μη «δίνει» ο ίδιος την απάντηση, χρησιμοποιώντας ή προτείνοντας πιθανές απαντήσεις. Ο ρόλος του είναι να εκμαιεύσει την απάντηση όχι να την καθορίσει.

Η Mason (1996) δίνει μερικές πρακτικές συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση της ανοικτής συνέντευξης και τις αποφάσεις που χρειάζεται να παίρνει ο ερευνητής κατά τη διάρκειά της. Προσαρμόζοντας τις συμβουλές της στην περίπτωση της έρευνας του ΚΕ.Θ.Ε.Α., βασικά κριτήρια που είχε ο ερευνητής κατά τη διάρκεια της προσωπικής εστιασμένης συνέντευξης ήταν:

- να εξηγεί με σαφήνεια τι ρωτά και να γίνεται κατανοητός στον ερωτώμενο.
- να προσπαθεί να συνδεθεί, να αποκτήσει επαφή με τα περιστατικά, τα γεγονότα, τις εμπειρίες που παρουσιάζει ο συμμετέχων (αφού έχει προηγηθεί μια ολόκληρη δομημένη συνέντευξη και γνωρίζει ήδη αρκετά πράγματα σχετικά με τον άνθρωπο που συμμετέχει).
- να είναι αλλά και να δείχνει ευαίσθητος προς τους συμμετέχοντες, τις ανάγκες τους και τα δικαιώματά τους και πάντα να θυμάται τον κώδικα δεοντολογίας που ορίζει το ρόλο και τη θέση του τη συγκεκριμένη στιγμή.
- να προσπαθεί να διευκολύνει τη ροή της συζήτησης. Το να κομπιάζει, να κάνει μεγάλες παύσεις, να δείχνει ή να είναι αφηρημένος, κάνει το κλίμα και την ατμόσφαιρα της συζήτησης δυσμενή και τη συνέντευξη αναποτελεσματική. Χρειάζεται να έχει διαρκώς στο μυαλό του ότι κάνει μια «συζήτηση με συγκεκριμένο στόχο».
- Η εστίαση σε θέματα και ζητήματα που αφορούν τα πεδία της έρευνας τον διευκολύνουν να αποφύγει μια συζήτηση χωρίς νόημα και να οργανώνει τις ερωτήσεις σε εύστοχες διατυπώσεις.
- να θυμάται πάντα ότι ο ρόλος του στη συνέντευξη είναι να συλλέξει τα απαραίτητα στοιχεία που χρειάζεται η έρευνα. Δεν είναι και δεν μπορεί να παίρνει ρόλο θεραπευτή. Εκτός από αναποτελεσματικό είναι και αντιδεοντολογικό.

3.3.8. Όρια και περιορισμοί της έρευνας

Το σύνολο του σχεδίου της έρευνας χαρακτηρίζεται από τη μεθοδολογική προσέγγιση της αναδρομικής έρευνας που βασίζεται στη μέτρηση συγκεκριμένων δεικτών *πριν* την έναρξη της παρέμβασης – στην προκειμένη περίπτωση την εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα – και συγκρίνεται με τη μέτρηση που ακολουθεί ένα διάστημα *μετά* την παρέμβαση. Η σύγκριση των δεικτών που επιλέγονται πραγματοποιείται ανεξάρτητα από το αν η παρέμβαση υλοποιήθηκε σύμφωνα με το σχεδιασμό. Αν και η αναδρομική μελέτη αποτελεί μια, κατά το μάλλον, δημοφιλή μεθοδολογική προσέγγιση για ζητήματα έρευνας της δημόσιας υγείας και συχνά έχει υιοθετηθεί για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων, παρουσιάζει συγκεκριμένους περιορισμούς που και στο πλαίσιο του παρόντος σχεδίου έρευνας εντοπίζονται ως πεδία που απαιτούν προσοχή και ιδιαίτερο σχολιασμό.

Καταρχήν, υπενθυμίζεται ότι το χρονικό διάστημα μεταξύ των μετρήσεων είναι ιδιαίτερα ευρύ φτάνοντας στα πέντε και σε περιπτώσεις τα έξι έτη. Στο διάστημα αυτό δεν έγινε καταγραφή πολλών σημαντικών λεπτομερειών που εκτός του θεραπευτικού συστήματος, κυρίως, θα μπορούσαν να έχουν έναν ερμηνευτικό ή επεξηγηματικό χαρακτήρα για τις μεταβολές που εκ των υστέρων εντοπίζονται. Πέραν, δηλαδή, των ποσοτικών σταθερών που συνδέονται με τη θεραπευτική εμπειρία, και αυτό για όσο το άτομο βρίσκεται στο

θεραπευτικό σύστημα, δεν έγινε συλλογή περαιτέρω δεδομένων. Έτσι ενώ υπάρχουν δεδομένα σχετικά με το χρόνο παραμονής, μεταβλητή με ιδιαίτερο βάρος, δεν υπάρχουν ενδείξεις παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν το αποτέλεσμα προκύπτοντας από μετρήσεις που δεν οφείλονται απαραίτητα στη θεραπευτική εμπειρία. Έτσι, αν και η σύγκριση των χαρακτηριστικών των ατόμων ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές πριν και μετά τη θεραπεία, διαγράφει τις μεταβολές στα συγκεκριμένα πεδία, δεν προσφέρεται για περαιτέρω ερμηνείες, όπως, για παράδειγμα, την εκτίμηση της επίδρασης εξωγενών παραγόντων και γεγονότων που συνέβησαν μετά τη θεραπεία ή μετά την απομάκρυνση από το θεραπευτικό σύστημα. Τα γεγονότα που κατά τη συνέντευξη επανεξέτασης αναδεικνύονται και συλλέγονται ως δεδομένα προέρχονται από την αναδρομική ανασκοπική αναφορά των ίδιων των συμμετεχόντων.

Στο πλαίσιο της συγκριτικής αποτελεσματικότητας, το συγκεκριμένο σχέδιο έρευνας περιορίζεται στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μόνο της εφαρμογής θεραπείας απεξάρτησης στη θεραπευτική κοινότητα. Αν και ο κεντρικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν αυτός, εν τούτοις παραμένει αναπάντητο, ελλείψει άλλων δεδομένων στο παρελθόν ή παράλληλων ερευνητικών προσπαθειών που διερευνούν θεραπευτικά συστήματα άλλων προσεγγίσεων, το σε σχέση με *τι* είναι ή όχι αποτελεσματική η θεραπευτική κοινότητα. Όπως επιπλέον δεν διευρύνεται η έρευνα στο κατά πόσον οι θεραπευτικές υπηρεσίες που ελέγχονται είναι αποτελεσματικές σε σχέση με άλλου τύπου θεραπείες που πιθανόν έχει υποβληθεί ο χρήστης μετά τη θεραπευτική εμπειρία και στις οποίες ενδεχομένως οφείλεται είτε προσθετικά είτε ανεξάρτητα το αποτέλεσμα που τελικά καταγράφεται στην επανεξέταση (McLellan, 2000).

Ο ορισμός των δεικτών αποτελεσματικότητας προκύπτει από τα βιβλιογραφικά δεδομένα και επιχειρεί να ενισχύσει τη συγκρισιμότητα της παρούσας έρευνας. Ωστόσο, τόσο εξαιτίας του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε όσο και εξαιτίας του συστήματος καταγραφής κατά την εισαγωγή των ατόμων στη θεραπεία, πέντε ή έξι χρόνια πριν την έναρξη της διερευνητικής εργασίας, οι δείκτες ορίσθηκαν κατά την ανάλυση. Ως αποτέλεσμα, υπήρξαν μεταβλητές που ήταν αναγκαίες για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και οι οποίες δεν συμπεριελήφθησαν στις μετρήσεις. Αυτό είχε επιπτώσεις τόσο στον καθορισμό του δείγματος όσο και στη μετέπειτα δυνατότητα διερεύνησης συγκεκριμένων υπο-πληθυσμών και ομάδων που καθιστούσε την ανάλυση ανώφελη.

Στα παραπάνω χρειάζεται να προστεθεί ότι το διάστημα των πέντε ετών που χώριζε την εξάταση των ατόμων διαμόρφωσε συγκεκριμένες δυσκολίες στη σύγκρισης των δύο χρονικών στιγμών *πριν* και *μετά*, καθώς τα στοιχεία που υπήρχαν για τα άτομα κατά την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης κατά την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα ήταν αρκετές φορές ελλιπή και όχι πάντα ομοιογενή. Στην προσπάθεια επίλυσης αυτής της αντιξοότητας αξιοποιήθηκαν εναλλακτικές πηγές πληροφοριών που προέρχονται από το ίδιο το άτομο όπως βιογραφίες, από το θεραπευτικό σύστημα όπως αφηγηματικές αξιολογήσεις και αρχεία και ερευνητικά εργαλεία που κατασκευάστηκαν για τη δομημένη οργάνωση της πληροφορίας. Τα προηγούμενα συνέβαλλαν εν μέρει στην επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος. Σε κάποιες περιπτώσεις πεδίων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναδρομικής ερώτησης του ατόμου σχετικά με το *πριν* κατά τη διάρκεια της συνέντευξης επανεξέτασης. Και σε αυτή την περίπτωση ο βαθμός αποτελεσματικότητας ως προς την απόκτηση της πληροφορίας θεωρείται υψηλός αν και η πληροφορία, ως αμφισβητήσιμη, αυτή κάθε αυτή χρειάσθηκε να επιβεβαιωθεί ως προς τη αξιοπιστία της.

Για τη συμμετοχή των ατόμων στη συνέντευξη επανεξέτασης, δεν υπήρχε η πρότερη συγκατάθεση τους καθώς δεν είχε προβλεφθεί κατά την εισαγωγή τους η πραγματοποίηση τους ερευνητικού σχεδίου. Όπως έχει παρατηρηθεί σε αντίστοιχες έρευνες η προετοιμασία του ατόμου για τη συνέντευξη επανεξέτασης, αυξάνει τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας καθώς αφενός το άτομο πληροφορείται και δεσμεύεται για τη συμμετοχή του και αφετέρου το θεραπευτικό σύστημα οργανώνει καλύτερα τις πληροφορίες επικοινωνίας που συλλέγει

(Desmond et al., 1995). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων εντοπισμού που συνδέονται κυρίως με την αυξημένη τάση κινητικότητας που έχει αυτός ο πληθυσμός αξιοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό τόσο τα θεραπευτικά προγράμματα όσο τα Προγράμματα Οικογενειακής Υποστήριξης που συνέβαλλαν στην καλύτερη κατεύθυνση για τον εντοπισμό των υποκειμένων της έρευνας (McLellan, 1991)

Το ποσοστό των συνεντεύξεων που δεν πραγματοποιήθηκαν ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα που διέκοψαν πρόωρα τη θεραπείας τους στη θεραπευτική κοινότητα, την πρώτη δηλαδή περίοδο των ενενήντα ημερών με το μεγαλύτερο μάλιστα μέρος τους να διακόπτει τη θεραπεία τις πρώτες 30 ημέρες (Γράφημα Γ4.1). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως επιτρέπει την υπόθεση ότι πρώτον εντοπίστηκαν ευκολότερα και δεύτερο συμμετείχαν στη συνέντευξη όσοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση ως προς τη χρήση ουσιών και το βαθμό της κοινωνικής τους ένταξης. Εγείρονται επομένως ανησυχίες σχετικά με την αμεροληψία και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το συγκεκριμένο στοιχείο, πάντως, συνήθως οφείλεται αφενός στην έλλειψη πρόσφατων στοιχείων επικοινωνίας και αφετέρου στη αυξημένη πιθανότητα που έχουν τα συγκεκριμένα άτομα να βρίσκονται ακόμα στη χρήση και άρα σε κατάσταση μεγαλύτερης κινητικότητας. Το παραπάνω πρόβλημα αντιμετωπίστηκε μέσω της αντικατάστασης ενός αριθμού ατόμων στο δείγμα ακολουθώντας την αρχή της τυχαιότητας όπως περιγράφηκε προηγουμένως, και με ένα σχέδιο ανάλυσης που επιτρέπει τη διατύπωση συμπερασμάτων ξεχωριστά για κάθε κατηγορία που καθορίζεται από το χρόνο παραμονής.

Η γενική αντίληψη των θεραπευτικών κοινοτήτων να αποφεύγουν την παροχή ανταποδοτικής αμοιβής για τη συμμετοχή σε συνέντευξη, αν και συχνά ιδιαίτερα στην αγγλοσαξωνική πρακτική είναι διαδεδομένη τακτική, έγινε σεβαστή και δεν προτάθηκε ως υπόσχεση στη φάση των συνεννοήσεων για τη συνέντευξη και φυσικά δεν δόθηκε κάποιο αντίτιμο πρακτικής φύσης είτε χρηματικό είτε εμπράγματο σε όσους συμμετείχαν στη συνέντευξη. Παρόλο, που ως τακτική θεωρείται αμφιλεγόμενη, οι λόγοι που στη λογική της θεραπευτικής κοινότητας περιορίζεται αφορούν την ηθική και την ασφάλεια των συμμετεχόντων που ενδέχεται να κάνουν χρήση ουσιών και να χρησιμοποιήσουν αυτά τα χρήματα για την απόκτηση της ουσίας. Κάποιοι πάντως, αν και σε διαφορετικού αντικειμένου διερεύνηση, εκτιμούν ότι το ανταποδοτικό όφελος που προσφέρεται στη διαδικασία των συνεντεύξεων, σχεδόν πάντα χρηματικό είναι δίκαιο και αποτελεσματικό ως προς τη βελτίωση των δεικτών ανταποκρισιμότητας (McKeganey, 2001·Fry και Dwyer, 2001).

Πολύ συχνά οι έρευνες αποτελεσματικότητας που εστιάζουν στη χρήση ουσιών συνοδεύονται από την τεχνική της επιβεβαίωσης της αυτοαναφοράς των συμμετεχόντων ως προς τις συλλεγόμενες πληροφορίες, μέσω εργαστηριακών εξετάσεων. Ένα μικρό δηλαδή δείγμα των συμμετεχόντων δίνει δείγμα που εξετάζεται εργαστηριακά (συνήθως εξέταση ούρων) για να επαληθευθεί η αναφορά των υποκειμένων. Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις. Παρόλο που έγινε αφορμή για την ανάπτυξη πολύ σημαντικού προβληματισμού και απετέλεσε ένα πεδίο στο οποίο επεδείχθη ιδιαίτερη σπουδή για τη διαχείρισή του, οι λόγοι που τελικά οδήγησαν σ΄ αυτήν την επιλογή είναι πολλοί. Καταρχήν, οι ίδιοι οι συμμετέχοντες φάνηκαν απρόθυμοι να θέσουν σε αμφισβήτηση την εμπιστοσύνη που έδειχναν εμπλεκόμενοι σε μια συνέντευξη που κατά γενική ομολογία δεν αποτελούσε πάντα μια εύκολη ανασκόπηση εμπειριών από μέρους τους. Πιο συγκεκριμένα, στη δοκιμαστική φάση της έρευνας πεδίου που ολοκληρώθηκε με τις πρώτες εξήντα συνεντεύξεις, όλοι οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το αν πιστεύουν ότι θα ήταν ορθό να ζητηθεί στο πλαίσιο της έρευνας υλικό το οποίο θα χρησιμοποιούνταν για εργαστηριακό έλεγχο και επαλήθευση σ΄ ένα δείγμα των συμμετεχόντων. Όλοι ανεξαιρέτως οι συμμετέχοντες σ΄ αυτή την πιλοτική φάση, τάχθηκαν εναντίον μιας τέτοιας επιλογής, ανεξάρτητα από το να δήλωσαν ότι έκαναν ή δεν έκαναν χρήση ουσιών. Θεώρησαν ότι με τον τρόπο αυτό προσβάλλεται η διάθεσή τους να συμμετάσχουν στην έρευνα με ειλικρίνεια και ευθύτητα ενώ παράλληλα η καχυποψία που υποδηλώνει, κατά την ερμηνείας τους, μια τέτοια επιλογή διακυβεύει την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια που αποτελούσαν τα κίνητρα

της συμμετοχής τους. Από την άλλη μεριά η αξιοπιστία της αυτοναφοράς σε σχετικές μελέτες έχει αποδειχθεί επανειλημμένως όταν συνδέεται με πληθυσμούς ενηλίκων που έχουν ως κύρια ουσία κατάχρησης τα οπιοειδή, δεν συντρέχει λόγος εμποδίων στη γλωσσική επικοινωνία εφόσον δεν αποτελούν εθνική ή θρησκευτική μειονότητα και με μορφωτικό επίπεδο που επιτρέπει αμοιβαία κατανόηση της επικοινωνίας με το συνεντευκτή, κατά τη συνέντευξη. Επιπλέον η αξιοπιστία αυτή ενισχύεται από την εκπαίδευση του συνεντευκτή και την ανάπτυξη ερωτήσεων ελέγχου διασταύρωσης που προβλέπονται στο ερωτηματολόγιο (Papanastasatos, 2000. Maddux και Desmond, 1995· McLellan, 1991· McLellan, 2000· Simpson και Sells, 1982).

Χρειάζεται, επίσης, να τονισθεί ότι ο εργαστηριακός έλεγχος σε περιόδους εξέτασης τόσο μακρές (πέντε χρόνια κατ΄ ελάχιστο) επαληθεύει τη χρήση ή όχι συγκεκριμένων ουσιών για ένα περιορισμένο διάστημα που μπορεί να φτάνει για λίγο περισσότερο από μερικές ημέρες και μόνον για κάποιες – την THC στην κάνναβη και τα μακρά δράσης βαρβιτουρικά - συγκεκριμένες ουσίες (Schuckit, 1995). Εξαιτίας της φαρμακολογικής ιδιότητας κάποιων ουσιών και του συστήματος μεταβολισμού του ανθρώπινου οργανισμού μετά από ένα σχετικά σύντομο διάστημα οι περισσότερο χρησιμοποιούμενες ουσίες (ηρωίνη, κοκαΐνη και άλλες) δεν εντοπίζονται πλέον. Επιπλέον η τρόπος χρήσης της κάθε ουσίας επηρεάζει το κατά πόσο ή όχι θα εντοπισθεί η ουσία στον οργανισμό. Τα προηγούμενα συμβάλλουν στην κατανόηση του ότι για τον έλεγχο της πρόσφατης χρήσης ουσιών οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να αποτελέσουν ένα οδηγό επιβεβαίωσης και για αυτό άλλωστε χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική και στους αστυνομικούς ελέγχους. Στην ερευνητική πρακτική όμως που διευρύνει τη διερεύνηση της σε μεγάλο χρονικά διαστήματα δεν μπορεί να έχει επαληθευτικό χαρακτήρα. Όλα τα παραπάνω συνέβαλλαν στην απόφαση που θα εξυπηρετούσε την οικονομία της έρευνας πεδίου και η οποία απέκλεισε την εργαστηριακή εξέταση ως μέθοδο επαλήθευσης των στοιχείων της αυτοαναφοράς των συμμετεχόντων (Hawks και Chiang, 1986) .

Στο επίπεδο της μέτρησης των δεικτών υγείας δεν χρησιμοποιήθηκαν ειδικές κλίμακες για να εξαχθούν οι συγκεκριμένοι δείκτες σωματικής ή ψυχικής υγείας. Καταρχήν η σωματική υγεία έγινε δυνατό σε μείζονες τομείς να εξετασθεί μέσω των στοιχείων που παρείχαν οι συμμετέχοντες σχετικά με τη νοσηλεία την οποία ενδεχομένως είχαν την περίοδο μετά τη θεραπεία, τις ιατρικές επισκέψεις, τη φαρμακευτική αγωγή που χρειάσθηκε ή χρειάζεται να ακολουθούν. Τα στοιχεία αυτά διαμόρφωσαν ένα προφίλ των συμμετεχόντων και με την αναδρομική αναφορά τους σε αντίστοιχες ερωτήσεις έγινε δυνατή η σύγκριση σε σχέση με το διάστημα πριν τη θεραπεία. Περισσότερο απαιτητή είναι συχνά, όμως, η τεκμηρίωση των διαφορών στη ψυχική υγεία μέσω των κλιμάκων που προσφέρουν οι ψυχομετρικές δοκιμασίες. Ωστόσο, πέραν των πρακτικών προβλημάτων που θα δημιουργούσε στην οικονομία της συνέντευξης και, συνολικά, της έρευνας πεδίου η χρήση περισσότερων κλιμάκων, είναι πολύ σπάνιες οι κλίμακες ειδικά σταθμισμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών που μπορεί να ενταχθούν στο πλαίσιο παρόμοιων μελετών. Τα αποτελέσματα τους έχουν συχνά αμφισβητηθεί, ενώ η χρήση τους σε ανάλογες έρευνες έχει μεθοδολογικά και λειτουργικά προβλήματα γιατί δεν είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί ένας τόσο μεγάλος αριθμός εργαλείων που να καλύπτει με πληρότητα την εκτίμηση σε επιμέρους ψυχολογικούς τομείς μέσα στο περιορισμένο χρονικό διάστημα που προβλέπει η ολοκλήρωση μιας τέτοιας έρευνας, Επιπρόσθετα, η κατάσταση των ατόμων που εξετάζονται είναι τέτοια που η χρήση ανάλογων κλιμάκων πολύ συχνά αντενδείκνυται. Άλλωστε, τα γνωστά εργαλεία ψυχομετρικών ελέγχων έχουν σταθμισθεί στο γενικό πληθυσμό και σε δείγματα ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και όχι σε δείγματα εξαρτημένων που παρουσιάζουν εξαιρετικά διαφορετικές τάσεις και ως εκ τούτου καθίστανται ανίσχυρα.

Ένα επίσης πεδίο που χρειάζεται προσοχή είναι το ζήτημα της θνησιμότητας σε τέτοιου είδους μελέτες. Συχνά το σύνολο των θανάτων στις αναδρομικές έρευνες είναι εύκολο να αποδοθεί στη χρήση ουσιών που ωστόσο δεν είναι πάντα αληθές και δεν τεκμηριώνεται να δεν έχει διερευνηθεί ειδικά η αιτία θανάτου. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας το μόνο

πραγματικά συγκρίσιμο δεδομένο είναι ο δείκτης θνησιμότητας αυτός καθαυτός σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά που άλλες πενταετείς έρευνες καταλήγουν. Αν και έγινε προσπάθεια διερεύνησης των αιτιών θανάτων όσων είχαν συμπεριληφθεί στο δείγμα δεν έγινε δυνατή η διασταύρωση των δεδομένων για δύο συγκεκριμένους λόγους. Κατά πρώτον οι δύο ιατροδικαστικές υπηρεσίες που λειτουργούν στην Ελλάδα στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και είναι επιφορτισμένες να διεξάγουν την ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη σε ανάλογες περιπτώσεις, δεν ήταν σε θέση να παράσχουν σχετικές πληροφορίες εξαιτίας του απορρήτου που διέπει τη λειτουργίας τους. Κατά δεύτερο δεδομένου ότι λειτουργούν στα δύο μεγάλα μόνον αστικά κέντρα πολλά πιστοποιητικά θανάτου δεν εκδίδονται από αυτές τις υπηρεσίες αφού πολλά περιφερειακά, κυρίως νοσοκομεία εκδίδουν επίσης πιστοποιητικά θανάτου και συχνά η εξέταση δεν εμβαθύνει στην αιτία του συμπτώματος που προκαλεί το θάνατο και άρα μπορεί να υποεκπροσωπείται ο τελικός αριθμός των θανάτων που συνδέεται με τη χρήση παρανόμων ουσιών που τελικά βεβαιώνουν. Αν και δεν υφίσταται πρακτική χρησιμότητα η εμπειρική εικόνα που υπάρχει από έμμεσες πληροφορίες που συλλέγησαν, συγκλίνουν στο ότι αρκετοί θάνατοι συνδέονται με άλλες αιτίες όπως ατυχήματα ή και απρόσμενη επιπλοκή σε νόσο που δε συνδέεται άμεσα τουλάχιστο με τη χρήση που έκαναν και άλλες παρέμειναν εντελώς αδιευκρίνιστες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η έννοια της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης εστιάζει στην κατάσταση των ατόμων που συμμετέχουν στη μελέτη ως προς τη συμπεριφορά τους κατά την επανεξέταση σε σχέση με τη χρήση ουσιών που ενδεχομένως εξακολουθούν να κάνουν. Το κύριο κριτήριο, επομένως, που επελέγη, το οποίο άλλωστε συνδέεται και με το βασικό ερευνητικό ερώτημα, είναι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως το βασικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

Στο πλαίσιο αυτό, καταρχάς οι συμμετέχοντες εξετάσθηκαν με διχοτόμο το αν την περίοδο της επανεξέτασης κάνουν χρήση παρανόμων ουσιών ή απέχουν από τη χρήση κάθε ουσίας. Η ομαδοποίηση, ωστόσο, αυτή απαιτεί συστηματικές παραδοχές που, αν και νομιμοποιούνται να αποτελέσουν κριτήριο αποτελεσματικότητας, μπορεί να συμβάλλουν σε μια ασάφεια, ομαδοποιώντας εξαιρετικά ανομοιογενείς συμπεριφορές που συνδέονται με την έκβαση της θεραπείας και την κοινωνική ένταξη. Η αποχή, για παράδειγμα, από τη χρήση ουσιών θα πρέπει να ορίζεται ως προς το χρόνο (*για πόσο διάστημα από την ημέρα εισαγωγής και μέχρι την επανεξέταση δεν γίνεται χρήση καμιάς παράνομης ουσίας*;), τα χαρακτηριστικά της χρήσης (*πρόκειται για μακρόχρονη αποχή μετά τη θεραπευτική εμπειρία ή για βραχύχρονη διακοπή της χρήσης*; *είναι συστηματική αποχή ή αφορά ένα πολύ πρόσφατο διάστημα που συμπίπτει με την επανεξέταση*;) αλλά και επιμέρους λεπτομέρειες που συνδέονται με την επανάληψη της χρήσης μετά τη θεραπεία (*πρόκειται για σποραδικά επεισόδια που δεν συνιστούν επιστροφή στην προηγούμενη της θεραπείας κατάσταση; για πόσο διάστημα πριν από την επανεξέταση δεν γίνεται χρήση ουσιών;*). Παράλληλα, συχνά οι έρευνες επικεντρώνονται στο είδος της ουσίας που χρησιμοποιείται, υπό την έννοια ότι μπορεί να συνιστά στοιχείο αποτελεσματικότητας η μετατόπιση της προτίμησης αυτών που δέχθηκαν θεραπεία από μια ουσία σε κάποια άλλη. Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, ωστόσο, θεωρήθηκε δόκιμο να μη γίνει διαχωρισμός των ουσιών, γιατί αφενός από επιστημολογική άποψη ο διαχωρισμός αυτός παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, και αφετέρου ο στόχος της θεραπείας, όπως προκύπτει από την αντίληψη των θεραπευτικών κοινοτήτων, συνδέεται με τη συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών και την εξαρτητική συμπεριφορά και δεν αφορά μια συγκεκριμένη ουσία. Από την άλλη μεριά, οι εξαρτημένοι που φθάνουν στα θεραπευτικά προγράμματα, αν και αναφέρουν την ηρωίνη ως το κύριο πρόβλημα της εξάρτησής τους, κάνουν παράλληλη χρήση πολλών ουσιών αναδεικνύοντας την πολυπλοκότητα που συνθέτει την κατάχρησή τους.

Για τους παραπάνω λόγους στο πλαίσιο της ανάλυσης αυτής της έρευνας ο όρος *χρήση παρανόμων ουσιών* περιλαμβάνει κάθε ουσία που χρησιμοποιείται σε οποιαδήποτε ποσότητα και συχνότητα. Αντίστοιχα, ο όρος *αποχή από τη χρήση ουσιών* αναφέρεται σε πλήρη αποχή από όλες τις παράνομες ουσίες για όσο διάστημα ορίζεται αυτό.

Υπό το πρίσμα αυτό, αν και οι μετρήσεις έγιναν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές όταν τα δεδομένα το επέτρεπαν (για παράδειγμα τριάντα τελευταίες ημέρες, τελευταίοι έξι μήνες κλπ), προτιμήθηκε, για τη χρήση ουσιών, ως ενδιάμεση διάκριση που μπορεί να λειτουργήσει συνδυαστικά με την αποχή, το διάστημα των δώδεκα τελευταίων μηνών πριν από την επανεξέταση. Εξάλλου και στη βιβλιογραφία είναι το διάστημα που χρησιμοποιείται συχνότερα, και επιπλέον η αποχή από τη χρήση ουσιών για ένα έτος αποτελεί μια σαφή, ασφαλή και αποδεκτή από πολλές απόψεις ένδειξη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Παράλληλα, σε μια προσπάθεια λειτουργικής ομαδοποίησης των συμμετεχόντων ως προς το αποτέλεσμα υιοθετήθηκε η εννοιολογική ταξινόμηση που επικρατεί στη θεωρία των εξαρτήσεων. Στο πλαίσιο αυτό αναγνωρίζονται διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση *υποτροπής (relapse),* που ορίζεται ως κατάρρευση με μια παρατεταμένη συστηματική

επιστροφή στα χαρακτηριστικά της χρήσης ουσιών ανάλογα με αυτά που υιοθετούσε κάποιος πριν την έναρξη της θεραπείας και στην κατάσταση των επεισοδίων χρήσης που ορίζεται ως *ολίσθηση* (*lapses* ή *slips*). Αυτά, αν και μπορεί να συνιστούν μια νέα σοβαρή εμπλοκή με τις ουσίες, ακολουθούνται αρκετά σύντομα από μια μακρόχρονη διακοπή της χρήσης ουσιών είτε μετά από νέα θεραπευτική παρέμβαση είτε χωρίς άλλη υποστήριξη (Marlatt και Gordon, 1985· DiClemente, 2003).

Από τη σύνθεση των προαναφερθέντων προέκυψαν τρεις κατηγορίες συμμετεχόντων ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας οι οποίες διατρέχουν το σύνολο της ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε για τον έλεγχο των τομέων που εξετάζονται. Η πρώτη κατηγορία ομαδοποίησης αφορά όσους συμμετέχοντες από την ημέρα της εισαγωγής τους και μέχρι την επανεξέταση απέχουν πλήρως από κάθε χρήση παράνομης ουσίας και αναφέρονται στο κείμενο που ακολουθεί και στους πίνακες κάτω από την ετικέτα *«σε πλήρη αποχή»*. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει όσους μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία αναφέρουν επεισόδια χρήσης ουσιών, αλλά δώδεκα τουλάχιστον μήνες πριν από την επανεξέταση απέχουν από τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας και συναντώνται στο κείμενο και τους πίνακες κάτω από την ετικέτα *«αποχή μετά από ολίσθηση»*. Η τρίτη, τέλος, κατηγορία που συναντάται στο κείμενο και τους πίνακες κάτω από την ετικέτα *«σε υποτροπή»* περιλαμβάνει όσους από τους συμμετέχοντες βρίσκονται σε κατάσταση συστηματικής υποτροπής αναφέροντας δηλαδή χρήση που διατηρείται και τους δώδεκα τελευταίους μήνες πριν από την επανεξέταση.

Ένας επιπρόσθετος λόγος για αυτή την ταξινόμηση συνδέεται με το ότι οι κατηγορίες *σε «πλήρη αποχή»* και *«αποχή μετά από ολίσθηση»* σε αρκετά πεδία ανάλυσης εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές σε αντιδιαστολή με την κατηγορία *«σε υποτροπή»*. Αυτό το στοιχείο επέβαλε σε αρκετές περιπτώσεις την επιπλέον σύμπτυξη των κατηγοριών σε δύο με διχοτομική διάκριση τη χρήση, εμφανίζοντας, δηλαδή, τις κατηγορίες: *«αποχή»* και *«υποτροπή»* που η μεν πρώτη περιλαμβάνει όσους το λιγότερο τους τελευταίους δώδεκα μήνες δεν κάνουν χρήση παρανόμων ουσιών και η δεύτερη όσους αναφέρουν χρήση και τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Σε κάθε περίπτωση η διχοτομική ανάλυση γίνεται επιπροσθέτως και δεν αντικαθιστά τη βασική επιλογή κατηγοριοποίησης.

4.1.1. Σχέδιο ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων

Η συγκεκριμένη μελέτη επεχείρησε πολλαπλές μετρήσεις αποτελεσματικότητας που μπορούν να προσδιορίσουν την κοινωνική ένταξη των ατόμων. Με στόχο την πληρέστερη απάντηση στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι στατιστικοί έλεγχοι.

Αρχικά, ελέγχθηκαν οι κατανομές στις μεταβλητές που επιτρέπουν την αποσαφήνιση των μεταβολών που παρατηρούνται στους συμμετέχοντες και συγκροτούν τη διαφορά *πριν* και *μετά* τη συγκεκριμένη θεραπευτική εμπειρία. Οι κατανομές αυτές επιτρέπουν τη σύγκριση τόσο μέσω των ποσοστών όσο και μέσω των δεικτών κεντρικής τάσης για μεταβλητές που χαρακτηρίζουν τις κατηγορίες που εξετάζονται.

Ο έλεγχος *χ τετράγωνο (chi square)* χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθούν οι διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των ομάδων όπως αυτές προαναφέρθηκαν. Δεδομένου ότι πολλές από τις συγκρίσεις έγιναν σε κατηγορικές μεταβλητές, ο έλεγχος χ τετράγωνο είναι ο πιο ενδεδειγμένος.

Για μεταβλητές που εκφράζονταν με αριθμητικά δεδομένα σε τακτική παράθεση και αφορούσαν χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία, η ηλικία, ο χρόνος επαγγελματικής απασχόλησης, ο χρόνος φυλάκισης και συναφούς τύπου μετρήσεις, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του κριτηρίου t *(t-test)* με στόχο τον εντοπισμό σημαντικών διαφορών μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων. Η αναφορά των σημαντικών στατιστικών διαφορών συμπληρώνεται επιπλέον με στοιχεία που κι αν ακόμα δεν

εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά έχουν κλινικό ενδιαφέρον και συνδράμουν στην καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων.

Για τη σαφέστερη εικόνα της διαφοροποίησης που προκύπτει από τις μετρήσεις και για τη ασφαλέστερη σημαντικότητα της διαφοράς ο έλεγχος της διαφοράς των μέσων έγινε κατά ζεύγη σε πεδία που αφορούν την υγεία, την εκπαίδευση, τη νομική κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση αλλά και τα χαρακτηριστικά της χρήσης όπως αναφέρθηκαν από τους ερωτώμενους. Ο έλεγχος διαφοράς των μέσων κατά ζεύγη *(paired samples t-test)* κρίθηκε ο πιο δόκιμος, δεδομένου ότι οι ομάδες προέρχονταν από το ίδιο δείγμα που εξετάζεται πριν και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση.

Ο έλεγχος της διασποράς (ANOVA) πραγματοποιήθηκε στοχεύοντας στη διερεύνηση σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων σε σχέση με μια σημαντική εξαρτημένη μεταβλητή όπως, για παράδειγμα, είναι ο χρόνος παραμονής.

Όπου εμφανιζόταν κάποια σχέση μεταξύ των μεταβλητών και των ομάδων που ετίθεντο σε σύγκριση η μέτρηση του βαθμού με τον οποίο συνδέονταν οι μεταβλητές *(strength of association)* πραγματοποιήθηκε τόσο για τις κατηγορικές μεταβλητές, με τον έλεγχο της τιμής Cramer *(Cramer's V),* όσο και για τις αριθμητικές, με έλεγχο τις τιμής gamma.

Αν και σε κάποιες μεταβλητές των οποίων η φύση το επέτρεπε επιχειρήθηκαν και έλεγχοι συσχετίσεων *(correlation),* η ποιότητα των δεδομένων δεν επέτρεψε τελικά τον έλεγχο μοντέλων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ασφαλή διατύπωση προγνωστικών στοιχείων ως παραγόντων όπως προκύπτουν από τεχνικές παλινδρόμησης *(regression analysis)*.

4.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Από τις 359 περιπτώσεις που θεωρήθηκαν έγκυρες λόγω πληρότητας των δεδομένων και συμπεριελήφθησαν στην ποσοτική ανάλυση κατά την εισαγωγή, 284 ή ποσοστό 79,1% αντιστοιχούσε σε άνδρες και 75 ή ποσοστό 20,9% σε γυναίκες. Σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων ήταν Έλληνες υπήκοοι με μόνο ένα ποσοστό 1,4% (3 άνδρες και 2 γυναίκες) να έχουν άλλη υπηκοότητα από την ελληνική.

Η μέση ηλικία των ατόμων που εισήχθησαν ήταν τα 26,4 έτη, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να συγκεντρώνεται στην ηλικιακή κατηγορία των 20-30 ετών. Ένα ποσοστό 14,2% αποτελεί τον πληθυσμό των εφήβων που εισήχθησαν για θεραπεία τη συγκεκριμένη περίοδο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εισήχθησαν είχαν ολοκληρώσει μόνον το γυμνάσιο με ένα ποσοστό 38,2% να έχει συνεχίσει την εκπαίδευσή του πέραν του γυμνασίου. Η μέση διάρκεια της εμπλοκής με την εκπαίδευση ήταν τα 10,7 έτη. Τα τρία τέταρτα όσων εισήχθησαν ζούσαν με τη γονική τους οικογένεια και η μεγάλη τους πλειονότητα (81%) ήταν άγαμοι, ενώ το 75,8% ανέφεραν ότι ήταν άνεργοι.

Ως προς το ιστορικό χρήσης, η ηρωίνη αποτελούσε για το σύνολο περίπου του πληθυσμού το κύριο πρόβλημα εξάρτησης, αφού 96,1% έκανε συστηματική χρήση ηρωίνης. Το 63,6% χρησιμοποιούσε ηρωίνη σε καθημερινή βάση και το 91,2% ενδοφλέβια. Το 86% έκανε χρήση ηρωίνης για περισσότερα από τρία χρόνια (μέση διάρκεια χρήσης ηρωίνης 6,18 έτη) πριν από την εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα, ενώ για πρώτη φορά χρησιμοποίησε ηρωίνη κατά μέσον όρο σε ηλικία 19,9 ετών. Επίσης, το 66,7% από όσους εισήχθησαν για θεραπεία είχαν την εμπειρία τουλάχιστον ενός επεισοδίου υπερδοσολογίας και παράλληλη χρήση περισσοτέρων ουσιών έκανε το 76,2%. Η ηρωίνη αναφέρθηκε ως το κύριο πρόβλημα για την έναρξη της θεραπείας από το 83,1% όσων εισήχθησαν.

Πίνακας 4.1.: Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία

Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά	Συμμετέχοντες *n*	%
Φύλο *(N=359)*		
Άνδρες	*284*	79,1
Γυναίκες	*75*	20,9
Υπηκοότητα *(N=359)*		
Ελληνική	*354*	98,6
Ηλικία *(N=359)*		
Μέχρι 20 ετών	*51*	14,2
21-25 ετών	*105*	29,3
26-30 ετών	*135*	37,6
31 ετών ή περισσότερο	*68*	18,9
Μέση ηλικία	26,36 έτη (τ.α. 5,26)	
Εκπαίδευση *(N=359)*		
Μέχρι και 6 χρόνια στην εκπαίδευση	*31*	8,6
7-9 χρόνια στην εκπαίδευση	*109*	30,4
10-12 χρόνια στην εκπαίδευση	*152*	42,3
Περισσότερα από 12 χρόνια	*67*	18,7
Μέση διάρκεια ετών στην εκπαίδευση	10,73 (τ.α. 2,81)	
Δημοτικό	*78*	21,7
Γυμνάσιο	*144*	40,1
Λύκειο	*118*	32,9
Ανώτερο επίπεδο	*19*	5,3
Απασχόληση *(N=231)*		
Ανεργία	*175*	75,8
Κύρια πηγή εισοδήματος η εργασία	*54*	36,0
Οικονομική υποστήριξη από οικογένεια	*53*	35,3
Εισόδημα από παράνομες πηγές	*42*	28,0
Συνθήκες Διαβίωσης *(N=330)*		
Ζουν με τη γονική οικογένεια	*249*	75,4
Άγαμοι	*282*	81,0

Επιπλέον, κάνναβη χρησιμοποιούσε συστηματικά και, συνήθως, παράλληλα με τη χρήση ηρωίνης το 99,4% των συμμετεχόντων, με το 93,8% να χρησιμοποιεί κάνναβη για περισσότερα από τρία χρόνια και με μέση ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης τα 16 χρόνια.

Σημαντικό ζήτημα αποτελούσε για τον πληθυσμό που εισήχθη για θεραπεία η εμπλοκή του με το ποινικό σύστημα, αφού τα δύο τρίτα ανέφεραν ότι είχαν κατηγορηθεί στο παρελθόν για κάποιο σοβαρό αδίκημα. Στη βάση αυτή περίπου οι μισοί (47,6%) κατηγορήθηκαν για κατοχή ή εμπορία παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών, για αδικήματα κατά της περιουσίας το 34%, ενώ ένα ποσοστό 15,4% είχε κατηγορηθεί για εγκλήματα βίας.

Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων είχε καταδικασθεί μετά την παραπομπή του σε δίκη και το 32,1% είχε ήδη εμπειρία φυλάκισης.

Πίνακας 4.2.: Χαρακτηριστικά χρήσης των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία

Ιστορικό χρήσης ουσιών κατά την εισαγωγή	Συμμετέχοντες *n*	%
Χρήση Ουσιών *(N=335)*		
Χρήση ηρωίνης	*320*	96,1
Καθημερινή χρήση ηρωίνης	*126*	63,6
Έναρξη χρήσης ηρωίνης μέχρι τα 18	*135*	45,7
Έναρξη χρήσης ηρωίνης μέχρι τα 20	*185*	62,9
3 η περισσότερα χρόνια χρήσης ηρωίνης	*307*	86,0
Ενδοφλέβια χρήση	*270*	91,2
Μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ηρωίνης 19,93 έτη (τ.α. 3,92)		
Μέση διάρκεια χρήσης ηρωίνης 6,18 έτη (τ.α. 2)		
Χρήση κάνναβης	*308*	99,4
Έναρξη χρήσης κάνναβης μέχρι τα 15	*110*	43,3
Έναρξη χρήσης κάνναβης μέχρι τα 19	*243*	91,7
3 η περισσότερα χρόνια χρήσης κάνναβης	*335*	93,8
Μέση ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης 16 έτη (τ.α. 2,26)		
Κύριο πρόβλημα η ηρωίνη	*266*	84,4
Παράλληλη χρήση περισσοτέρων ουσιών	*64*	76,2
Επεισόδια υπερδοσολογίας	*55*	66,7

Πίνακας 4.3. Νομική κατάσταση των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία

Νομική κατάσταση κατά την εισαγωγή	Συμμετέχοντες *n*	%
Ιστορικό νομικής εμπλοκής *(N=358)*		
Απαγγελία κατηγορίας για σοβαρό αδίκημα	*238*	66,9
Κατηγορία για κατοχή και εμπορία ουσιών	*169*	47,6
Κατηγορία για φθορά ξένης περιουσίας	*121*	34,0
Κατηγορία για εγκλήματα βίας	*55*	15,4
Καταδίκες	*130*	36,2
Φυλάκιση	*115*	32,1

Η εξέταση της υγείας, σωματικής και ψυχικής, των ατόμων που εισήχθησαν έδειξε μια σημαντική επιβάρυνση που επιδείνωνε τη γενική τους κατάσταση. Το 70% των συμμετεχόντων ανέφερε ένα τουλάχιστον χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας που είχε κατά την εισαγωγή. Οι αιματολογικές εξετάσεις στις οποίες συμμετείχαν έδειξαν επιπλέον ένα ποσοστό 61% μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας τύπου C.

Πίνακας 4.4.: Κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία

Κατάσταση υγείας κατά την εισαγωγή	Συμμετέχοντες *n*	%
Θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας *(N=333)*		
Χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	*233*	70,0
Μόλυνση από HCV	*211*	61,0
Σοβαρή κατάθλιψη	*131*	36,6
Δυσκολία κατανόησης συγκέντρωσης, μνήμης	*106*	29,6
Αυτοκτονικός ιδεασμός	*145*	40,4
Απόπειρα αυτοκτονίας	*82*	23,0

Ανάλογα ήταν και τα προβλήματα που αναφέρθηκαν σε αναφορά με την κατάσταση ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων. Ποσοστό 36,6% ανέφερε επεισόδια σοβαρής κατάθλιψης και 29,6% σημαντική δυσκολία στην κατανόηση, τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Το 40,4%, επίσης ανέφερε ότι έχει σκεφθεί σοβαρά ή σκέφτεται σοβαρά να αυτοκτονήσει, ενώ ένα ποσοστό 23% είχε στο παρελθόν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.

Ο πληθυσμός φαίνεται να έχει σχετικά όμοια χαρακτηριστικά ως προς τις επιμέρους διακρίσεις που ελέγχθησαν. Κάποιες διαφορές αναδείχθηκαν κατά την εξέταση ως προς το φύλο, οι οποίες όμως θα πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη, γιατί μπορεί να οφείλονται στα στοιχεία συγκρότησης του συγκεκριμένου πληθυσμού και όχι σε συστηματικές διαφορές. Η υποεκπροσώπηση των γυναικών είναι ένα δομικό γνώρισμα του πληθυσμού των εξαρτημένων, όταν οι πηγές των δεδομένων συνδέονται με τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης στα οποία οι γυναίκες αποτελούν συνήθως το ένα πέμπτο ως το ένα τέταρτο των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία. Είναι, πάντως, αξιοσημείωτο ότι στις υπηρεσίες που απευθύνονται σε εφήβους τα ποσοστά των γυναικών είναι υψηλότερα απ' ό,τι στις θεραπευτικές υπηρεσίες για ενήλικες. Και στην παρούσα έρευνα στη θεραπευτική κοινότητα των εφήβων στην οποία αντιστοιχεί το ένα έκτο των εισαγωγών, το ποσοστό των γυναικών που έκανε εισαγωγή (Chi square:18,119, βε: 5, p<0,01) είναι υψηλότερο (40%) απ' ό,τι στις θεραπευτικές κοινότητες που απευθύνονται σε ανήλικες (από 14% μέχρι 23,7%). Αυτή η εξισορροπητική τάση εκπροσώπησης των γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα εφήβων ενδέχεται να υποδηλώνει αλλαγή της συμπεριφοράς των γυναικών ως προς την κατάχρηση ουσιών –οι γυναίκες, δηλαδή, να κάνουν πραγματικά χρήση περισσότερο απ' όσο στο παρελθόν– ή και αλλαγή των γυναικών ως προς τη χρήση των θεραπευτικών υπηρεσιών –οι γυναίκες, δηλαδή, αξιοποιούν περισσότερο πλέον τις θεραπευτικές υπηρεσίες απ' ό,τι στο παρελθόν παρόλο που δεν αυξάνονται τα επίπεδα χρήσης που κάνουν.

Σε κάθε περίπτωση πάντως οι γυναίκες στην παρούσα έρευνα είναι νεώτερες κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία με μέση ηλικία τα 24,8 έτη αντί του 26,8 των ανδρών με διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες (57,3%) που εισάγονται είναι κάτω των 25 ετών, όταν στους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 39,8% (Chi square:7,433, βε: 1, p<0,01).

Πίνακας 4.5. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία

Βασικές διαφορές ως προς το φύλο κατά την εισαγωγή (N=359)	Άνδρες		Γυναίκες		Τιμή x^2	p
	n	(%)	*n*	(%)		
Μέχρι και 25 ετών κατά την εισαγωγή	*113*	39,8	*43*	57,3	7,433	0,005
Περισσότερα από 9 έτη εκπαίδευσης	*159*	56,0	*60*	80,0	14,382	0,000
Έναρξη χρήσης ηρωίνης ως 18 ετών	*103*	36,1	*30*	41,7	41,365	0,005
Χρήση ηρωίνης για 3 ή περισσότερα χρόνια	*251*	88,1	*56*	77,8	5,056	0,025
Ζουν με τη γονική οικογένεια	*200*	76,4	*49*	71,9	21,046	0,007
Άγαμοι	*223*	80,5	*59*	83,1	25,995	0,000
Απαγγελία κατηγορίας για σοβαρό αδίκημα	*200*	71,2	*38*	50,7	11,236	0,001
Κατηγορία για κατοχή και εμπορία ουσιών	*143*	51,1	*26*	34,7	6,382	0,008
Κατηγορία για φθορά ξένης περιουσίας	*108*	38,4	*13*	17,3	11,748	0,001
Κατηγορία για εγκλήματα βίας	*53*	12,7	*2*	2,7	11,762	0,000
Σοβαρή κατάθλιψη	*95*	33,6	*36*	48,0	13,153	0,000
Αυτοκτονικός ιδεασμός	*101*	35,6	*44*	58,7	13,153	0,000
Απόπειρα αυτοκτονίας	*50*	17,8	*32*	42,7	20,659	0,000

Μια επιπλέον διαφορά προέκυψε στο εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών. Οι γυναίκες έχουν σαφώς καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο από ότι οι άνδρες τόσο ως προς το τίτλο σπουδών που απέκτησαν όσο και γενικά ως προς τα χρόνια που παρέμειναν στην εκπαίδευση. Το 80% των γυναικών που έκαναν εισαγωγή σε θεραπευτική κοινότητα περέμειναν περισσότερο από 9 χρόνια στην εκπαιδευτική διαδικασία αντί του 56% των ανδρών (Chi square:14,382, βε: 1, p<0,01). Η μέση διάρκεια ετών παραμονής στο εκπαιδευτικό σύστημα για τις γυναίκες είναι τα 11,7 έτη που αγγίζει περίπου την ολοκλήρωση και του λυκείου, ενώ αντίθετα των ανδρών είναι 10,5 (Anova F: 12,437, p<0,01) που δικαιολογεί το ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ο ανώτερος τίτλος σπουδών αφορά το απολυτήριο γυμνασίου.

Ως προς τη χρήση ουσιών η συμπεριφορά ανδρών και γυναικών διαφοροποιείται μόνο στο επίπεδο έναρξης χρήσης ηρωίνης ως κύριας ουσίας κατάχρησης, που για τις γυναίκες φαίνεται να συμβαίνει λίγο νωρίτερα απ' ό,τι στους άνδρες. Δεδομένου ότι άνδρες και γυναίκες ξεκινούν τη χρήση παρανόμων ουσιών –κυρίως με κάνναβη– περίπου 16 ετών (16,1 και 15,8 αντίστοιχα για άνδρες και γυναίκες χωρίς τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική) περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες ξεκινούν την ηρωίνη κλιμακώνοντας τη χρήση πριν από την ηλικία των 18 ετών (Chi square:41365, βε: 21, p<0,01). Η μέση ηλικία έναρξης της ηρωίνης ως κύριας ουσίας κατάχρησης δεν προέκυψε, πάντως, στατιστικά σημαντική και εντοπίζεται στα 20,1 χρόνια για τους άνδρες και στα 19,4 για τις γυναίκες. Εκείνο που φάνηκε να διαφέρει κατά την εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα ήταν το διάστημα κατά το οποίο οι γυναίκες έκαναν χρήση κάνναβης που ήταν συντομότερο, περίπου 3 χρόνια, με διαφορά στατιστικά σημαντική, πριν περάσουν στη συστηματική χρήση ηρωίνης.

Πίνακας 4.6. Διαφορές σε μέσες τιμές μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία.

Βασικές διαφορές ως προς το φύλο κατά την εισαγωγή (N=359)	Άνδρες μ.ο. *(τ.α.)*	Γυναίκες μ.ο. *(τ.α.)*	Τιμή F Anova	P
Μέση ηλικία κατά την εισαγωγή	26,8 *(4,8)*	24,8 *(6,5)*	7,433	0,005
Μέσος όρος ετών στην εκπαίδευση	10,5 *(2,7)*	11,7 *(2,8)*	12,437	0,000
Μέση διάρκεια χρήσης κάνναβης	7,95 *(5,7)*	5,23 *(3,7)*	4,505	0,036

Ως προς τις συνθήκες διαβίωσης οι γυναίκες διαφέρουν κατά την εισαγωγή τους με τους άνδρες σε δύο μεταβλητές. Ζουν σε μικρότερο ποσοστό απ' ό,τι οι άνδρες με τη γονική τους οικογένεια και είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άνδρες έγγαμες. Το στοιχείο αυτό ενδέχεται να συνδέεται με δύο σημαντικά θέματα στην κλινική πρακτική που αφορούν την ενίσχυση κινήτρου για θεραπεία και την ιδιότυπη πίεση που μπορεί να υφίστανται οι γυναίκες για χρήση ουσιών όταν σχετίζονται με έναν άνδρα χρήστη.

Ένα πεδίο στην παρούσα έρευνα στο οποίο τα άτομα ως προς το φύλο φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά είναι η νομική εμπλοκή τους, η οποία για τους άνδρες είναι σαφώς πιο σοβαρή απ' ό,τι για τις γυναίκες σε όλες τις επιμέρους παραμέτρους που ελέγχθηκαν εκτός από τη φυλάκιση. Οι γυναίκες την περίοδο της εισαγωγής τους είχαν κατηγορηθεί για κάθε αδίκημα –εκτός από την άσκηση πορνείας- λιγότερο απ' ό,τι οι άνδρες και είχαν επομένως και λιγότερες καταδίκες, αναφέροντας μια πιο περιορισμένη έκθεση στο ποινικό σύστημα απ' ό,τι οι άνδρες. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών που ανέφεραν φυλάκιση πριν από τη θεραπεία δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά.

Στον τομέα της υγείας παρατηρείται μια διαφοροποίηση μόνον σε ό,τι αφορά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπου οι γυναίκες φαίνονται περισσότερο επιβαρημένες στους επιμέρους δείκτες που ελέγχονται αλλά κυρίως με εξαιρετικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και αριθμού απόπειρας αυτοκτονιών απ' ό,τι οι άνδρες. Η διαφορά αυτή στην κατάσταση ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών παίρνει μια σημαντική διάσταση, γιατί σχετίζεται με τον τρόπο που το θεραπευτικό σύστημα οφείλει να οργανώσει τη θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότερη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκονται κάποιες γυναίκες κατά την εισαγωγή τους για απεξάρτηση.

4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

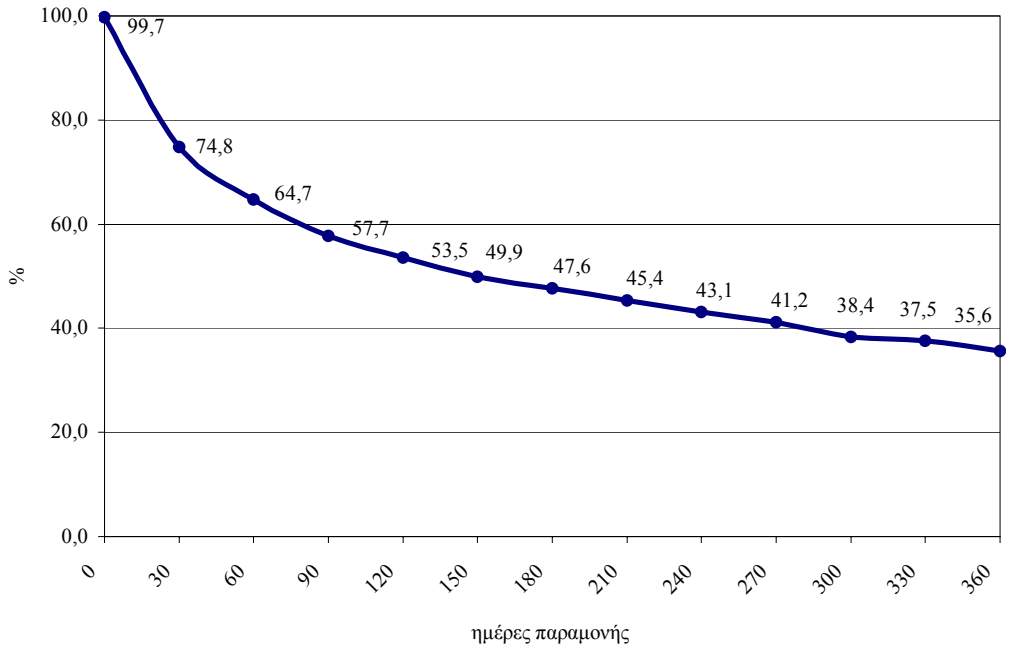
Τα πεδία που αναδεικνύονται από τη σε βάθος ανάλυση της συγκεκριμένης μελέτης συνδέονται με όλους τους τομείς οι οποίοι εξετάσθηκαν με αφορμή τη διερεύνηση της κατάστασης των συμμετεχόντων ως προς τις παραμέτρους και το βαθμό της κοινωνικής τους

ένταξης. Είναι φυσικό να προκύπτουν μερικά μείζονα θέματα που απαιτούν αρκετή προσοχή τόσο στο επίπεδο του κλινικού έργου όσο και της ερευνητικής δραστηριότητας. Σ΄ αυτά τα στοιχεία εστιάζει το επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

4.3.1. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία και αποτελεσματικότητα

Στη βάση των όσων προαναφέρθηκαν στην περιγραφική ανάλυση ο χρόνος που παρέμειναν στη θεραπεία όσοι εισήχθησαν στις θεραπευτικές κοινότητες ομαδοποιήθηκε ως προς το διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή μέχρι και την οριστική απομάκρυνση από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η απομάκρυνση αυτή έχει δύο μορφές: πρόωρη ανεπιθύμητη διακοπή της θεραπευτικής διαδικασίας ή ολοκλήρωση της διαδικασίας όπως προβλέπει ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Η πρόωρη ανεπιθύμητη διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να οφείλεται σε αποκλεισμό –αποβολή– από το πρόγραμμα ή σε ατομική απόφαση του θεραπευόμενου. Συνήθως οι διακοπές στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν πρωτοβουλία του ίδιου του θεραπευομένου.

Γράφημα Γ4.1: Χρόνος παραμονής των συμμετεχόντων στη θεραπευτική κοινότητα



Η ομαδοποίηση που έγινε ως προς το χρόνο που παρέμειναν στη θεραπεία οι συμμετέχοντες βασίσθηκε τόσο σε δεδομένα που προέρχονται από τη βιβλιογραφία όσο και σε πρακτικούς λόγους που διευκόλυναν τη λειτουργικότητα της ανάλυσης. Έτσι η κατηγοριοποίηση του χρόνου παραμονής δεν έγινε με τρόπο ομοειδή ως προς τα διαστήματα του χρόνου που εξετάζεται. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (4.7), στο γράφημα (Γ4.1.), η ομάδα των ατόμων που διέκοψε μέσα στις πρώτες 90 ημέρες και η ομάδα που ολοκλήρωσε τις 360 ημέρες αντιπροσώπευαν μεγαλύτερα μεγέθη σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα προέκυπτε από την ομοειδή κατηγοριοποίηση. Τα μικρά μεγέθη που προέκυπταν δεν επέτρεπαν συγκριτική ανάλυση. Η αναλογικότερη ομαδοποίηση προέκυψε από την κατηγοριοποίηση σε τρεις μεγάλες ομάδες: όσους έμειναν μέχρι τρεις μήνες, όσους διέκοψαν στο διάστημα από τον τρίτο μέχρι και το δωδέκατο μήνα και, τέλος, όσους ολοκλήρωσαν το σχεδιασμένο χρόνο θεραπείας των δώδεκα μηνών. Στη βάση αυτή, 0-90 ημέρες παρέμειναν στη θεραπευτική διαδικασία οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 42,4%· περισσότερο από 90 ημέρες έμεινε στη θεραπευτική διαδικασία το 57,6% από τους οποίους όμως σχεδόν τα δύο τρίτα (62,2%) διέκοψαν πριν από τη συμπλήρωση των 360 ημερών που αντιστοιχούν στο 22,1% του συνόλου του πληθυσμού· τέλος, περισσότερο από 360 ημέρες έμειναν στη θεραπεία το 35,7% των συμμετεχόντων. Αν και οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών

δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές ως προς το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία, χρειάζεται να τονισθεί ότι οι γυναίκες τείνουν να παραμένουν λίγο περισσότερο απ' ό,τι οι άνδρες. Περισσότερο από 90 ημέρες στη θεραπεία παρέμεινε το 62,7% των γυναικών έναντι του 56,2% των ανδρών, ενώ ολοκλήρωσε τις 360 ημέρες του θεραπευτικού σχεδιασμού το 40% των γυναικών αντί του 34,3% των ανδρών.

Πίνακας 4.7. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία κατά φύλο

Χρόνος παραμονής στη θεραπεία	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	n	%	n	%	n	%
0-90 ημέρες	124	43,8%	28	37,3%	152	42,4%
91-360 ημέρες	62	21,9%	17	22,7%	79	22,1%
> 360 ημέρες	97	34,3%	30	40,0%	127	35,5%
Σύνολο	283	100,0%	75	100,0%	358	100,%

Το κύριο ερώτημα για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας συνδέεται με το κατά πόσο οι συμμετέχοντες άλλαξαν τη συμπεριφορά τους ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών. Σύμφωνα με τη συνδυαστική ανάλυση των δεδομένων, προέκυψαν τρεις ομάδες: Όσοι από την ημέρα εισαγωγής στη θεραπευτική κοινότητα και μέχρι την επανεξέταση δεν έκαναν καθόλου χρήση παρανόμων ουσιών και οι οποίοι ομαδοποιούνται ως οι σε *πλήρη αποχή*, όσοι στο ίδιο διάστημα είχαν κάνει μεν χρήση παρανόμων ουσιών, αλλά για δώδεκα μήνες πριν από την επανεξέταση δεν έκαναν πλέον καθόλου χρήση και ομαδοποιούνται στην κατηγορία *αποχή μετά από ολίσθηση* και όσοι συνεχίζουν να κάνουν χρήση και στη διάρκεια των δώδεκα μηνών πριν από την επανεξέταση και οι οποίοι ομαδοποιούνται στην κατηγορία *υποτροπή*.

Πίνακας 4.8: Αποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση ουσιών κατά φύλο

Κατάσταση ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	n	%	n	n	%	N
Σε πλήρη αποχή	87	30,7%	30	40,0%	117	32,7%
Αποχή μετά από ολίσθηση	84	29,7%	12	16,0%	96	26,8%
Σε υποτροπή	112	39,6%	33	44,0%	145	40,5%
Σύνολο	283	100,0%	75	100,0%	358	100,0%

Για τη λειτουργικότητα της ανάλυσης χρειάστηκε σε αρκετές περιπτώσεις να ενοποιηθούν οι κατηγορίες των σε *πλήρη αποχή* και *αποχή μετά από ολίσθηση,* δεδομένου ότι οι δύο αυτές ομάδες σε πολλά πεδία είχαν αρκετές ομοιότητες. Όπου αυτές οι δύο ομάδες διέφεραν κατά την ανάλυση ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα και στις τρεις κατηγορίες. Έτσι, οι δύο κατηγορίες που προέκυψαν αφορούσαν την ομάδα που βρισκόταν σε *αποχή* τουλάχιστον για δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη (που αντιπροσωπεύει το 59,6%) και την ομάδα που βρισκόταν σε *υποτροπή*.

Συνδυάζοντας τις δύο προηγούμενες μεταβλητές προκύπτει ένα πρώτο σημαντικό εύρημα που δείχνει μια δυνατή συσχέτιση ανάμεσα στο χρόνο παραμονής και το αποτέλεσμα της θεραπείας ως προς τη χρήση ουσιών.

Πίνακας 4.9: Αποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση και το χρόνο παραμονής για άνδρες και γυναίκες

Χρόνος παραμονής και κατάσταση ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών	Σε πλήρη αποχή			Αποχή μετά από ολίσθηση			Σε υποτροπή		
	Άνδρες N=87	Γυναίκες N=30	Σύνολο N=117	Άνδρες N=84	Γυναίκες N=12	Σύνολο N=96	Άνδρες N=111	Γυναίκες N=33	Σύνολο N=144
< 90 ημέρες	6,5%	10,7%	7,2%	40,3%	25,0%	37,5%	53,2%	64,3%	55,3%
91-360 ημέρες	24,6%	29,4%	25,6%	37,7%	11,8%	32,1%	37,7%	58,8%	42,3%
> 360 ημέρες	66,0%	73,3%	67,7%	11,3%	10,0%	11,0%	22,7%	16,7%	21,3%

Γίνεται αμέσως σαφές από την εξέταση των στοιχείων που συνδέουν την αποτελεσματικότητα με το χρόνο παραμονής ότι όσο περισσότερο μένει κάποιος στη θεραπευτική διαδικασία τόσο θετικότερο αποτέλεσμα αναμένεται. Σε πλήρη, λοιπόν, αποχή από την ημέρα εισαγωγής μέχρι την ημέρα επανεξέτασης βρέθηκε το 67,7% όσων έμειναν στη θεραπευτική διαδικασία για το σύνολο του διαστήματος που προβλέπει το θεραπευτικό πρωτόκολλο. Για όσους παρέμειναν περισσότερο από 90 ημέρες αλλά διέκοψαν τη θεραπευτική διαδικασία πριν την 360η ημέρα, χωρίς δηλαδή να ολοκληρώσουν το θεραπευτικό σχέδιο που παρακολουθούσαν, το ποσοστό αποχής είναι αισθητά χαμηλότερο αφού περίπου ένας στους τέσσερις απέχει από τη χρήση για όλο το συγκεκριμένο διάστημα της μελέτης. Όσοι, τέλος, διέκοψαν πρόωρα στη διάρκεια, δηλαδή, των πρώτων 90 ημερών, αναφέρουν αποχή στο σχετικό διάστημα μόνο σε ποσοστό 7,2%. Αναλόγως, ενοποιώντας τις δύο κατηγορίες –όσων απέχουν πλήρως και όσων απέχουν τουλάχιστον δώδεκα μήνες μετά από ολίσθηση– ποσοστό 44,1% από όσους έμειναν λιγότερο από 90 ημέρες απέχουν από τη χρήση, από όσους έμειναν περισσότερο από 90 ημέρες και μέχρι 360 απέχει το 57,7% και το ποσοστό όσων απέχουν ανεβαίνει στο 78,7% για όσους ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα των 360 ημερών. Η διαφορά που παρατηρείται ανάμεσα στις ομάδες προκύπτει να είναι στατιστικά σημαντική (chi square 33,403, βε: 2, $p<0,01$) και η σχέση των μεταβλητών φαίνεται ιδιαίτερα στενή (Cramer's V: 0,306).

Η βαρύτητα του χρόνου παραμονής στη θεραπεία ισχυροποιείται όταν εξετάζεται η τρίτη κατηγορία που αφορά τη συστηματική υποτροπή. Έτσι, το 55,3% όσων διέκοψαν πρόωρα, τις πρώτες 90 ημέρες, βρίσκονται την περίοδο της επανεξέτασης σε συστηματική υποτροπή. Το ποσοστό για όσους διέκοψαν μετά τις 90 ημέρες και μέχρι τις 360 είναι χαμηλότερο, 42,3%, ενώ για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική διαδικασία το ποσοστό που βρέθηκε να κάνει συστηματικά χρήση ουσιών ήταν 21,3%.

Επιπλέον, κατά τον έλεγχο του μέσου χρόνου παραμονής σε σχέση με το αποτέλεσμα, βρέθηκε ότι όσοι απέχουν από τη χρήση κατά τη διαδικασία επανεξέτασης έχουν μέσο χρόνο παραμονής 266 ημέρες που συγκρινόμενος με τις 147 ημέρες μέσου χρόνου παραμονής όσων βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής είναι στατιστικά σημαντικός επιβεβαιώνοντας ότι η παραμονή στη θεραπεία είναι παράγοντας που συμβάλλει στο αποτέλεσμα ($p<0,01$ για όλες τις συγκρίσεις που έγιναν μεταξύ των ομάδων αποτελεσματικότητας).

4.3.2. Αποτελεσματικότητα ως προς το φύλο

Δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στις διαφοροποιήσεις του φύλου που αφορούν το χρόνο παραμονής σε σχέση με το αποτέλεσμα προκύπτουν δύο σημαντικές παρατηρήσεις. Η πρώτη συνδέεται με το ότι οι γυναίκες δείχνουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ό,τι οι άνδρες εξετάζοντας την πλήρη αποχή. Το γεγονός αυτό συνάδει με το γενικό συμπέρασμα που προαναφέρθηκε αφού οι γυναίκες παραμένουν περισσότερο στη θεραπευτική διαδικασία που αφορά τη συγκεκριμένη εισαγωγή τους και απέχουν πλήρως από τη χρήση σε υψηλότερα ποσοστά. Η δεύτερη παρατήρηση συνδέεται με το ότι οι γυναίκες που αναφέρουν οποιαδήποτε χρήση μετά το συγκεκριμένο θεραπευτικό επεισόδιο έχουν λιγότερες πιθανότητες από ότι οι άνδρες να απέχουν στο μέλλον και παρουσιάζονται με υψηλότερα ποσοστά συστηματικής υποτροπής. Οι άνδρες, δηλαδή, ακόμα κι αν κάνουν πρόσκαιρη χρήση ουσιών μετά τη συγκεκριμένη θεραπευτική εμπειρία τους τελευταίους δώδεκα μήνες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αποχής απ' ό,τι οι γυναίκες.

Αναλυτικότερα, όταν εξετάζεται η πλήρης αποχή ως αποτέλεσμα της συγκεκριμένης θεραπευτικής εμπειρίας, οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν υψηλότερο δείκτη αποτελεσματικότητας (40% των γυναικών παραμένουν για όλη την περίοδο που εξετάζεται σε πλήρη αποχή από τη χρήση ουσιών έναντι 30,7% των ανδρών). Όταν όμως ελέγχεται το αποτέλεσμα ως προς την αποτελεσματικότητα με διχοτόμο τη χρήση ουσιών τους τελευταίους δώδεκα μήνες, η έκβαση της θεραπείας εμφανίζεται θετικότερη για τους άνδρες

(60,4% αντί 56% για τις γυναίκες) και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (chi square: 33.403, βε:1, p < 0,01).

Αυτό, ενδεχομένως, δικαιολογείται από το γεγονός ότι μετά τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση, και εφόσον έκαναν πάλι χρήση, περισσότεροι άνδρες απ' ό,τι γυναίκες επέστρεψαν σε θεραπευτικό πλαίσιο για να υποβληθούν σε νέα θεραπεία. Έτσι, συγκεκριμένα από το 60% των γυναικών που μετά την πρώτη εισαγωγή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα ανέφεραν πάλι χρήση ουσιών στο διάστημα των πέντε ετών που εξετάζεται, μόνον τα δύο τρίτα (64,4%), σε σχέση με τα τρία τέταρτα (73%) των ανδρών που ανέφεραν ανάλογη χρήση επέστρεψαν πάλι σε θεραπεία. Με άλλα λόγια οι άνδρες αν και αναφέρουν λίγο περισσότερο απ' ό,τι οι γυναίκες χρήση μετά το θεραπευτικό επεισόδιο που εξετάζεται, έχουν μια τάση να επιστρέφουν σε θεραπευτικό πλαίσιο πολύ περισσότερο από ότι οι γυναίκες.

Έτσι, η αποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση ουσιών φαίνεται να συνδέεται με την αξιοποίηση του συνεχούς της θεραπείας υπό την έννοια ότι η συνεχιζόμενη επαφή με τις υπηρεσίες συμβάλλει προσθετικά στο αποτέλεσμα, ενώ η διακοπή αυτής της επαφής μειώνει τις πιθανότητες για θετική έκβαση της θεραπείας. Παρότι η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών που προαναφέρθηκε όσον αφορά την επανάληψη του θεραπευτικού αιτήματος δεν είναι στατιστικά σημαντική, ένα ερώτημα που παραμένει ανοικτό και με κλινική σημαντικότητα είναι το τι επηρεάζει την απροθυμία των γυναικών να επιστρέψουν στη θεραπεία.

4.3.3. Εκπαιδευτικό επίπεδο και κοινωνική ένταξη

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για τη κοινωνική ένταξη, αφού είναι φανερό ότι αυξάνει τις πιθανότητες απασχόλησης και συμβάλλει στη σταθερότερη σύνδεση των ατόμων με την αγορά εργασίας. Η εκπαίδευση ως ενδιάμεση μεταβλητή, είτε υπό τη διάσταση των ετών συμμετοχής σε εκπαιδευτικές διαδικασίες είτε υπό τη μορφή τίτλου σπουδών που αντικατροπτίζει το εκπαιδευτικό επίπεδο, συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την κοινωνική ένταξη. Η συνέχιση, επομένως, της εκπαίδευσης και η βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου είναι ένα παράλληλος σημαντικός στόχος της θεραπευτικής.

Οι δείκτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας στην παρούσα έρευνα εμφανίζονται να σχετίζονται με την εκπαίδευση τόσο όταν αναφερόμαστε στην περίοδο πριν από τη θεραπεία όσο και μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Έτσι, όσοι εισάγονται για θεραπεία έχοντας ολοκληρώσει το λύκειο φαίνεται πιθανότερο να απέχουν από τη χρήση μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Το 38% όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών έχουν ολοκληρώσει και το λύκειο κατά την εισαγωγή τους σε θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όσων βρίσκονται σε υποτροπή είναι 24,8% (Chi square: 12,86, βε: 3, p< 0,01). Παρομοίως, μετά τη θεραπεία όσοι απέχουν έχουν ολοκληρώσει το λύκειο σε ποσοστό 40,4% αντί του 31% (Chi square: 14,64, βε: 4, p<0,01) όσων βρίσκονται σε υποτροπή. Ο μέσος όρος ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν από τη θεραπεία είναι 10,96 αντί 10,39 όσων βρίσκονται σε υποτροπή διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA F: 5,748, p<0,01). Επιπλέον εξετάζοντας την εκπαίδευση που δέχθηκαν οι συμμετέχοντες μετά την έναρξη της θεραπείας τους στη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών και η οποία συνδέεται με τη θεραπευτική τους πορεία, παρατηρείται ότι όσοι απέχουν συμμετείχαν κατά 67% περισσότερο από όσους βρίσκονται σε υποτροπή σε εκπαιδευτικές διαδικασίες (μέση διάρκεια επιπλέον εκπαίδευσης μετά τη θεραπεία 0,56 έτη και 0,38 αντίστοιχα). Η μέση διαφορά της εκπαίδευσης που δέχθηκαν οι δύο ομάδες μετά τη θεραπεία προκύπτει στατιστικά σημαντική (ANOVA F: 5,444, p<0,01), υποδηλώνοντας κυρίως τη βελτίωση στο επίπεδο εκπαίδευσης που μπορεί να προκαλεί η συμμετοχή στη θεραπεία.

Πίνακας 4.10: Η εκπαίδευση σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας

Αποτελεσματικότητα και εκπαίδευση	Σε αποχή μο ετη *(n)*	Σε υποτροπή μο ετη *(n)*	Anova F	P
Έτη εκπαίδευσης κατά την εισαγωγή	10,96 *(213)*	10,39 *(145)*	5,784	0,003
Έτη εκπαίδευσης μετά τη θεραπεία	0,56 *(212)*	0,38 *(145)*	5,444	0,005

Δεδομένου ότι το αποτέλεσμα της θεραπείας ως προς τη χρήση ουσιών συνδέεται τόσο στενά με το χρόνο παραμονής, είναι ενδιαφέρον να ελεγχθεί αν ο χρόνος παραμονής συνδέεται με τη μεταβλητή εκπαίδευση, επιτρέποντας μερικές υποθέσεις που έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Όσοι διακόπτουν μέσα στις πρώτες 90 ημέρες ή από τη 91η μέχρι και την 360η έχουν ανώτερο επίπεδο σπουδών το γυμνάσιο σε ποσοστό 43,4% και 46,8% αντίστοιχα. Όσοι παραμένουν και ολοκληρώνουν την περίοδο, όμως, των 360 ημερών έχουν ολοκληρώσει το λύκειο σε ποσοστό 44,1%. Οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και το χρόνο παραμονής είναι στατιστικά σημαντικές (chi square:14,680, βε:6, $p<0,05$) και ως εκ τούτου το επίπεδο σπουδών επηρεάζει τη διάρκεια παραμονής και επομένως βαραίνει στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Με δεδομένο, λοιπόν, ότι όσοι έχουν υψηλότερο επίπεδο σπουδών τείνουν να παραμένουν περισσότερο στη θεραπευτική διαδικασία μπορεί να υποτεθεί ότι άτομα που καταφέρνουν να προσαρμοσθούν σ' ένα οργανωμένο σύστημα, όπως είναι αυτό της εκπαίδευσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν και σε ένα σύστημα θεραπείας περισσότερο αυξάνοντας, επομένως, παράλληλα τις πιθανότητες θετικής έκβασης της θεραπείας. Αντίθετα όσοι εμφανίζονται να διακόπτουν πρόωρα την επαφή τους με το εκπαιδευτικό σύστημα δείχνουν μια παρόμοια συμπεριφορά και στη θεραπεία επαναβιώνοντας μια εμπειρία αποκλεισμού.

Πίνακας 4.11: Η εκπαίδευσης ως παράγοντας αποτελεσματικότητας της θεραπείας

Εκπαίδευση και αποτελεσματικότητα	*n*	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
9 ή περισσότερα έτη εκπαίδευσης	*(358)*	90,6%	82,3%	73,1%	13,12	0,001
Ολοκλήρωση Λυκείου κατά την εισαγωγή	*(358)*	41,9%	27,4%	24,8%	17,46	0,008
Ολοκλήρωση Λυκείου μετά τη θεραπεία	*(358)*	44,4%	35,4%	31,0%	23,19	0,003

Επιπλέον, όσοι έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν περισσότερες πιθανότητες να επανασυνδεθούν με το εκπαιδευτικό σύστημα ή την εκπαιδευτική διαδικασία με αφορμή τις ευκαιρίες που προσφέρει η θεραπευτική τους εμπειρία. Αντίθετα, για όσους η πρόωρη διακοπή από την εκπαίδευση συνέβαλε σε ένα χαμηλό διαθέσιμο τίτλο σπουδών, ακόμα κι αν έχουν την ευκαιρία επιπλέον εκπαίδευσης, η επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία φαίνεται δυσκολότερη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία είχαν τελειώσει το γυμνάσιο. Οι γυναίκες, γενικά, εμφανίζονται να έχουν ένα υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο απ' ό,τι οι άνδρες τόσο ως προς το ποσοστό που διαθέτει ανώτερο τίτλο σπουδών όσο και ως προς τα έτη συμμετοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία (μέση διάρκεια συμμετοχής στην εκπαίδευση 10,47 έτη για τους άνδρες και 11,83 έτη για τις γυναίκες). Εξετάζοντας τις διαφορές που σχετίζονται με την εκπαίδευση ως προς το φύλο και σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας, διαπιστώνεται ότι ο παράγων εκπαίδευση στατιστικά φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το αποτέλεσμα της θεραπείας στους άνδρες, υπό την έννοια ότι όσο υψηλότερου επιπέδου τίτλο σπουδών έχουν τόσο περισσότερες πιθανότητες έχουν να απέχουν από τη χρήση ουσιών πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία (chi square: 15,273, βε: 4, $p<0,01$). Αν και η τάση ισχύει και στις γυναίκες, οι διαφορές που παρατηρούνται στο επίπεδο της εκπαίδευσης ως προς την αποτελεσματικότητα δεν δείχνουν στατιστική σημαντικότητα.

Η τάση αυτή ισχυροποιείται όταν ελέγχεται η πλήρης αποχή. Έτσι, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που απέχουν πλήρως από τη χρήση ουσιών για τα πέντε τελευταία χρόνια μετά την εισαγωγή έχουν ανώτερο τίτλο σπουδών το λύκειο (41,4% οι άνδρες και 53,3% οι γυναίκες).

Από τις ομάδες όσων ολίσθησαν και απέχουν τους δώδεκα τελευταίους μήνες και όσων εξακολουθούν να βρίσκονται σε αποχή οι μεν άνδρες ανώτερο τίτλο σπουδών έχουν το απολυτήριο γυμνασίου ενώ οι γυναίκες, δεδομένου του υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης που τις χαρακτηρίζει, εξακολουθούν να έχουν ανώτερο τίτλο σπουδών το απολυτήριο λυκείου. Είναι αξιοσημείωτο ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ότι σε επιπλέον εκπαίδευση μετά τη θεραπευτική εμπειρία συμμετείχε το 68,3% όσων απείχαν από τη χρήση ουσιών, λίγο περισσότερο οι άνδρες (70%) απ' ό,τι οι γυναίκες (65,6%).

Η βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου των ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπεία είναι μια σημαντική αλλαγή που τεκμαίρεται. Οι γυναίκες, παρόλο που οι διαφορές που παρατηρούνται πριν και μετά τη θεραπεία δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές, εξακολουθούν να παρουσιάζουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και να συνεχίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την εκπαίδευση από τους άνδρες. Αυτό μπορεί να εξηγείται από το γεγονός του ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τη συγκεκριμένη θεραπευτική εμπειρία αλλά και από το ότι έχουν ήδη καλύτερη σχέση με την εκπαίδευση πριν από την εισαγωγή τους. Επιπλέον, ο περιορισμένος αριθμός των γυναικών στο συγκεκριμένο δείγμα της έρευνας, καταλήγει σε διακυμάνσεις μικρού εύρους αντίθετα από αυτές που παρατηρούνται στον πληθυσμό των ανδρών. Πάντως, για τους άνδρες είναι φανερό ότι η εκπαίδευση επηρεάζει το αποτέλεσμα της θεραπείας και ότι η βελτίωση του εκπαιδευτικού τους επιπέδου συνδέεται με την έκβασή της υπό την έννοια ότι η αποχή από τη χρήση ουσιών ευνοεί την συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Σε κάθε περίπτωση η εκπαίδευση φαίνεται να σχετίζεται με το αποτέλεσμα της θεραπείας και αντιστρόφως το αποτέλεσμα της θεραπείας ενισχύει τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικές διαδικασίες βελτιώνοντας, τελικά, το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Η βελτίωση αυτή που είναι ευθέως ανάλογη με το πόσο κάποιος παραμένει στη θεραπεία και πόσο εντέλει αξιοποιεί τις ευκαιρίες που προσφέρονται μέσω αυτής, αφορά και εκείνους που, επειδή έμειναν λίγο στη θεραπευτική διαδικασία, είχαν λιγότερο θετικά αποτελέσματα και μικρότερο αναμενόμενο όφελος. Δεδομένου, όμως, ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα που καθορίζει τη διαδικασία ένταξης των ατόμων, η βελτίωσή του συνθέτει από κοινού συνθήκη θετικής εξέλιξης και προσδοκία του θεραπευτικού σχεδιασμού.

4.3.4. Αποτελεσματικότητα, επαγγελματική απασχόληση και κοινωνική ένταξη

Ένα από τα κομβικά κριτήρια της αποτελεσματικότητας είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν στο πεδίο της επαγγελματικής απασχόλησης. Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών παρουσιάζουν μια σημαντική υστέρηση ως προς την απασχόληση σε κάθε μορφή της. Συχνά δεν έχουν εργασθεί ποτέ και δεν έχουν εμπεδώσει τη συλλογιστική που διαπερνά την εργασία είτε ως διαδικασία είτε ως αποτέλεσμα.

Περισσότερο από τα δύο τρίτα (64%) όσων συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ανέφεραν ότι ήταν άνεργοι κατά την έναρξη της θεραπείας. Η βελτίωση των ποσοστών απασχόλησης ήταν σημαντική, αφού το ποσοστό όσων ανέφεραν την ανεργία ως συνήθη επαγγελματική κατάσταση για τα πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία μειώθηκε στο 12,8% με το ποσοστό όσων εργάζονταν με πλήρη απασχόληση να φθάνει στο 65,8%. Το 63,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κύρια πηγή του εισοδήματος τους ήταν η εργασία που ασκούσαν.

Πίνακας 4.12: Αποτελεσματικότητα και απασχόληση

Η απασχόληση σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία	Σε αποχή μο ετη *(n)*	Σε υποτροπή μο ετη *(n)*	Anova F	p
Πλήρης απασχόληση	2,91 *(210)*	1,80 (144)	18,584	0,000
Περίοδος ανεργίας	0,70 *(213)*	2,50 *(144)*	29,274	0,000

Παρότι ο δείκτης απασχόλησης δείχνει μια σημαντική μεταβολή στη σχέση συμμετεχόντων με την εργασία, έχει ενδιαφέρον η διερεύνηση των επιμέρους πτυχών της αποτελεσματικότητας που σχετίζεται με την αποχή από τη χρήση ουσιών και το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία.

Αν και στην εξέταση όσων απείχαν πλήρως και όσους απέχουν τους τελευταίους δώδεκα μήνες μετά από ολίσθηση, η διαφορά στους δείκτες απασχόλησης δεν διαφέρουν, υπάρχει μια σαφής διαφοροποίηση στην τρίτη κατηγορία που αφορά όσους βρίσκονται σε υποτροπή. Το 80,7% όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών κατά την περίοδο της επανεξέτασης αναφέρει ότι η συνήθης επαγγελματική τους κατάσταση την περίοδο μετά τη θεραπεία ήταν η πλήρης απασχόληση, ενώ το ποσοστό αυτό για όσους βρίσκονται σε υποτροπή είναι 44,1%. Άνεργοι είναι το 2,4% όσων απέχουν και το 28,2% όσων εξακολουθούν να κάνουν χρήση. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές (chi square: 73,573, βε:5, p<0,01).

Πινάκας 4.13: Η αποτελεσματικότητα ως προς την απασχόληση

Κατάσταση απασχόλησης σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία	*n*	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
Πλήρης απασχόληση	*(235)*	83,6%	77,1%	44,1%	85,75	0,000
Συστηματικά άνεργοι	*(46)*	0,9%	4,2%	28,3%	85,75	0,000
Η εργασία κύρια πηγή εισοδήματος	*(224)*	84,3%	76,8%	37,8%	70,06	0,000
Πάνω από 20 μέρες εργασία τον τελευταίο μήνα	*(216)*	90,3%	91,3%	75,8%	9,47	0,009

Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αποτελεί έναν παράγοντα που συνδέεται, επίσης, με την απασχόληση. Έτσι, όσοι παρέμειναν και τις 360 ημέρες στη θεραπεία έχουν υψηλότερους δείκτες απασχόλησης σε ό,τι αφορά τόσο την πλήρη απασχόληση όσο και τις ημέρες που εργάσθηκαν τον τελευταίο μήνα αλλά επιπλέον και σε ό,τι αφορά την κύρια πηγή εισοδήματος. Όσο περισσότερο, από την άλλη μεριά, κάποιος μένει στη θεραπευτική διαδικασία τόσο πιθανότερο είναι να εργάζεται στο διάστημα που μεσολαβεί μετά τη θεραπεία μέχρι την επανεξέταση. Αντίθετα, όσοι διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό συνεχιζόμενης ανεργίας με μεγαλύτερη διάρκεια. Οι διαφορές ανάμεσα σε όλες τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής είναι στατιστικά σημαντικές (chi square 33,582, βε:10, p<0,01) και αναδεικνύουν το πόσο επηρεάζει την απασχόληση η θεραπευτική διαδικασία.

Πίνακας 4.14: Η απασχόληση ως προς το χρόνο παραμονής στη θεραπεία

Κατάσταση απασχόλησης και χρόνος παραμονής στη θεραπεία	*n*	1-90 ημέρες	91-360 ημέρες	>360 ημέρες	x^2	p
Πλήρης απασχόληση	*(235)*	55,9%	69,6%	75,4%	33,58	0,000
Συστηματικά άνεργοι	*(46)*	18,4%	16,5%	4,0%	33,58	0,000
Η εργασία κύρια πηγή εισοδήματος	*(225)*	50,7%	69,2%	76,0%	23,67	0,000
Πάνω από 25 μέρες εργασία τον τελευταίο μήνα	*(180)*	42,8%	53,2%	57,5%	6,33	0,042

Πάντως, το ποσοστό απασχόλησης βελτιώνεται σημαντικά κατά την περίοδο της επανεξέτασης για όλες της κατηγορίες του χρόνου παραμονής. Συγκεκριμένα, η απασχόληση αυξάνει κατά 157% για τα άτομα που παρέμειναν μέχρι 90 ημέρες, 286% για όσους παρέμειναν τρεις ως και εννέα μήνες, ενώ η αύξηση για διάρκεια παραμονής μέχρι 1 χρόνο είναι 83% και 227% για την κατηγορία πάνω από 360 ημέρες.

4.3.5. Αποτελεσματικότητα και χρήση αλκοόλ

Η εξέταση της διαχείρισης της χρήσης αλκοόλ από τους συμμετέχοντες σε θεραπεία απεξάρτησης για την κατάχρηση παρανόμων ουσιών είναι ένα σημαντικό ζήτημα, δεδομένης της σχέσης που έχει με την εξαρτητική συμπεριφορά αλλά και της σημασίας του στην κλινική

πρακτική απεξάρτησης και της θέσης του αλκοόλ στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα. Το γεγονός ότι η διαθεσιμότητα του αλκοόλ το καθιστά εύκολα προσβάσιμο συνδυαζόμενο με το ότι θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό και τον περιορισμό της χρήσης του που όμως παύει μετά το τέλος της θεραπευτικής εμπειρίας, προσδίδουν στη χρήση αλκοόλ κομβική σημασία. Οι ψυχοδραστικές ιδιότητες του αλκοόλ μπορούν εύκολα να το καταστήσουν για όσους διέκοψαν τις παράνομες ουσίες ένα υποκατάστατο της χρήσης και να αποτελέσει ως εκ τούτου ένα σημαντικό παράγοντα που οδηγεί στην υποτροπή. Είναι, επίσης, προφανείς οι επιπτώσεις της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία όταν παγιώνεται δυσχεραίνει την προσπάθεια για κοινωνική ένταξη των ατόμων ακόμα και αν απέχουν οριστικά από τη χρήση παρανόμων ουσιών.

Στην παρούσα έρευνα, η βαριά χρήση αλκοόλ αποτελεί ένα στοιχείο που αντίθετα από άλλους δείκτες δεν διαφοροποιείται μεταξύ των ομάδων που συγκρίνονται ως προς τη χρήση ουσιών. Τα δύο τρίτα περίπου των συμμετεχόντων μετά τη θεραπευτική εμπειρία, έχουν κάνει βαριά χρήση αλκοόλ, ανεξάρτητα από το αν απέχουν πλήρως από τη χρήση παρανόμων ουσιών, αν ολίσθησαν και βρίσκονται σε αποχή το τελευταίο δωδεκάμηνο ή αν συνεχίζουν να βρίσκονται σε υποτροπή.

Πίνακας 4.15: Βαριά χρήση αλκοόλ μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση παρανόμων ουσιών

Υπερκατανάλωση αλκοόλ κατά κατηγορία χρήσης παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία	*n*	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Βαριά χρήση αλκοόλ	*(234)*	65,0%	67,7%	64,1%
Χρήση αλκοόλ 20 τουλάχιστον μέρες τον τελευταίο μήνα	*(130)*	35,05	33,3%	39,3%
Βαριά χρήση αλκοόλ τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα	*(143)*	52,7%	63,1%	68,5%

Οι πραγματικές διαφορές αναδεικνύονται όταν ανάμεσα στις προαναφερόμενες ομάδες εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζονται τη χρήση αλκοόλ. Έτσι, εκείνοι που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών κάνουν βαριά χρήση αλκοόλ συντομότερα μετά τη θεραπεία, για μικρότερο όμως διάστημα, λιγότερο συστηματικά και πιο περιορισμένη πρόσφατη χρήση. Πιο συγκεκριμένα, όσοι απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών κάνουν βαριά χρήση αλκοόλ περίπου 10 μήνες μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία αντί για 12 μήνες μετά που ξεκινούν όσοι είναι σε υποτροπή. Η συχνότητα που κάνουν βαριά χρήση αλκοόλ όσοι απέχουν από τις παράνομες ουσίες φαίνεται να είναι πιο περιορισμένη σε σχέση με όσους είναι σε υποτροπή. Συγκεκριμένα, το 57,6% όσων απέχουν σε σχέση με το 68,4% όσων είναι σε υποτροπή κάνουν βαριά χρήση σε εβδομαδιαία βάση που μπορεί να φθάνει μέχρι και σε καθημερινή χρήση. Το διάστημα όμως που κάνουν συστηματική χρήση όσοι απέχουν με τη συχνότητα που προαναφέρθηκε είναι κατά μέσον όρο 5,24 μήνες, το μισό από το αντίστοιχο διάστημα για όσους είναι σε υποτροπή, το οποίο είναι 12,81 μήνες. Ανάλογη είναι και η συμπεριφορά αυτών που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών, όταν μετράται η πρόσφατη χρήση αφού έχουν κάνει βαριά κατανάλωση αλκοόλ 1,4 μέρες από τις τελευταίες τριάντα κατά μέσον όρο αντί 3,29 ημερών για όσους βρίσκονται σε υποτροπή.

Πίνακας 4.16: Βαριά χρήση αλκοόλ ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία

Υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τη χρήση παρανόμων ουσιών	Σε αποχή Μο *(n)*	Σε υποτροπή μο *(n)*	Anova F	p
Διάστημα έναρξης μετά τη θεραπεία (μήνες)	9,85 *(141)*	11,96 (93)		μσ
Τουλάχιστον εβδομαδιαία (στάθμιση)	3,84 *(141)*	4,26 *(93)*	3,503	0,032
Διάρκεια συστηματικά (μήνες)	5,24 *(140)*	12,81 *(93)*	6,858	0,001
Μέρες από τις τελευταίες 30 (ημέρες)	1,40 *(140)*	3,29 *(93)*	3,597	0,029

Η διαφορετική αυτή συμπεριφορά σχετικά με τη βαριά χρήση αλκοόλ αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική ανάμεσα σε όσους απέχουν από την παράνομη χρήση και όσους βρίσκονται σε υποτροπή, τόσο για το διάστημα της συστηματικής βαριάς χρήσης (ANOVA F: 13,699, βε 1, p<0,01) όσο και για την πρόσφατη χρήση στο διάστημα του τελευταίου μήνα (ANOVA F: 6,937, βε 1, p<0,01) που μπορεί προσδιορίζει και μια περισσότερο παγιωμένη επιλογή των συμμετεχόντων.

Η διαφοροποίηση που εμφανίζεται σαφέστερη σχετικά με τη βαριά χρήση αλκοόλ αφορά τη συμπεριφορά των φύλων. Οι γυναίκες υπερκαταναλώνουν αλκοόλ λιγότερο απ' ό,τι οι άνδρες, με εκείνες που βρίσκονται σε υποτροπή να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό βαριά χρήσης από όσες απέχουν από τη χρήση και άλλων ουσιών. Η συμπεριφορά των γυναικών σε σχέση με τη βαριά χρήση αλκοόλ ενδέχεται να συνδέεται τόσο με κοινωνικά στερεότυπα συμπεριφοράς όσο και με το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μια καλύτερη πορεία στη θεραπευτική διαδικασία, αφού παραμένουν περισσότερο στη θεραπεία και έτσι τα αποτελέσματα αναμένονται θετικότερα.

4.3.6. Αποτελεσματικότητα της θεραπείας ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών

Είναι αυτονόητο ότι το κύριο κριτήριο για την έκβαση της θεραπείας της εξάρτησης συνδέεται με τη συμπεριφορά όσων συμμετείχαν στη θεραπευτική διαδικασία σε ό,τι αφορά τη χρήση παράνομων ουσιών. Το ζητούμενο, γενικά, της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η πλήρης αποχή από τη χρήση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών (αλλά σε πολλές περιπτώσεις και νόμιμων) οι οποίες δημιουργούν σημαντικά προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού εξαιτίας των επιπτώσεων –ατομικών και κοινωνικών- που συνοδεύουν την κατάχρησή τους. Ωστόσο, επειδή η διαδικασία απεξάρτησης, όπως και η εξάρτηση, δεν είναι μονοδιάστατη κατάσταση θεραπευτικής παρέμβασης αλλά χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική επίτευξη του τελικού αποτελέσματος που συνδέεται με την αποχή, συχνά οι στόχοι της θεραπείας προσανατολίζονται σε συγκεκριμένα πεδία δυσλειτουργίας, ώστε ως συμπτωματική αγωγή να συμβάλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων σε τομείς προτεραιότητας. Έτσι, η μείωση της συχνότητας και της ποσότητας κατανάλωσης ψυχοδρατικών ουσιών ή η αλλαγή του είδους της ουσίας που χρησιμοποιείται και ο τρόπος ή το πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η νέα συμπεριφορά μπορούν να αποτελέσουν επι μέρους στάδια της αποτελεσματικής θεραπείας. Αν και για τη θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες η αποχή αποτελεί προαπαιτούμενο για την αποτελεσματικότητα και προϋπόθεση για τη διαδικασία κοινωνικής ένταξης, είναι σημαντικό να εξετάζονται οι μεταβολές που σηματοδοτούν μετατόπιση από την πρότερη κατάσταση των ατόμων που ξεκίνησαν τη θεραπεία, ακόμη και όταν ο θεραπευτικός σχεδιασμός δεν έχει ολοκληρωθεί.

Η αποχή, άλλωστε, ως το αποτέλεσμα της θεραπείας επέρχεται συχνά μετά από επανειλημμένα θεραπευτικά επεισόδια που συνοδεύονται από περιόδους προσωρινής διακοπής της χρήσης, από πιθανά επεισόδια ολίσθησης στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή και από περιόδους υποτροπής.

Στην παρούσα έρευνα ήδη προαναφέρθηκαν στοιχεία που συνδέουν την αποχή με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία και τα καλύτερα αποτελέσματα με την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο έλεγχος όμως και άλλων πιθανών εκδοχών έκβασης της θεραπείας συμβάλλει στην καλύτερη αποτίμηση του αποτελέσματος, γιατί αναδεικνύει διαφορετικές οδούς που καταλήγουν στην επίτευξη του προσδοκώμενου στόχου και εντοπίζει στοιχεία που βοηθούν στην ορθολογικότερη κλινική οργάνωση. Έτσι, η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο κάποιος υποτροπιάζει μετά τη θεραπεία, της ουσίας που χρησιμοποιεί και των χαρακτηριστικών της χρήσης, όταν μετά από μια περίοδο αποχής υιοθετεί πάλι μια συμπεριφορά χρήσης, συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας παρέμβασης, που θα προετοιμάζει τους ανθρώπους και θα τους τροφοδοτεί με δεξιότητες που θα προλάβουν την υποτροπή. Τα επιμέρους στοιχεία και οι λεπτομέρειες της πορείας που οδηγεί στην υποτροπή καθώς και τα δεδομένα που σηματοδοτούν την πλήρη αποχή αποτελούν μέρη του ίδιου συνόλου

πληροφοριών, για το οποίο ενδιαφέρεται η κλινική πράξη σε μια προοπτική οργάνωσης συστηματικού και αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού με πολλά σενάρια εφαρμογής και πολλές πιθανές εκδοχές έκβασης.

Εστιάζοντας, λοιπόν, στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας ως προς τη χρήση ουσιών, από όσους εισήχθησαν σε θεραπευτική κοινότητα για το διάστημα από την ημέρα της εισαγωγής τους, που συμπίπτει με τη διακοπή χρήσης οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας, μέχρι τη συνέντευξη επανεξέτασης, το ένα τρίτο (32,7%) αναφέρει απόλυτη αποχή από τη χρήση κάθε παράνομης ουσίας. Ένα ποσοστό 26,8% στο ίδιο διάστημα έκανε χρήση ουσιών αλλά απείχε με τους ίδιους όρους που αφορούν την προηγούμενη ομάδα για δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη. Συστηματική εμπλοκή με τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας αναφέρει το 40,5% των συμμετεχόντων.

Παρόλο που για λόγους λειτουργικότητας της ανάλυσης οι ομάδες των συμμετεχόντων περιορίζονται σε δύο –με διχοτόμο την αποχή- ή τρεις –με πρόσθετο κριτήριο την ενδεχόμενη χρήση στο μεσοδιάστημα και την πλήρη αποχή το τελευταίο δωδεκάμηνο- από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι μεγαλύτερα ποσοστά αποχής αναφέρονται όσο εγγύτερα στο χρόνο επανεξέτασης βρίσκονται τα άτομα που περιλαμβάνονται στην έρευνα. Αυτό, εύρημα που συναντάται ως σταθερά στη σχετική βιβλιογραφία, μπορεί να συνδέεται με πολλούς παράγοντες τόσο προσωπικούς –εσωτερικούς- όσο και οργανωτικούς που αφορούν δηλαδή τη λειτουργία των υπηρεσιών αλλά και του περιβάλλοντος –εξωτερικούς. Έτσι, στους παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο επισημαίνονται η αναγνώριση της προβληματικότητας της κατάχρησης, η ωρίμανση της απόφασης για αλλαγή, η προστιθέμενη αποτελεσματικότητα θεραπευτικών επεισοδίων που μεσολαβούν, η αύξηση της κινητοποίησης για αλλαγή, ο βαθμός ετοιμότητας για θεραπεία, η επιδείνωση της υγείας. Παράλληλα, στους παράγοντες που συνδέονται με το εξωτερικό περιβάλλον αναφέρονται η οικονομική εξάντληση, οι ενδεχόμενες εκκρεμούσες ποινικές επιπτώσεις, η οικογενειακή πίεση, η ευρύτερη κοινωνική στάση απόρριψης της κατάχρησης, το ποινικό πλαίσιο, η ποικιλία και η διαθεσιμότητα υπηρεσιών, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Πίνακας 4.17: Χαρακτηριστικά της χρήσης παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία

Χαρακτηριστικά χρήσης παρανόμων ουσιών για όσους έκαναν χρήση μετά τη θεραπεία	*n*	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
Παράλληλη χρήση με ηρωίνη την πρώτη φορά	*(120)*	52,1%	48,6%		μσ
Ηρωίνη πρώτη φορά μετά τη θεραπεία	*(49)*	25,0%	16,7%		μσ
Κάνναβη πρώτη φορά μετά τη θεραπεία	*(53)*	11,5%	19,4%		μσ
Καθημερινή χρήση ηρωίνης	*(125)*	70,4%	63,3%	22,40	0,000
Επεισόδια υπερδοσολογίας	*(39)*	16,7%	15,9%	21,29	0,000
Ενέσιμη χρήση μετά τη θεραπεία	*(185)*	79,2%	75,2%	186,21	0,000
Επόμενη θεραπεία απεξάρτησης	*(186)*	79,2%	66,2%	115,23	0,001

Παράλληλα, το νέο επεισόδιο ολίσθησης για όσους έκαναν χρήση μετά τη θεραπεία διαφέρει μεταξύ εκείνων που το τελευταίο δωδεκάμηνο βρίσκονται σε αποχή και όσων εξακολουθούν να είναι σε υποτροπή. Οι μισοί περίπου (52,1% όσων το τελευταίο δωδεκάμηνο βρίσκονται σε αποχή και 48,6% όσων βρίσκονται σε υποτροπή) αναφέρουν ολίσθηση με χρήση πολλών ψυχοδραστικών ουσιών παράλληλα με την ηρωίνη. Παράλληλη χρήση ουσιών χωρίς ηρωίνη αναφέρει μόνον ένα ποσοστό 2,1% της ομάδας που απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες και 1,4% όσων είναι συστηματικά υπότροποι. Ηρωίνη ως μόνη ουσία χρήσης του επεισοδίου ολίσθησης, όμως, αναφέρει το ένα τέταρτο όσων απέχουν από τη χρήση τους τελευταίους δώδεκα μήνες αντί 16,7% όσων βρίσκονται σε υποτροπή. Ενέσιμη χρήση αναφέρει το 79,2% όσων το τελευταίο δωδεκάμηνο απέχουν αντί του 75,2% όσων είναι σε υποτροπή και σε καθημερινή βάση το 70,4% της ομάδας που αναφέρει πρόσφατη αποχή αντί 63,3% των υποτρόπων. Η κάνναβη τέλος αναφέρεται ως ουσία ολίσθησης από το 11,5% εκείνων που δεν

κάνουν πλέον χρήση το τελευταίο δωδεκάμηνο και το 19,4% όσων είναι σε υποτροπή. Επιπλέον από όσους χρησιμοποίησαν ηρωίνη στο επεισόδιο της ολίσθησης, όσοι απέχουν το τελευταίο δωδεκάμηνο αναφέρουν χρήση για πρώτη φορά κατά μέσον όρο 3,77 (τ.α. 8) μήνες μετά τη διακοπή της θεραπευτικής τους σχέσης ενώ αντίστοιχα όσοι είναι ακόμα σε υποτροπή σημαντικά αργότερα, 8,73 (τ.α.15,2) μήνες μετά. Η ομάδα όμως που απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες έκανε συστηματικά χρήση ηρωίνης κατά μέσον όρο 14,23 μήνες ενώ όσοι εξακολουθούν να είναι υπότροποι αναφέρουν συστηματική χρήση μέσου διαστήματος 30,15 μηνών. Οι παραπάνω διαφορές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές για τις δύο ομάδες τόσο σε ό,τι αφορά το διάστημα που μεσολαβεί από τη διακοπή της θεραπείας μέχρι την υποτροπή (ANOVA F: 7,260, p< 0,01) αλλά και για τη διάρκεια της συστηματικής χρήσης μετά το επεισόδιο της πρώτης χρήσης (ANOVA F: 26,947, p< 0,01).

4.18: Χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία

Χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία	Σε αποχή μετά από ολίσθηση μο *(n)*	Σε υποτροπή μο *(n)*	Anova F	p
Διάστημα έναρξης χρήσης μετά τη θεραπεία (μήνες)	3,77 *(141)*	8,73 (93)	7,260	0,008
Διάρκεια συστηματικής χρήσης (μήνες)	14,23 *(140)*	30,15 *(93)*	26,947	0,000

Τα προηγούμενα δεδομένα δείχνουν ότι η ομάδα που απέχει το τελευταίο δωδεκάμηνο είναι σαφώς πιο επιβαρημένη από τη χρήση μετά τη θεραπεία από ό,τι η ομάδα που εξακολουθεί να είναι σε υποτροπή κατά την επανεξέταση. Η ομάδα που απέχει το τελευταίο δωδεκάμηνο, δηλαδή ολισθαίνει νωρίτερα, χρησιμοποιεί περισσότερο ηρωίνη με ενδοφλέβια χρήση, καθημερινά και με περισσότερα από πέντε επεισόδια υπερβολικής δόσης σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Η σοβαρότητα της κατάστασης που βιώνει αυτή η ομάδα ενδεχομένως να εξηγεί το γεγονός της σε υψηλότερο ποσοστό επιστροφής σε θεραπεία (79,2% αντί 66,2% διαφορά στατιστικά σημαντική, chi square: 115,131, βε:2, p< 0,01) απεξάρτησης που με τη σειρά της συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς και την αποχή των τελευταίων δώδεκα μηνών.

Σε κάθε περίπτωση πάντως τα προηγούμενα αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της διατήρησης της επαφής με τις θεραπευτικές υπηρεσίες στο πλαίσιο της διαρκούς αξιοποίησης του συνεχούς της θεραπείας. Εκείνοι, δηλαδή, που εξακολουθούν να βρίσκονται σε κάποια επαφή με το σύστημα των θεραπευτικών υπηρεσιών έχουν περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν στο θεραπευτικό σύστημα αυξάνοντας τις πιθανότητες να απεξαρτηθούν μέσω της νέας θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα παραπάνω συνδέονται με την προσπάθεια διερεύνησης του ιστορικού χρήσης πριν από την εισαγωγή ως προγνωστικού παράγοντα του αποτελέσματος. Εξετάσθηκε, δηλαδή, η βαρύτητα που μπορεί να έχει η συμπεριφορά που έχουν υιοθετήσει οι συμμετέχοντες ως προς τη χρήση για το αποτέλεσμα της θεραπείας, διερευνώντας αν επηρεάζεται συγκεκριμένα από την ουσία που χρησιμοποιείται, τη συχνότητα και τον τρόπο χρήσης. Επιλέγοντας την ηρωίνη για κύρια ουσία κατάχρησης, δεδομένου ότι αποτελεί και το βασικό πρόβλημα της εξάρτησης, και κάνοντας έλεγχο με βάση της μεταβλητές τρόπος και συχνότητα χρήσης, δεν προέκυψαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες εκείνων που απέχουν και εκείνων που βρίσκονται σε υποτροπή. Όταν όμως εξετάσθηκε η ομάδα που απέχει από τη χρήση (τους τελευταίους δώδεκα μήνες) μετά από ολίσθηση σε σύγκριση με τις δύο άλλες ομάδες, αναδείχθηκαν ενδιαφέροντα στοιχεία που συνδέονται με το αποτέλεσμα.

Πίνακας 4.19: Ιστορικό χρήσης πριν από τη θεραπεία και αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Χαρακτηριστικά ιστορικού χρήσης κατά την εισαγωγή	*(n)*	Σε πλήρη αποχή	Αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Κύρια ουσία κατάχρησης ηρωίνη	*(332)*	93,5%	98,9%	96,3%
Ενέσιμη χρήση	*(330)*	84,8%	94,4%	91,9%
Καθημερινή χρήση	*(197)*	57,6%	70,4%	63,3%
Μέση ηλικία έναρξης ηρωίνης (έτη)	*(265)*	19,88	19,95	20,01
Μέση διάρκεια χρήσης ηρωίνης (έτη)	*(294)*	6,06	5,94	6,68
Περισσότερα από 5 επεισόδια od	*(358)*	76,1%	78,1%	72,4%
Μέση ηλικία κατά την εισαγωγή (έτη)	*(358)*	26,1	26,3	26,6

Ένα πρώτο στοιχείο που προκύπτει εντοπίζεται στο ότι η ομάδα των συμμετεχόντων που μετά τη θεραπεία απέχει πλήρως από τη χρήση ουσιών για όλο το διάστημα της εξέτασης είχε συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο έλεγχο σχετικά με τη χρήση. Παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά ως προς τη χρήση ηρωίνης, την ενδοφλέβια ή και την καθημερινή χρήση. Αντίθετα η ομάδα που ολίσθησε μετά τη θεραπεία και απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες φαίνεται να έχει δείκτες που υποδηλώνουν γενικά πιο επιβαρημένη κατάσταση σχετικά με τη συμπεριφορά της κατάχρησης. Όπως προαναφέρθηκε, η ομάδα αυτή που μετά την ολίσθηση απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση υιοθετεί μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από υψηλούς δείκτες κατανάλωσης παρανόμων ουσιών με πιο βεβαρημένη κατάσταση από όσους βρίσκονται σε υποτροπή αλλά για ένα σύντομο διάστημα ενώ σχετικά σύντομα επιστρέφουν στη θεραπευτική κοινότητα.

Ενδέχεται επομένως οι συμμετέχοντες στη θεραπευτική κοινότητα που έχουν σοβαρότερα προβλήματα ως προς το ιστορικό χρήσης εξαιτίας της μεγαλύτερης εμπλοκής τους με τη χρήση ουσιών να δυσκολεύονται περισσότερο να ενταχθούν στη θεραπευτική διαδικασία και ως εκ τούτου διακόπτουν αρκετά νωρίς από τη θεραπεία. Επιπλέον, ένα μέρος αυτών μετά τη θεραπεία θα ολισθήσει στη χρήση αρκετά γρήγορα και με όρους που μοιάζουν με αυτούς που χαρακτηρίζουν την περίοδο πριν από την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα. Οι υπόλοιποι υιοθετούν μια σταδιακή κλιμάκωση της χρήσης που θα κάνουν, με το πρώτο επεισόδιο ολίσθησης αργότερα. Οι πρώτοι ίσως βιώνοντας ένα αρνητικό σοκ από την αδυναμία τους να ελέγξουν τη χρήση, επιστρέφουν στη θεραπευτική διαδικασία και στη συνέχεια αλλάζουν τη συμπεριφορά τους και διακόπτουν τη χρήση ουσιών ώστε τους τελευταίους δώδεκα μήνες πριν από την επανεξέταση να απέχουν πλήρως από τη χρήση κάθε ουσίας. Ενδέχεται σ΄ αυτό να βαραίνει και το γεγονός ότι το διάστημα που τους χωρίζει από τη θεραπευτική τους εμπειρία είναι περιορισμένο και έτσι να αισθάνονται ευκολότερο το να επιστρέψουν στη θεραπεία. Όσοι όμως έχουν διακόψει και βιώνουν σταδιακά τις επιπτώσεις της κλιμάκωσης της χρήσης, απομακρυσμένοι χρονικά από τη θεραπευτική τους εμπειρία, παρόλο που και αυτοί αργότερα υιοθετούν χαρακτηριστικά της πριν της εισαγωγής τους συμπεριφοράς, δεν επιστρέφουν στη θεραπεία καταλήγοντας σε συστηματική υποτροπή εξαιτίας της αποκοπής τους από τη θεραπευτική εμπειρία. Με τα παραπάνω συνάδει η γνώμη μερικών ερευνητών που θεωρούν ως διακοπές τις περιπτώσεις όσων παραμένουν εκτός θεραπευτικού πλαισίου περισσότερο από ένα εξάμηνο μετά την εγκατάλειψη της θεραπείας (Kooyman, 1992).

Στη βάση, λοιπόν, των προαναφερθέντων στην παρούσα έρευνα το πόσο βεβαρημένο είναι το ιστορικού χρήσης μπορεί να συγκροτεί έναν προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος ως προς την πλήρη αποχή. Επιπλέον, η σύντομη εμπειρία ολίσθησης μετά την εγκατάλειψη της θεραπείας φαίνεται να συνδέεται με την επιστροφή στη θεραπεία και την μετέπειτα οριστικοποίηση του προσδοκώμενου αποτελέσματος της αποχής. Τέλος, η συνεχιζόμενη με κάθε τρόπο επαφή με το δίκτυο των θεραπευτικών υπηρεσιών αποτελεί παράγοντα πρόληψης της συστηματικής υποτροπής.

4.3.7. Νομικά προβλήματα, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη

Η ποινική εμπλοκή και η έκθεση στις επιπτώσεις των μηχανισμών του ποινικού συστήματος είναι ένας παράγοντας που συχνά συνοδεύει την κατάχρηση ουσιών και συνδέεται με σημαντικές παραμέτρους κοινωνικού αποκλεισμού δυσχεραίνοντας με επιπρόσθετες δυσκολίες την προσπάθεια ένταξης. Η αλλαγή των δεικτών, άλλωστε, που αφορούν την παραβατική συμπεριφορά και εκθέτουν τα άτομα σε κινδύνους από την επιβολή νομικών κυρώσεων αποτελεί ένα από τα κριτήρια που υιοθετούν όλες οι έρευνες αποτελεσματικότητας της θεραπείας ως παράγοντα που καθορίζει την επιτυχή κοινωνική ένταξη και χαρακτηρίζει την έκβαση της θεραπείας.

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας σε ποσοστό 75% ανέφερε σοβαρά νομικά προβλήματα πριν από την εισαγωγή του. Το ποσοστό αυτό κατά την επανεξέταση μειώνεται γενικά στο 27,3%. Οι επιμέρους, ωστόσο, παράμετροι της ποινικής εμπλοκής των ατόμων και οι συγκρίσεις σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι σημαντικό να ελεγχθούν, αφού όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην παραμονή στη θεραπεία όσο και στη διαδικασία ένταξης των ατόμων.

Πίνακας 4.20: Νομικά προβλήματα πριν από τη θεραπεία και αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς και ποινική εμπλοκή κατά την εισαγωγή στη θεραπεία	*(n)*	Σε πλήρη αποχή	Αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Κατηγορία για κατοχή και εμπορία	*(169)*	51,7%	49,5%	43,4%
Κατηγορία φθοράς ξένης περιουσίας	*(131)*	38,5%	33,7%	30,8%
Εγκλήματα βίας	*(55)*	15,4%	13,7%	16,6%
Καταδίκες	*(130)*	42,1%	33,7%	35,5%
Φυλάκιση	*(115)*	26,5%	36,5%	34,0%
Μέση διάρκεια τελευταίας φυλάκισης (μήνες)	*(115)*	14,09	8,38	11,01

Όσοι απέχουν πλήρως από τη χρήση ουσιών κατά την εισαγωγή τους παρουσιάζουν μια σαφώς μεγαλύτερη εμπλοκή με το ποινικό σύστημα τόσο ως προς την απαγγελία κατηγοριών από τις διωκτικές αρχές όσο και ως προς τις καταδικαστικές αποφάσεις που αφορούν αυτές τις κατηγορίες σε σύγκριση με την ομάδα των συμμετεχόντων που μετά από ολίσθηση απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες και την ομάδα που βρίσκεται σε υποτροπή. Αντίθετα, ενώ η ομάδα που απέχει πλήρως από τη χρήση φαίνεται να έχει φυλακισθεί λιγότερο, η μέση διάρκεια της φυλάκισης που εξέτισε διήρκησε σαφώς περισσότερο από όσο η μέση φυλάκιση για τις δύο άλλες ομάδες, πράγμα που προφανώς συνδέεται με τη βαρύτητα του αδικήματος που επέφερε την ποινή. Το ενδιαφέρον σ' αυτή τη σύγκριση εστιάζεται στο γεγονός ότι η νομική επιβάρυνση φαίνεται να βαραίνει θετικά στην παραμονή στη θεραπεία και ως εκ τούτου στο αποτέλεσμα, αφού υψηλότεροι δείκτες νομικής εμπλοκής συνδέονται με μεγαλύτερα ποσοστά αποχής. Όταν, μάλιστα, συγκριθούν τα ποσοστά φυλάκισης μεταξύ των ομάδων ως προς τους δείκτες αποτελεσματικότητας, το γεγονός ότι αυτοί που απέχουν πλήρως, έχουν φυλακιστεί λιγότερο παρόλο που έχουν κατηγορηθεί και καταδικασθεί περισσότερο από όσο οι συμμετέχοντες στις άλλες δύο ομάδες, φαίνεται να συνδέεται με το ότι μπροστά στον κίνδυνο φυλάκισης επέλεξαν τη θεραπεία. Με δεδομένο ότι αυτό αποτελεί μια εναλλακτική που έχει στη διάθεσή του το δικαστήριο, η εκκρεμούσα ποινή ενδέχεται να λειτουργεί ως εξωτερικός παράγοντας κινητοποίησης για την έναρξη της θεραπευτικής επαφής αλλά και την παραμονή στη θεραπεία. Υπό την έννοια αυτή, στην παρούσα έρευνα η πίεση που ασκείται από το ποινικό σύστημα συνδέεται θετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας και φαίνεται να αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα επιμήκυνσης της παραμονής στη θεραπεία και βελτίωσης του αναμενόμενου αποτελέσματος. Τα προηγούμενα συνδέονται άλλωστε με όσα αναφέρονται στην πρόσφατη βιβλιογραφία, όπου σε πολλές έρευνες η εισαγωγή σε θεραπεία μετά από δικαστική εντολή αποδεικνύεται ότι συνοδεύεται

από θετικά αποτελέσματα σε επανεξέταση των τελευταίων δώδεκα μηνών και των πέντε ετών μετά την εισαγωγή, τουλάχιστον ανάλογα με αυτά που προκύπτουν από ελεύθερη από ανάλογες πιέσεις, εθελοντική δηλαδή, εισαγωγή (Whitten, 2006).

Πέραν των προαναφερθέντων, σε σχέση με τη συμπεριφορά που συνδέεται με τη νομική εμπλοκή μετά τη θεραπεία και για όλο το διάστημα από την εισαγωγή μέχρι και την επανεξέταση των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη, παρατηρείται μια σημαντική διαφορά στη μεταβολή των δεικτών όσων απέχουν πλήρως από τη χρήση ουσιών και των δύο άλλων ομάδων.

Πίνακας 4.21: Αποτελεσματικότητα ως προς τη νομική κατάσταση

Νομική κατάσταση μετά τη θεραπεία	*(n)*	Σε πλήρη αποχή	Αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
Κατηγορία για κατοχή και εμπορία	*(80)*	0,0%	20,0%	42,7%	67,55	0,000
Κατηγορία φθοράς ξένης περιουσίας	*(39)*	0,9%	13,7%	17,4%	19,02	0,000
Εγκλήματα βίας	*(21)*	0,0%	7,4%	9,7%	11,42	0,003
Καταδίκες	*(63)*	0,9%	18,9%	30,3%	38,64	0,000
Φυλάκιση	*(50)*	1,7%	8,3%	27,6%	39,55	0,000
Φυλάκιση για αδίκημα μετά τη θεραπεία	*(30)*	0,0%	10,8%	34,2%	19,02	0,000
Αναμονή απαγγελίας κατηγορίας	*(107)*	13,7%	27,1%	44,8%	30,48	0,000
Αναμονή κατηγορίας για αδίκημα μετά τη θεραπεία	*(76)*	23,5%	66,7%	86,2%	28,98	0,000

Όσοι απέχουν από τη χρήση ουσιών αναφέρουν περίπου μηδενικά ποσοστά σε όλες τις επίμαχες μεταβλητές σηματοδοτώντας μια μάλλον οριστική μεταβολή της συμπεριφοράς τους σε ότι έχει σχέση με την παραβατικότητα. Η ελάχιστη παραβατικότητα, μάλιστα, στην οποία εμπίπτουν δεν φαίνεται να αφορά αδικήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Παρόλα αυτά εξακολουθούν να βαρύνονται με κατηγορίες που αφορούν την προ της εισαγωγής τους εμπλοκή με το νόμο.

Αντίθετα, οι δύο άλλες κατηγορίες, αν και παρατηρείται αισθητή μείωση των επιπτώσεων της παράνομης συμπεριφοράς τους, εξακολουθούν να βαρύνονται από οξυμένα σχετικά προβλήματα. Είναι πάντως σαφές ότι η κατηγορία που ολίσθησε στη χρήση και απέχει τους τελευταίους δώδεκα μήνες σε όλες τις μεταβλητές που εξετάζονται βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από όσους είναι συστηματικά υπότροποι. Αν, λοιπόν, κατά την περίοδο μετά τη διακοπή της θεραπείας κάποιος εξακολουθεί να κάνει χρήση ουσιών είναι πολύ πιθανότερο να εκτεθεί στο ποινικό σύστημα. Όπως αναφέρθηκε και λίγο νωρίτερα όσον αφορά τη χρήση ουσιών, έτσι και η επιδείνωση της νομικής κατάστασης των ατόμων που περιλαμβάνονται στην ομάδα όσων ολίσθησαν και απέχουν τους τελευταίους δώδεκα μήνες μπορεί να τους κάνει να την αντιλαμβάνεται ως σημαντική οπισθοδρόμηση σε σύγκριση με όσα βίωσαν στη θεραπευτική εμπειρία. Έτσι, με το δεδομένο ότι επέστρεψαν τελικά στη θεραπεία βοηθήθηκαν να βελτιώσουν σημαντικά τη νομική τους κατάσταση. Οι νομικές πιέσεις αναδεικνύονται σε παράγοντα που λειτουργεί ως κινητοποιητικός μηχανισμός για την αλλαγή στον τομέα των νομικών εκκρεμοτήτων. Παράλληλα όμως ευνοούν τη συνολική κοινωνική ένταξη των ατόμων που έστω κι αν ολίσθησαν μετά την εγκατάλειψη της θεραπεία, απέχουν εντέλει από τη χρήση ουσιών για ένα διάστημα ήδη δώδεκα μηνών, υιοθετώντας περισσότερο συμπεριφορές που τείνουν να μοιάζουν με της ομάδας που απέχει πλήρως από τη χρήση παρά με όσων είναι σε υποτροπή, όσον αφορά τους τομείς που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα. Έτσι, έχοντας νομικές εκκρεμότητες ή συνεχίζοντας να εκτίθενται στο ποινικό σύστημα μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία, επιστρέφουν στη θεραπεία με ωριμότερο αίτημα, παραμένουν περισσότερο και βιώνουν τα θετικά αποτελέσματα που αναμένονται.

Είναι λοιπόν και από άποψη κλινικής πρακτικής σημαντικό να εστιάσει η θεραπεία στον τομέα των νομικών εκκρεμοτήτων, γιατί μπορεί να αποτελέσει παράγοντα βελτίωσης των θεραπευτικών στόχων με πολλούς τρόπους: τη συγκράτηση σε επαφή με τις θεραπευτικές

υπηρεσίες των ατόμων που διακόπτουν πρόωρα με την προοπτική να επιστρέψουν στη θεραπεία, την ανάδειξη της αντιμετώπισης των νομικών προβλημάτων ως μείζον θέμα του θεραπευτικού σχεδιασμού και την επισήμανση της παραβατικής συμπεριφοράς ως παράγοντα επικινδυνότητας για υποτροπή, ώστε να αναπτύσσονται σχετικές δεξιότητες μετά τη θεραπεία, και βεβαίως τη συσχέτιση της παραβατικής συμπεριφοράς με τη χρήση ουσιών.

Ο περιορισμός, επομένως, της παραβατικής συμπεριφοράς και η αντιμετώπιση των νομικών προβλημάτων στη διάρκεια και με αφορμή τη συμμετοχή σε θεραπεία αποτελεί παράγοντα που ευνοεί την κοινωνική ένταξη και ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συνθέτει μάλιστα μια ασφαλή πρόγνωση της κοινωνικής ένταξης, δεδομένου ότι η ύπαρξη σοβαρών νομικών εκκρεμοτήτων που βαρύνουν όσους εξακολουθούν να βρίσκονται σε υποτροπή εξορισμού αποτελεί παράγοντα αποκλεισμού και έκθεση σε περισσότερο δυσχερείς συνθήκες κοινωνικής διαβίωσης. Η ύπαρξη, άλλωστε, άλυτων νομικών εκκρεμοτήτων αποτελεί παράγοντα που ευνοεί την υποτροπή στη χρήση ουσιών, ιδιαίτερα όταν συνδέεται και με εγκλεισμό.

4.3.8. Σωματική και ψυχική υγεία, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη

Το σημαντικότερο στοιχείο που προκύπτει από την παρούσα έρευνα είναι η σαφής βελτίωση των δεικτών σωματικής υγείας που παρατηρούνται για όλες τις κατηγορίες των συμμετεχόντων. Η βελτίωση του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας μετά και από σύντομη θεραπευτική εμπειρία όσων εισάγονται σε θεραπευτικά προγράμματα είναι ένα συμπέρασμα που συχνά συναντάται στη βιβλιογραφία. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους: αφενός στη διακοπή –ή τη μείωση– της χρήσης ουσιών που αυτή καθαυτή είναι επιβαρυντική για την υγεία και αφετέρου στη διαβίωση σ' ένα περιβάλλον στο οποίο κυριαρχεί ένα σύστημα προδιαγραφών κανόνων υγιεινής και ασφαλούς διαβίωσης που προβλέπει ένα αυστηρό πρωτόκολλο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Ειδικά όσον αφορά τη θεραπευτική κοινότητα με την οποία ασχολείται η παρούσα έρευνα από την ημέρα εισαγωγής είναι επιβεβλημένη η διακοπή της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και η παράλληλη διαβίωση, στο μεγαλύτερο βαθμό σε βάση εικοσιτετράωρης διαμονής, σ' ένα περιβάλλον όπου τα θέματα υγείας είναι σημαντικής προτεραιότητας με ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή και την άσκηση. Ως εκ τούτου η βελτίωση των δεικτών σωματικής υγείας είναι από τα πρώτα αναμενόμενα αποτελέσματα που γίνονται μάλιστα εύκολα αντιληπτά και από τους ίδιους τους θεραπευόμενους. Αυτή η αναγνωρίσιμη από τους ίδιους βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης και η άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας λειτουργεί για τους συμμετέχοντες ως παράγοντας που ενισχύει και αναπτύσσει την εμπλοκή τους με το θεραπευτικό σύστημα, αυξάνει την κινητοποίηση τους, την αυτοεκτίμηση τους και τους επιτρέπει να επανατοποθετηθούν ως προς τη φροντίδα του εαυτού τους.

Πίνακας 4.22: Κατάσταση σωματικής υγείας και χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία

Σωματική υγεία μετά τη θεραπεία	*n*	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
Νοσηλεία για προβλήματα σωματικής υγείας	*(357)*	38,5%	45,8%	54,2%	6,442	0,040
Μόλυνση από HCV	*(347)*	63,2%	75,8%	82,6%	12,527	0,002
Ενόχληση 25 ημέρες τον τελευταίο μήνα	*(358)*	4,3%	2,1%	17,9%	22,412	0,000

Στη μελέτη που παρουσιάζεται η κατάσταση της υγείας των ατόμων τείνει να βελτιώνεται όσο περισσότερο διαρκεί η αποχή από τη χρήση ουσιών. Παράλληλα, τα άτομα που έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας τείνουν να αξιοποιούν συστηματικότερα το δίκτυο των υγειονομικών υπηρεσιών για τη φροντίδα της υγείας τους όσο λιγότερη εμπλοκή έχουν με τη χρήση ουσιών απολαμβάνοντας εντέλει υψηλότερους δείκτες υγείας. Αυτοί που βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής αδιαφορούν γενικά για τη σωματική τους υγεία και η σχετική με αυτήν συμπεριφορά τους παίρνει τα χαρακτηριστικά που είχε πριν από τη θεραπεία. Η ενέσιμη χρήση, άλλωστε, αναφέρεται συχνά από τους μελετητές ως εκδήλωση

αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που συνδέεται με τη μειωμένη ανησυχία που δείχνουν για τα προβλήματα σωματικής υγείας που έχουν όσοι υποτροπιάζουν.

Πίνακας 4.23: Ψυχολογικά προβλήματα ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών

Κατάσταση ψυχικής υγείας και χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία	*n*	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	p
Σοβαρή κατάθλιψη	*(358)*	27,4%	49,0%	52,4%	18,28	0,000
Νοσηλεία για προβλήματα ψυχικής υγείας	*(358)*	0,9%	3,1%	11,7%	15,64	0,000
Φαρμακευτική αγωγή για ψυχική υγεία	*(358)*	3,4%	11,5%	21,4%	18,78	0,000
Αυτοκτονικός ιδεασμός	*(358)*	11,1%	29,2%	51,7%	49,39	0,000
Απόπειρα αυτοκτονίας	*(355)*	0,9%	9,6%	27,1%	39,25	0,000

Ανάλογη τάση επικρατεί και στα προβλήματα ψυχικής ή συναισθηματικής κατάστασης με σημαντικές διαφορές ως προς τη χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία, με όσους απέχουν να βρίσκονται σε γενικά καλύτερη κατάσταση από όσους έχουν κάνει περιστασιακή χρήση ή βρίσκονται σε υποτροπή. Οι μεταβολές ωστόσο από την πρότερη της θεραπείας κατάσταση στην επανεξέταση δεν δείχνουν θετική διαφοροποίηση σε όλους τους δείκτες. Εκτός από τις μεταβλητές που αφορούν τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας όπου παρατηρείται μια σαφής τάση βελτίωσης, οι υπόλοιπες περιοχές δεν δείχνουν μεγάλες βελτιώσεις σε σχέση με το πριν τη θεραπεία διάστημα, παρόλο που είναι σαφές ότι σε σχέση με τη χρήση ουσιών οι δείκτες βελτιώνονται όσο ενισχύεται η αποχή ή μειώνεται η χρήση.

Πίνακας 4.24: Μεταβολές στους δείκτες ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων σε σχέση με τη χρήση ουσιών.

Μεταβολές στους δείκτες ψυχολογικής κατάστασης από πριν τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση παρανόμων ουσιών	Πριν τη θεραπεία			Μετά τη θεραπεία		
	Σε αποχή	Σε υποτροπή	Σύνολο	Σε αποχή	Σε υποτροπή	Σύνολο
Σοβαρή κατάθλιψη	35,4%	37,9%	36,4%	37,1%	52,4%	43,3%
Σοβαρό άγχος	46,9%	50,3%	48,3%	71,4%	70,3%	70,9%
Προβλήματα μνήμης, κατανόησης, συγκέντρωσης	32,1%	25,5%	29,4%	32,9%	35,9%	34,1%
Ψευδαισθήσεις [β]	7,0%	8,3%	7,5%	3,8%	11,8%	7,0%
Αδυναμία ελέγχου βίαιης συμπεριφοράς [β]	37,6%	33,1%	35,8%	29,5%	32,6%	30,5%
Φαρμακευτική αγωγή για ψυχολογικά προβλήματα [β]	15,5%	15,9%	15,6%	7,0%	21,4%	12,8%
Αυτοκτονικός ιδεασμός [α]	41,3%	39,3%	40,5%	19,2%	51,7%	32,4%
Απόπειρα αυτοκτονίας [α]	21,8%	25,0%	23,1%	4,7%	27,1%	13,8%

[α]: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 99% ($p<0,01$)
[β]: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 95% ($p<0,05$)

Στο επίπεδο, λοιπόν, της ψυχικής υγείας τα αποτελέσματα είναι περισσότερο συγκεχυμένα σε ό,τι αφορά τις παρατηρούμενες μεταβολές. Ένα μεγάλο μέρος της ασάφειας που προκύπτει στον τομέα της ψυχικής υγείας, και που επαναλαμβάνεται συχνά στη βιβλιογραφία που αφορά ανάλογες έρευνες, οφείλεται στην αδυναμία χρήσης ειδικά σταθμισμένων ψυχομετρικών κλιμάκων στο πλαίσιο παρόμοιων μελετών. Τα αποτελέσματα τους έχουν συχνά αμφισβητηθεί, ενώ η χρήση τους σε ανάλογες έρευνες έχει μεθοδολογικά και λειτουργικά προβλήματα. Καταρχάς δεν είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί ένας τόσο μεγάλος αριθμός εργαλείων που θα καλύπτει με πληρότητα την εκτίμηση σε επιμέρους ψυχολογικούς τομείς σε ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα που προβλέπει η ολοκλήρωση μιας τέτοιας έρευνας. Επιπλέον, η κατάσταση των ατόμων που εξετάζονται είναι τέτοια που η χρήση ανάλογων κλιμάκων αντενδείκνυται. Άλλωστε, τα γνωστά εργαλεία ψυχομετρικών ελέγχων έχουν σταθμισθεί στο γενικό πληθυσμό και σε δείγματα ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και όχι σε δείγματα εξαρτημένων που παρουσιάζουν εξαιρετικά διαφορετικές τάσεις και ως εκ τούτου καθίστανται ανίσχυρα. Επιπλέον, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ο ισχυρισμός ότι συχνά η κατάχρηση ουσιών αποτελεί μια αυτοθεραπευτική συμπεριφορά σημαντικών συναισθηματικών ή ψυχικών διαταρχών. Ως εκ τούτου, κατά την εξέταση πριν από τη θεραπεία οι συμμετέχοντες τείνουν να υποτιμούν τις ενδεχόμενες διαταραχές που

βιώνουν εξαιτίας της ψυχοδραστικής λειτουργίας των ουσιών. Οι διαταραχές αυτές ωστόσο εντείνονται όταν διακοπεί η χρήση των ουσιών και γίνεται περισσότερο αντιληπτή από τους πρώην εξαρτημένους σε μια επιβαρημένη διαδικασία διαρκούς προσπάθειας κοινωνικής ένταξης.

Από την άλλη μεριά, η παραπομπή ατόμων με μείζονα ψυχιατρικά προβλήματα από τις θεραπευτικές κοινότητες προς ειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχει ως αποτέλεσμα ο πληθυσμός που εισάγεται τελικά να μην έχει σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές μετά τη θεραπεία δεν μπορεί να είναι σημαντικές. Επιπλέον, είναι προφανές ότι όταν το βάρος της εξέτασης πέφτει στις αλλαγές της διάθεσης, πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η χρήση ουσιών, δεδομένου ότι η δράση των ουσιών έχει κομβικό ρόλο στη διαμόρφωση της διάθεσης των εξεταζομένων. Σ' αυτό, άλλωστε, θα πρέπει να αποδοθούν και οι ελάσσονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων που παρατηρήθηκαν συγκρίνοντας την ψυχολογική τους κατάσταση ως προς τη χρήση ουσιών.

Αποτελεί πάντως ένα ερώτημα που χρειάζεται να απασχολήσει το σύστημα δημόσιας υγείας το αν η επιβαρημένη υγεία των ατόμων που κάνουν συστηματική χρήση ουσιών οφείλεται στα ίδια τα άτομα που παραμελούν προβλήματα υγείας που έχουν ή αν το δίκτυο των υπηρεσιών συμβάλλει στην επιδείνωση αυτών των προβλημάτων με έναν ιδιότυπο αποκλεισμό που ασκεί στους εξαρτημένους εξαιτίας των πολλών κοινωνικών στερεοτύπων που συνοδεύουν τη χρήση. Δεν είναι άλλωστε σπάνια η επισήμανση λειτουργών υγείας ότι πολύ συχνά ο εξαρτημένος αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα, δεδομένου ότι αποτελεί έναν ασθενή με πολλαπλή συνήθως νοσηρότητα, με αδυναμίες στη συνεργασία και την επικοινωνία, οι οποίες τον καθιστούν δύσκολο ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό εύκολα παραπέμπεται για επίλυση άλλων προβλημάτων από αυτά που ο ίδιος ζητά να επιλυθούν με το πρόσχημα μιας αυθαίρετης ταξινόμησης προτεραιοτήτων. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν πρόκειται για εξαρτημένο με διπλή διάγνωση από τις οποίες παραπέμπεται σε υπηρεσίες απεξάρτησης με τη δικαιολογία ότι το ζήτημα της εξάρτησης είναι πρώτης προτεραιότητας. Ωστόσο, οι υπηρεσίες απεξάρτησης έχουν ανάγκη τη διάγνωση και την άμβλυνση των ψυχικών προβλημάτων που μπορεί να προσφέρει η υπηρεσία ψυχικής υγείας, ώστε να οργανώσει έναν αποτελεσματικό θεραπευτικό σχεδιασμό.

4.3.9. Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, αποτελεσματικότητα και κοινωνική ένταξη

Οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι εξαρτημένοι κατά την περίοδο που κάνουν χρήση ουσιών διαμορφώνουν συνθήκες που ενισχύουν τον αποκλεισμό τους. Οι δυσκολίες στην οικογένεια που συχνά παίρνουν τη μορφή ισχυρών συγκρούσεων και η κοινωνικότητα των εξαρτημένων που κυριαρχείται από την ίδια τη χρήση παρανόμων ουσιών συμβάλλουν στη σταδιακή απομόνωσή τους από ένα αποτελεσματικό κοινωνικό δίκτυο. Η παραμονή ωστόσο των εξαρτημένων στη γονική οικογένεια, παρόλη τη συγκρουσιακή συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζει αυτή τη συμβίωση συμβάλλει σημαντικά σε αρκετά πεδία που έχουν ενδιαφέρον από κλινική άποψη. Καταρχάς η σύγκρουση στην οικογένεια, ανεξάρτητα από την ουσιαστική αιτία που την ορίζει και τις βαθύτερες αδυναμίες από τις οποίες προκύπτει, αντιλαμβάνεται τη χρήση παρανόμων ουσιών ως το πεδίο που την τροφοδοτεί και τη συντηρεί και ως εκ τούτου γίνεται μια συνεχής πίεση για τον εξαρτημένο, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα εξάρτησής του. Αυτό αποτελεί για τον εξαρτημένο ένα μηχανισμό κινητοποίησης που μπορεί να λειτουργήσει συχνά ως έναυσμα για να αναζητήσει θεραπεία σε μια προσπάθεια διαχείρισης αυτής της κρίσης. Από την άλλη μεριά, η οικογενειακή ανοχή ως προς τη συμβίωση με έναν εξαρτημένο προσφέρει συνθήκες που εξορισμού του παρέχουν ένα πλαίσιο συνθηκών διαβίωσης προστατευτικό ως προς τους κινδύνους που ελλοχεύουν από την πιθανή του εκδίωξη, εξασφαλίζοντάς του με αυτό τον τρόπο την κάλυψη των απαραίτητων –τουλάχιστον– αναγκών του. Η οικογένεια στη βάση αυτή μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό σύμμαχο στη διαδικασία απεξάρτησης είτε ως παράγοντας ενίσχυσης του κινήτρου είτε ως πίεση για παραμονή στη θεραπεία, όταν και

όποτε η θεραπεία ξεκινήσει, είτε ως βοηθητικό πλαίσιο για την κοινωνική του ένταξη όταν ολοκληρώσει τη θεραπεία.

Πίνακας 4.25: Μεταβολές των δεικτών στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις πριν και μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία.

Στενή συναισθηματική σχέση με:	Πριν τη θεραπεία				Μετά τη θεραπεία			
	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Μητέρα$^{\beta}$	*(147)*	35,9%	38,5%	46,9%	*(199)*	66,7%	58,1%	40,7%
Πατέρα$^{\beta}$	*(109)*	21,4%	33,7%	36,4%	*(142)*	61,1%	42,9%	48,6%
Αδέλφια$^{\beta}$	*(158)*	41,6%	48,4%	52,3%	*(209)*	71,4%	58,7%	58,6%
Σύντροφο$^{\alpha}$	*(162)*	42,5%	44,2%	51,4%	*(243)*	83,3%	71,9%	60,3%
Φίλους$^{\alpha}$	*(183)*	57,7%	50,5%	52,2%	*(249)*	88,7%	75,3%	57,9%

$^{\alpha}$: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 99% ($p<0,01$)
$^{\beta}$: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 95% ($p<0,05$)

Κατά τη διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, στην παρούσα έρευνα τα στοιχεία που αναφέρονται από τους συμμετέχοντες δείχνουν ότι πριν από τη θεραπεία, χωρίς διαφορές ανάμεσα στα φύλα και την πορεία που ακολούθησαν κατά τη θεραπεία, οι οικογενειακές σχέσεις χαρακτηρίζονται από χαλαρούς δεσμούς και σημαντικές διαπροσωπικές συγκρούσεις.

Πίνακας 4.26: Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις πριν και μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία

Σοβαρά προβλήματα με:	Πριν τη θεραπεία				Μετά τη θεραπεία			
	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Μητέρα$^{\alpha}$	*(247)*	70,1%	74,0%	64,8%	*(147)*	25,2%	37,6%	60,0%
Πατέρα$^{\alpha}$	*(210)*	59,8%	65,3%	54,9%	*(104)*	16,8%	35,1%	51,3%
Αδέλφια$^{\beta}$	*(146)*	47,8%	44,0%	40,6%	*(99)*	20,5%	33,7%	35,4%
Σύντροφο	*(169)*	52,6%	50,0%	44,6%	*(125)*	33,9%	27,7%	38,8%
Φίλους	*(113)*	39,6%	34,1%	28,4%	*(76)*	24,6%	23,9%	20,2%
Συγγενείς	*(69)*	21,9%	24,0%	14,8%	*(51)*	12,3%	17,7%	14,2%
Γείτονες	*(65)*	19,1%	21,9%	15,2%	*(42)*	6,9%	14,6%	13,8%
Συναδέλφους	*(52)*	20,4%	19,6%	10,2%	*(69)*	25,4%	20,0%	17,5%

$^{\alpha}$: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 99% ($p<0,01$)
$^{\beta}$: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 95% ($p<0,05$)

Όμοια στοιχεία αναφέρονται για τις κοινωνικές τους σχέσεις οι οποίες πάντως είναι πολύ περιορισμένες. Δεν υπήρξαν διαφορές που να μπορούν να συνδεθούν με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία ή την κατάσταση που βρίσκονται οι συμμετέχοντες κατά την επανεξέταση.

Το συγκρουσιακό κλίμα και οι χαλαροί δεσμοί στις σχέσεις, πάντως, φαίνεται να αλλάζει μετά τη θεραπευτική εμπειρία για όλους τους συμμετέχοντες, αφού αναφέρουν ότι βιώνουν λιγότερες συγκρούσεις και αναπτύσσουν στενότερες διαπροσωπικές σχέσεις. Ωστόσο, παρόλο που για όλους τους ερωτώμενους βελτιώνεται η κατάσταση των οικογενειακών και κοινωνικών τους σχέσεων, είναι σαφής η διαφορά μεταξύ όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών και όσων εξακολουθούν μετά τη θεραπεία να κάνουν χρήση. Οι δείκτες βελτίωσης των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων είναι ευθέως ανάλογοι με το αποτέλεσμα της θεραπείας για όλη την περίοδο μετά τη θεραπευτική εμπειρία.

Πίνακας 4.27: Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις: πρόσφατες συγκρούσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία.

Σοβαρές συγκρούσεις τις τελευταίες 30 ημέρες:	N	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	x^2	P
με την οικογένεια	*(95)*	18,8%	19,8%	37,2%	14,353	0,001
εκτός οικογένειας	*(80)*	29,9%	24,0%	15,3%	8,135	0,017

Στην προσπάθεια αναζήτησης παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τη θεραπευτική πορεία του συμμετέχοντα εξετάσθηκε, επίσης, το ιστορικό χρήσης παρανόμων ουσιών στην οικογένεια καθώς και το ιστορικό ενδεχόμενης κακοποίησης των συμμετεχόντων. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι ενώ οι συνθήκες στην οικογένεια ή το ιστορικό κακοποίησης δεν σχετίζονται με τη θεραπευτική πορεία και την έκβαση της θεραπείας, η ίδια η θεραπευτική εμπειρία και το αποτέλεσμά της συνδέονται με την κακοποίηση μετά τη θεραπεία.

Πίνακας 4.28: Εμπειρία κακοποίησης και χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία

Μεταβολές στους δείκτες κακοποίησης σε σχέση με τη χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία	Πριν τη θεραπεία				Μετά τη θεραπεία			
	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή	n	Σε πλήρη αποχή	Σε αποχή μετά από ολίσθηση	Σε υποτροπή
Συναισθηματική κακοποίηση[α]	*(225)*	70,1%	62,5%	57,2%	*(151)*	29,9%	38,5%	54,5%
Σωματική κακοποίηση[α]	*(97)*	29,1%	25,0%	26,9%	*(29)*	2,6%	6,3%	13,8%
Σεξουαλική κακοποίηση[β]	*(55)*	16,4%	11,5%	17,4%	*(22)*	0,6%	1,7%	9,7%

[α]: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 99% ($p<0,01$)
[β]: στατιστικά σημαντική διαφορά στο 95% ($p<0,05$)

Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά συναισθηματικής σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ενδεχομένως σηματοδοτώντας μια συνολική διαφοροποίηση συμπεριφοράς που τους εκθέτει σε λιγότερους σχετικούς κινδύνους. Είναι σαφές πάντως ότι όσο περισσότερο έχει παγιωθεί μια επιλογή αποχής από τη χρήση ουσιών τόσο περισσότερο απίθανο γίνεται να βρεθούν οι συμμετέχοντες σε καταστάσεις κινδύνου που καταλήγουν σε οποιασδήποτε μορφής κακοποίησή τους.

4.3.10. Αποτελεσματικότητα και τύπος θεραπευτικού προγράμματος

Ένα από τα ερωτήματα που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα στην παρούσα έρευνα αφορούσε και την ενδεχόμενη σχετική αποτελεσματικότητα των διαφορετικών θεραπευτικών πλαισίων. Εξετάσθηκε, δηλαδή, αν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπευτικής κοινότητας ξεχωριστά.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να τονισθεί ότι παρά τις μικρές διαφορές στην οργάνωση και τη δομή της κάθε θεραπευτικής κοινότητας, όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που συμμετείχαν στη μελέτη ταξινομούνται στην ίδια μείζονα κατηγορία θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης στη βάση της διαφοροποίησης που ήδη προαναφέρθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο, τα προγράμματα απεξάρτησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή τύπου θεραπευτικής κοινότητας. Παρόλο που δύο από τις έξι θεραπευτικές κοινότητες που περιλαμβάνονται στην έρευνα είναι ημερήσιας εξωτερικής φροντίδας και οι υπόλοιπες τέσσερις είναι θεραπευτικές κοινότητες διαμονής, ανήκοντας όλες στον ίδιο οργανισμό, διέπονται από ένα κοινό θεραπευτικό σκελετό, με δομές που τις διακρίνουν ελάσσονος σημασίας διαφορές στην κλινική αντίληψη, τη θεραπευτική συλλογιστική και φιλοσοφία και με αντίληψη περί των αρχών της θεραπευτικής παρέμβασης και του προσδοκώμενου αποτελέσματος κοινά. Τα κριτήρια

εισαγωγής, η ομαδική θεραπεία, οι αντιπαραθετικές ομάδες, η αξιοποίηση της εργασίας ως μαθησιακής εμπειρίας, η ερμηνεία της εξάρτησης, η χρήση των θεραπευτικών εργαλείων, η λειτουργική ένταξη της εκπαίδευσης στο θεραπευτικό σχεδιασμό και η οργάνωση των θεραπευτικών φάσεων στη βάση της προοδευτικής ανάληψης ευθυνών στην ιεραρχία της κοινοτικής καθημερινότητας μέσω ενός καθαρού συστήματος διαχείρισης προνομίων και κυρώσεων για τους θεραπευόμενους αποτελούν κοινούς άξονες οργάνωσης και λειτουργίας όλων των θεραπευτικών συστημάτων σε εξέταση. Επιπλέον, οι κοινές διαδικασίες στην επιλογή του προσωπικού, η αξιοποίηση πρώην εξαρτημένων ως μοντέλων ρόλων, η κυκλική ανάληψη ευθυνών των κλινικών σε διάφορες νευραλγικές κλινικές θέσεις κατά περιόδους μέσα στο ίδιο σύστημα αλλά και μεταξύ των συστημάτων καθώς και μια υποβάθμιση της ιατροκεντρικής αντίληψης στην εκπαίδευση των επαγγελματιών καθιστούν ιδιαίτερα συγγενή μεταξύ τους τα εν λόγω θεραπευτικά συστήματα, έστω κι αν αποτελούν διαφορετικές και ανεξάρτητες διοικητικές οντότητες.

Έτσι, η ανάλυση των δεδομένων δεν απέδωσε διαφοροποιήσεις ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας μεταξύ των συστημάτων πέραν των αυτονόητων που αφορούν την ηλικία ως διαφοροποιητικό παράγοντα για το πρόγραμμα που απευθύνεται στους εφήβους (Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΣΤΡΟΦΗ) το οποίο εξαιτίας και του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται έχει μια διαφορετική αναλογία ανδρών και γυναικών που έχει μόνον κλινική σημαντικότητα ως προς την πολιτική οργάνωσης της υπηρεσίας. Ακόμα και εξέταση στη βάση μιας κατηγοριοποίησης μεταξύ προγραμμάτων διαμονής και προγραμμάτων ημερήσιας φροντίδας δεν απέδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων ως προς την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική ένταξη που ήδη έχει παρουσιασθεί στην ανάλυση των επιμέρους τομέων που προηγήθηκε.

4.3.11. Συνοπτική ανακεφαλαίωση της ποσοτικής ανάλυσης

Από την ποσοτική ανάλυση της παρούσας μελέτης προκύπτουν κάποια στοιχεία που αποτελούν σημαντικά σημεία για την οργάνωση της θεραπείας και την ενίσχυση των διαδικασιών κοινωνικής ένταξης των θεραπευομένων στο πλαίσιο παρεμβάσεων και προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.

Φαίνεται ότι η θεραπεία της εξάρτησης στη θεραπευτική κοινότητα είναι αποτελεσματική ως προς τη χρήση ουσιών με σημαντικές μεταβολές σε όλους τους σχετικούς δείκτες που εξετάσθηκαν. Λιγότερη και περισσότερο ασφαλής χρήση είναι η γενική εικόνα που έχει ο πληθυσμός πέντε χρόνια μετά. Το ένα τρίτο αυτού του πληθυσμού απέχει για πέντε χρόνια από τη χρήση κάθε παράνομής ουσίας. Για ένα έτος δεν αναφέρουν καθόλου χρήση παρανόμων ουσιών περισσότεροι από τους μισούς.

Η αποτελεσματικότητα είναι συνδεδεμένη με το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία. Όσο περισσότερο κάποιος μένει στη θεραπευτική κοινότητα τόσο θετικότερο είναι το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Διακοπές της θεραπείας σε λιγότερο από 90 ημέρες συνδέονται περισσότερο με την υποτροπή, ενώ παραμονή μακρύτερη των 90 ημερών συνδέεται με πολλές πιθανότητες ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος.

Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν καλύτερους δείκτες αποτελεσματικότητας απέχοντας περισσότερο. Η ολίσθηση, ωστόσο, στις γυναίκες συνδέεται περισσότερο με μελλοντική κατάσταση συστηματικής υποτροπής απ' ό,τι στους άνδρες, κυρίως γιατί οι γυναίκες επιστρέφουν λιγότερο στη θεραπευτική διαδικασία.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την παραμονή στη θεραπεία και το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Υψηλότεροι δείκτες εκπαίδευσης ευνοούν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ενισχύουν την κοινωνική ένταξη. Επιπλέον μετά τη θεραπεία η εκπαίδευση βελτιώνεται για όσους απέχουν από τη χρήση.

Η επαγγελματική απασχόληση αυξάνει μετά τη θεραπεία και συνδέεται απολύτως με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ανεργία ως δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού μειώνεται και είναι συνδεδεμένη με τη συνεχιζόμενη μετέπειτα χρήση παρανόμων ουσιών. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα σχετίζεται με το είδος, τη διάρκεια και τη σταθερότητα της εργασίας.

Τη περίοδο μετά τη θεραπεία ο πληθυσμός αναφέρει βαριά χρήση αλκοόλ. Η διαχείριση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη βαριά χρήση αλκοόλ συνδέεται με το αποτέλεσμα της θεραπείας και αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την υποτροπή στη χρήση παρανόμων ουσιών.

Οι παράμετροι της χρήσης που χαρακτηρίζουν το ιστορικό πριν από την εισαγωγή για θεραπεία συνδέονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η αποτελεσματικότητα αυξάνει όσο στο ιστορικό αναφέρονται λιγότερα προβλήματα.

Η ποινική εμπλοκή ως παράγοντας κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται με την έναρξη της θεραπείας, την παραμονή σε αυτήν και το αποτέλεσμα που προκύπτει. Καλύτερα αποτελέσματα ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναφέρονται από όσους είχαν μεγαλύτερη επιβάρυνση από νομικά προβλήματα πριν από τη θεραπεία. Παρομοίως, το θεραπευτικό αποτέλεσμα συνδέεται με την κοινωνική ένταξη ως προς την παραβατική συμπεριφορά η οποία περιορίζεται όσο μειώνεται η χρήση ουσιών μετά τη θεραπεία.

Σημαντικές βελτιώσεις προκύπτουν στο επίπεδο της σωματικής υγείας ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα συνδέεται με τη βαρύτητα και τη χρονιότητα προβλημάτων που σχετίζονται με τη σωματική υγεία. Η περίοδος διακοπής της χρήσης ουσιών είναι ευθέως ανάλογη με τη βελτίωση των δεικτών υγείας.

Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στους δείκτες ψυχικής υγείας. Πάντως, το θεραπευτικό αποτέλεσμα συνδέεται με σαφείς διαφορές που αφορούν τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας τα οποία αποτελούν σημαντικούς σφαιρικούς έμμεσους δείκτες μεταβολής σε προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τα χαρακτηριστικά των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων δεν φαίνεται ότι συνδέονται άμεσα με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Πάντως, η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων για την περίοδο μετά τη θεραπεία προκύπτει να συνδέεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Δεν εντοπίστηκαν διαφορές που να συνδέουν το αποτέλεσμα της θεραπείας με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Γενικά, τα αποτελέσματα της ποσοτικής ανάλυσης δείχνουν ότι η θεραπεία στη θεραπευτική κοινότητα συνδέεται με θετικές μεταβολές που παρατηρούνται στους περισσότερους τομείς που εξετάσθηκαν. Οι μεταβολές αυτές εξαρτώνται από το αποτέλεσμα ως προς τη χρήση ουσιών. Έτσι, φαίνεται ότι στη διαδικασία της κοινωνικής ένταξης είναι σημαντικά ευνοημένοι όσοι απέχουν από τη χρήση ουσιών σε σχέση με όσους μετά τη θεραπεία βρίσκονται σε υποτροπή.

Όλα τα προηγούμενα, παρόλο που προκύπτουν ως σημαντικά ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν είναι ορθό να εκληφθούν ως στοιχεία που αποτελούν ένα πλέγμα σαφών και επομένως ασφαλών προγνωστικών παραγόντων που προβλέπουν με βεβαιότητα το θεραπευτικό αποτέλεσμα στο πλαίσιο ενός γενικευμένου μοντέλου θεραπευτικής παρέμβασης για την κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες. Ο κύριος λόγος για αυτό εστιάζεται στο ότι συνδέονται με τον έλεγχο συγκεκριμένου πληθυσμού που ορίζεται από τη δεδομένη σχέση των συμμετεχόντων με τη θεραπευτική εμπειρία, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και μ΄ έναν τύπο θεραπευτικού προγράμματος, ενώ είναι σαφές ότι τα χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν ανάγκη

θεραπείας για απεξάρτηση αλλάζουν διαρκώς όπως και οι συνθήκες που ορίζουν την εξάρτηση. Ωστόσο, αποτελούν πολύ σοβαρές ενδείξεις που οφείλει να λάβει υπόψη του ο κοινωνικός σχεδιασμός για την οργάνωση και την υλοποίηση θεραπευτικών προγραμμάτων διαμορφώνοντας ένα αποτελεσματικό κορμό θεραπείας γύρω από τον οποίο οικοδομούνται οι θεραπευτικές υπηρεσίες απεξάρτησης και κυρίως ο θεραπευτικός σχεδιασμός στις θεραπευτικές κοινότητες. Όταν αντιμετωπίζονται άτομα που έχουν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που συμμετείχε στη συγκεκριμένη μελέτη, είναι σημαντικό να αξιοποιηθούν τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν, όπως προκύπτουν από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, προκειμένου να μειωθεί η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Από την άλλη μεριά πάντως είναι εξίσου σημαντικό να εξετασθεί το πώς νοηματοδοτούν οι συμμετέχοντες που περιλαμβάνονται στον πληθυσμό της συγκεκριμένης μελέτης τη θεραπευτική τους εμπειρία στη βάση των σημείων που οι ίδιοι αναδεικνύουν. Απαιτείται να διερευνηθούν τα στοιχεία στα οποία οι ίδιοι οι συμμετέχοντες αποδίδουν το μετέπειτα αποτέλεσμα της θεραπείας και πώς αυτό συνδέεται στην προσωπική τους εμπειρία με την προσπάθεια τους για αλλαγές σε σχέση με τη χρήση παρανόμων ουσιών που στοχεύει στην απρόσκοπτη κοινωνική τους ένταξη. Κατά παραδοχή, ο στόχος των συμμετεχόντων και του θεραπευτικού πλαισίου που εντάσσονται συμπίπτει, τουλάχιστον, σχηματικά ως προς μια γενικά προσδοκώμενη έκβαση της θεραπευτικής σχέσης ως προς το τελικό αποτέλεσμα. Εν τούτοις, τα μέσα και τα εργαλεία που ενεργοποιούνται στο πλαίσιο της θεραπευτικής πορείας και προβλέπονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό μπορεί συχνά να εκλαμβάνονται από τους συμμετέχοντες με διαφορετικό τρόπο, ενδεχομένως γιατί οι ενδιάμεσοι στόχοι στους οποίους προσβλέπει η θεραπεία θεωρούνται από τους ίδιους ως ασύμβατοι με το τελικό αποτέλεσμα ή ως αναντίστοιχοι με τις προσωπικές τους ανάγκες. Η καταλληλότητα λοιπόν της θεραπείας ως διαδικασίας δοκιμάζεται ως προς τη συμβατότητα με τις ανάγκες που σταδιακά έρχεται να αντιμετωπίσει και ο συμμετέχων, ανάλογα με την ερμηνεία που θα δώσει περί της καταλληλότητας της κάθε επιμέρους παρέμβασης, ενδέχεται να εγκαταλείψει τη θεραπευτική του προσπάθεια. Αυτού του τύπου η διερεύνηση ασφαλώς υπερβαίνει την ανάλυση που επιχειρήθηκε στα ποσοτικά δεδομένα που υπήρχαν διαθέσιμα. Απαντήσεις σε ερωτήματα αυτού του τύπου, που έρχονται να εξηγήσουν τη στάση των συμμετεχόντων από τη δική τους θέση, επιχειρεί να μορφοποιήσει η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που συμπληρώνει το ερευνητικό σχέδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΉΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1. Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων βασίσθηκε στη σε βάθος συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε με τους ερωτώμενους και ακολούθησε την ημιδομημένη συνέντευξη που αξιοποιήθηκε στη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων. Οι οκτώ συνολικά ερωτήσεις που αφορούσαν τη διερεύνηση της θεραπευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων στόχευαν στην αποσαφήνιση δύο θεματικών αξόνων που συνδέονται με την αντίληψή τους για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής τους πορείας. Ο πρώτος άξονας περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που οι ερωτώμενοι απομονώνουν ως σημαντικά εφόδια από τη θεραπευτική διαδικασία τα οποία τους ενίσχυσαν σε βασικά πεδία που οι ίδιοι αναδεικνύουν ως σημαντικότερα στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν στο πλαίσιο της θεραπευτικής τους εμπειρίας το πρόβλημα της εξάρτησης καθώς και τις αδυναμίες που συνδέονταν με την εξαρτητική τους συμπεριφορά στην προοπτική της κοινωνικής τους ένταξης. Ο δεύτερος άξονας περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που αναδεικνύονται ως σημαντικές αδυναμίες του συστήματος της θεραπείας και οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου ότι μπορεί να αποτελέσουν παραμέτρους για την παραμονή των ατόμων στη θεραπεία και επομένως για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού συστήματος.

Η ανάλυση των δεδομένων της σε βάθος συνέντευξης με τις τεχνικές της ποιοτικής έρευνας συμβάλλει στη διερεύνηση και την ερμηνεία του υποκειμενικού νοήματος που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες αποδίδουν στη θεραπεία τόσο ως διαδικασία ενδυνάμωσης και βοηθητικό μηχανισμό για την κοινωνική τους ένταξη όσο, όμως, και ως αποτέλεσμα στην προσπάθεια ένταξής τους. Πέραν από τις ερμηνευτικές επεξηγήσεις που συνδέονται με τη διαχείριση των δεικτών που εξετάσθηκαν κατά την ποσοτική ανάλυση, η ίδια η ερμηνευτική των ατόμων που συμμετείχαν στη θεραπεία για τη σημαντικότητα επιμέρους πτυχών της θεραπευτικής διαδικασίας, επιτρέπουν τη σκιαγράφηση των αποδεκτών μέσων που επιλέγει η οργάνωση της θεραπείας. Παράλληλα, η επιφύλαξη ή η κριτική που ασκείται στις μεθόδους της θεραπείας, όπως εκφράζονται από τους συμμετέχοντες και προκύπτουν από το σύνολο των αλλαγών που προτείνουν, συνδέονται με το πώς γίνεται αντιληπτή από μέρους τους η καταλληλότητα της θεραπευτικής διαδικασίας.

Αυτός ο τρόπος ανάδειξης της θέσης των συμμετεχόντων απέναντι στη θεραπεία είναι σημαντικός από πολλές πλευρές· αποκτά, όμως, ιδιαίτερη σημασία κυρίως γιατί, όπως η χρήση ουσιών και η εξάρτηση νοηματοδοτούνται με διαφορετικό τρόπο από κάθε εξαρτημένο, έτσι και η θεραπεία δεν προσλαμβάνεται με τον ίδιο τρόπο από τους εξυπηρετούμενους της κάθε θεραπευτικής κοινότητας και ως εκ τούτου συμβάλλει με διαφορετικό τρόπο στο τελικό αποτέλεσμά της. Επιπλέον, μελέτες που εξετάζουν την καταλληλότητα της θεραπευτικής παρέμβασης καθώς και την αποτελεσματικότητά της από την πλευρά των ίδιων των εξυπηρετουμένων, όσο και αν θεωρούνται χρήσιμες για τον κλινικό σχεδιασμό ως προς την αποτελεσματικότητά του, είναι σπάνιες (Δεμερτζής, 1988).

Στο πλαίσιο της διερεύνησης της γνώμης των εξυπηρετουμένων και στο μέρος αυτό της μελέτης οι συμμετέχοντες διαμοιράζονται σε τρεις ομάδες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν αντίστοιχα: όσους απέχουν από τη χρήση κάθε παράνομης ουσίας, εκείνους που μετά από ολίσθηση βρίσκονται σε αποχή για δώδεκα μήνες και όσους βρίσκονται σε συστηματική αποχή. Διερευνάται με τον τρόπο αυτό η ερμηνεία που δίνει κάθε ομάδα στη θεραπευτική εμπειρία και το πώς, η κάθε μια ξεχωριστά, αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το βίωμα της θεραπείας. Υποδεικνύονται, έτσι, αλλαγές σε σημαντικά πεδία της θεραπευτικής πρακτικής που εκλαμβάνουν ως συνιστώσες αποτελεσματικότητας υπό την έννοια ότι θα τους διευκόλυναν να παραμείνουν και να αξιοποιήσουν καλύτερα τις ευκαιρίες που τους παρέχονταν για την απεξάρτηση και την κοινωνική τους ένταξη.

Η ανάλυση ακολουθεί τη μέθοδο της ανάδειξης κατηγοριών από τα αναφερόμενα των συμμετεχόντων που απαρτίζουν την κάθε ομάδα και επιχειρείται η σύνδεση των κοινών κατηγοριών που προκύπτουν καθώς επίσης και η διαφοροποίηση των θέσεων των ομάδων ανάλογα με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Λαμβάνοντας υπόψη το ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μια δυσανάλογη κατανομή ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να αποτελούν μειονότητα στον πληθυσμό που δέχεται θεραπεία, θεωρείται κομβικό να διερευνηθεί επίσης το κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις των ανδρών και των γυναικών. Έτσι, εκτιμήθηκε ότι αποτελεί σημαντικό σημείο στη διαδικασία της ανάλυσης η επιπλέον διάκριση των απόψεων των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο τους, ώστε να εξετασθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές που προκύπτουν.

5.1.1. Σχέδιο ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων

Η ομαδοποίηση ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας που προαναφέρθηκε διατηρήθηκε και για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που υπήρχαν διαθέσιμα. Για την καλύτερη, ωστόσο, κατανόηση των θεματικών ενοτήτων που εξετάσθηκαν στην ποιοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε και μια επιπλέον διάκριση που αφορά στο χρόνο παραμονής των συμμετεχόντων ο οποίος κατηγοριοποιήθηκε ως προς τρία διαστήματα: όσοι παρέμειναν μέχρι 90 ημέρες που χαρακτηρίζονται ως πρόωρες διακοπές από τη θεραπεία, όσοι παρέμειναν από 91 μέχρι 360 ημέρες που χαρακτηρίζονται ως διακοπές παρά το θεραπευτικό σχεδιασμό και όσους παρέμειναν 360 ημέρες που είναι όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία.

Η κάθε ομάδα που προέκυψε σε σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας εξετάσθηκε ξεχωριστά και ως προς το χρόνο παραμονής στις δύο θεματικές ενότητες στις οποίες κατέληξε η σύνδεση της συλλογής ποιοτικών δεδομένων: *την αντίληψη των συμμετεχόντων για τη θεραπευτική τους εμπειρία* και το *τι αλλαγές προτείνουν για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας*.

Βασικό στόχο της ποιοτικής ανάλυσης αποτέλεσε η προσπάθεια αποτύπωσης της γνώμης των συμμετεχόντων για την αποτύπωση το θεραπευτικό πρόγραμμα ως προς τα χαρακτηριστικά του που οι ίδιοι αξιολόγησαν μέσα από την εμπειρία τους ως σημαντικά. Εξίσου σημαντική παράμετρο για την ανάλυση αποτέλεσε η θέση των ερωτώμενων ως προς τη βελτίωση σε συγκεκριμένα θέματα της θεραπείας που επεσήμαναν προς την κατεύθυνση της αύξησης της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού προγράμματος.

Για την πληρέστερη ανάδειξη των αποτελεσμάτων της ποιοτικής ανάλυσης η επεξεργασία των δεδομένων ακολούθησε τρεις φάσεις. Κατά την πρώτη φάση έγινε η κωδικοποίηση των δεδομένων από τις αναφορές των συμμετεχόντων. Η κωδικοποίηση αυτή ταξινομήθηκε ως προς τις κατηγορίες του χρόνου παραμονής και ομαδοποιήθηκε στη βάση του αποτελέσματος της θεραπείας.

Κατά τη δεύτερη φάση, οι κωδικοί συνδυάστηκαν σε κατηγορίες που αφορούσαν ενότητες των στοιχείων που αναφέρονται από τους συμμετέχοντες με στόχο τη σύνθεση στη βάση κοινών θέσεων που προέκυψαν.

Η τελευταία φάση ήταν μια φάση σύνθεσης κατά την οποία οι κατηγορίες και οι κωδικοί που περιείχαν διαμόρφωναν μια λογική αλληλουχία νοημάτων, όπως προέκυπτε για την κάθε ομάδα που εξετάσθηκε διαφορετικά, ώστε να αναδειχθούν οι κοινές αντιλήψεις και οι διαφορές σε σχέση με την κατάσταση που βρίσκονταν οι συμμετέχοντες.

5.2. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι συμμετέχοντες που κατά την επανεξέταση ανέφεραν πλήρη αποχή από τη χρήση παράνομων ουσιών ανατρέχοντας στη θεραπευτική τους εμπειρία, επεχείρησαν να αναδείξουν τα βασικά στοιχεία που οι ίδιοι ερμηνεύουν ως σημαντικά οφέλη της θεραπευτικής διαδικασίας. Με βάση τον αποκλειστικά δικό τους τρόπο, ερμήνευσαν τη θετική επιρροή που άσκησε η θεραπεία στη ζωή τους και στην προσπάθεια απεξάρτησής τους. Τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν αυτό που εκείνοι θεωρούν ως το σημαντικότερο ή τα σημαντικότερα στοιχεία τα οποία εκτιμούν ότι τους ενίσχυσαν και τους βοήθησαν στη διαδικασία ένταξής τους. Το σύνολο των αναφορών γι' αυτήν την ομάδα των συμμετεχόντων συγκεντρώνεται σε έξι θεματικές κατηγορίες που συνδέονται με: την ηθική βάση των αρχών που κυριαρχούν στη θεραπευτική κοινότητα, θέματα προσωπικής ανάπτυξης, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, την ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης συναισθημάτων, την εμπέδωση δεξιοτήτων αυτοπροστασίας και αυτοαποτελεσματικότητας, και με δεξιότητες σε πρακτικό επίπεδο. Ένα μέρος των συμμετεχόντων συνέβαλε στη συγκρότηση ενός επιπλέον άξονα που ξεχωρίζει από τις προηγούμενες κατηγορίες, αφού προκύπτει από την αδυναμία τους να εστιάσουν σε κάτι που μπορούν να ξεχωρίσουν και να το ονομάσουν ως θετική συμβολή του συστήματος θεραπείας.

Όπως είναι αναμενόμενο η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων από αυτή την ομάδα περιλαμβάνει εκείνους που έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ποικιλία όμως των απαντήσεων και των αναφορών των συμμετεχόντων συναντάται αναλογικά και στα δύο άλλα υποσύνολα, όσων δηλαδή διέκοψαν πρόωρα και όσων διέκοψαν μετά το κρίσιμο σημείο των ενενήντα ημερών αλλά δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Είναι, επιπλέον, ενδιαφέρον ότι η ποικιλία των κατηγοριών στις οποίες καταλήγουν οι αναφορές των συμμετεχόντων εμφανίζεται σε όλο το εύρος της αναλογικά και μεταξύ ανδρών και γυναικών, παρόλο που οι γυναίκες, όπως έχει προαναφερθεί, είναι σημαντικά λιγότερες. Το στοιχείο αυτό επιτρέπει να υποτεθεί ότι η ομάδα που τελικά απέχει από τη χρήση ουσιών ερμηνεύει τα θετικά, βοηθητικά στοιχεία της θεραπευτικής της εμπειρίας μ' έναν όμοιο και ενιαίο τρόπο ανεξάρτητα από το χρόνο που διήρκεσε, αλλά και από το φύλο.

5.2.1. Αρχές και αξίες στη θεραπευτική κοινότητα: Η ηθική πλατφόρμα

Η θεραπευτική κοινότητα διατρέχεται από έναν άξονα στοιχείων ηθικής που συγκροτεί μια σαφή και καθαρή απάντηση στον τρόπο διαχείρισης σημαντικών δυσκολιών και διλημμάτων που προκύπτουν στην καθημερινή ζωή. Υπάρχει μια αδιαπραγμάτευτη και σύνθετη ηθική επιταγή που επιβάλλει μια στάση καθαρή απέναντι σε προσωπικές και συλλογικές συμπεριφορές επιχειρώντας να αποκλείσει θολές και υστερόβουλες τακτικές οι οποίες συχνά στην καθημερινότητα εκπίπτουν στη με κάθε μέσο επίτευξη ατομικών, περιορισμένου ορίζοντα και βραχύχρονων επιδιώξεων. Έτσι αναπτύσσεται ένα σύστημα αξιών το οποίο χαρακτηρίζεται από καθαρές αρχές στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, στις επιθυμίες τους, στη συμπεριφοερά τους και τη στάση τους, η οποία οφείλει να υιοθετεί την ειλικρίνεια, την ακεραιότητα, την ευθύτητα και την εντιμότητα, ώστε να συνδράμει σ΄ ένα πλαίσιο διαβίωσης Ασφαλές, όπως η θεραπευτική κοινότητα, και να προσφέρει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης. Αυτό το βίωμα αποτελεί για πολλούς που έχουν την εμπειρία της πολύχρονης χρήσης παρανόμων ουσιών μια πρωτόγνωρη εμπειρία, έχοντας ζήσει συχνά σχέσεις και στάσεις που περιστρέφονται γύρω κυρίως από την αναζήτηση της ουσίας, με έντονη παραβατικότητα και έκπτωση ηθικών στοιχείων στην καθημερινότητά τους που εξαντλείται στον περιορισμένο ορίζοντα της χρήσης.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες που απέχουν από τη χρήση ουσιών από την ένταξή τους στη θεραπευτική κοινότητα μέχρι και τη περίοδο της πραγματοποίησης της συνέντευξης επανεξέτασης, έδωσαν έμφαση στις αρχές και τις αξίες που κυριαρχούν στη θεραπευτική κοινότητα ως το σπουδαιότερο κατά τη γνώμη τους στοιχείο που κέρδισαν από την εμπειρία

τους στη θεραπεία. Αρχές που αποτελούν τον ηθικό κώδικα της θεραπευτικής κοινότητας και αξίες που απορρέουν από την υιοθέτησή τους και συνοψίζονται στην εντιμότητα, την ειλικρίνεια, την ευθύτητα την ακεραιότητα, καθορίζουν τη συμπεριφορά των ατόμων και χαρακτηρίζουν τη στάση τους γενικότερα ως στοιχεία που εμπεδώνονται κατά τη διαδικασία της θεραπείας.

Σε αρκετές περιπτώσεις και ανεξάρτητα από το χρόνο παραμονής των συμμετεχόντων η αναφορά είναι γενική, διατυπώνοντας ένα μάλλον ασαφές *«οι αρχές και οι αξίες της θεραπευτικής κοινότητας»*. Σε άλλες περιπτώσεις τα άτομα που συμμετέχουν εντοπίζουν συγκεκριμένες αρχές οι οποίες αποδίδονται ως η απόρροια των ηθικών αξιών στις οποίες προσβλέπει η ζωή στη θεραπευτική κοινότητα και μέσω των οποίων αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο πλέον τον εαυτό τους και τη ζωή. Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχοντες αναφέρονται, ενδεικτικά, στα παραπάνω:

> *«…Αυτές είναι πλευρές του χαρακτήρα μου που δεν είχα ανακαλύψει και το ότι το συνειδητοποίησα μ΄ έκανε να νιώθω πιο δυνατή. Από το πρόγραμμα πήρα ηθικές αρχές που είχα παλαιότερα αλλά τις είχα ξεχάσει…»*
> (Α087, 070852ΒΡ2, πδ, απχ)
>
> *«Το πρόγραμμα με βοήθησε να 'ρθω κοντά στον εαυτό μου και να δω ότι δεν θέλω να ξαναζήσω έτσι. Μου έδωσε ερεθίσματα για να συνειδητοποιήσω ότι είναι καλό να είσαι καθαρός γενικότερα και ότι αξίζει να ζήσω έτσι. Απέκτησα αυτοπεποίθηση και έμαθα να είμαι ειλικρινής».*
> (Α080, 190470ΝΡ1, οδ, απχ)
>
> *«Έμαθα αξίες, την ειλικρίνεια. Να κάνω όνειρα - είναι σημαντικό να ονειρεύεσαι. Την ευθύτητα. Την αγάπη για τους άλλους, για τη ζωή και για τον εαυτό σου».*
> (Α145, 161171ΑΓ1, οδ, απχ)
>
> *«…Να είμαι ντόμπρος με τους άλλους, να τους λέω τι σκέφτομαι για αυτούς. Επειδή τα έφαγα στα μούτρα μου, νιώθω άσχημα, έχω ενοχές όταν δεν το κάνω αυτό – καλύτερα να τα λέω, αφού πριν μέχρι που σκέφτηκα να αυτοκτονήσω, γιατί δεν άντεχα το βάρος αυτών που δεν έλεγα».*
> (Α033, 260769ΜΦ2, οδ, απχ)
>
> *«Πήρα πολλά πράγματα. Οι αρχές και οι αξίες ήταν το κυριότερο. Να είσαι τίμιος, αληθινός, να βοηθάς, να είσαι ειλικρινής. Αυτά δεν τα 'ξερα…Όλα αυτά εφαρμόζονται και τώρα…»*
> (Α043, 060767ΑΑ1, οπ, απχ)
>
> *«Όλη η δουλειά σε επίπεδο προσωπικότητας, δεν ξέρω πως να σ' το πω, ήταν το κλειδί για τη θεραπεία μου. Έμαθα να είμαι ειλικρινής με εμένα και αυτό με βοήθησε ας πούμε στην Κέρκυρα. Ήξερα ότι είμαι ντροπαλός, ήθελα και λίγο να βολευτώ στην Αθήνα, δεν κορόιδευα τον εαυτό μου, πάντα αυτό με βοηθά».*
> (Α049, 050175ΣΝ1, οπ, απχ)
>
> *«Δεν ξέρω για τις δύσκολες καταστάσεις, γενικότερα έχω δυσκολίες αλλά στην κοινότητα έμαθα να έχω πιο καθαρό μυαλό. Έμαθα να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες πιο ώριμα και μετά από σκέψη. Έμαθα το να είσαι ειλικρινής, να είσαι τίμιος και αυτό προσπαθώ να το έχω στη ζωή μου σα βάση».*
> (Α056, 090269ΣΡ1 οπ, απχ)
>
> *«Αυτά που με βοήθησαν πολύ και θα με βοηθάνε σε όλη μου τη ζωή είναι που έμαθα πόσο σημαντικό είναι να έχουμε αξίες και αρχές στη ζωή μας. Άλλαξα τη στάση ζωής*

που είχα».
(Α161, 081163ΖΓ1, οπ, απχ)

«Ένα βασικό που έμαθα είναι το να αντέχω στην πίεση…Κατάλαβα τις αξίες της φιλίας, της ευσυνειδησίας, της τιμιότητας, των καθαρών μέσων».
(Α184, 010871ΑΠ2, οπ, απχ)

Οι συμμετέχοντες συχνά αναφερόμενοι στο πλαίσιο αρχών και αξιών που υιοθετούν κατά τη διαδικασία της θεραπείας αναγνωρίζουν τη δυσκολία που συναντούν στην προσπάθειά τους, αφού πια ενταχθούν στην κοινωνία, να παραμείνουν συνεπείς σ' αυτές τις αρχές. Ενώ, δηλαδή, από τη μια μεριά αποδέχονται πλήρως τη σκοπιμότητα και την ωφέλεια που έχουν οι καθαρές και αδιαπραγμάτευτες αρχές στην καθημερινή τους ζωή, παρέχοντας τους ασφάλεια στον τρόπο που σχετίζονται, καταθέτουν ότι δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει κατανοητή από όλους αυτούς με τους οποίους συναλλάσσονται και έχουν μια καθημερινή επαφή η αυστηρότητα συγκεκριμένων αρχών που διέπουν τις σχέσεις. Είναι ενδεικτικές οι σχετικές αναφορές που παρατίθενται.

«…Η ηθική, αυτό δεν ξέρω αν με βοήθησε ή όχι. Πολλές φορές τους καταριέμαι για αυτή την ηθική που μας έδωσαν. Μακροπρόθεσμα σίγουρα βγαίνει σε καλό, αλλά χάνεις την εύκολη λύση. Ας πούμε το να μην πεις ποτέ ψέματα. Γιατί κάποιο ψέμα μπορεί μερικές φορές να σε βοηθήσει. Κάποια συναισθήματα ευθύνης που είχα, που ήταν του χαρακτήρα μου, αλλά στο πρόγραμμα καλλιεργήθηκαν περισσότερο. Η ηθική ας πούμε να μην παίρνω προμήθειες στη δουλειά μου, αλλά στη βάση της λογικής του προγράμματος αυτό είναι ανήθικο. Όλο αυτό που λένε, ας πούμε άμα κλέψεις θα πας να πιεις. Επίσης, πριν έδινα σημασία στη γνώμη των άλλων. Στο πρόγραμμα αυτό το άλλαξα. Αυτό ήταν πολύ καλό».
(Β280, 151168ΣΙ1, οδ, απχ)

«…Η ειλικρίνεια. Είμαι ειλικρινής, αλλά αυτό κάνει και κακό στην πιάτσα».
(Α125 - 091170ΡΕ2, οδ, απχ)

«Πήρα πολλά πράγματα. Οι αρχές και οι αξίες ήταν το κυριότερο. Να είσαι τίμιος, αληθινός, να βοηθάς, να είσαι ειλικρινής. Αυτά δεν τα 'ξερα. Πριν μίλαγα και έλεγα αερολογίες. Δεν μπορούσα να κάτσω να ακούσω, που είναι πολύ βασικό. Το να δέχεσαι τον άλλον. Όλα αυτά εφαρμόζονται και τώρα. Αναγκάζομαι όμως να κάνω και πράγματα που δε μου αρέσουν, όχι συμβιβασμούς, αλλά να, σε θέμα γραφειοκρατίας, για κανένα χαρτί, έλεγα και κανένα ψέμα για να πάρω τη δουλειά. Ή να αποφύγω κάποιον, δεν του έλεγα είσαι έτσι και έτσι, απλά τον απέφευγα.»
(Α043, 060767ΑΑ1, οπ, απχ)

Όλα τα παραπάνω καταλήγουν να αποτελούν ένα ξεκάθαρο πλαίσιο που δίνει ασφάλεια και ενισχύει την προσπάθεια όσων βρίσκονται σε θεραπεία. Ενισχύοντας μια ιδιότυπη ηθική ρήξη με προηγούμενες συμπεριφορές και συμβάλλοντας στην υιοθέτηση νέων προτύπων που διευκολύνουν την προσωπική μετατόπιση και αλλαγή, η ακεραιότητα στην καθημερινή ζωή επιζητά την απόφαση για νέα στάση, όπου πλέον υποβαθμίζεται η ευφορική διάσταση της χρήσης και κυριαρχεί η ικανοποίηση του σχεδιασμού, της προσπάθειας, της επίτευξης και του ελέγχου που κάθε άτομο έχει για τον εαυτό του. Για πολλούς μοιάζει να αποτελεί αναβίωση ξεχασμένων αρχών που παρέχουν ικανοποίηση και γι αυτό αποκτούν αξία. Ενδέχεται γι αυτό να υπερτονίζεται από τους συμμετέχοντες αυτό το στοιχείο της καθαρότητας που βιώνουν στη θεραπευτική κοινότητα όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«…Τα ξεκάθαρα πράγματα, στην κοινωνία δεν τα βρίσκεις αυτά».
(Α046, 100268ΚΤ1, πδ, απχ)

«…Από το πρόγραμμα πήρα ηθικές αρχές που είχα παλαιότερα αλλά τις είχα ξεχάσει».
(Α087, 070852ΒΡ2, πδ, απχ)

«Έμαθα να μιλάω πιο πραγματικά στους άλλους, να είμαι πιο ξεκάθαρος και το βασικό: ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, με άλλο τρόπο σκέψης».
(Α156, 130871ΗΛ1, οδ, απχ)

« Πιστεύω ότι ο καθένας έχει κάποιες αξίες μέσα του, αλλά έχει δυσκολία να τις αναδείξει».
(Α187, 040967ΝΥ1 οδ, απχ)

«…Έμαθα να έχω ξεκάθαρες σχέσεις, να εκφράζω αυτά που μ' ενοχλούν και να έχω στόχους στη ζωή μου».
(Α142, 250368ΤΡ1, οπ, απχ)

«Έμαθα να ασχολούμαι με το πρόβλημά μου και να τα βγάζω πέρα και όχι να το κουκουλώνω. Ακόμα και αν δεν βρω τη λύση, βρίσκω κάποιο δρόμο».
(Α200, 180556ΥΕ2, οπ, απχ)

Όπως και από τις άλλες κατηγορίες που ανακύπτουν, φαίνεται οι συμμετέχοντες να αναγνωρίζουν στις αρχές και τις αξίες με τις οποίες έζησαν στη θεραπευτική κοινότητα έναν εργαλειακό χαρακτήρα που διαπερνά το σύνολο της ζωής τους όταν πλέον είναι ενταγμένοι: σχέσεις, κοινωνικές δεξιότητες, προσωπική στρατηγική και αυτοπροστασία.

5.2.2. Η περιπέτεια της προσωπικής ανάπτυξης

Ως βασική επίπτωση της συμμετοχής τους στη θεραπευτική διαδικασία, τα ίδια τα άτομα αναγνωρίζουν μια σειρά σημαντικών νέων χαρακτηριστικών που ενισχύουν την ταυτότητά τους και τους παρέχουν τα εχέγγυα μέσω των οποίων αντιλαμβάνονται τους τρόπους που οργανώνουν την προσωπική τους στρατηγική για κοινωνική ένταξη χωρίς τη χρήση παρανόμων ουσιών.

Η εμπλοκή με την κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση αποτελούν μια δυναμική που ο κάθε εξαρτημένος τη βιώνει με διαφορετικό τρόπο. Είναι ωστόσο μια κατάσταση που έχει πολύ σοβαρές εσωτερικές συγκρούσεις και αποτελεί πηγή διαρκούς τροφοδοσίας αρνητικών στοιχείων τα οποία συγκροτούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων στη χρήση και διαμορφώνουν μια ταυτότητα αποκλεισμού και κοινωνικού περιθωρίου. Έτσι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απομόνωση, το κλείσιμο στον εαυτό, η μοναξιά, η παθητικότητα, η απόρριψη του ίδιου του εαυτού αποτελούν στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με την εμπειρία των εξαρτημένων ατόμων και σπειροειδώς επηρεάζουν την εξαρτητική συμπεριφορά, αποτελώντας ενισχυτικό μηχανισμό για τη χρήση αλλά συγχρόνως και επίπτωση. Η αρνητικότητα, δηλαδή, που γεννούν τέτοιου τύπου βιώματα ευνοεί τη χρήση ουσιών για την αντιμετώπιση του συναισθηματικού κενού και του πόνου που προκαλούν. Ταυτόχρονα, όμως, αυτή καθαυτή η χρήση ως επιλογή θεραπείας αυτών των βιωμάτων, επειδή γίνεται κατανοητή ως ατελέσφορη και αδιέξοδη, μεγεθύνει την αρνητικότητα, το κενό και τον εσωτερικό πόνο. Το εξαρτημένο άτομο συχνά βρίσκεται σ' αυτή την αδιέξοδη κατάσταση κατά την οποία χρησιμοποιεί την ουσία για να απαλύνει αυτό που βιώνει ως προσωπικό έλλειμμα, αλλά χρησιμοποιώντας την επιδεινώνει την κατάστασή του καταλήγοντας πάλι στην επιλογή που γνωρίζει καλά: τη χρήση της ουσίας.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή επικεντρώθηκαν με τις αναφορές τους στο πεδίο της διαχείρισης στοιχείων που κατά τη θεραπευτική διαδικασία ενίσχυσαν προσωπικά τους χαρακτηριστικά, διευκολύνοντας τους να ανατρέψουν την αρνητική εικόνα του εαυτού τους στους ίδιους, να βιώσουν την εσωτερική δυναμική της προσωπικής τους ανάπτυξης και

της αποδοχής του εαυτού τους. Συχνά οι συμμετέχοντες αναφέρονταν στην ανακάλυψη του εαυτού τους, στην αναγνώριση των θετικών πλευρών του, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και σηματοδότησαν αυτές τις θετικές αλλαγές ως εργαλεία αύξησης της αυτοεκτίμησής τους.

Είναι χαρακτηριστικές κάποιες αναφορές στην ανακάλυψη και την αποδοχή του εαυτού τους και στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες το βίωσαν:

> *«Στην κοινότητα μαθαίνεις για τον εαυτό σου, ποιος είσαι και τι θέλεις, σου δίνει όρια που είναι σωστά».*
> (Α064, 140271ΝΝ1, πδ, απχ)

> *«…γνώρισα τον εαυτό μου καλύτερα και έμαθα πώς να αντιμετωπίζω τα προβλήματά μου πιο ουσιαστικά».*
> (Β369, 020475ΣΑ1, πδ, απχ)

> *«Αυτό που μου έχει μείνει έντονα στο μυαλό ήταν ο χαρακτηρισμός από μέλη του προσωπικού, ότι είμαι σκληρή, έχω υπομονή και επιμονή. Αυτές είναι πλευρές του χαρακτήρα μου που δεν είχα ανακαλύψει και το ότι το συνειδητοποίησα μ΄ έκανε να νιώθω πιο δυνατή».*
> *(Α087, 070852ΒΡ2, πδ, απχ)*

> *«Το πρόγραμμα με βοήθησε να ανακαλύψω τον εαυτό μου και να δυναμώσω, ώστε βγαίνοντας να είμαι άλλος άνθρωπος. Βοηθήθηκα να αποκτήσω αυτοπεποίθηση, περηφάνια και σεβασμό, βρήκα τους τρόπους να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες και να βρίσκω δύναμη να συνεχίζω».*
> (Α098, 150364ΩΡ2, οπ, απχ)

> *«Έμαθα τον εαυτό μου και πώς να λειτουργώ χωρίς να κάνω κακό σε μένα ή στους άλλους. Να αναγνωρίζω τα αρνητικά του εαυτού μου και να έχω αυτογνωσία. Ξέρω πια να γεμίζω τη μέρα μου με πράγματα δημιουργικά».*
> (Β271, 280570ΟΟ1, οπ, απχ)

> *«Η κοινότητα με βοήθησε να είμαι εντάξει. Μου έδωσε εφόδια για να αντιμετωπίζω τα πράγματα, να τα βλέπω αλλιώς. Ακόμη αποδέχτηκα στοιχεία του εαυτού μου και αυτό με βοήθησε πάρα πολύ».*
> (Α038, 040673ΕΜ2, οπ, απχ)

Αυτή η διαδικασία ανακάλυψης και αποδοχής τους εαυτού αναφέρεται από τους συμμετέχοντες ως καθοριστικό στοιχείο της αυτοαποτελεσματικότητας τους στο πλαίσιο της αναγνώρισης των πραγματικών δυνατοτήτων τους. Παρουσιάζεται ως ανακουφιστικό το ότι μπορούν να γνωρίζουν τις προσωπικές τους ικανότητες, τις αδυναμίες αλλά και δυνατότητες που πριν δεν αναγνώριζαν ότι διαθέτουν. Η κατανόηση αυτών των στοιχείων αποτέλεσε μηχανισμό αύξησης της αυτοεκτίμησής τους. Κάποιες από τις αναφορές είναι επικεντρωμένες ειδικά σ' αυτό:

> *«…Απέκτησα αυτοεκτίμηση, αυτογνωσία. Πού μπορώ και πού δεν μπορώ».*
> *(Α006, 150269ΤΝ1, οπ, απχ)*

> *«…το ότι μπορώ να τα καταφέρω, το να συζητάω. Πριν δε δεχόμουν άλλες γνώμες. Έμαθα να ακούω, να προσέχω έμένα τον ίδιο. Έπαιρνα πράγματα, μπορεί να είναι και λάθος που έφυγα…»*
> (Α028, 2104 77ΕΑ1, πδ, απχ)

«τα πιο βασικά είναι ότι ανακάλυψα ότι έχω πολύ πείσμα και δύναμη και είδα ότι μπορώ να κάνω πράγματα. Επίσης, έμαθα να μιλάω για μένα και κάνοντας πράγματα, αγάπησα τον εαυτό μου».
(B213, 290166ΙΡ2 οδ, απχ)

«…τα πιο σημαντικά είναι η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση. Είπαν ότι αξίζω σαν άνθρωπος και μου ήταν δύσκολο το πιστέψω αυτό».
(A140, 181174ΑΩ2, οπ, απχ)

«Το μεγαλύτερο μάθημα ήταν σεβασμός στον εαυτό μου και στους άλλους. Μέσα από το πρόγραμμα έμαθα να κάνω αξιολόγηση του εαυτού μου, να δέχομαι αυτό που είναι και να προσπαθώ να βελτιωθώ. Αυτό με δυνάμωσε, γιατί παλιότερα είχα πρόβλημα υποτίμησης του εαυτού μου, που γυρνούσε και στους άλλους. Τώρα στις δύσκολες στιγμές προσπαθώ να δω ξεκάθαρα τι γίνεται, να συζητάω και να κάνω αυτό που μπορώ και αυτό που αντέχω».
(A067, 010867ΥΟ1, οπ, απχ)

«…να έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου. Είδα ότι έχω δύναμη να κάνω αυτά που ήθελα να κάνω, να μη φοβάμαι αυτό που θέλω, αυτά που σκέφτομαι. Έμαθα να αναγνωρίζω τις αρνητικές μου πλευρές και να μη φοβάμαι να τις βλέπω».
(A158, 040768ΡΡ2, οπ, απχ)

«Το μήνυμα που πήρα μέσα από την κοινότητα ήταν σκέψου τι θέλεις να κάνεις, τι είναι εύκολο και τι δύσκολο. Εκμεταλλεύσου τις θεραπευτικές διαδικασίες και την ομαδική δουλειά αλλά κάνε κάτι μόνος σου. Έμαθα να είμαι με άλλους ανθρώπους αλλά να στηρίζομαι στον εαυτό μου».
(A074, 050865ΜΚ1, οπ, απχ)

Αυτή η καινούρια εμπειρία του αυτοσεβασμού και της πίστης στον εαυτό διευκόλυνε τους συμμετέχοντες να αλλάξουν τόσο συμπεριφορές όσο και στάση απέναντι στον τρόπο που φρόντιζαν τον εαυτό τους. Τους βοήθησε να ανατρέψουν την αίσθηση απαισιοδοξίας που βίωναν όταν έκαναν χρήση παρανόμων ουσιών. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι συμμετέχοντες:

«Το πρόγραμμα και βέβαια με βοήθησε. Είναι πολλά, από το πώς να συμπεριφέρομαι στο πώς να αντιμετωπίζω τα προβλήματα, στον τρόπο δημιουργίας των σχέσεων με τους άλλους. Το να πιστεύω στον εαυτό μου. Μου έδωσε αυτοπεποίθηση και αυτοέλεγχο, για παράδειγμα στο να ελέγχω τη βίαιη συμπεριφορά μου».
(A034, 150669ΩΝ1, οδ, απχ)

«…Για παράδειγμα, έμαθα να αναλύω και να ξεκαθαρίζω αμέσως τα πράγματα στις δύσκολες στιγμές, να σέβομαι και να αγαπάω τον εαυτό μου και να φροντίζω για την υγεία μου…»
(A085, 121263ΝΤ1, οδ, απχ)

«Το πρόγραμμα με βοήθησε να 'ρθω κοντά στον εαυτό μου και να δω ότι δεν θέλω να ξαναζήσω έτσι. Μου έδωσε ερεθίσματα για να συνειδητοποιήσω ότι είναι καλό να είσαι καθαρός γενικότερα και ότι αξίζει να ζήσω έτσι. Απέκτησα αυτοπεποίθηση και έμαθα να είμαι ειλικρινής».
(A080, 190470ΝΡ1, οδ, απχ)

«Ό,τι έχω κάνει μέχρι τώρα, το ότι είμαι καθαρός το οφείλω στην κοινότητα και στους ανθρώπους της. Με βοήθησε η κοινότητα να δω ποιος είναι ο εαυτός μου, εκεί έμαθα να σέβομαι εμένα αλλά και όλους τους άλλους».
(A045, 220167ΡΡ1, οδ, απχ)

«Κατάλαβα τι θέλω απ' τη ζωή και πως να τα καταφέρνω. Μπορώ να είμαι καθαρός. Κατάλαβα και ότι αξίζω και εγώ να ζήσω».
(Α001, 230370ΑΘ1, οπ, απχ)

Παράλληλα, η αυτοεκτίμηση που αποκτήθηκε επέτρεψε στους συμμετέχοντες να εκφρασθούν, να καταφέρουν να αποκαλυφθούν και να εκθέσουν τον εαυτό τους χωρίς φόβο. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι:

«Τα στοιχεία που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν η διεργασία και ο διάλογος με τον εαυτό μου, ότι είμαι ανοιχτή να ακούσω τον εαυτό μου και τους άλλους, και ότι έχω ανθρώπινες σχέσεις που είναι διαθέσιμος ο ένας στον άλλον».
(Α125 - 091170ΡΕ2, οδ, απχ)

«…έμαθα πως έχω την δύναμη να μπορώ να εκφράζομαι και πως δεν είναι ντροπή να μιλάς για τον εαυτό σου».
(Β220, 291268ΑΕ1, οπ, απχ)

Για κάποιους από τους συμμετέχοντες το στοιχείο της απόκτησης αυτοεκτίμησης είναι το μόνο που αναδεικνύουν ως καταλυτικό στη διαδικασία της θεραπείας τους. Ο τρόπος που το εκφράζουν είναι ενδεικτικός της σημασίας που έχει η αποδοχή του εαυτού τους και η αυτοεκτίμηση:

«Δεν απέκτησα τίποτα, αλλά μπόρεσα να καταλάβω και να δω αυτά που μπορούσα να κάνω. Ανακάλυψα ότι είμαι καλλιτεχνική φύση, ότι είμαι ικανός σε πολλά πράγματα, ότι μπορώ να έχω συνεννόηση με τους άλλους, χωρίς βίαιη συμπεριφορά».
(Α031, 130966ΣΘ1, οπ, απχ)

«Να έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου… Μόνο αυτό έμαθα στο Πρόγραμμα».
(Α178, 110266ΦΤ1, οπ, απχ)

Η ανάπτυξη των προσωπικών στοιχείων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες λειτούργησαν καταλυτικά στην αντιμετώπιση της αβεβαιότητας που χαρακτήριζε τη στάση τους. Επανεκτιμώντας τον εαυτό τους και δίνοντας αξία στα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, επαναπροσδιορίζουν την ταυτότητά τους και αναγνωρίζουν τις δυνατότητες που έχουν. Με τον τρόπο αυτό αντιλαμβάνονται όλα τα προηγούμενα και ως προαπαιτούμενα για ενταχθούν σε μια ομάδα και να λειτουργήσουν κοινωνικά.

5.2.3. Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Η χρήση ουσιών συνδέεται με πολλούς τρόπους με την ικανότητα των ατόμων να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, να σχετισθούν και να ενταχθούν. Η κοινωνική απομόνωση που βιώνουν πολλά άτομα άλλοτε έχει μια αιτιακή διάσταση για τη χρήση ουσιών και άλλοτε αποτελεί την επίπτωση της παρατεταμένης εμπλοκής με τη συμπεριφορά κατάχρησης παρανόμων ουσιών. Από τη μια μεριά, δηλαδή, κατά την αναπτυξιακή φάση στην πρώιμη εφηβεία τους, παρουσιάζουν μια σοβαρή αδυναμία διαχείρισης των κοινωνικών σχέσεων η οποία προϊόντος του χρόνου παγιώνεται και οι κοινωνικές δεξιότητες τους ατονούν, καθιστώντας πολύ πιθανή ως επίπτωση την κοινωνική απομόνωση τους. Πολλά από αυτά τα άτομα στην προσπάθεια κοινωνικοποίησής τους χρησιμοποιούν την ουσία ως βοηθητικό μέσο για να αισθανθούν ότι ανήκουν σε μια ομάδα, να αναπτύξουν μια ιδιότυπη κοινωνικότητα, να αποκτήσουν περισσότερο θάρρος στις κοινωνικές σχέσεις ή για να χαλαρώσουν. Από την άλλη μεριά, η εξάρτηση ως κατάληξη της συμπεριφοράς κατάχρησης συνδέεται με την απομόνωση, τον αποκλεισμό, την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, τη μοναξιά. Η πολύχρονη αυτή κατάσταση απομονωτισμού δημιουργεί σημαντικές αδυναμίες

στα εξαρτημένα άτομα όσον αφορά την κοινωνικότητά τους και τον τρόπο που σχετίζονται. Σταδιακά αποκόπτονται από πολλά από τα στοιχεία που αποτελούν το υπαρκτό κοινωνικό δίκτυο χάνοντας τη δυνατότητα να ανατροφοδοτηθούν από τις κοινωνικές σχέσεις και να υποστηριχθούν στις όποιες δυσκολίες έχουν. Το περιβάλλον στο οποίο διαβιούν είναι συχνά αφόρητο εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικών σχέσεων. Το περιγράφει με τρόπο χαρακτηριστικό η αναφορά ενός από τους συμμετέχοντες:

> *«…Είχα βαρεθεί τη μιζέρια, τη θανατίλα, την πρεζίλα. Τα είχα βαρεθεί, φίλους δεν είχα. Ήμουν δέκα χρόνια στη χρήση…»*
> (Α026, 120764ΑΝ1, οπ, απχ)

Η απομόνωση που βιώνουν οι εξαρτημένοι, καθώς διαρκεί αρκετά χρόνια και αυξάνεται, καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που θα διευκόλυναν τη δημιουργία σχέσεων. Αντίθετα, ο τρόπος που συχνά καταλήγουν να σχετίζονται οι εξαρτημένοι, περιοριζόμενος σχεδόν αποκλειστικά σε ό,τι συνδέεται με τη χρήση και την ουσία που αναζητούν, τους εμποδίζει να έχουν άλλες σχέσεις, οι οποίες συχνά αποδυναμώνονται ή εκλείπουν. Ακόμα και οι οικογενειακοί δεσμοί επηρεάζονται και αποδυναμώνονται. Ο φόβος, οι ενοχές, η ντροπή, η επιφύλαξη και η καχυποψία που συχνά συνοδεύουν την κατάχρηση ουσιών είναι μεγάλα εμπόδια στη διαδικασία κοινωνικών σχέσεων των εξαρτημένων.

Η θεραπευτική διαδικασία επιχειρεί από την αρχή την ανατροπή αυτής της κατάστασης. Η θεραπευτική κοινότητα προσφέρει μια διαρκή δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της και οι σχέσεις αποτελούν ένα όχημα μέσω του οποίου μεταφέρονται πολλά στοιχεία που θα ενισχύσουν τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία. Τα έντονα μάλιστα βιώματα που προσφέρουν οι σχέσεις σε όσους και όσες εντάσσονται στη θεραπεία γίνονται συχνά αντιληπτά ως πρωτόγνωρα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων της κοινωνικής τους ανάπτυξης που τους επέτρεψε να επαναπροσδιορίζουν τη δυνατότητα που έχουν στο να σχετίζονται. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται στη θεραπευτική κοινότητα είναι ένα πεδίο στο οποίο εστίασαν επανειλημμένως οι συμμετέχοντες και αναφέρουν χαρακτηριστικά:

> *«…[αυτό που βρήκα] ακόμα ήταν και η σχέση μου με τους ανθρώπους, οι φιλίες οι πραγματικές, το να πονάς και να πονάει ο άλλος για εσένα. Τα ξεκάθαρα πράγματα, στην κοινωνία δεν τα βρίσκεις αυτά…»*
> (Α046, 100268ΚΤ1, πδ, απχ)

> *«Το πρόγραμμα μου έδωσε εφόδια στον τρόπο συμπεριφοράς με τους άλλους, ώστε να είμαι πιο κοινωνική και να βελτιωθούν οι διαπροσωπικές μου σχέσεις».*
> (Β258, 080779ΝΚ2, πδ, απχ)

> *«Απόκτησα φίλους. Αν τελείωνα, τώρα θα είχα ακόμα πιο πολλούς φίλους».*
> (Α177, 030371ΚΑ2, οδ, απχ)

> *«Το να είμαι περισσότερο αληθινός απέναντι στους άλλους, γι' αυτό τώρα έχω φίλους».*
> (Α010, 281067ΩΘ1, οπ, απχ)

> *«Έμαθα να βλέπω τον άλλο στα ίσια, πριν δεν το έκανα. Να αγαπάω να κάνω σχέσεις, έμαθα πολλά πράγματα».*
> (Α026, 120764ΑΝ1, οπ, απχ)

«…η κοινότητα με βοήθησε στον τρόπο επικοινωνίας μου με τους ανθρώπους. Επίσης με βοήθησε το γεγονός ότι έβλεπα διάφορους τύπους ανθρώπων και έβλεπα πως εγώ συμπεριφέρομαι, γιατί από την εφηβεία μου και μετά δεν είχα δει τίποτα».
(Α037, 160663ΜΙ1, οπ, απχ)

«Το κυριότερο είναι πως στο πρόγραμμα έμαθα να κάνω σχέσεις, γενικά με τους ανθρώπους, όχι μόνο με τις κοπέλες».
(Α043, 060767ΑΑ1, οπ, απχ)

«Επίσης έμαθα τι θα πει σχέση, και συνειδητοποίησα την αξία του να έχεις καλές σχέσεις με τους γύρω σου και να μην υποτιμάς τον απέναντι σου».
(Α095, 080655ΑΡ1, οπ, απχ)

«Μαθαίνεις ακόμα, πως να συμπεριφέρεσαι στους ανθρώπους, αποκτάς την εμπειρία να έχεις σχέσεις και να μπορείς να στέκεσαι σε μία ανθρώπινη σχέση».
(Α162, 160665ΥΓ1, οπ, απχ)

«Πριν ήμουν ένα αγρίμι. Φοβόμουν τους ανθρώπους. Το μεγάλο μου κέρδος από την κοινότητα ήταν ότι άρχισα να γίνομαι πιο κοινωνικός, πιο ανοιχτός. Αυτό είναι μεγάλο κέρδος για μένα».
(Α198, 080468ΙΛ1, οπ, απχ)

«Η μεγαλύτερη βοήθεια ήταν που την έβγαλα καθαρή αλλά ήταν δύσκολο. Άλλα πράγματα που απέκτησα ήταν ότι μπόρεσα να δημιουργήσω σχέσεις… Πήρα συναισθηματική βοήθεια γιατί το προσωπικό, τα μέλη και η μητέρα μου πίστευαν και επένδυσαν σε μένα».
(Β264, 260468ΑΘ1, οπ, απχ)

«Να κάνω πιο ουσιαστικές σχέσεις με τους άλλους, ισότιμες, να σέβομαι τον εαυτό μου και τους άλλους και να μην λέω ψέματα. Έγινα πιο απαιτητική στη ζωή μου».
(Α069, 090261ΝΡ2, οπ, απχ)

«…και κάνω πιο καλές προσωπικές σχέσεις. Γνώρισα πολλούς ανθρώπους που στην Κρήτη τους απέφευγα γιατί νόμιζα ότι δεν είχα τίποτα να μάθω. Επίσης έφτιαξε η σχέση με τους γονείς μου».
(Α127, 230374ΝΙ2, οπ, απχ)

5.2.4. Ανακαλύπτοντας τα συναισθήματα

Ένα επιπλέον σημείο στο οποίο έδωσαν έμφαση οι συμμετέχοντες ήταν το πώς βιώνουν κατά τη θεραπευτική διαδικασία τα συναισθήματα. Αναφέρθηκαν τόσο στα συναισθήματα που γεννιούνται στη διαδικασία της θεραπείας όσο και στον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι αναπτύσσουν τη δυνατότητά τους να βιώσουν συναίσθημα.

Οι εξαρτημένοι σε πολλές περιπτώσεις εκλογικεύουν τη χρήση ουσιών που κάνουν μέσω του μηχανισμού άρνησης των προβληματικών επιπτώσεων που επιφέρει η κατάχρηση. Η εξάρτηση έχει συχνά ερμηνευθεί ως μια διαταραχή εκλογικευμένης άρνησης που οι ίδιοι οι εξαρτημένοι υιοθετούν απορρίπτοντας την αναγνώριση και το βίωμα συναισθημάτων με τα οποία συνδέεται.

Γενικά, η πολύχρονη εμπλοκή με την κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση είναι συνυφασμένες με την ελλειμματική συναισθηματική ωρίμανση. Η χρήση ουσιών και η πρόθεση αλλοίωσης του συναισθήματος είναι αλληλένδετα. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα, είτε *με* τη χρήση εξαιτίας των δραστικών ιδιοτήτων των ουσιών, είτε *από* τη χρήση, σε μια προσπάθεια

πρόκλησης ή διαχείρισης του συναισθήματος προσδοκούν μια νέα συναισθηματική κατάσταση. Άλλοτε, επίσης, προσπαθώντας να αποφύγουν να βιώσουν συναισθήματα που προκαλούν δυσάρεστες και ανεπιθύμητες καταστάσεις, καταφεύγουν στη χρήση ουσιών αλλοιώνοντας τη συναισθηματική επίπτωση που τελικά θα είχαν αυτές οι δυσκολίες. Επιπλέον, ανεπεξέργαστα και εγκαταλελειμμένα, σε παρελθόντα χρόνο περιστατικά που μπορεί να είχαν σοβαρή συναισθηματική επίπτωση στη ζωή των ατόμων, όπως και τραυματικού τύπου εμπειρίες από τις οποίες οι άνθρωποι συχνά βιώνουν φόβο, άγχος, πόνο, θυμό, ενοχές και τους θέτουν σε παρατεταμένη αποδιοργάνωση και κρίση, αντιμετωπίζονται με τη χρήση ουσιών σε μια απέλπιδα και αλυσιτελή προσπάθεια άρνησης των αιτιών που προκαλούν την κρίση και ακύρωσης των συμπτωμάτων της. Σε άλλες περιπτώσεις η χρήση συνδέεται με ένα μηχανισμό που μοιάζει με διαρκή αντιμετατόπιση ως ατελέσφορη διαδικασία αποφυγής του *πόνου* που προκαλεί η ίδια η χρήση: από τη μια μεριά δηλαδή η χρήση γεννά ενοχές και από την άλλη η αδυναμία διαχείρισης της ντροπής, των ενοχών και του θυμού προς τον ίδιο τον εαυτό αντιμετωπίζεται με την καταφυγή πάλι στη χρήση. Ουσιαστικά, οι εντάσεις που προκαλεί η συναισθηματική έξαρση αμβλύνεται έτσι διατηρώντας ένα περίπου επίπεδο συναισθηματικό βίωμα. Η παγίωση αυτής της κατάστασης με την υιοθέτηση του μηχανισμού αποφυγής βιώματος του συναισθήματος καταλήγει στην άρνηση, την εκλογίκευση και, επομένως, την ελλειμματική συναισθηματική ωρίμανση.

Η θεραπευτική διαδικασία στη θεραπευτική κοινότητα αναδεικνύει το συναίσθημα σε μείζον κριτήριο προσωπικής ανάπτυξης. Η αναγνώριση και η διαχείριση των συναισθημάτων συμβάλλουν στον εντοπισμό, την ερμηνεία και την αποδοχή των αιτιών από τα οποία προέρχονται και ενισχύουν την ανακούφιση του πόνου που προκαλούν. Η έκφραση του συναισθήματος είναι η βάση πάνω στην οποία αναπτύσσεται η προσπάθεια του κάθε ατόμου να επεξεργασθεί τις αίτιες που το προκαλούν και να εκπαιδευθεί να το αντιμετωπίζει όχι ως επώδυνο κίνδυνο αλλά ως πρόκληση εξέλιξης. Για πολλούς από τους συμμετέχοντες αυτό αποτελεί ένα πρωτόγνωρο βίωμα και μια γοητευτική ανακάλυψη. Οι ίδιοι το αντιλαμβάνονται ως εφόδιο που αποκτούν, τόσο για το πώς μπορούν να σχετίζονται όσο και για το πώς μπορούν να σχεδιάζουν μια στρατηγική προσωπικής ανάπτυξης βασιζόμενοι στα συναισθήματα και τη σημασία τους.

Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι οι συμμετέχοντες περιγράφουν αυτή τη διαδικασία:

> *«Ο κάθε ένας έχει διαφορετικές ανάγκες και πρέπει να πάρει το δικό του κομμάτι. Έχει εντάσεις, συγκινήσεις, συναισθήματα. Μπόρεσα να κλάψω, να σκεφτώ. Όλα αυτά πριν ήταν παγωμένα. Μαλάκωσα σαν άνθρωπος. Έγινα πιο ώριμος. Έμαθα να αντιμετωπίζω τα προβλήματα».*
> (A028, 2104 77EA1, πδ, απχ)

> *«… [πήρα] πολλά, τα πάντα. Στην κοινότητα άρχισα να νιώθω. Εκεί γνώρισα τα συναισθήματα. Πριν δεν ήξερα τι πάει να πει φόβος, πόνος, χαρά, ήμουν ντουβάρι που λένε. Το τσαφ, που σου είπα πριν ότι έγινε τον πέμπτο μήνα, ήταν αυτό. Άρχισα να νιώθω… Το να πονάς και να πονάει ο άλλος για εσένα».*
> (A046, 100268KT1, πδ, απχ)

> *«Έμαθα να εκφράζω τα συναισθήματά μου ενώ μέχρι να πάω στην κοινότητα δεν ήξερα τι είναι συναισθήματα».*
> (B275, 190961NP1, οπ, απχ)

> *«Έμαθα να μπορώ να λειτουργώ συναισθηματικά, να σκέφτομαι πρώτα και μετά να πράττω, να ελέγχω τα συναισθήματα μου. Να επικοινωνώ, να είμαι υπεύθυνος σαν άνθρωπος, να λέω την αλήθεια… Όλα που έχουν να κάνουν με τον άνθρωπο».*
> (A130, 230667YH1, οπ, απχ)

«…παλαιότερα τα κράταγα όλα μέσα μου. Η κοινότητα με έμαθε να ανοίγομαι και να γίνομαι περισσότερο συναισθηματικός».
(Β330, 250561ΚΚ1, οπ, απχ)

«Έμαθα την αγάπη».
(Α165, 1012597ΗΑ1, οπ, απχ)

«Έμαθα να χειρίζομαι τα συναισθήματά μου και τις σχέσεις μου, μπορώ να έχω μακροχρόνιες σχέσεις».
(Α042, 100261ΣΗ1, οπ, απχ)

Η αναγνώριση και η διαχείριση των συναισθημάτων, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, τους βοήθησε να αντιστρέψουν την απαισιόδοξη προοπτική με την οποία βίωναν την ζωή τους, δίνοντάς τους ελπίδα και αισιοδοξία. Ενδέχεται ο τρόπος με τον οποίο νομιμοποίησαν την ικανότητά τους να αισθάνονται κατανοώντας, αναγνωρίζοντας και ασκώντας μια επιτυχή διαχείριση αυτών των συναισθημάτων τους να σηματοδοτεί μια νέα στρατηγική προσωπικής ωρίμανσης, που καταλήγει στην κοινωνική ένταξη με δεξιότητες συναισθηματικής επιβίωσης. Άλλωστε, ο τρόπος με τον οποίο περιγράφουν αυτή την εμπειρία φαίνεται να ορίζει μια νέα κατακτημένη εσωτερική ισορροπία που τους επιτρέπει, από τη μια, να βιώσουν ένα συναίσθημα και, από την άλλη, να το εντάξουν σ΄ ένα λογικό πλαίσιο όπου θα μπορούν να το επεξεργασθούν και το ερμηνεύσουν. Για πολλούς η αναγνώριση των δυσκολιών που γεννούν συναισθήματα και η νέα στάση τους απέναντι σ΄ αυτά –να παραμείνουν να τις αντιμετωπίσουν αντί να παραιτηθούν και να τις αποφύγουν- αποτελεί έναν τρόπο επαναπροσδιορισμού σφαιρικά της αξίας της ίδιας της ζωής. Με τον τρόπο αυτό εξισώνουν την ικανότητά τους να βιώνουν συναισθήματα μπροστά σε δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με την ίδια τη ζωή. Είναι πολύ χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο μερικοί συμμετέχοντες περιγράφουν την αναστροφή του αρνητικού συναισθήματος και την υιοθέτηση μιας θετικής και αισιόδοξης εκδοχής για την προοπτική τους που περιλαμβάνει τη θέληση να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τις αιτίες που τις προκαλούν:

«Έμαθα να μη σκέφτομαι αρνητικά αλλά να ψάχνω τα πράγματα. Στις δυσκολίες, να κάθομαι και να αντιμετωπίζω την κατάσταση, όχι να σηκώνομαι και να φεύγω».
(Α064, 140271ΝΝ1, πδ, απχ)

«Αυτό που πήρα από το ΚΕΘΕΑ είναι αισιοδοξία και ελπίδα».
(Α143, 270368ΥΡ1, πδ, απχ)

«…ακόμη μ' έμαθε τον τρόπο να αντιμετωπίζω δυσκολίες αλλά και να βάζω στόχους και να κάνω όνειρα για τη ζωή μου».
(Β258, 080779ΝΚ2, πδ, απχ)

«Έμαθα να κάνω όνειρα - είναι σημαντικό να ονειρεύεσαι. Την αγάπη για τους άλλους, για τη ζωή και για τον εαυτό σου».
(Α145, 161171ΑΓ1, οδ, απχ)

«Το πιο σημαντικό από αυτά που έμαθα στο πρόγραμμα είναι η τάξη του μυαλού και της σκέψης. Θεωρώ ότι πολύ συχνά, στις δύσκολες καταστάσεις, το μυαλό μπερδεύεται, αλλά πλέον ξέρω ότι είναι ένα κουβάρι που πρέπει να το λύσεις. Αρκεί να θέλεις και μπορείς να το κάνεις».
(Α090, 171268ΥΥ1, οπ, απχ)

Αυτού του τύπου η διαχείριση των συναισθημάτων, παράλληλα με την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός νέου αξιακού συστήματος με διαφορετικές προτεραιότητες. Οι συμμετέχοντες αντιλαμβανόμενοι την αξία του συναισθήματος ενστερνίζονται την πρόκληση να ζουν χωρίς να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών και αναπτύσσουν στρατηγική αυτοπροστασίας. Όπως ένας από τους συμμετέχοντες δηλώνει:

> *«Μου άνοιξε τα μάτια αυτή η εμπειρία. Έμαθα ό,τι κάνω στη ζωή μου να το κάνω συνειδητά, έμαθα να ζω καθαρός».*
> (Β365, 211273ΝΚ1, οπ, απχ)

5.2.5. Αναπτύσσοντας στρατηγικές επιβίωσης

Ένα επιπλέον πεδίο στο οποίο εστίασαν οι συμμετέχοντες σ΄ αυτή τη μελέτη ως παράμετρο που τους ενίσχυσε είναι οι δεξιότητες που ανέπτυξαν μέσω της εμπειρίας τους στη θεραπεία για να προστατεύσουν ό,τι κατάφεραν και θεωρούν κεκτημένο.

Η συμπεριφορά των εξαρτημένων χαρακτηρίζεται από αταξία που κυριαρχεί στο σύνολο της ζωής τους. Ασαφή όρια, συγκεχυμένες ηθικές αξίες, απουσία σχεδίου για τη ζωή, δυσδιάκριτο σχήμα προσδοκιών, ανακόλουθη παράθεση φιλοδοξιών, αναποτελεσματική χρήση μεθόδων, ανυπόμονες επιλογές ικανοποίησης, ανέξοδη επένδυση στο παρόν, άρνηση παραδοχής της ανάγκης είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εξάρτηση. Στο *εδώ και τώρα* αναφέρεται το σύνολο των στοιχείων που συγκροτούν τη ζωή πολλών εξαρτημένων. Στο πλαίσιο αυτό τα εξαρτημένα άτομα είναι εύκολο να εγκλωβίζονται σε ένα παρατεταμένο χωροχρονικό σχήμα που τα καθηλώνει, τα αδρανοποιεί και τα αποκλείει. Η χρήση ουσιών γίνεται διαδικασία *φαντασιωτικής παραμυθίας* που δεν αναγνωρίζει όρια και λειτουργεί ως αυτοκαταστροφική επιλογή.

Στη θεραπευτική κοινότητα μεγάλο μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού αφιερώνεται στην κατανόηση και βιωματική εμπέδωση μιας νέας στρατηγικής από τα άτομα που συμμετέχουν, μέσω της εκπαίδευσής τους σε νέες δεξιότητες, για να διαχειρίζονται τη ζωή τους με τρόπο που μπορεί να τα προστατεύσει από αυτοκαταστροφικές επιλογές σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Πολλές από τις τεχνικές που εφαρμόζονται στη θεραπευτική κοινότητα αποσκοπούν στη διαμόρφωση του ορθολογικού σχεδιασμού που είναι απαραίτητος για να επιτευχθούν οι στόχοι τους οποίους θέτουν τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία στη νέα προοπτική ένταξης που προσβλέπουν. Σε πολλές περιπτώσεις αυτή η διαδικασία είναι το αποτέλεσμα της ηθικής ρήξης που εντέλει πραγματοποιούν τα άτομα με επιλογές του παρελθόντος οι οποίες καθόρισαν ένα μεγάλο μέρος της αναπτυξιακής τους εξέλιξης, και ως εκ τούτου απαιτείται συστηματική υποστήριξη για την εκμάθηση νέων στάσεων και την ανάπτυξη νέων ικανοτήτων.

Τα παραπάνω αναγνωρίζονται από τους συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη μεγάλο μέρος των οποίων αναφέρεται με ιδιαίτερη έμφαση στη βοηθητική λειτουργία που είχε για τους ίδιους αυτή η διαδικασία εμπέδωσης νέων δεξιοτήτων προστασίας και ελέγχου της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η σαφής οριοθέτηση, ο τρόπος οργάνωσης και προγραμματισμού της ζωής, η αναγνώριση επικίνδυνων καταστάσεων που μπορεί να τους οδηγήσουν σε υποτροπή είναι μερικά από τα θέματα που αναδεικνύουν ως πεδία με τα οποία αναμετρώνται οι νέες τους δεξιότητες.

Σχετικά με την αναγνώριση της αξίας οριοθετήσεων στην καθημερινή τους ζωή μερικοί συμμετέχοντες αναφέρουν:

> *«…σου δίνει όρια που είναι σωστά. Εκεί έμαθα τα όρια και την αξία των σχέσεων με τους άλλους. Έμαθα να μη σκέφτομαι αρνητικά αλλά να ψάχνω τα πράγματα. Στις δυσκολίες, να κάθομαι και να αντιμετωπίζω την κατάσταση, όχι να σηκώνομαι και να φεύγω».*

(Α064, 140271ΝΝ1, πδ, απχ)

«Στο ΚΕΘΕΑ έμαθα να ακούω αυτό που μου λένε οι άλλοι, έμαθα να βάζω όρια».
(Α154, 021167ΚΡ1, πδ, απχ)

«Ευχαριστώ το πρόγραμμα γιατί μου έδωσε τα όπλα για να μείνω καθαρός. Μου έμαθε πολλά πράγματα και μου θύμισε αξίες της οικογένειάς μου που τις είχα ξεχάσει μέσα στη χρήση. Για παράδειγμα, έμαθα να αναλύω και να ξεκαθαρίζω αμέσως τα πράγματα στις δύσκολες στιγμές, να σέβομαι και να αγαπάω τον εαυτό του και να φροντίζω για την υγεία μου, να δουλεύω τα συναισθήματά μου. Γενικά αυτό που μου έμεινε έντονα είναι το ότι πρέπει να έχω όρια και να προσπαθώ να έχω ισορροπία».
(Α085 - 121263ΝΤ1, οδ, απχ)

«Έμαθα επίσης ό,τι πρόβλημα έχω να το συζητάω και να ζητάω βοήθεια. Μπορώ τώρα να οριοθετώ τα πράγματα, να βάζω προτεραιότητες, να παραδέχομαι τα λάθη μου, να έχω φίλους. Οφείλω στο ΚΕΘΕΑ το ότι έχω τη σχέση που έχω, το ότι είμαι εργατικός και ότι δεν κάνω κόλπα πάνω στη δουλειά ούτε και στις σχέσεις μου, όπως παλιά».
(Α151, 170370ΝΚ1, οδ, απχ)

« Από το πρόγραμμα πήρα πάρα πολλά πράγματα, όπως το να βάζω όρια στη ζωή μου, να θέτω στόχους και να προσπαθώ να τους πετύχω, να δείχνω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου και στους άλλους, να αντιμετωπίζω τα πράγματα με χαμόγελο».
(Α109, 061267ΝΑ1, οπ, απχ)

«Αν το θέλω και μπορώ, να το κάνω. Οι φιλικές σχέσεις: το να κάνω φίλους ουσιαστικά. Πώς να εκφράζεσαι: να είσαι ξεκάθαρος. Το να βάζω όρια».
(Β207, 170371ΝΜ1, οπ, απχ)

«Έμαθα να βάζω όρια στον εαυτό μου».
(Α007, 200153ΑΝ2, οπ, απχ)

«Αυτό που απόκτησα μέσα από την εμπειρία στην κοινότητα είναι η άλλη οπτική γωνία με την οποία και αναλύω τα πράγματα γύρω μου. Τα καταλαβαίνω αλλιώς και συνειδητοποιώ πώς είναι αλλά νιώθω ότι είναι στενάχωρα έτσι όπως τα βλέπω και καμία φορά θα ήθελα να σταματήσω να σκέφτομαι. Πάντως αυτό που σίγουρα έμαθα είναι ότι μπορώ να βρίσκω τα όρια μου και να αποφασίζω αν θα τα ξεπεράσω ή όχι. Όρια, δικά μου, των σχέσεων μου, των γύρω μου».
(Β226, 181078ΣΡ2, οπ, απχ)

Παράλληλα, πολλοί από τους ερωτώμενους επικεντρώθηκαν, σχετικά με τις νέες δεξιότητες που απέκτησαν, στο πεδίο της υπευθυνότητας, της συνέπειας, της ώριμης σκέψης πριν ενεργήσουν σε πολλά επίπεδα. Είναι ενδεικτικές οι παρακάτω σχετικές αναφορές:

«Το πρόγραμμα μου έδωσε τα εφόδια για να παραμείνω καθαρή, όπως είναι η αποφασιστικότητα, η διάθεση αυτοπεριορισμού, το κουράγιο».
(Α110, 050269ΥΔ2, πδ, απχ)

«Όλα αυτά που ζω τώρα τα ζω λόγω αυτών που έμαθα εδώ, το κυριότερο έμαθα να ελέγχω τον εαυτό μου».
(Α036, 010564ΑΡ1, οδ, απχ)

«…έμαθα τι θα πει υπευθυνότητα και να μπορώ να συζητάω τα προβλήματά μου».
(Α115 - 050366ΩΣ1, οπ, απχ)

«Έμαθα να τον πιέζω [τον εαυτό μου], να ελέγχω τα συναισθήματά μου, να είμαι πιο υπεύθυνος στις σχέσεις μου αλλά και στη δουλειά μου και να είμαι λίγο πιο σκεπτικιστής».
(Β272, 031170ΑΛ1, οπ, απχ)

«Να ελέγχω τον εαυτό μου να μη λειτουργώ επιπόλαια και με νεύρα, να είμαι ψύχραιμος, να σκέφτομαι, να μιλάω, να είμαι κοινωνικός, να μοιράζομαι και όταν έχω κάποια δυσκολία να μην το παλεύω μόνος μου αλλά να ζητάω και τη βοήθεια των άλλων».
(Β332, 060368ΚΝ1, οπ, απχ)

«Κατέληξα να είμαι πιο υπεύθυνος, να βλέπω τους ανθρώπους πιο σοβαρά και όχι από την πρώτη ματιά, να εκτιμάω πράγματα, να είμαι ειλικρινής και να κρατάω κάποιες φορές τα συναισθήματά μου όταν πρέπει».
(Β345, 171075ΜΣ1, οπ, απχ)

«Να βάζω στόχους στη ζωή μου και να είμαι υπεύθυνη, ό,τι αναλαμβάνω να το κάνω σωστά».
(Α160, 080976ΥΥ2, οπ, απχ)

Ένα επιπλέον πεδίο, στο οποίο έδωσαν έμφαση οι συμμετέχοντες και συνδέεται με τις νέες δεξιότητες που θεωρούν ιδιαίτερα βοηθητικές για τη ζωή τους, είναι ο τρόπος που έμαθαν να την οργανώνουν και να βάζουν συγκεκριμένο πρόγραμμα το οποίο προσπαθούν να υλοποιήσουν. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«…και [έμαθα] την οργάνωση, να μπαίνω σε ένα δρόμο».
(Α187 - 040967ΝΥ1, οδ, απχ)

«Μέσα από την εμπειρία με το πρόγραμμα είδα πολλές αλλαγές στον εαυτό μου. Γενικά με ωρίμασε. Έμαθα τον προγραμματισμό και να παλεύω».
(Β383, 211079ΝΑ1, οδ, απχ)

«…κι ακόμη μ' έμαθε τον τρόπο να αντιμετωπίζω δυσκολίες αλλά και να βάζω στόχους και να κάνω όνειρα για τη ζωή μου».
(Β258, 080779ΝΚ2, πδ, απχ)

«Ο στόχος στη δουλειά και στις προσωπικές σχέσεις. Έμαθα να έχω ξεκάθαρες σχέσεις, να εκφράζω αυτά που μ' ενοχλούν και να έχω στόχους στην ζωή μου».
(Α142 - 250368ΤΡ1, οπ, απχ)

«Εδώ στο ΚΕΘΕΑ έμαθα πώς να οργανώνω το σπίτι μου και τη ζωή μου. Έμαθα τη λέξη συνέπεια και τι πραγματικά σημαίνει η λέξη αυτή. Μαθαίνεις αξίες που τις απορροφάς σιγά σιγά, είτε το θέλεις είτε όχι».
(Α162, 160665ΥΓ1, οπ, απχ)

«Να οργανώνω τη ζωή μου και να μπορώ να κάνω πολλά πράγματα συγχρόνως και ταυτόχρονα σωστά. Και να μη φεύγω από την πηγή του προβλήματος, να κάθομαι και να το αντιμετωπίζω».
(Α163, 130262ΩΕ1, οπ, απχ)

«Έμαθα τι σημαίνει η λέξη οριοθέτηση που με βοήθησε πάρα πολύ. Επίσης τον προγραμματισμό, που ενώ τον είχα και πριν είδα πόσο σημαντικό είναι να βάζεις και να τηρείς ένα πρόγραμμα».
(Α157, 251164ΑΤ2, οπ, απχ)

«Έμαθα να προγραμματίζω τη ζωή μου».
(Α176, 050164ΚΚ1, οπ, απχ)

«Σε πιο πρακτικό επίπεδο, από την κοινότητα έμαθα τον τρόπο να αντιμετωπίζω δύσκολες καταστάσεις κοιτάζοντας κατάματα τα πράγματα. Οργανώνω τη ζωή μου με ένα ρυθμό. Αυτό είναι το βασικότερο εφόδιο που πήρα από το πρόγραμμα».
(Α092, 021269ΝΜ2, οπ, απχ)

Οι συμμετέχοντες επικεντρώνονται επίσης με μεγάλη έμφαση στην αλλαγή της στάσης ζωής τους απέναντι στις δυσκολίες κάθε είδους. Υποστηρίζουν ότι έμαθαν τρόπους να αντιμετωπίζουν τα πράγματα, αντί, όπως έκαναν στο παρελθόν, να υιοθετούν μια συμπεριφορά που συνδεόταν με τη συστηματική αποφυγή αναμέτρησης τους με δυσκολίες. Κάποιες αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

«Έμαθα να μπορώ να τα βγάζω πέρα απέναντι στις πιέσεις, γνώρισα τις αξίες και έκανα φίλους».
(Α154 - 270769ΗΑ1, οδ, απχ)

«Από το πρόγραμμα πήρα πράγματα που δεν τα τηρώ πάντα. Ο προγραμματισμός, η οργάνωση. Το να μιλώ για τον εαυτό μου και να νιώθω καλύτερα όταν λέω την αλήθεια…Τώρα, όταν είμαι χάλια, λέω καλύτερα να κοιμηθώ, να χαλαρώσω, να το μιλήσω και να το σκεφτώ πάλι αύριο αυτό που με κάνει χάλια, τώρα μπορώ να το δω και διαφορετικά».
(Α033, 260769ΜΦ2, οδ, απχ)

«…βρήκα τον τρόπο να αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα και όχι να φεύγω απ' αυτό όπως έκανα στο παρελθόν. Έμαθα να υπολογίζω τον άλλο και έμαθα να διεκδικώ.»
(Β267, 250877ΔΤ1, οπ, απχ)

«Δεν μπορώ να σου πω κάτι συγκεκριμένο. Στο πρόγραμμα έμαθα να παλεύω, να κοιτάω μόνος μου χωρίς ουσίες να παλεύω και επειδή είμαι πεισματάρης να μην τα παρατάω. Κοιτάω να μην καταστρέφω τον εαυτό μου και όλος ο κόπος μου πάει χαμένος».
(Β375, 150475ΜΔ1, οπ, απχ)

«Το πρόγραμμα με βοήθησε να μάθω να μιλάω ανοιχτά για τον εαυτό μου χωρίς ενδοιασμούς, παρόλο που ένιωθα σαν παρατηρητής. Έμαθα να αναγνωρίζω την αξία της ίδιας της ζωής και να αναζητώ ποιότητα ζωής. Πριν αφηνόμουνα. Μετά το πρόγραμμα κινώ εγώ τα πράγματα, με καθόλου σκέψη».
(Α065, 040466ΗΣ2, οπ, απχ)

«Μετά το πρόγραμμα είμαι μια άλλη. Βλέπω ότι υπάρχει θετική αλλαγή στο πώς βλέπω τον εαυτό μου και τους άλλους, ώστε δεν κάνω επιπόλαιες κινήσεις. Σκέφτομαι πολύ και βάζω σε σειρά τα πράγματα. Γενικά νιώθω ότι μέσα απ' το πρόγραμμα έμαθα να έχω άποψη, να μην φοβάμαι να τη λέω και να αντιμετωπίζω τις συνέπειες».
(Α082, 150872ΙΟ2, οπ, απχ)

«…βρήκα τους τρόπους να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες και να βρίσκω δύναμη να συνεχίζω».
(Α098, 150364ΩΡ2, οπ, απχ)

«Έμαθα να λειτουργώ με την κοινή λογική, να σταματήσω δηλαδή να έχω την εντύπωση ότι ο κόσμος γυρίζει γύρω μου και να συμβιβάζομαι όταν πρέπει. Έμαθα επίσης να μη γίνομαι αναβλητική και να χρησιμοποιώ θετικά το πείσμα μου».
(Α152, 130568ΩΡ2, οπ, απχ)

«Θεωρώ ότι μέσα από αυτή την εμπειρία έγινα πιο δυνατή εσωτερικά, έμαθα να αποδέχομαι τις αρνητικές κρίσεις των άλλων, να έχω εμπιστοσύνη τόσο στον εαυτό μου όσο και στους γύρω μου. Έγινα πιο αποφασιστική».
(Β237, 051075ΝΡ2, οπ, απχ)

«Έμαθα να βλέπω το πρόβλημα από κάθε πλευρά. Πριν κάνω κάτι το ψάχνω. Το συζητάω ν' ακούω απόψεις, εμπειρίες...»
(Α186, 311269Ε01, οπ, απχ)

«Έμαθα να επιμένω σε κάτι. Έμαθα ότι πρέπει να μιλάω γι' αυτά που περνάω. Έμαθα τον τρόπο που 'χω ανάγκη αυτά που δεν μου κάνουν κακό, από εκεί και πέρα, ήταν η επιλογή μου. Έμαθα ότι έχω ανάγκη ένα δυο ανθρώπους...Γιατί εκεί λειτουργούσαμε ομαδικά, στην κοινότητα αυτό το είχαμε ανάγκη, έξω δεν είναι έτσι. Μέσα από αυτήν την ομαδικότητα έγινε η θεραπεία».
(Β246, 220772ΥΚ1, οπ, απχ)

«Έμαθα να έχω επιμονή και υπομονή, που θεωρώ ότι χρειάζονται αν θέλεις να καταφέρεις κάτι και να πετύχεις στη ζωή σου. Στο πρόγραμμα γνώρισα μια γκάμα συναισθημάτων και σκέψεων και έμαθα να βλέπω τους ανθρώπους με διαφορετικό μάτι, να αναγνωρίζω τα καλά και τα κακά στοιχεία στους άλλους.»
(Β257, 060976ΝΑ1, οπ, απχ)

Από την άλλη μεριά, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν αρκετά στον τρόπο με τον οποίο οργανώνουν την άμυνά τους απέναντι σε καταστάσεις κινδύνου. Ο αυτοέλεγχος, η προσοχή συγκεκριμένων σημείων που αποτελούν σημάδια κινδύνου καθώς και τρόποι μέσω των οποίων τους αντιμετωπίζουν με επιτυχία, είναι μερικά από τα στοιχεία που χαρακτηριστικά προκύπτουν από τις αναφορές:

«…όλο αυτό που λένε, ας πούμε άμα κλέψεις θα πας να πιεις. Επίσης, πριν έδινα σημασία στη γνώμη των άλλων. Στο πρόγραμμα αυτό το άλλαξα. Αυτό ήταν πολύ καλό».
(Β280, 151168ΣΙ1, οδ, απχ)

«…Τώρα στις δύσκολες στιγμές προσπαθώ να δω ξεκάθαρα τι γίνεται, να συζητάω και να κάνω αυτό που μπορώ και αυτό που αντέχω».
(Α067, 010867ΥΟ1, οπ, απχ)

«Αν δεν έπαιρνα πράγματα από το πρόγραμμα, δεν θα ήμουν εδώ. Παίρνεις δύναμη, πιστεύεις στον εαυτό σου. Ο αυτοέλεγχος…»
(Α053, 211271ΜΡ1, οπ, απχ)

«Πιστεύω ότι η κοινότητα είναι ένα μεγάλο σχολείο, γιατί εκεί μαθαίνεις τον εαυτό σου και τον κόσμο. Ανάμεσα στα άλλα έμαθα να έχω υπομονή και αυτογνωσία, να έχω καμπανάκια στον εαυτό μου να αναγνωρίζω τον κίνδυνο, να δέχομαι και να αντέχω τις αλλαγές σε συναισθήματα και καταστάσεις, ώστε όταν δεν περνάω καλά να μη πειράζει...γιατί για όλα υπάρχει ένα όριο».
(Α101, 010164ΚΑ1, οπ, απχ)

«Η υπομονή είναι το σπουδαιότερο. Στην κοινότητα έμαθα να κάνω υπομονή. Έμαθα να ελέγχω συναισθήματα, όπως ο θυμός, που άφηνα χύμα. Στις σχέσεις, δεν δίνομαι έτσι εύκολα, έμαθα να επικοινωνώ. Έμαθα να ακούω τα καμπανάκια, τσεκάρω τον εαυτό μου όταν κάνω ασυνήθιστα πράγματα, ξέρω ότι κάτι δεν πάει καλά».
(Β203, 210964ΝΣ1, οπ, απχ)

Τέλος, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι μεγάλης σημασίας ζήτημα αποτελεί γι αυτούς το γεγονός της αντιστροφής μιας παθητικής στάσης που ήταν χαρακτηριστικό τους την περίοδο που έκαναν χρήση ουσιών. Η ενεργητικότητα παρουσιάζεται ως στοιχείο κλειδί που τους επιτρέπει να δημιουργούν και να συμμετέχουν σε μια ζωή που ορίζουν πλέον οι ίδιοι. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

> *«Να μπω στη ζωή. Να κάνω πράξεις. Να γίνω πιο ενεργητικός».*
> (Α022, 220368ΝΡ1, οπ, απχ)

> *«Θεωρώ ότι το πιο βασικό στοιχείο που πήρα από την κοινότητα είναι η ένταση της δημιουργικότητας. Μαθαίνεις να ξεπερνάς τον εαυτό σου και να κάνεις πράγματα. Γενικότερα μέσα στο πρόγραμμα έμαθα να ζω διαφορετικά σαν υγιής άνθρωπος, να είμαι ειλικρινής , αληθινός, τυπικός, ήρεμος, συνεργάσιμος».*
> (Α086, 030764ΥΕ1, οπ, απχ)

> *«Ακόμη, πήρα κάποια εφόδια, όπως η δημιουργικότητα, η συνέπεια χρόνου, το πρωινό ξύπνημα, που αρχικά φαινόταν αστεία αλλά τελικά χρειάστηκαν για να οργανώσω αργότερα την καθημερινότητά μου».*
> (Α097, 050265ΧΟ1, οπ, απχ)

> *«Το πιο σημαντικό από αυτά που έμαθα στο πρόγραμμα είναι η τάξη του μυαλού και της σκέψης. Θεωρώ ότι πολύ συχνά, στις δύσκολες καταστάσεις, το μυαλό μπερδεύεται, αλλά πλέον ξέρω ότι είναι ένα κουβάρι που πρέπει να το λύσεις. Αρκεί να θέλεις και μπορείς να το κάνεις».*
> (Α090, 171268ΥΥ1, οπ, απχ)

> *«Δεν ξέρω για τις δύσκολες καταστάσεις, γενικότερα έχω δυσκολίες αλλά στην κοινότητα έμαθα να έχω πιο καθαρό μυαλό. Έμαθα να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες πιο ώριμα και μετά από σκέψη. Έμαθα το να είσαι ειλικρινής, να είσαι τίμιος και αυτό προσπαθώ να το έχω στη ζωή μου, σα βάση».*
> (Α056, 090269ΣΡ1 οπ, απχ)

> *«Το πιο σημαντικό που μου έμαθε το πρόγραμμα ήταν ο τρόπος για να αλλάξω τη ζωή μου, να ξεφύγω δηλαδή από την κατάσταση του χρήστη».*
> (Α099, 270869ΚΝ1, οπ, απχ)

Τα στοιχεία της οριοθέτησης, της ανάληψης ευθυνών, του προγραμματισμού, της ενεργητικότητας, της επιμονής και της αντιμετώπισης των προβλημάτων και των δυσκολιών, αλλά κυρίως της αναγνώρισης των κινδύνων μέσα από σημάδια που ο κάθε συμμετέχοντας που απέχει νοηματοδοτεί διαφορετικά, αποτελούν ένα προς ένα πεδία για τα οποία οι συμμετέχοντες εκφράσθηκαν θετικά αποδίδοντας στο καθένα ξεχωριστά ιδιαίτερη σημασία ως νέα αποκτημένη δεξιότητα. Μια διαφορετική προσέγγιση στην ανάλυση των αναφορών θα μπορούσε να θεωρήσει αυτά τα πεδία ανεξάρτητες και αυτόνομες κατηγορίες. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στα παραπάνω όχι αποσπασματικά αλλά σε συνδυασμό. Στις αναφορές τους εμφανίζονται περισσότερα από ένα στοιχεία να συνδυάζουν ένα σύνολο δεξιοτήτων που συνθέτουν τη βιωματική τους εντύπωση. Σ΄ αυτό το συνδυασμό ενδεχομένως συγκροτούν και τη στρατηγική που τους επέτρεψε να αξιοποιήσουν τις νέες δεξιότητες μετά τη θεραπεία και να προστατεύσουν τις κατακτήσεις τους από τους κινδύνους της ενδεχόμενης υποτροπής στη χρήση ουσιών. Και γι αυτό το λόγο θεωρήθηκε δόκιμο όλα τα προηγούμενα να αποτελέσουν μια ερμηνευτική κατηγορία. Αυτή η στρατηγική επιβίωσης, στο σύνολο των παραμέτρων που την αποτελούν, είναι σημαντικό να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη στην κλινική πρακτική.

5.2.6. Θέματα πρακτικής φύσης

Αρκετές αναφορές των συμμετεχόντων συγκλίνουν σε μια σειρά θεμάτων τα οποία συνθέτουν μια νέα κατηγορία που συνδέεται με θέματα πρακτικής φύσης, τεχνικές, κυρίως, γνώσεις ή δεξιότητες, τις οποίες οι συμμετέχοντες ανάγουν σε σημαντικό όφελος από τη θεραπευτική τους εμπειρία. Η εργασία, είτε ως έννοια στην οποία εκπαιδεύονται οι συμμετέχοντες ανακαλύπτοντας τη σημασία της για πρώτη φορά είτε ως συγκεκριμένη δραστηριότητα απασχόλησης είτε ως τυπική επαγγελματική ένταξη, αποτελεί ένα σημαντικό άξονα στο μέρος αυτό. Παράλληλα, όμως, οι συμμετέχοντες αναδεικνύουν και θέματα που έχουν να κάνουν με τρόπους δραστηριοποίησής τους σε τομείς που δεν συνδέονται απευθείας με την εργασία αλλά με τη διασκέδαση και τον προσωπικό τους χρόνο.

Σε σχέση με την εργασία κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρουν ως στοιχείο θετικό της θεραπευτικής τους εμπειρίας:

> *«…Οφείλω στο ΚΕΘΕΑ το ότι είμαι εργατικός και ότι δεν κάνω κόλπα πάνω στη δουλειά ούτε και στις σχέσεις μου, όπως παλιά».*
> (Α151, 170370ΝΚ1, οδ, απχ)
>
> *«Κι ακόμη έμαθα να δουλεύω, μιας και στην κοινότητα γίνεσαι ένα μηχανάκι που τρέχει».*
> (Α106 - 050567ΜΚ1, οπ, απχ)
>
> *«Σ' αυτό που με βοήθησε πολύ η κοινότητα ήταν η δουλειά και οι ενασχολήσεις που είχαμε και έτσι από τότε είχα έρθει σε επαφή με αυτό που λέγεται δουλειά».*
> *(Β314, 241266ΜΝ1, οπ, απχ)*
>
> *« Από τα βασικά πράγματα που πήρα ήταν να μάθω την ξυλουργική τέχνη».*
> *(Α192, οπ, απχ)*
>
> *«…Από την άλλη πήρα προκατάρτιση στα γραμματειακά».*
> (Α184, 010871ΑΠ2, οπ, απχ)
>
> *«… ότι βρήκα δουλειά αμέσως στο τυπογραφείο εδώ».*
> (Β313, 130170ΘΛ1)

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε θέματα που αποκόμισαν από τη θεραπευτική κοινότητα τα οποία προέκυψαν από την καθημερινή τους εμπλοκή με την οργάνωση και τη διαχείριση της ζωής της θεραπευτικής κοινότητας. Μέσα από αυτή την εμπλοκή έμαθαν νέα για αυτούς πράγματα που τα αναδεικνύουν ως θετικά της εμπειρίας τους. Αν και επιγραμματικά, τα σχόλια τους είναι χαρακτηριστικά:

> *«Έμαθα να μαγειρεύω».*
> (Α012, 020271ΩΡ1, οπ, απχ)
>
> *«Έμαθα και να μαγειρεύω».*
> (Α160, 080976ΥΥ2, οπ, απχ)
>
> *«…Ας πούμε εγώ πάντα καθάριζα, μεγάλωσα στην κοινότητα στην ομάδα καθαριότητας. Το μάτι μου έχει εκπαιδευτεί να βρίσκει τη σκόνη. Έμαθα πώς να σφουγγαρίζω χωρίς να αφήνω σημάδια. Βλέπω τώρα στο δρόμο να μην έχουν καθαρίσει καλά και με πειράζει, το ίδιο με πειράζει και αν δω κτίριο*

εγκαταλελειμμένο».
(Α059, 021066ΗΑ2, οδ, απχ)

Τέλος, στο πλαίσιο αυτών των πρακτικών ζητημάτων που οι συμμετέχοντες απομονώνουν ως σημαντικά, αναφέρθηκαν και σε θέματα που αφορούν είτε έναν τρόπο διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου είτε σε ευχάριστες νέες δεξιότητες που αξιοποιούν για διασκέδαση. Ενδεικτικά αναφέρουν:

«Ανακάλυψα ότι είμαι καλλιτεχνική φύση, ότι είμαι ικανός σε πολλά πράγματα…»
(Α031, 130966ΣΘ1, οπ, απχ)

« … και πήρα μια υποτροφία στη σχολή Ορνεράκη».
(Α042, 100261ΣΗ1, οπ, απχ)

«…Α! έμαθα εκτός από μπιλιάρδο, που σου είπα, και ποδήλατο».
(Α059, 021066ΗΑ2, οδ, απχ)

5.2.7. Εμπειρία χωρίς κέρδος

Ένα μέρος των συμμετεχόντων περιέγραψε τη θεραπευτική του εμπειρία στην κοινότητα με τρόπο χωρίς να επισημάνει κάποια στοιχεία που αποκόμισε και θεώρησε θετικά για την πορεία του ή που αναγνωρίζει ως σημαντικό όφελος. Οι σχετικές αναφορές άλλοτε συνδέονται με το χρόνο παραμονής και οι συμμετέχοντες αποδίδουν στο γεγονός ότι παραμένοντας λίγο στη θεραπευτική κοινότητα δεν πρόλαβαν να πάρουν ή να μάθουν κάτι, άλλοτε αναφέρονται στο ότι δεν υπήρχε κάτι το ενδιαφέρον για κείνους και άλλοτε μένει ασαφές, αφού δηλώνεται ένα *τίποτα* χωρίς επιπλέον εξηγήσεις.

Ενδεικτικά αναφέρουν σχετικά:

«Από τις εμπειρίες και τις δεξιότητες που είδα μέσα στην κοινότητα δεν μπορώ να θυμηθώ κάτι συγκεκριμένο».
(Β215, 020177ΡΑ1, πδ, απχ)

« [δεν πηρα τίποτα] Έμεινα μόνο 6 ημέρες».
(Β376, 030657ΩΥ1, πδ, απχ)

«Δεν νομίζω ότι πήρα κάποια στοιχεία ή κάποιες δεξιότητες από την κοινότητα».
(Β331, 020677ΑΡ1 οδ, απχ)

«…η ευκαιρία μόνο που μου δόθηκε να ξεφύγω από την φυλακή και να σκεφτώ. Η παραμονή μου εκεί ήταν καλή και κακή. Είχε γίνει συνήθεια η κοινότητα και δεν μου έδωσε τα όπλα για να επιβιώσω στην πραγματική ζωή».
(Α137, 200169ΗΝ1, οπ, απχ)

«Όχι! Δεν πήρα τίποτα».
(Α047, 080270ΕΑ2, οπ, απχ)

Οι συμμετέχοντες που δεν βρήκαν κάτι θετικό στη θεραπευτική τους εμπειρία και δήλωσαν ότι αδυνατούν να εντοπίσουν οτιδήποτε συγκεκριμένο που να αποκόμισαν δεν περιορίζονται, πάντως, μόνον σε εκείνους που διέκοψαν πρόωρα. Είναι ενδιαφέρον ότι κάποιοι συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα επίσης αδυνατούν να εντοπίσουν στοιχεία που θεωρούν ότι πήραν ή έμαθαν από τη συγκεκριμένη εμπειρία.

5.2.8. Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών

Οι κατηγορίες που προκύπτουν από τις αναφορές των συμμετεχόντων που απέχουν από τη χρήση ουσιών και παρουσιάστηκαν αναλυτικά σ΄ αυτό το πρώτο μέρος έχει ενδιαφέρον να εξετασθούν συνδυαστικά, κυρίως για να εντοπισθούν τα στοιχεία που λειτουργούν σε συσχέτιση και συναντώνται σε περισσότερες από μία. Επιπλέον, με τη συνθετική τους ταξινόμηση δίνεται η δυνατότητα να συγκριθούν συγκεντρωτικά με τις κατηγορίες και τα στοιχεία που τις συγκροτούν από τις αναφορές των δύο άλλων ομάδων που εξετάζονται στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου. Έτσι, στον παρακάτω πίνακα ταξινομούνται οι κατηγορίες και οι κωδικοί που τις συνθέτουν:

Πίνακας 5.1. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχει από τη χρήση παρανόμων ουσιών από την ημέρα εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση

Κατηγορία	***Κώδικας***
Αρχές και αξίες της θεραπευτικής κοινότητας: Η ηθική πλατφόρμα	*Ηθική* *Αρχές* *Ειλικρίνεια* *Ευθύτητα* *Αγάπη* *Ντομπροσύνη* *Τιμιότητα* *Αλήθεια* *Βοήθεια* *Ωριμότητα* *Φιλία* *Ευσυνειδησία* *Ξεκάθαρα πράγματα* *Να είσαι καθαρός* *Έκφραση*
Η περιπέτεια της προσωπικής ανάπτυξης	*Μαθαίνεις τον εαυτό σου* *Αυτοανακάλυψη* *Αυτοπεποίθηση* *Περηφάνια* *Σεβασμός* *Αυτογνωσία* *Αυτοεκτίμηση* *Αυτοσεβασμός* *Αγάπη για τον εαυτό* *Αναγνώριση του εαυτού* *Αυτοσεβασμός* *Αυτοαξιολόγηση* *Ενδυνάμωση* *Αυτοέλεγχος* *Φροντίδα υγείας* *Αξίζω να ζήσω* *Διαθεσιμότητα*
Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων	*Σχέσεις* *Φιλίες* *Μοίρασμα του πόνου* *Συμπεριφορά* *Κοινωνικότητα* *Αγάπη* *Εκτίμηση* *Πίστη* *Απαιτήσεις από τη ζωή* *Αποκατάσταση σχέσεων με την οικογένεια*
Ανακαλύπτοντας τα συναισθήματα	*Ένταση* *Συγκίνηση*

	Συναισθήματα *Δυνατότητα να κλάψεις* *Ωριμότητα* *Φόβος* *Πόνος* *Χαρά* *Μοίρασμα του πόνου* *Συναισθηματική λειτουργία* *Έλεγχος συναισθήματος* *Έκφραση συναισθήματος* *Αγάπη* *Διαχείριση συναισθημάτων* *Αντιστροφή της αρνητικότητας* *Αισιοδοξία* *Ελπίδα* *Όνειρα για τη ζωή* *Αγάπη για τη ζωή*
Αναπτύσσοντας στρατηγικές επιβίωσης	*Όρια* *Οριοθέτηση* *Ανάλυση* *Ξεκαθάρισμα* *Αυτοσεβασμός* *Αγάπη του εαυτού* *Φροντίδα υγείας* *Διαχείριση συναισθημάτων* *Ισορροπία* *Συζήτηση* *Να ζητάς βοήθεια* *Παραδοχή λαθών* *Φίλοι* *Στόχοι* *Εμπιστοσύνη* *Αντιμετώπιση των πραγμάτων με χαμόγελο* *Έκφραση* *Αποφασιστικότητα* *Αυτοπεριορισμός* *Κουράγιο* *Αυτοέλεγχος* *Υπευθυνότητα* *Επεξεργασία και έλεγχος συναισθήματος* *Ψυχραιμία* *Κοινωνικότητα* *Μοίρασμα* *Οργάνωση* *Προγραμματισμός* *Να παλεύεις* *Αντιμετώπιση δυσκολιών* *Όνειρα για τη ζωή* *Συνέπεια* *Να μη φεύγω από το πρόβλημα* *Διεκδίκηση* *Πείσμα* *Επιμονή* *Υπομονή* *Συμβιβασμός* *Ομαδικότητα* *Ενεργητικότητα* *Δημιουργικότητα* *Αλλαγή*
Πρακτικά θέματα	*Εργατικότητα* *Τυπικότητα* *Συνέπεια* *Δουλειά* *Μαθαίνεις να δουλεύεις* *Επαφή με τη δουλειά* *Ξυλουργική* *Διαχείριση γραμματείας*

	Δουλειά στο τυπογραφείο *Μαγείρεμα* *Καθαριότητα* *Καλλιτεχνικά* *Υποτροφία* *Μπιλιάρδο* *Ποδήλατο*
Τίποτα	*Τίποτα συγκεκριμένο* *Σύντομη παραμονή* *Κανένα στοιχείο* *Καμιά δεξιότητα* *Συνήθεια η κοινότητα* *Τίποτα*

5.3. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΔΙΟΛΙΣΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η δεύτερη ομάδα που εξετάζεται αφορά όσους μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία διολίσθησαν πάλι στη χρήση ουσιών για ένα διάστημα, αλλά απέχουν για τουλάχιστον ένα δωδεκάμηνο πριν από την περίοδο που πραγματοποιείται η συνέντευξη της επανεξέτασης. Και τα άτομα αυτής της ομάδας καθώς ανατρέχουν στη συγκεκριμένη θεραπευτική εμπειρία τους αναδεικνύουν τα στοιχεία που θεωρούν ότι τους βοήθησαν περισσότερο και συνέβαλαν, όπως τα ερμηνεύουν στην προσπάθειά τους να διακόψουν τη χρήση ουσιών και να ενταχθούν κοινωνικά. Ο τρόπος που ερμηνεύουν αυτό που βίωσαν, που το αξιολογούν και το αναφέρουν αποδίδοντάς του και τη χρησιμότητα που είχε γι' αυτούς, καταλήγει να συνδέει την ανάλυση στις γενικές της γραμμές με τα αποτελέσματα που προέκυψαν και από την προηγούμενη ομάδα –όσων, δηλαδή, απείχαν ολόκληρο το διάστημα της επανεξέτασης. Είναι χαρακτηριστικό το απόσπασμα μιας αναφοράς που συμπυκνώνει περίπου στο σύνολό της την ανάλυση για τη σύνθεση των κατηγοριών αλλά και για τη μεταξύ τους σύνδεση στη διάσταση της ερμηνείας και της βαρύτητας που αποδίδεται από τους ερωτώμενους στο κάθε στοιχείο:

> *«Τα σημαντικότερα στοιχεία που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν να καταλάβω τι θα πει ο σεβασμός, η αλήθεια, η ειλικρίνεια, η εκτίμηση, ότι χρειάζονται όρια, στόχους, ρίσκο, να ζητάς βοήθεια, να ελέγχεις τα συναισθήματα ο ίδιος και όχι οι άλλοι, να μην δίνεις σε άτομα που δεν τα εμπιστεύεσαι, η ωριμότητα, να είσαι απλός, να διεκδικείς».*
> (A121, 060969HP1, πδ, δαπ)

Οι κατηγορίες για ό,τι θετικό πήραν, έμαθαν ή βίωσαν, όπως αναφέρεται από τα άτομα που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών ένα δωδεκάμηνο πριν από τη συνέντευξη αν και είχαν επεισόδιο διολίσθησης, καταλήγουν να είναι όμοιες και στον αριθμό –εφτά συνολικά- αλλά, κυρίως στη θεματική τους εστίαση: οι αρχές και αξίες της θεραπευτικής κοινότητας, η προσωπική ανάπτυξη μέσα κατ' αρχάς από την ανακάλυψη και αναγνώριση του εαυτού, η κοινωνική ανάπτυξη, τα συναισθήματα και η σημασία τους και η αλλαγή στάσης ζωής στις επιμέρους πτυχές που τη συγκροτούν. Παράλληλα, τα πρακτικά εφόδια και από την άλλη μεριά, η παντελής έλλειψη θετικού βιώματος.

Η ομάδα αυτή είναι η πιο περιορισμένη από άποψη αριθμού ατόμων που την αποτελούν. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αυτής της ομάδας διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία, αφού λιγότερα από τα μισά φαίνεται να έχουν παραμείνει περισσότερες από ενενήντα ημέρες, ενώ ο αριθμός όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ μικρός. Η αριθμητική συμπίεση που χαρακτηρίζει αυτή την ομάδα εκφράζεται και στο μικρό αριθμό των γυναικών που, αν και με λίγες αναφορές, διατηρούν τις γενικές αρχές που χαρακτηρίζει το σύνολο της ομάδας αναγνωρίζοντας στα ίδια στοιχεία θετική επίπτωση.

5.3.1 Αρχές και αξίες: ανακαλύπτοντας ένα αξιακό σύστημα

Τα άτομα που αποτελούν αυτήν την ομάδα αναφέρθηκαν στις αξίες που ανακάλυψαν στη θεραπευτική κοινότητα, στον τρόπο που τις βίωσαν ως λειτουργικό μέρος της θεραπευτικής τους εμπειρίας και κυρίως στην υιοθέτησή τους ως πάγια στάση στη ζωή τους. Σε αντίθεση με μια χειριστική συμπεριφορά που ήταν αναγκασμένοι να υιοθετούν κατά το διάστημα που ήταν στη χρήση παρανόμων ουσιών με τις σχέσεις που ανέπτυσσαν σε μια προοπτική συναλλαγής κατά την οποία υπήρχαν πολλές ευκαιρίες να βρεθούν σε κίνδυνο, να εκτεθούν ή να εξαπατηθούν, οι αρχές που αποκόμισαν από τη θεραπευτική κοινότητα συνδέθηκαν με έναν τρόπο που διασφάλιζε, για όσο διάστημα διήρκεσε, την αποφυγή της χρήσης ουσιών και τη διαχείριση των σχέσεων που ανέπτυξαν. Ανεξάρτητα, επίσης, από το πόσο διήρκεσε η αποχή, με γνώμονα και την εμπειρία της διολίσθησης, διέκριναν τη διαφορά που έχει να ζεις με αρχές όπως ο σεβασμός η ειλικρίνεια, η εντιμότητα η ακεραιότητα, αναγνωρίζοντας, παράλληλα, ότι αυτές οι αρχές αποτελούν πλαίσιο που τους δίνει ασφάλεια και τους προστατεύει από την υποτροπή.

Μερικοί από τους συμμετέχοντες είναι ιδιαίτερα σαφείς στο πώς αναδεικνύουν το ρόλο και τη λειτουργία των αρχών που εμπεδώνουν στη ζωή τους. Τα αποσπάσματα των αναφορών που παρατίθενται είναι χαρακτηριστικά:

> *«…Το περιβάλλον ήταν καθαρό κι εκεί έμαθα να μη λέω ψέματα».*
> (Α113, 020471ΑΙ1, πδ, δαπ)

> *«…Στο πρόγραμμα έμαθα να είμαι αληθινός. Αυτό με βοήθησε. Γι' αυτό τώρα έχω λίγους φίλους, γιατί είμαι κάθετος... Πάντα σεβόμουν τους μεγαλύτερους και τους γονείς μου, αλλά το είδα και στο πρόγραμμα να γίνεται».*
> (Β276, 260670ΑΡ1, πδ, δαπ)

> *«… κι έμαθα να συζητάω ανοιχτά και ειλικρινά».*
> (Β295, 220766ΕΓ1, πδ, δαπ)

Παρόλο που αναγνωρίζεται η δυσκολία στη συνεπή στάση κατά τη διαδικασία ένταξης οι συμμετέχοντες συνδέουν την πειθαρχία σ΄ αυτές τις αρχές με ένα πλαίσιο που ενδυναμώνει τη στάση τους και την επιλογή τους σχετικά με την προσπάθειά τους να αποφύγουν τη χρήση ουσιών. Αναφέρουν κάποιοι χαρακτηριστικά:

> *«…οι αρχές... Αρχές που έξω στην κοινωνία δεν υπάρχουν. Δεν υπάρχει ούτε ειλικρίνεια, υπάρχει ψέμα γύρω μου. Αυτά τα βλέπω τώρα με το μάτι το σωστό. Το πρόγραμμα μ' έβαλε να επιλέξω».*
> (Β386, 110677ΜΜ2, πδ, δαπ)

> *«Έμαθα τις αξίες του σεβασμού, της ειλικρίνειας, της αληθινής αγάπης και τρόπους να τα κάνω πράξη αυτά. Άλλαξε η στάση μου και η ζωή μου».*
> (Α061, 031063ΟΡ1, οδ, δαπ)

> *«…έμαθα να εμπιστεύομαι και να σέβομαι τους άλλους».*
> (Α073, 071165ΜΡ1, οδ, δαπ)

Ακόμα πάντως κι αν υπάρχει δυσκολία να πειθαρχεί κανείς διαρκώς στις αρχές που εκτιμά ως ορθές και θεωρεί και δικές του ή επιθυμεί να δρα σύμφωνα με αυτές, είναι καθαρό το ότι το σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας που επιμένει στη διαρκή τους εφαρμογή δικαιώνεται. Οι συμμετέχοντες αποδέχονται την ορθότητα των αξιών αυτών ως συστατικό των ανθρώπινων σχέσεων και υπερθεματίζουν θεωρώντας πως αποτελούν ίδιο μιας ώριμης

προσωπικότητας. Οι σχετικές τους αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

> *«…μπόρεσα να έχω επικοινωνία, υπευθυνότητα σαν άνθρωπος, να λέω την αλήθεια, να σέβομαι το εαυτό μου, όλα που έχουν να κάνουν με τον άνθρωπο».*
> (Α131, 151261ΙΩ1, οδ, δαπ)

> *«…έμαθα να αντιμετωπίζω τους άλλους με τιμιότητα και μπέσα».*
> (Α155, 250567ΑΡ1, οδ, δαπ)

> *« Έμαθα στο πρόγραμμα να είμαι αληθινός και προς τους άλλους και προς τον εαυτό μου».*
> (Β250, 170368ΑΥ1, οδ, δαπ)

> *«Τις αξίες, τις αρχές, το ήθος, την εντιμότητα, την ειλικρίνεια και μια άλλη φιλοσοφία από αυτή που ήξερα. Έμαθα ότι το ψέμα αποκαλύπτεται και να είμαι ευθύς».*
> (Α138, 270172ΚΣ1, οπ, δαπ)

> *«…από τα στοιχεία, τις γνώσεις και τις εμπειρίες που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ξεχωρίζω την ειλικρίνεια, να είμαι τίμια, ευθύς, να σέβομαι. Δεν θα άλλαζα τίποτα στο πρόγραμμα…»*
> (Α132, 160772ΜΦ2, οπ, δαπ)

Αυτό το πλαίσιο αξιών και αρχών που περιέγραψαν οι συμμετέχοντες της συγκεκριμένης ομάδας φαίνεται να αποτελεί μια νέα ηθική επιλογή από μέρους τους ανάλογη με αυτή της προηγούμενης ομάδας που εξετάσθηκε. Επειδή αυτό το ηθικό πλαίσιο παίζει έναν κεντρικό ρόλο ως κεντρική επιλογή στο σύνολο των εκφάνσεων της ζωής τους κατά τη διαδικασία της ένταξής τους επηρεάζει τις σχέσεις που κάνουν, τον τρόπο που προσπαθούν να οργανώνουν τη ζωή τους και αποτελεί μια καθημερινή τους στάση. Τους βοηθά απ' ό,τι υποστηρίζουν να νοηματοδοτήσουν τη διαδικασία απόκτησης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και τους ενισχύει στην προσπάθεια να απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών.

5.3.2. Η ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής του εαυτού

Η θεραπευτική εμπειρία περιγράφεται από πολλούς συμμετέχοντες αυτής της ομάδας ως διαδικασία ανακάλυψης του εαυτού τους. Είναι πολύ σημαντικό για ανθρώπους που έχουν βιώσει τις συνθήκες της πολύχρονης χρήσης και αντιλαμβάνονται την απώλεια του ελέγχου ως μια παγίωση του ετεροκαθορισμού τους, να βρίσκονται μπροστά στην πρόκληση του επαναπροσδιορισμού τους. Είναι, όπως οι ίδιοι ερμηνεύουν, ιδιαίτερα ενισχυτικό να ανακαλύπτουν καλά στοιχεία στον εαυτό τους και να αποδέχονται μια σειρά από χαρακτηριστικά τους. Αυτό ενισχύει την αυτοεκτίμησή τους αλλά πριν από όλα τους επιτρέπει να γνωρίζουν τι μπορούν, τι θέλουν, τι επιθυμούν, τι έχουν ανάγκη. Τους επιτρέπει εν πολλοίς να γνωρίζουν τον εαυτό τους. Και, επιπλέον, από τη στιγμή που ανακαλύπτουν τι είναι και τι θέλουν μπορούν να μπουν σε μια διαδικασία αλλαγής και συστηματικής διεκδίκησης. Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος που πολλοί από τους συμμετέχοντες εκφράζονται σχετικά:

> *«Στη διάρκεια της θεραπευτικής μου εμπειρίας πήρα μεγάλη βοήθεια απ' το προσωπικό. Είχα μεγάλη υποστήριξη και έμαθα πράγματα για τον εαυτό μου και για τους άλλους. Μέσα απ' το πρόγραμμα είδα καθαρά πέντε πράγματα, σώθηκα».*
> (Α070, 041255ΑΤ1, πδ, δαπ)

> *«Κοίτα, γνώρισα και πίστεψα τον εαυτό μου».*
> (Α113, 020471ΑΙ1, πδ, δαπ)

«…έμαθα πολλά πράγματα για τον εαυτό μου. Συνειδητοποίησα τι θέλω και τι μου αρέσει να κάνω. Έκανα για πρώτη φορά πράγματα που δεν ήξερα ότι μπορούσα να κάνω, όπως κάποιες δραστηριότητες ή έργα. Κι ακόμη έμαθα να ξεπερνάω τον εαυτό μου, να κοιτάζω τι είναι καλό και να προχωρώ».
(Α068, 011072ΟΕ1, πδ, δαπ)

«Μέσα από το πρόγραμμα έμαθα να βλέπω τι θέλω και να προχωράω».
(Α075, 111163ΤΚ1, πδ, δαπ)

«Μέσα από το πρόγραμμα ανακάλυπτα σταδιακά ποιος είμαι, τι θέλω, πώς να το πετύχω. Άλλαξε η στάση μου και η ζωή μου».
(Α061, 031063ΟΡ1, οδ, δαπ)

«Μου έδωσαν το ερέθισμα να γνωρίσω τον εαυτό μου και τις δυνατότητες μου».
(Α138, 270172ΚΣ1, οπ, δαπ)

«Καταρχήν με βοήθησε να αποκτήσω αυτογνωσία,ώστε να μπορέσω να συγκεντρώσω τον εαυτό μου… Θεωρώ επίσης ότι το πρόγραμμα μου έδωσε την ευκαιρία να δω ότι μπορώ να κάνω πράγματα».
(Α088, 210767ΑΥ2, οπ, δαπ)

Αυτή η σταδιακή ανακάλυψη του εαυτού παρουσιάζεται από τους συμμετέχοντες ως μια πορεία ωρίμανσης που τους επιτρέπει παράλληλα να εντοπίζουν τα στοιχεία που οι ίδιοι πλέον αντιλαμβάνονται ως μη λειτουργικά και τα εντάσσουν σε μια διαδικασία προσωπικής αλλαγής. Συμπεριφορές και στάσεις του παρελθόντος αναγνωρίζονται και αξιολογούνται και, όταν απογυμνώνονται από τις συνθήκες της χρήσης, έρχονται να συνδεθούν με την επιθυμία για αλλαγή και την αντιστροφή χαρακτηριστικών που τις επηρεάζουν. Η διαδικασία αυτογνωσίας, έτσι, παίρνει τη διάσταση του πεδίου στο οποίο βασίζονται και διενεργούνται οι προσωπικά πλέον επιλεγμένες αλλαγές που βρίσκονται σε διεργασία στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας. Ένα συνεχές που συνδέεται με την πίεση του περιβάλλοντος για αλλαγή καθώς και με την ικανοποίηση και την αυτοπεποίθηση που οι όποιες αλλαγές προκαλούν, εδραιώνει τη σκοπιμότητα των νέων επιλογών και ενισχύει την αυτοεκτίμηση. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν μέσα από τις αναφορές τους αυτή τη διαδικασία ενίσχυσης για αλλαγή που βίωσαν στη θεραπευτική κοινότητα. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«…έμαθα πράγματα για τον εαυτό μου και ενώ μέχρι τότε τα ’βλεπα όλα πολύ αρνητικά μέσα στο πρόγραμμα γνώρισα για πρώτη φορά ότι υπάρχουν και θετικά. Έτσι μπόρεσα να διακρίνω τι πρέπει ν’ αλλάξω και πώς να προχωρήσω».
(Α077, 201164ΜΡ1, πδ, δαπ)

«…έμαθα τι συνέβαινε με τον εαυτό μου, πιέστηκα ν’ αλλάξω αρνητικά στοιχεία. Πήρα δύναμη και αυτοπεποίθηση από το ότι βρέθηκα ανάμεσα σε ανθρώπους που με αγαπούσαν».
(Α079, 111168ΣΥ2, πδ, δαπ)

«Από το πρόγραμμα πήρα πράγματα που με έχουν βοηθήσει. Πίστεψα στον εαυτό μου, αφού κατάφερα και αντιμετώπισα όλες αυτές τις δυσκολίες στην κοινότητα».
(Β250, 170368ΑΥ1, οδ, δαπ)

«Φυσικά και πήρα στοιχεία από το πρόγραμμα. Έμαθα να βλέπω τον εαυτό μου στον καθρέπτη, να γράφω τις ενοχές μου να μιλάω για τον εαυτό μου. Είναι αλήθεια πως πήρα πολλά πράγματα από το πρόγραμμα».
(Β342, 110764ΝΣ1, οδ, δαπ)

«Τα γκρουπ μου λείπουν ακόμη και σήμερα. Πιστεύω ότι οι θεραπευτικές διαδικασίες με βοήθησαν να βρω τον εαυτό του και να ρίξω γέφυρες με τους άλλους».
(Β241, 280862ΗΙ1, πδ, δαπ)

«Μου έδωσε πολλά στο να διαμορφώσω την προσωπικότητά μου, σαν χαρακτήρας, πώς να είμαι, πώς να μιλάω, πώς να ντύνομαι. Όλα αυτά, αλλά και το ότι ήρθα πιο κοντά στον εαυτό μου, έμαθα πώς να πλησιάζω τους άλλους, αλλά και τον εαυτό μου».
(Β360, 300776ΝΡ1, πδ, δαπ)

Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, όπως τη νοηματοδοτούν τα άτομα που συμμετέχουν σ' αυτή την ομάδα, συμβάλλει στην αποδοχή του εαυτού τους και στην εμπιστοσύνη που έχουν πλέον στις επιλογές τους. Τα βοηθά, επιπλέον, να διαχειρίζονται δυσκολίες μέσα από τις προσωπικές τους επιλογές και να ελέγχουν με αυτονομία και αυτοκυριαρχία τη ζωή τους. Αναφέρουν κάποιοι συμμετέχοντες σχετικά:

«…η κοινότητα μου έδωσε πολλά εφόδια, τα οποία μπόρεσα να τα καταλάβω και να τα κάνω δικά μου. Αυτά τα εφόδια περιλαμβάνουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό μου».
(Α091, 101072ΘΣ2, πδ, δαπ)

«Άρχισα να υπολογίζω τον εαυτό μου. Δεν ξανάκανα πορνεία. Άρχισα να τα πηγαίνω καλύτερα με την οικογένειά μου. Έχω δεθεί συναισθηματικά με το πρόγραμμα».
(Α148, 240674ΜΑ2, πδ, δαπ)

«…[έμαθα] το να δέχεσαι τις αδυναμίες και τις επιθυμίες σου. Όλα αυτά με ενδυνάμωσαν».
(Α060, 160667ΜΡ1, οδ, δαπ)

«…το ότι πρέπει να είσαι κύριος του εαυτού σου και ότι έξω πρέπει να ελέγχεις τα πράγματα. Αυτά τα βλέπω τώρα με το μάτι το σωστό. Το πρόγραμμα μ' έβαλε να επιλέξω».
(Β386, 110677ΜΜ2, πδ, δαπ)

«Έμαθα να είμαι ο εαυτός μου, να μη ζω με κοροϊδία και ψέμα, να μην αντιδράω έντονα στις προκλήσεις των άλλων –όχι καβγάδες, όχι οι άλλοι να παρεμβαίνουν στην προσωπική μου ζωή. Χρειάζεται συνεχής προσπάθεια –δεν πέρασαν όλοι από το πρόγραμμα».
(Α062, 210665ΑΥ1, οδ, δαπ)

Η ενδυνάμωση στην οποία αναφέρονται οι συμμετέχοντες παραπάνω συνδέεται επίσης με την διάθεσή τους πλέον να διεκδικούν και να απαιτούν αυτό που θεωρούν ότι τους αξίζει. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«Έμαθα να αναγνωρίζω τις ευθύνες μου. Να διεκδικώ, να έχω απαιτήσεις».
(Β269, 301278ΝΚ2, οδ, δαπ)

«Στην κοινότητα έμαθα να διεκδικώ, να ζητώ αυτό που θέλω».
(Α030, 090566ΣΝ1, πδ, δαπ)

Η έμφαση με την οποία αναφέρθηκαν οι συμμετέχοντες στα στοιχεία του εαυτού τους φαίνεται να αποκαλύπτει την ανάγκη που είχαν να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Αυτή η διαδικασία αποδοχής του εαυτού αποτελεί έναν

σημαντικό μηχανισμό αυτοαποτελεσματικότητας με πολλαπλές επιπτώσεις και σε άλλα πεδία που υπεισέρχονται στη διαδικασία ένταξής τους.

5.3.3. Αναπτύσσοντας δεξιότητες για κοινωνική σχέση

Είναι προφανές ότι ο τρόπος με τον οποίο αναγνωρίζουν πλέον ότι αποδέχονται τον εαυτό τους τα άτομα που συμμετέχουν στη θεραπεία, τους επιτρέπει να αναπτύξουν νέες δεξιότητες κοινωνικών σχέσεων. Αυτή η νέα κοινωνική λειτουργικότητα αποτελεί και το επόμενο πεδίο στο οποίο αφιερώνουν σημαντικό μέρος των αναφορών τους όταν ερμηνεύουν τη θεραπευτική τους εμπειρία. Θεωρούν ότι βοηθήθηκαν να ανακαλύψουν τη σημασία και τη σημαντικότητα που έχουν οι κοινωνικές σχέσεις όχι μόνον στο επίπεδο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης αλλά και στην προοπτική της προστασίας τους από την αποφυγή της επιστροφής σε συμπεριφορές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών. Απέναντι στην ευαλωτότητα που είχε ως αποτέλεσμα τη βαθιά απογοήτευση που προκαλούσε πριν από τη θεραπεία η κοινωνική απόρριψη, οι νέες δεξιότητες του σχετίζεσθαι δίνουν σύμφωνα με τους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να εκτιμήσουν την έννοια της κοινωνικότητας και τους επιτρέπουν να είναι εξωστρεφείς και επιλεκτικοί στις σχέσεις τους. Πριν από όλα όμως, οι ίδιοι επικεντρώνονται στην αξία της σχέσης ως ανάγκη που προϋποθέτει η διαδικασία της ένταξης και απαιτεί η ισορροπημένη διαβίωση. Οι συμμετέχοντες αναφέρουν σχετικά:

> *«Το βασικό ήταν ότι δημιούργησα σχέσεις».*
> (Α054, 220173ΑΦ1, πδ, δαπ)

> *«…. [η κοινότητα με βοήθησε] στον τρόπο που δημιουργώ σχέσεις με τους γύρω μου…»*
> (Α041, 201275ΝΕ1, πδ, δαπ)

> *«Η κοινότητα σε μαθαίνει να μοιράζεσαι με τους άλλους, να μιλάς για αυτά που νιώθεις. Σε μαθαίνει να ζεις σαν άνθρωπος».*
> (Α032, 060675ΝΡ1, πδ, δαπ)

> *«…στην κοινότητα βρήκα τον τρόπο για να μείνω καθαρός έξω από τις ουσίες, τον τρόπο για σχέσεις υγιείς, πιο ειλικρινείς, κάτι που πιστεύω ότι δεν μπορούν όλοι οι άνθρωποι να το κρατήσουν μέσα στη ζωή τους».*
> (Β358, 040168ΛΛ1, πδ, δαπ)

> *«Το να ζητάς αυτό που θες, να μιλάς, να έχεις συναναστροφές. Πριν δεν είχα πολλές συναναστροφές αν και ήμουν κοινωνικός».*
> (Α030, 090566ΣΝ1, πδ, δαπ)

Η αναγνώριση της απομόνωσης ως κατάστασης πίεσης που συνήθως επιβάλει στον εαυτό του το ίδιο το άτομο κατά τη διαδικασία της χρήσης, προκαλεί μια επώδυνη αίσθηση μοναξιάς. Η θεραπευτική κοινότητα αντίθετα χαρακτηρίζεται από ένα περιβάλλον αλληλεγγύης και κοινωνικής συνεύρεσης. Οι συμμετέχοντες εστιάζουν σ' αυτό και το ανάγουν σε μείζον κέρδος από την εμπειρία τους επισημαίνοντας ότι βοηθήθηκαν στο να μπορούν να αντιμετωπίσουν ακόμα και τις δυσκολίες που έχουν οι ανθρώπινες σχέσεις:

> *«Το πρόγραμμα με βοήθησε να καταλάβω ότι δεν είμαι μόνος».*
> (Α116, 031070ΤΑ1, πδ, δαπ)

> *«Τώρα ξέρω πώς να αντιμετωπίζω και αυτούς που δε θα μου φερθούν σωστά, γνωρίζω πως δεν είναι το τέλος του κόσμου όταν κάποιος δεν μου φερθεί σωστά».*
> (Α039, 270966ΩΝ1, πδ, δαπ)

> *«Τι θα πει ευθύνη… και στις σχέσεις. Δίνω για να μου δώσει ο άλλος, δεν περιμένω*

μόνο από τον άλλο».
(Α150, 240972ΝΜ1, πδ, δαπ)

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται στη θεραπευτική κοινότητα ερμηνεύτηκαν από τους συμμετέχοντες, επιπλέον, ως συνθήκη η οποία προσδίδει στο περιβάλλον ασφάλεια. Αναφέρεται χαρακτηριστικά:

«Έμαθα τι είναι η πραγματική επικοινωνία κι όχι απλά να μιλάς. Βελτίωσα τις διαπροσωπικές σχέσεις μου».
(Α060, 160667ΜΡ1, οδ, δαπ)

«Σχετικά με τις ανθρώπινες σχέσεις έμαθα να εμπιστεύομαι και να σέβομαι τους άλλους».
(Α073, 071165ΜΡ1, οδ, δαπ)

«…[πήρα] το φιλικό περιβάλλον και τη σχέση ανάμεσά μας».
(Β348, 190270ΙΑ1, πδ, δαπ)

«Είδα ότι υπάρχουν κάποιοι που νοιάζονται να βοηθήσουν, να σ' αγκαλιάσουν και να σε αγγίξουν. Είδα σχέσεις γνήσιες πράγμα που μέχρι τότε μου φαινόταν πολύ δύσκολο και με φόβιζε. Πήρα εφόδια για να συνεχίσω, έναν άλλο διαφορετικό δρόμο να χαράξω, έχοντας μάθει την ομαδικότητα, να δημιουργώ και να είμαι πιο ενεργός».
(Β372, 061169ΑΜ1, οδ, δαπ)

«Μέσα από τη ζωή μου στην κοινότητα μου άρεσαν οι σχέσεις που έκανα με όλους όσους ζούσαν μαζί».
(Β224, 151060ΤΓ1, οδ, δαπ)

Η κοινωνικότητα και οι σχέσεις, τέλος, αναγνωρίζονται από τους συμμετέχοντες ως τεχνική που τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους υποτροπής. Είναι χαρακτηριστικά τα αποσπάσματα που εστιάζουν στον προστατευτικό χαρακτήρα που έχει η κοινωνικότητα:

«Αργότερα συνειδητοποίησα και κάτι άλλο. Αν δεν άνοιγα τον κύκλο των σχέσεών μου, αν δεν γνώριζα ανθρώπους κι έμενα μόνος μου χωρίς να μιλάω σε κανέναν δεν θα έμενα καθαρός. Κι άλλες φορές είχα κάνει οφ, αλλά δεν είχα παρέα, με αποτέλεσμα να ξαναπέσω. Με βοήθησε πολύ το Πρόγραμμα να γίνω κοινωνικός και να βρω ενδιαφέροντα στη ζωή…»
(Β204, 080962ΑΙ1, οδ, δαπ)

«Έμαθα να εξωτερικεύομαι και να λέει αυτά που με ενοχλούν».
(Β268, 181265ΤΕΙ, οδ, δαπ)

«…[και] έμαθα να κάνω ουσιαστικές σχέσεις και να είμαι πιο αποφασιστική στη ζωή μου».
(Α088, 210767ΑΥ2, οπ, δαπ)

5.3.4. Τα συναισθήματα: Η ανακάλυψη νέων εργαλείων

Η ομάδα που περιλαμβάνει όσους απέχουν ένα δωδεκάμηνο τουλάχιστον από τη συνέντευξη επανεξέτασης μετά από επεισόδιο διολίσθησης στη χρήση επικεντρώθηκε, όπως άλλωστε και η προηγούμενη ομάδα –εκείνοι που απέχουν από την ημέρα εισαγωγής τους-, στον τρόπο που άρχισαν να νιώθουν συναισθήματα κατά τη θεραπευτική τους εμπειρία. Είναι ενδιαφέρον ότι η σταδιακή ανάπτυξη που περιγράφουν οι συμμετέχοντες έχει ως τέταρτο επίπεδο τη

συναισθηματική ανάπτυξη η οποία και ουσιαστικά έρχεται να προστεθεί μετά την προσωπική και την κοινωνική. Είναι επίσης σημαντικό ότι, όπως οι συμμετέχοντες αναφέρονται στα συναισθήματα, την αναγνώρισή τους, την προσπάθεια κατανόησης και διαχείρισής τους, δίνουν την εντύπωση ότι διέρχονται μια αναπτυξιακή φάση για πρώτη φορά στη ζωή τους. Όπως έχει προαναφερθεί αυτό αποτελεί πραγματικότητα για κάποιους από τους συμμετέχοντες όπως και οι ίδιοι επισημαίνουν. Για κάποιους άλλους η θεραπευτική διαδικασία αποτελεί ένα μηχανισμό ανανέωσης των μηχανισμών που ενεργοποιούν τη συναισθηματική διεργασία η οποία αδράνησε μέσω της χρήση ουσιών.

Η αναγνώριση του συναισθήματος, ο έλεγχος και η κατανόηση, παράλληλα με τη σημασία που έχει η νέα κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα άτομα σε σχέση με το παρελθόν είναι εμφανώς τα πεδία στα οποία επικεντρώνονται οι συμμετέχοντες. Κάποιες ενδεικτικές αναφορές εστιάζουν χαρακτηριστικά στο συναίσθημα ως εξής:

> *«[βοηθήθηκα]…και στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων. Πριν, αυτό που αισθανόμουν, νόμιζα πως το αισθανόμουν μόνο εγώ, στην κοινότητα είδα ότι δεν είμαι μόνο εγώ, είδα ότι όλοι αισθάνονται έτσι όλοι είναι ίδιοι».*
> (Β374, 231269ΩΤ1, πδ, δαπ)

> *«Νιώθω ότι δυνάμωσα συναισθηματικά…Πήρα δύναμη και αυτοπεποίθηση από το ότι βρέθηκα ανάμεσα σε ανθρώπους που με αγαπούσαν».*
> (Α079, 111168ΣΥ2, πδ, δαπ)

> *«Το πρόγραμμα μου έδωσε τη λογική και το συναίσθημα… Αυτά όλα μου τα έδωσε σε πολύ μικρό μέρος, μετά εξαρτάται από τον καθένα».*
> (Α035, 070269ΚΩ1, οδ, δαπ)

> *«Ανοίγεις συναισθήματα, κάτι παίρνεις, κάτι αφήνεις».*
> (Α057, 211271ΝΝ1, οδ, δαπ)

> *«…το συναίσθημα, να αναγνωρίζω τα συναισθήματά μου, να ερμηνεύω τι σημαίνουν, και να σέβομαι τα συναισθήματα των άλλων. Πήρα ενέργεια, καθώς η θεραπευτική μου εμπειρία μου άνοιξε δρόμους, ώστε να δω τι μπορώ και τι θέλω να κάνω. Συνειδητοποίησα ότι μπορώ να νιώθω πολύ ωραία μετά από μια κουραστική αλλά εποικοδομητική μέρα».*
> (Α096, 010864ΝΑ1, οδ, δαπ)

Από την άλλη μεριά, ο τρόπος που το συναίσθημα γίνεται λειτουργικό στοιχείο μιας νέας ταυτότητας που αναπτύσσεται χωρίς τη χρήση ουσιών, παίρνει τη διάσταση του φυσιολογικού. Από κάποιους συμμετέχοντες θεωραίται ότι η κατάσταση που βίωναν στο παρελθόν κάνοντας χρήση ουσιών δεν ήταν φυσιολογική ως προς τον τρόπο που διαχειρίζονταν τα συναισθήματα τους, ενώ η νέα τους στάση τους επιτρέπει να επιστρέψουν, ή για πρώτη φορά να είναι, φυσιολογικοί, ασκώντας οι ίδιοι έλεγχο στα συναισθήματά τους. Αναφέρεται χαρακτηριστικά από κάποιους:

> *«Το πιο σημαντικό ήταν ότι καθάρισε το μυαλό μου κι άρχισα να έχω συναισθήματα, ώστε έγινα πάλι φυσιολογικός».*
> (Α070, 041255ΑΤ1, πδ, δαπ)

> *«…το σημαντικό ήταν να καταλάβω τι θα πει να ελέγχεις τα συναισθήματα σου ο ίδιος και όχι οι άλλοι…»*
> (Α121, 060969ΗΡ1, πδ, δαπ)

> *«…να είμαι ανοιχτός άνθρωπος, να κοιτώ μέσα μου και να αναγνωρίζω τα*

συναισθήματά μου».
(Β349, 210968ΩΙ1, πδ, δαπ)

«…έμαθα τα συναισθήματά μου. Μπόρεσα να μάθω τι νιώθω και αυτό με γέμισε σαν άνθρωπο… Πώς λέμε ότι πίνεις πρέζα για να ζεσταθείς, εγώ ζεστάθηκα αλλιώς. Έμαθα να εκφράζω τα συναισθήματά μου, να υπολογίζω τις κινήσεις μου».
(Α150, 240972ΝΜ1, πδ, δαπ)

«Έμαθα να μπορώ να λειτουργώ συναισθηματικά…να έχω έλεγχο των συναισθημάτων μου…όλα αυτά που έχουν να κάνουν με τον άνθρωπο».
(Α131, 151261ΙΩ1, οδ, δαπ)

5.3.5. Αναπτύσσοντας δεξιότητες αυτοπροστασίας

Η αναπτυξιακή πορεία των ερωτώμενων, όπως περιγράφεται από τους ίδιους, συμπληρώνεται από την καλλιέργεια δεξιοτήτων οι οποίες αποτελούν ταυτόχρονα λειτουργικό μηχανισμό άμυνας και προστασίας και μέθοδο μέσω της οποίας οι προηγούμενες αναπτυξιακές φάσεις γίνονται αντιληπτές και βιώνονται ως τέτοιες. Οι ίδιοι οι συμμετέχοντες αποδίδουν στις δεξιότητες αυτές μια διπλή διάσταση: τις ερμηνεύουν τόσο ως μέθοδο όσο και ως εργαλείο, τόσο σα σχήμα, δηλαδή, όσο και ως περιεχόμενο της νέας τους επιλογής ζωής. Έτσι τα όρια που θέτουν για τον εαυτό τους αποτελούν μηχανισμό προστασίας και στοιχείο αυτοπειθαρχίας που παράλληλα τους επιτρέπουν να λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο στις νέες συνθήκες. Με τον ίδιο τρόπο λειτουργεί το πρόγραμμα και η οργάνωση. Ο προγραμματισμός βοηθά στην επίτευξη στόχων επιβάλλοντας παράλληλα την επιμονή και επομένως τη σταθερότητα και την αλλαγή στάσης που δεν επιτρέπει την αποφυγή και την παραίτηση. Η επιμονή αντί της παραίτησης σημαίνει ανατροπή μιας στάσης ζωής που επιτυγχάνεται μέσα από την αντιστροφή της διάθεσης και επηρεάζει το κλίμα και τη ατμόσφαιρα που βιώνει ο καθένας. Η αισιοδοξία συμβάλλει σε μια θετική προοπτική, αφού μέσω της ενεργητικότητας που επιδεικνύεται εμπεδώνεται ένα κλίμα αναμονής και ελπίδας που αυξάνει τις πιθανότητες να παραμείνουν με συνέπεια τα άτομα σε ό,τι προγραμμάτισαν αυξάνοντας τις πιθανότητες επίτευξης των στόχων που θέτουν. Η ενεργητικότητα και η δημιουργικότητα ως νέα στάση απέναντι στην παθητικότητα έχει τη διάσταση του μηχανισμού προστασίας αλλά παράλληλα γίνεται και πηγή ικανοποίησης καθώς ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν επισημάνσεις των συμμετεχόντων που επικεντρώνουν σε τρεις κυρίως άξονες τις παρατηρήσεις τους. Η λειτουργική οριοθέτηση, ο προγραμματισμός της ζωής τους και η οργάνωση που συνεπάγεται καθώς και η απόφαση για για αλλαγή στάσης απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες είναι έννοιες αλληλένδετες και συνδυαζόμενες αποτελούν μια νέα πρακτική για τη διαχείριση της ζωής τους.

Είναι χαρακτηριστικές οι αναφορές κάποιων συμμετεχόντων:

«…[το πρόγραμμα] μου έδειξε πώς μπαίνουν τα όρια. Η κοινότητα είναι σμίκρυνση, παράδειγμα της κοινωνίας. Αυτά όλα τα συνειδητοποίησα μετά τη θεραπεία μου…»
(Α058, 081261ΜΥ1, πδ, δαπ)

«Ναι, πήρα πολλά. Το θέμα των ορίων στην κοινότητα, σε βομβαρδίζουν με όρια, όρια συνεχώς, αυτό με βοήθησε, που έμαθα να βάζω όρια».
(Β374, 231269ΩΤ1, πδ, δαπ)

«…έμαθα να κάνω προγραμματισμό, μα το πιο σοβαρό όλων είναι το θέμα των ορίων που δούλεψα, μαθαίνοντας να βάζω στόχους, σε αντίθεση με το παρελθόν που ήμουν φλου».
(Β322, 230453ΝΡ1, οδ, δαπ)

Παρομοίως, στο θέμα της αλλαγής στάσης απέναντι στις δυσκολίες και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την οργάνωση της καθημερινότητας και της ζωής τους οι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«…και είδα την αξία του να οργανώνεις τη ζωή σου καθαρός και να συνεργάζεσαι με άλλους».
(Α066, 120675ΣΡ1, πδ, δαπ)

«Κι ακόμη έμαθα να ξεπερνάω τον εαυτό μου, να κοιτάζω τι είναι καλό και να προχωράω. Τώρα στις δυσκολίες ξέρω να αντιδράσω».
(Α068, 011072ΟΕ1, πδ, δαπ)

«Μέσα από το πρόγραμμα έμαθα να βλέπω τι θέλω και να προχωράω. Να βάζω στόχους και να τους κυνηγάω. Αυτό ήταν πολύ σημαντικό για μένα γιατί δεν θυμάμαι κάτι πριν που να άρχιζα και να τελείωνε».
(Α075, 111163ΤΚ1, πδ, δαπ)

«…Έμαθα και πρακτικούς τρόπους οργάνωσης της ζωής δηλαδή να βάζω στόχους και να προσπαθώ γι' αυτούς και να μην απογοητεύομαι εύκολα. Γενικά νιώθω ότι μετά το πρόγραμμα βλέπω τα πράγματα πιο ώριμα».
(Α077, 201164ΜΡ1, πδ, δαπ)

«…Για παράδειγμα έμαθα να βλέπω διαφορετικά τη ζωή, γνώρισα νέες ασχολίες και ενδιαφέροντα, έμαθα τον τρόπο να αντιμετωπίζω τις δύσκολες καταστάσεις και να αναλαμβάνω ευθύνες».
(Α094, 250168ΥΤ1, πδ, δαπ)

«…[έμαθα] να μην απορρίπτω τα πράγματα αμέσως».
(Α119, 070669ΕΕ1, πδ, δαπ)

«Εκεί έμαθα ότι πρέπει να έχεις ένα πρόγραμμα στη ζωή. Βάζω στόχους, ας πούμε λέω ας δουλέψω τώρα περισσότερο για να φύγω με άδεια πιο μετά μερικές μέρες ή να δουλέψω για να πάρω ράδιο και σι ντι πλέιερ για το αυτοκίνητο ή για να πάω για ψώνια να πάρω ρούχα. Κάνω προγραμματισμούς, αλλά δεν κάνω μακρινά σχέδια».
(Β276, 260670ΑΡ1, πδ, δαπ)

«Έμαθα να έχω πείσμα και θέληση για κάτι άλλο διαφορετικό, καλύτερο. Νιώθω ότι το πρόγραμμα με ξύπνησε μετά από εφτά χρόνια χρήσης».
(Β344, 251073ΣΡ1, πδ, δαπ)

«Αυτά τα εφόδια [που πήρα] περιλαμβάνουν … τη δυνατότητα να βάζω στόχους και να αγωνίζομαι για αυτούς, το να απολαμβάνω τις καλές στιγμές και να αντιμετωπίζω με ψυχραιμία τις δύσκολες καταστάσεις».
(Α091, 101072ΘΣ2, πδ, δαπ)

5.3.6 Οι πρακτικές δεξιότητες: Εφόδια για την ένταξη

Και οι συμμετέχοντες και της ομάδας που απέχει μετά από επεισόδιο ολίσθησης ως τελευταίο βήμα αυτής της ανάπτυξης στην πορεία τους για την κοινωνική ένταξη αναφέρθηκαν στο πώς

συγκεκριμένες τεχνικές γνώσεις συνέβαλαν είτε συμπληρωματικά είτε ως συνέχεια των προηγουμένων στη διαδικασία ένταξης τους. Οι γνώσεις που χρειάσθηκε να αποκτήσουν στην καθημερινότητα της θεραπευτικής κοινότητας συνέβαλαν την αύξηση των δεξιοτήτων τους και τους βοήθησαν στην προσπάθειά τους για εργασιακή απασχόληση. Πολλά από τα στοιχεία που αναφέρονται ως νέες γνώσεις και δεξιότητες η ζωή στη θεραπευτική κοινότητα τα αντιλαμβάνεται ως συστατικά της καθημερινότητας μέσω των οποίων οργανώνεται η ζωή. Άλλοτε πάλι στο πλαίσιο οργανωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων που θα διευκολύνουν την επαγγελματική ένταξη. Είτε με τον έναν, είτε με τον άλλο τρόπο, σε κάθε περίπτωση τα άτομα αντιλαμβάνονται την ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων ως σημαντικό εφόδιο το οποίο πιστώνουν ανεξάρτητα από τις προθέσεις στη θεραπευτική τους εμπειρία.

Η κατηγορία αυτή θα μπορούσε να ενταχθεί στην προηγούμενη ως μια επιπλέον τεχνική που συμπληρώνει τη στρατηγική αυτοπροστασίας των ατόμων μετά τη θεραπεία. Το πρακτικό ωστόσο χαρακτηριστικό που έχουν πολλά από τα στοιχεία που αναδεικνύονται κάνουν δόκιμη τη διαχείρισή τους ως ανεξάρτητη κατηγορία.

Από τους συμμετέχοντες αναδεικνύονται οι πρακτικές δεξιότητες που έχουν επαγγελματική κατεύθυνση ή οι ικανότητες που αναπτύσσουν σ' ένα πλαίσιο ψυχαγωγίας και διασκέδασης. Αναφέρεται χαρακτηριστικά από κάποιους:

> *«Για εμένα η κοινότητα ήταν το μεγαλύτερο σχολείο. Είχα τη δυνατότητα να αλλάξω τη δουλειά μου εκεί. Ήταν πιο ανοικτά τα πράγματα. Στην κοινότητα μπορείς να μάθεις κάτι επαγγελματικά, να βγεις με περισσότερη δύναμη. Εμένα δε μου άρεσε το καθαριστήριο, εκεί μπορούσα να κάνω κάτι άλλο. Τώρα δε μπορώ να ρισκάρω πλέον. Δεν το κάνω. Έμαθα να είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου. Εκεί το έμαθα αυτό και με βοήθησε. Κάνω άλλα πράγματα, όπως το ποδόσφαιρο, που παίζω σε ομάδα που είναι στην ερασιτεχνική κατηγορία».*
> (A050, 260569IN1, πδ, δαπ)

> *«Έκανα για πρώτη φορά πράγματα που δεν ήξερα ότι μπορούσα να κάνω, όπως κάποιες δραστηριότητες ή έργα».*
> (A068, 011072OE1, πδ, δαπ)

> *«Έμαθα να μαγειρεύω και να που τώρα είμαι αρχιμάγειρας. Άρχισα να ασχολούμαι με άλλα πράγματα, με χόμπι, έκανα φωτογραφία και πήρα χρυσό μετάλλιο στο χορό σε ένα διαγωνισμό. Έμαθα να κάνω ιστιοπλοΐα, να χτίζω, έχτισα ένα ολόκληρο κτίριο και έμαθα να αγαπώ τη φύση. Πήγα στον Όλυμπο και τον Κίσσαβο και έγινα καραβομαραγκός κάνοντας τον Νόστο ΙΙ. Βοηθήθηκα στις σχέσεις μου με τους άλλους, έμαθα να έχω ενδιαφέροντα μα κυρίως να αγωνίζομαι. Αγωνίστηκα για το νομοσχέδιο για τους χρήστες σε σχέση με τις φυλακές και είδα ότι δεν υπάρχει μόνο πρέζα».*
> (B229, 250769NA1, πδ, δαπ)

> *«Διαθέτω γνώσεις ελαιοχρωματιστή και επειδή τότε φτιάχναμε το σπίτι, βοηθήθηκα στο να αναπτύξω κι άλλη ικανότητα. Αυτό με βοήθησε πολύ. Στην καθαριότητα, αν και ήταν πιο εύκολο. Μετά ήμουν υπεύθυνος κουζίνας, υπήρχε μικρή βοήθεια, γιατί με βοήθησε να αναπτύξω την ικανότητά μου στο μαγείρεμα. Όλη αυτή η διαδικασία σφαιρικά ήταν κάτι το θετικό».*
> (B247, 100164NP1, πδ, δαπ)

> *«Έμαθα κομπιούτερ, και να μιλάω ελληνικά».*
> (A020, 060973MP2, πδ, δαπ)

«…Επιπλέον, βοηθήθηκα πολύ στο να βρω δουλειά και να σταθώ στην πόλη με το πτυχίο στα κομπιούτερ που απέκτησα μέσα από τα σεμινάρια που οργάνωσε το πρόγραμμα».
(Α079, 111168ΣΥ2, πδ, δαπ)

«Πολύ σημαντικό επίσης θεωρώ ότι το πρόγραμμα μου έδωσε την ευκαιρία να δω ότι μπορώ να κάνω πράγματα και να έρθω σε επαφή με ενδιαφέροντα και δημιουργική ενασχόληση, όπως η κεραμική, που είδα ότι μ' ενδιαφέρει επαγγελματικά και ταιριάζει στην ψυχοσύνθεσή μου».
(Α088, 210767ΑΥ2, οπ, δαπ)

Από τα αποσπάσματα των αναφορών που παρατέθηκαν γίνεται σαφής για άλλη μια φορά η επιλογή της ενεργητικής πλέον στάσης που αποτελεί την απόρροια αυτής της πορείας, την οποία ερμηνεύουν ως την αναπτυξιακή τους περιπέτεια στη διαδικασία αλλαγής. Όλη αυτή η διαδικασία καταλήγει σε μια αισιόδοξη πλέον διάθεση που ενστερνίζονται και στη βάση της οποίας διαβιούν. Αυτή η θετική οπτική με την οποία αντιλαμβάνονται πλέον τη ζωή τους συμπυκνώνεται σε δύο χαρακτηριστικά αποσπάσματα που συνδέονται με τη νέα ερμηνεία που δίνουν στην πραγματικότητα και με το ρόλο που αποδίδουν στον εαυτό τους μέσα σ' αυτήν, ο οποίος έχει το στοιχείο της αυτοπροστασίας με όρους όμως ενεργητικότητας και θέσης:

«Από το πρόγραμμα έμαθα… το ότι σε οποιαδήποτε δύσκολη κατάσταση μπορεί να βρεθεί λύση, οπότε θα πρέπει κάθε φορά να προσπαθείς».
(Α100, 180178ΜΘ1, πδ, δαπ)

«Ίσως το πιο σημαντικό είναι ότι έμαθα να παίρνω ευθύνη γι' αυτό που κάνω ακόμη και αν αυτό σημαίνει σύγκρουση με το σύστημα. Δεν είναι κακό να έχω διαφορετική άποψη. Άλλωστε έμαθα να επενδύω σε κάτι που πιστεύω πραγματικά σ' αυτό και να υπερασπίζομαι αυτά που θέλω και πιστεύω».
(Α073, 071165ΜΡ1, οδ, δαπ)

5.3.7. Εμπειρία που δεν ωφέλησε

Ένα μέρος των συμμετεχόντων στην ομάδα όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών το τελευταίο δωδεκάμηνο αλλά είχαν εμπειρία χρήσης πριν από αυτό ανέφεραν ότι δεν αποκόμισαν κάτι από την περίοδο της θεραπείας τους. Σαφώς περισσότεροι από την προηγούμενη ομάδα – όσων απείχαν πλήρως για όλο το διάστημα της επανεξέτασης– συνήθως προέρχονται από όσους διέκοψαν πρόωρα. Είτε γιατί παρέμειναν λίγο στη θεραπεία, όπως οι ίδιοι επισημαίνουν, είτε επειδή δεν βρήκαν κάτι που να τους προκαλέσει θετικά στη θεραπευτική εμπειρία καταλήγουν σε μια αδυναμία να εστιάσουν σε κατι θετικό. Αντίθετα εκφράζουν με ολιγόλογες διατυπώσεις ότι η θεραπευτική εμπειρία δεν τους πρόσφερε τίποτα.

Μερικά από τα σχετικά αποσπάσματα των αναφορών είναι ενδεικτικά:

«Δεν θεωρώ ότι στο πρόγραμμα απέκτησα τίποτα. Δεν μου έδωσε κάτι».
(Α040, 270267ΥΛ1, πδ, δαπ)

«Δεν πρόλαβα να αποκομίσω [κατι] από εκεί μέσα… Το μόνο θετικό, η συζήτηση… Από τη φυλακή ήδη είχα μάθει κάποια πράγματα όσον αφορά ευθύνη, προγραμματισμό, οργάνωση, διότι δούλευα».
(Α179, 150962ΚΡ1, πδ, δαπ)

«Δεν μπόρεσα να πάρω τίποτα από τη θεραπευτική κοινότητα».
(Β231, 280666ΗΟ1, πδ, δαπ)

«Δεν απέκτησα δεξιότητες ή εμπειρίες από το πρόγραμμα, γιατί έμεινα λίγο καιρό και δεν με άγγιξε καν».
(Β260, 280262ΝΥ1, πδ, δαπ)

«Δεν έμαθα τίποτα στο ΚΕΘΕΑ».
(Β270, 090970ΑΑ1, πδ, δαπ)

«Τίποτα απολύτως».
(Β373, 070964ΟΡ1, πδ, δαπ)

«Ήμουν πολύ κλειστός και οι σχέσεις που είχα ήταν επιδερμικές, ήμουν αρνητικός. Έμαθα όμως να σφουγγαρίζω πολύ καλά».
(Α146, 181167ΝΣ1, οδ, δαπ)

«Δεν υπήρξε καμία [δεξιότητα], η κοινότητα δεν μου τόνισε τίποτα. Ήξερα ποιος είμαι και τι μπορώ ή τι δεν μπορώ να κάνω».
(Β287, 011067ΡΓ1, οπ, δαπ)

Φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες συχνά αποδίδουν στο χρόνο παραμονής τους το ότι δεν λειτούργησε θετικά η θεραπευτική τους εμπειρία ή στο ότι ο τρόπος με τον οποίο την αντιλήφθηκαν δεν τους επέτρεψε να αποκομίσουν κάτι θετικό. Θα ήταν, ωστόσο, ενδιαφέρον η κλινική πρακτική να διερευνήσει το πώς η πρώτη περίοδος της θεραπείας μπορεί να αποβεί ωφέλιμη ή να κάμψει την αντίσταση κάποιων δίνοντάς τους την ευκαιρία, ανεξάρτητα από το πόσο θα παραμείνουν, να θεωρήσουν την προσπάθειά τους σημαντική προς την κατεύθυνση της απεξάρτησης.

5.3.8. Συνδυάζοντας τις κατηγορίες

Η ομάδα όσων διολίσθησαν και απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών ένα δωδεκάμηνο πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης, όμοια με την ομάδα όσων απέχουν πλήρως μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία αναφέρουν κοινά στοιχεία. Οι αναφορές τους περιφέρονται στις ίδιες θεματικές επισημάνσεις και ως εκ τούτου οι κατηγορίες στις οποίες συνοψίζονται προκύπτουν περίπου πανομοιότυπες. Η πορεία τους φαίνεται να ομοιάζει. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνονται οι κατηγορίες που προέκυψαν από την ανάλυση που λεπτομερώς παρατέθηκε προηγουμένως και δίνει τη δυνατότητα μιας περισσότερο συγκεκριμένης σύγκρισης από την οποία προκύπτει αυτή η αντιληπτική ή ερμηνευτική συγγένεια που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι και ταύτιση.

Πίνακας 5.2. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών τουλάχιστον ένα δωδεκάμηνο από την ημέρα της συνέντευξης επανεξέτασης και είχαν την εμπειρία επεισοδίου διολίσθησης.

Κατηγορία	***Κώδικας***
Αρχές και αξίες: Ανακαλύπτοντας ένα αξιακό σύστημα	*Καθαρό περιβάλλον* *Να μη λες ψέματα* *Να είσαι αληθινός* *Φίλοι* *Κάθετος* *Σεβασμός* *Να είσαι ανοιχτός, ειλικρίνεια* *Αρχές* *Αγάπη* *Εμπιστοσύνη* *Υπευθυνότητα*

	Τιμιότητα *Μπέσα* *Ήθος* *Ευθύτητα*
Η ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής του εαυτού	*Έμαθα τον εαυτό μου* *Γνώρισα τον εαυτό μου* *Πίστεψα τον εαυτό μου* *Περηφάνια* *Τι θέλω* *Αυτογνωσία* *Αυτοεκτίμηση* *Αυτοσεβασμός* *Πίεση για αλλαγή αρνητικών στοιχείων* *Αγάπη για τον εαυτό* *Αναγνώριση του εαυτού* *Αυτοσεβασμός* *Αυτοαξιολόγηση* *Ενδυνάμωση* *Αυτοέλεγχος* *Διεκδίκηση* *Απαιτήσεις*
Αναπτύσσοντας δεξιότητες κοινωνικής σχέσης	*Σχέσεις* *Φιλίες* *Μοίρασμα* *Συναναστροφές* *Να μιλάς, να ζητάς* *Κοινωνικότητα* *Επικοινωνία* *Δίνω για να μου δώσουν* *Δεν είμαι μόνος* *Αγάπη* *Εμπιστοσύνη* *Σεβασμός* *Εκτίμηση* *Φιλικό περιβάλλον* *Νοιάξιμο* *Βοήθεια* *Αγκαλιά* *Γνησιότητα* *Ομαδικότητα* *Εξωτερίκευση* *Αποφασιστικότητα*
Τα συναισθήματα: η ανακάλυψή τους ως εργαλείων	*Τι νιώθω* *Ζεστασιά* *Έκφραση συναισθήματος* *Εξωτερίκευση συναισθήματος* *Συναισθηματική ενδυνάμωση* *Λογική και συναίσθημα* *Άνοιγμα* *Αναγνώριση συναισθήματος* *Ενέργεια* *Έλεγχος συναισθήματος* *Συναισθηματικός αυτοπροσδιορισμός* *Συναισθήματα*
Αναπτύσσοντας δεξιότητες αυτοπροστασίας	*Όρια* *Προγραμματισμός* *Στόχοι* *Οργάνωση ζωής* *Συνεργασία* *Να είσαι καθαρός* *Υπέρβαση εαυτού* *Αντίδραση στις δυσκολίες* *Κυνήγι στόχων* *Να μην απογοητεύεσαι* *Ωριμότητα* *Ασχολίες* *Ενδιαφέροντα*

	Ανάληψη ευθύνης *Ώριμη απόρριψη* *Πείσμα* *Θέληση* *Απόλαυση καλών στιγμών* *ψυχραιμία* *Εμπιστοσύνη*
Πρακτικά θέματα	*Αλλαγή δουλειάς* *Ανοικτά πράγματα* *Αυστηρότητα με τον εαυτό* *Ποδόσφαιρο* *Για πρώτη φορά πράγματα* *Πράγματα που δεν φαντάζεσαι* *Μαγείρεμα* *Φωτογραφία* *Χορός* *Φυσιολατρία* *Καραβομαραγκός* *Αγωνιστικότητα* *Κομπιούτερ* *Ελληνικά* *Να βρεις δουλειά* *Σεμινάρια* *Δημιουργική ενασχόληση* *Κεραμική* *Λύση σε κάθε πρόβλημα* *Σύγκρουση με το σύστημα*
Τίποτα	*Τίποτα συγκεκριμένο* *Σύντομη παραμονή* *Δεν πήρα κάτι* *Δεν έμαθα τίποτα* *Δεν με άγγιξε καν* *Τίποτα απολύτως* *Ήμουν κλειστός* *Επιδερμική σχέση* *Ήμουν αρνητικός* *Καμιά δεξιότητα*

5.4. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η αναζήτηση των στοιχείων που λειτούργησαν θετικά στη θεραπεία και αναδεικνύονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες ολοκληρώνεται από τη διερεύνηση της τρίτης ομάδας των συμμετεχόντων που βρίσκονται σε υποτροπή έχοντας κάνει χρήση παρανόμων ουσιών και στη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών πριν από τη συνέντευξη της επανεξέτασης. Τα στοιχεία που προκύπτουν από αυτή την ομάδα είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα, επειδή υποδηλώνουν τους λόγους για τους οποίους η θεραπεία μπορεί να χαρακτηρισθεί από μέρους τους ελλιπής ή ακατάλληλη. Παράλληλα, όμως, είναι σημαντικό να εξετασθούν οι παράμετροι της θεραπείας που ερμηνεύονται θετικά από τους συμμετέχοντες αυτής της ομάδας, έστω ή κυρίως, κι αν δεν έγινε δυνατό αυτά τα στοιχεία να αποτελέσουν λειτουργικό ανασταλτικό μηχανισμό για την αποφυγή της υποτροπής. Ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι οι συμμετέχοντες ερμηνεύουν το γιατί αυτά τα θετικά στοιχεία δεν λειτούργησαν αποτελεί για την κλινική πρακτική μείζον ζήτημα επανασχεδιασμού ή ενίσχυσης των επιμέρους στοιχείων της θεραπείας.

Από την άλλη μεριά, ωστόσο, πολλοί από τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή αναγνωρίζοντας αρκετά θετικά στοιχεία στη θεραπευτική τους εμπειρία ενδέχεται να τα αξιοποιήσουν είτε επαναλαμβάνοντας θεραπευτικό αίτημα στο μέλλον εμπιστευόμενοι αυτό που βίωσαν, είτε προσπαθώντας να τα οικειοποιηθούν, ενώ κάνουν χρήση ουσιών, σε ένα βαθμό που θα τους επιτρέψει να μειώσουν τις επιπτώσεις της χρήσης. Είναι, ως εκ τούτου,

ενδιαφέρον ότι αρκετά από τα δεδομένα που προκύπτουν από τις αναφορές των συμμετεχόντων αυτής της ομάδας συγκλίνουν σε κατηγορίες που κατ΄ αρχήν δεν είναι πολύ διαφορετικές από αυτές που ανέδειξε η ανάλυση των προηγουμένων ομάδων.

Για την ομάδα που βρίσκεται σε υποτροπή μια καθαρή κατηγορία που προκύπτει είναι αυτή που χαρακτηρίζει απαξιωτικά τη θεραπευτική εμπειρία· αρκετά άτομα αναφέρουν ότι δεν αποκόμισαν *τίποτα*. Τα δεδομένα των αναφορών που, ωστόσο, συνδέονται με ανάδειξη των στοιχείων που αποκόμισαν παρουσιάζουν μια ευρεία ποικιλία στη συγκρότηση των κατηγοριών της ανάλυσης. Έτσι, η ασφάλεια στο θεραπευτικό σύστημα, οι αξίες που διαπνέουν τη θεραπευτική κοινότητα, η ενδοσκόπηση και η γνωριμία με τον εαυτό, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, η κατανόηση της κατάστασης, η αναγνώριση και διαχείριση των συναισθημάτων, η αλλαγή της αντίληψης για τη ζωή και η διαφορετική πλέον στάση που υιοθετούν στην καθημερινότητα καθώς και πρακτικές, τεχνικές ή επαγγελματικές γνώσεις που αποκτήθηκαν αποτελούν τις εννιά συνολικά κατηγορίες που αναδεικνύονται από τους συμμετέχοντες αυτής της ενότητας.

Τα άτομα που περιλαμβάνονται σ' αυτήν την ομάδα χαρακτηρίζονται κυρίως από το ότι διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία μέσα στο διάστημα των ενενήντα πρώτων ημερών. Ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται χαρακτηρίζεται, συχνά, από συντομία, αρκετές φορές είναι αόριστος και άλλοτε διφορούμενος, ενώ συνηθέστερα σε λίγες προτάσεις συμπυκνώνονται επαναλαμβανόμενες πολλές διαφορετικές έννοιες.

5.4.1. Απαξιώνοντας την εμπειρία

Πολλές αναφορές της ομάδας που βρίσκεται σε υποτροπή, οι περισσότερες από τα άτομα που διέκοψαν ιδιαίτερα νωρίς από τη θεραπεία, συγκλίνουν στο ότι δεν αποκόμισαν τίποτα από τη θεραπεία. Άλλοτε αυτό το τίποτα συνδέεται ακριβώς με τη διάρκεια του χρόνου που είχαν στη διάθεσή τους να εκτεθούν στα ενδεχόμενα θετικά στοιχεία της θεραπείας. Άλλοτε, από τα ίδια τα άτομα ερμηνεύεται ως προσωπική αδυναμία τους να δεχθούν τις θετικές επιδράσεις του συστήματος. Άλλες, πάλι, αναφορές, υπό το πρίσμα κατά πάσα πιθανότητα της αναποτελεσματικότητας της θεραπείας ως προς την υποτροπή στη χρήση ουσιών που ακολούθησε, επικεντρώνονται στην αντιστοιχία αυτού που προσφερόταν, και στο οποίο μπορεί να έγιναν κοινωνοί, με τη λειτουργικότητά του μετά τη θεραπευτική εμπειρία. Υπάρχουν πάντως και αναφορές που φανερώνουν μια αμηχανία, δεδομένου ότι αφήνουν να εννοηθεί πως υπήρχαν καλά στοιχεία που όμως δεν μπορούν να τα απομονώσουν και καταλήγουν σε μια αόριστη διατύπωση γενικής άγνοιας.

Τα αποσπάσματα που αναφέρονται στον περιορισμένο χρόνο παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα που δεν άφησε περιθώρια για να βιωθούν τα πιθανά θετικά στοιχεία είναι χαρακτηριστικά:

> *«Δεν πρόλαβα να κάνω πολλά πράγματα. Μάλλον τίποτα [δεν πήρα]».*
> (Α197, 051059ΑΣ1, πδ, υπτ)

> *«…δεν πρόλαβα να πάρω κάτι από την κοινότητα, αφού έμεινα μόνο δυο τρεις μέρες εκεί».*
> (Β221, 010962ΑΕ1, πδ, υπτ)

> *«Όχι, δεν απέκτησα τίποτα. Έμεινα μόνο δώδεκα μέρες στην κοινότητα».*
> (Β244, 260469ΚΡ1, πδ,υπτ)

> *«Όχι, δεν πήρα κάτι από το πρόγραμμα, γιατί ήταν πολύ μικρό το χρονικό διάστημα που έμεινα. Αποκόμισα ίσως κάποιες αντιλήψεις, όπως οι ασχολίες, για να μην λογίζεται ο νους τις ουσίες».*

(Β274, 150872ΕΑ1, πδ, υπτ)

«Όσον αφορά τις γνώσεις και τις εμπειρίες που αποκόμισα από την κοινότητα ίσως να μην υπάρχουν, ίσως και να μην πρόλαβα να πάρω κάτι εγώ με τις τρεις μέρες που έκατσα. Πάντως είδα έναν άλλο τρόπο προσέγγισης του θέματος θεραπεία ναρκωτικών».
(Β319, 020865ΚΘ1, πδ, υπτ)

«Δεν πρόλαβα να δω τίποτα, μία μέρα πήγα και μετά έφυγα».
(Β327, 040471ΚΡ1, πδ, υπτ)

«Δεν πρόλαβα να πάρω κάτι, γιατί έμεινα λίγες μέρες».
(Β334, 120365ΑΦ2, πδ, υπτ)

«Όχι, δεν πήρα τίποτε, γιατί ήμουν λίγο καιρό στην κοινότητα. Έφυγα πάνω που θα έπαιρνα κάτι. Το να στρώνω το κρεβάτι μου ήταν κάτι που έκανα και πριν. Δεν πήρα κάτι για τον εαυτό μου ούτε είδα τι δεν κάνω καλά. Τους πρώτους μήνες στην κοινότητα κανείς δεν σε πιέζει να συμμετέχεις σε γκρουπ ή σε ομάδες».
(Β253, 090271ΥΕ1, οδ, υπτ)

Οι αναφορές που αποδίδουν σε προσωπική αδυναμία το ότι τα άτομα δεν κατάφεραν να πάρουν κάτι θετικό από την εμπειρία τους στη θεραπευτική κοινότητα δίνουν την αίσθηση ότι αποτελεί ευθύνη τους που δεν αξιοποίησαν τα στοιχεία που είχαν στη διάθεσή τους. Αναφέρεται χαρακτηριστικά:

«Πιστεύω ότι η κοινότητα του θα μπορούσε να μου δώσει κάτι, αλλά εγώ δεν ήθελα να πάρω από εκεί τίποτα».
(Β310, 140578ΚΥ1, πδ, υπτ)

«…δεν μπόρεσα να πάρω τίποτα από τη θεραπευτική εμπειρία γιατί δεν ήταν εκεί το μυαλό μου, ήταν αλλού. Δεν ήμουν σε θέση να παρακολουθήσω, ήμουν πολύ επηρεασμένος».
(Β338, 260667ΑΕ1, πδ,υπτ)

«Πιστεύω ότι το ΚΕΘΕΑ βοηθάει αλλά εγώ ένοιωθα αδύναμος για να βγάλω όλο το πρόγραμμα».
(Β240, 211272ΝΕ1, πδ, υπτ)

Κάποιοι άλλοι επισημαίνουν επιπλέον ότι υπάρχει μια αντιστοιχία ανάμεσα σ' αυτό που προσφέρεται στη θεραπευτική κοινότητα και αυτό που απαιτείται στην κοινωνία. Έτσι, ακόμα κι αν αυτοί βίωσαν κάτι καλό, δεν είναι σε θέση να δουν και να κατανοήσουν τη χρησιμότητα του και άρα αποδείχθηκε αναποτελεσματικό στην πράξη. Τα αποσπάσματα των σχετικών αναφορών είναι ενδεικτικά:

«Ό,τι και να απέκτησα δεν με βοήθησε στη πράξη».
(Α018, 280769ΑΑ1, πδ, υπτ)

«…δεν πήρα τίποτα και δεν θυμάμαι τίποτα που να μ' έχει βοηθήσει».
(Α141, 140167ΩΡ1, πδ, υπτ)

«Πιστεύω ότι η κοινότητα ίσως μου έδωσε πράγματα όμως μάλλον δεν τα εφάρμοσα, γιατί αν τα είχα κάνει δεν θα είχα ξαναπέσει, αυτό νομίζω εγώ».
(Β288, 311075ΣΝ2, οδ, υπτ)

«Δεν θυμάμαι κάποια συγκεκριμένα στοιχεία, εμπειρίες ή δεξιότητες που να απέκτησα μέσα στην κοινότητα και να με βοήθησαν στην αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων στην υπόλοιπη ζωή μου. Πιστεύω πως ό,τι γίνονταν στο πρόγραμμα είχε χαρακτήρα κοινοτικό πιο πολύ και δεν νομίζω ότι είναι εφαρμόσιμα στην καθημερινότητα».
(Β217, 010163ΥΑ2, οπ, υπτ)

Υπάρχουν, επίσης, αναφορές των συμμετεχόντων που χαρακτηρίζονται από μια απόλυτη απαξίωση της εμπειρίας που είχαν. Δεν υπήρξε κατά τη γνώμη τους τίποτα καλό και εκδηλώνουν μια σαφή αρνητική κριτική για αυτό που προσφέρεται στη θεραπευτική κοινότητα σε αρκετές περιπτώσεις με λιγόλογες και απόλυτες εκφράσεις. Τα αποσπάσματα που ακολουθούν είναι χαρακτηριστικά:

«Δεν νιώθω να έχω πάρει κάποιες δεξιότητες ή γνώσεις από τη θεραπευτική μου εμπειρία».
(Α108, 160366ΝΡ1, πδ, υπτ)

«Δεν απέκτησα τίποτα και ότι δεν με βοήθησε καθόλου».
(Α164, 140967ΤΑ1, πδ, υπτ)

«Δεν έμαθα κάτι».
(Α170, 180566ΑΜ1, πδ, υπτ)

«Δεν θεωρώ ότι απέκτησα κάποιες δεξιότητες».
(Α188, 051165ΜΑ1, πδ, υπτ)

«Πιστεύω ότι από την κοινότητα μόνο άσχημα πράγματα είδα και τίποτα ευχάριστο».
(Β309, 250959ΑΣ1, πδ, υπτ)

«Δεν μπόρεσα να πάρω ή να μάθω κάτι κι αυτό γιατί ήταν όπως ήταν έτσι το πρόγραμμα, αν ήταν διαφορετικά ίσως και να καθόμουν».
(Β379, 210368ΩΓ1, πδ, υπτ)

«Τίποτα απολύτως».
(Β381, 210968ΑΦ1, πδ, υπτ)

«Δεν πήρα τίποτα από το πρόγραμμα».
(Β382, 300779ΩΟ2, οδ, υπτ)

Κάποιοι άλλοι, πάντως, δεν κατάφεραν να αναδείξουν κάτι συγκεκριμένο, αν και άφησαν να εννοηθεί ότι υπήρχαν θετικά στοιχεία που όμως, όπως τελικά φαίνεται, δεν ήταν τόσο έντονα, ώστε να σημαίνουν κάτι για αυτούς πλέον. Αναφέρουν χαρακτηριστικά μέσα από τα αποσπάσματα που παρουσιάζονται:

«Σίγουρα πάντα κάτι παίρνεις αλλά δεν ξέρω τι πήρα».
(Α048, 02 10 72ΝΕ1, πδ, υπτ)

«Δεν μου έχει μείνει τίποτα από την εμπειρία μου στο ΚΕΘΕΑ…»
(Β340, 141068ΣΣ1, πδ, υπτ)

«Στην αρχή πίστευα ότι όντως κάτι είχα πάρει. Τώρα όμως έχω ξεχάσει, δεν θυμάμαι και πολλά πράγματα».
(Β347, 050168ΩΕ1, οδ, υπτ)

«Δεν θυμάμαι κάποια συγκεκριμένα στοιχεία, εμπειρίες ή δεξιότητες που να απέκτησα μέσα στην κοινότητα…»

(Β217, 010163ΥΑ2, οπ, υπτ)

Είτε, πάντως, γιατί ο χρόνος παραμονής αποδεικνύεται περιορισμένος, είτε γιατί τα άτομα δεν φαίνονται δεκτικά στην υποστήριξη που παρέχει η θεραπευτική κοινότητα κατά την πρώτη περίοδο παραμονής, είτε γιατί εκφράζεται μια σθεναρή αντίσταση που καταλήγει στην άρνηση της θεραπευτικής χρησιμότητας, παραμένει σημαντικό ζήτημα για τη θεραπευτική πρακτική το πώς μπορεί να προετοιμάσει τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία με τρόπο που θα τους επιτρέψει να αξιοποιήσουν την, έστω και σύντομη, εμπειρία τους.

5.4.2. Βιώνοντας ένα περιβάλλον φροντίδας

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή κατά τη συνέντευξη επανεξέτασης αναγνώρισαν ως τα σημαντικότερα στοιχεία που βίωσαν στη θεραπεία το κλίμα και την ατμόσφαιρα που επικρατούσε στη θεραπευτική κοινότητα. Ενδεχομένως η κατάσταση υποτροπής στην οποία βρίσκονται να επιτείνει τη διαφορά εκείνου που διαβιούν καθημερινά με ό,τι έζησαν την περίοδο της θεραπείας τους. Είναι πάντως φανερό ότι όσοι αναφέρονται στο περιβάλλον της θεραπευτικής κοινότητας επισημαίνουν την ασφάλεια που ένιωσαν, το κλίμα εμπιστοσύνης και επικεντρώνονται στη φροντίδα που βίωσαν μέσα από την αλληλοβοήθεια, την αλληλεγγύη και την ομαδικότητα. Οι περισσότεροι από όσους αναφέρθηκαν στα παραπάνω διέκοψαν αρκετά νωρίς από τη θεραπευτική διαδικασία.

Μερικά αποσπάσματα από τις αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

> *«Αυτό που αποκόμισα από την παραμονή μου στο πρόγραμμα […] είναι η φιλοσοφία της εμπιστοσύνης».*
> (Β222, 240361ΡΑ1, πδ, υπτ)

> *«Το ότι δεν ήμουν στον δρόμο και κάποιος ενδιαφερόταν για μένα και μου το έδειχνε, μου το έλεγε. Αυτό με βοήθησε να καταλάβω πώς να σταματήσω να πίνω ηρωίνη. Καθάρισε το μυαλό μου και μέσα στο πρόγραμμα κατάφερα να μείνω καθαρός».*
> (Β225, 280367ΜΥ1, πδ, υπτ)

> *«Πήρα φροντίδα, αγάπη, στοργή και έμαθα να τα δείχνω και 'γω τώρα».*
> (Β248, 080372ΝΡ2, πδ, υπτ)

> *«Ήταν ένα μέρος που ένιωσα ασφαλής μετά από πολύ καιρό».*
> (Α118, 210766ΣΩ2, οδ, υπτ)

> *«…και το αίσθημα ασφάλειας που ένιωθα…»*
> (Β238, 100863ΑΑ2, οδ, υπτ)

Η ομαδικότητα και η συλλογικότητα, στοιχεία που αποτελούν βασικό άξονα της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας μέσα από την προσέγγιση της αυτοβοήθειας που διατρέχει το σύνολο των διαδικασιών της, αναφέρονται από τους συμμετέχοντες ως σημαντικά πλεονεκτήματα της εμπειρίας τους. Αναφέρουν σχετικά:

> *«Στην κοινότητα έμαθα να βλέπω τους άλλους, έμαθα ότι υπάρχει το εμείς και όχι μόνο το εγώ».*
> (Α159, 251165ΩΕ1, πδ, υπτ)

> *«Μέσα από τις εμπειρίες με την κοινότητα μπορώ να πω ότι πήρα πράγματα όπως η ομαδικότητα, έμαθα να είμαι με πολλούς μαζί, έμαθα να κάνω διάλογο…»*
> (Β315, 150468ΜΡ1, πδ, υπτ)

«Η θεραπευτική εμπειρία με βοήθησε να δω και να καταλάβω την έννοια της ομάδας που πλέον πιστεύω για μια ζωή. Μέσα από αυτό έμαθα να μπορώ να λειτουργώ σαν μια ομάδα με τους άλλους…»
(Β333, 120466ΟΡ1, πδ, υπτ)

«…έμαθα να πιστεύω στη συλλογική προσπάθεια…»
(Β353, 070566ΔΩ1, πδ, υπτ)

«…η κοινότητα με βοήθησε στο να συνειδητοποιήσω τη λειτουργία του συνόλου…»
(Β370, 080474ΑΣ2, πδ, υπτ)

«…είδα την αξία της αλληλοβοήθειας και όταν έφυγα ένιωθα ότι θα άλλαζα τον κόσμο.»
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

Αυτή η αίσθηση ασφάλειας και φροντίδας ίσως να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι δεν χρησιμοποιούνται και δεν νοείται να χρησιμοποιούνται παράνομες ουσίες στη θεραπευτική κοινότητα. Αυτό οι συμμετέχοντες το αντιλαμβάνονται ως μια σταθερά που τους δίνει ασφάλεια και δίνει νόημα στην έννοια *καθαρός*.

«…φεύγοντας από την κοινότητα πήρα την κουβέντα ενός θεραπευτή, που μου είχε πει είτε μείνεις ένα μήνα είτε έξι πάντα θα σου είναι χαραγμένο στο μυαλό ότι αυτό το διάστημα έμεινες καθαρός. Αυτή η αίσθηση του καθαρού έμεινε σαν σφραγίδα πάνω μου μετά τη διακοπή, ώστε την επόμενη φορά που πήγα σε θεραπευτικό πρόγραμμα πήγαινα γιατί ήθελα και ήξερα τι ήθελα.»
(Α103, 041071ΝΡ1, πδ, υπτ)

«Με βοήθησαν να σκεφτώ τη ζωή μου χωρίς ουσίες και με την οικογένειά μου, γεγονός που για κάποιο χρονικό διάστημα το τήρησα.»
(Β361, 051268ΚΚ1, πδ, υπτ)

Η ανάμνηση της ατμόσφαιρας που επικρατεί στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα θετικό βίωμα για τα άτομα που εισάγονται και, ανεξάρτητα από το πώς εξελίσσεται η πορεία τους, συνδέεται με την εκτίμηση του συστήματος. Αυτή η αίσθηση, ακόμα και όταν κάποιος μετά τη θεραπεία υποτροπιάσει στη χρήση παρανόμων ουσιών, μπορεί να αποτελέσει ένα μηχανισμό σύνδεσης με το συνεχές της φροντίδας που στο μέλλον θα τον οδηγήσει σε μια νέα προσπάθεια απεξάρτησης.

5.4.3. Οι αξίες και η λειτουργία τους

Και οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή αναφέρθηκαν στον ηθικό κώδικα που συνάντησαν στη θεραπευτική τους εμπειρία ως χαρακτηριστικό της συνήθως σύντομης διαβίωσής τους στη θεραπευτική κοινότητα. Η ύπαρξη αξιών που καθορίζουν την καθημερινότητα της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας για κάποιους αποτελεί έκπληξη και ερμηνεύεται ως ευχάριστη πρόκληση που διαφέρει από τις εμπειρίες τους εκτός του θεραπευτικού πλαισίου. Πολλές αναφορές εστιάζουν στο πώς τα άτομα βίωσαν αυτές τις αξίες και υπερθεματίζουν την υιοθέτησή τους όχι μόνον κατά τη διαδικασία της θεραπείας τους αλλά και μετά. Η ειλικρίνεια, η εντιμότητα, η ακεραιότητα είναι στοιχεία που αναδεικνύονται συχνά ως βιώματα για τα οποία τα άτομα αισθάνονται ιδιαίτερα ευχάριστα. Αναφέρουν σχετικά κάποιοι από τους συμμετέχοντες:

«[γνώρισα] την ειλικρίνεια…»
(Α002, 041063ΤΝ1, πδ, υπτ)

«Από την άλλη πλευρά, έμαθα να αναζητάω ειλικρίνεια στις σχέσεις με τους γύρω μου. Έφυγα από 'κείνη την πλευρά κι ήρθα από εδώ με σας και θέλω σεβασμό. Κι εγώ δείχνω στους άλλους αυτό που πραγματικά είμαι, δεν είμαι πλάγιος».
(Α081, 050766ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Από το πρόγραμμα πήρα αξίες, όπως ο σεβασμός, που τις δέχτηκα σαν Ευαγγέλιο και όταν λειτουργούν μέσα μου έχουν αποτέλεσμα. Απέκτησα φιλότιμο και υπευθυνότητα προς τους γύρω μου».
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

«Το πιο σημαντικό είναι ότι έμαθα να κάνω συζήτηση σε αληθινή βάση, να μιλάω χωρίς να κρύβω και να θάβω. Να είμαι ο εαυτός μου».
(Α102, 231163ΡΦ1, πδ, υπτ)

«…[έμαθα] να είμαι ειλικρινής κάτι που έχω εφαρμόσει τα τελευταία χρόνια και μ' έχει βοηθήσει».
(Α107, 230463ΕΑ1, πδ, υπτ)

«Ακόμη έμαθα να είμαι ειλικρινής και να μιλάω ευθέως με τους ανθρώπους. Νιώθω ότι αυτά με κάνουν να είμαι πιο δυνατός στις δυσκολίες».
(Α076, 251165ΡΡ1, οδ, υπτ)

«Τα σημαντικότερα στοιχεία που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν [που έμαθα τι είναι] ο σεβασμός, η αλήθεια, η ειλικρίνεια, η εκτίμηση…»
(Α122, 010162ΝΕ1, οπ, υπτ)

«…και τις άξιες με τις οποίες να μπορέσω να ζήσω την υπόλοιπη ζωή μου».
(Α124, 300464ΑΛ1, οπ, υπτ)

«Αυτά που έμαθα είναι πάνω απ' όλα να σέβομαι τον εαυτό μου και τους άλλους, να μην λέω ψέματα, να μην κλέβω, να ακούω και να δέχομαι».
(Β311, 050366ΑΜ1, οπ, υπτ)

«Έμαθα βασικές αρχές όπως σεβασμός, αυτοεκτίμηση, τιμιότητα καθώς και τι σημαίνει να είσαι υπεύθυνος και αυτόνομος».
(Β377, 120967ΝΝ1, οπ, υπτ)

Η αναφορά των ατόμων στις αξίες της ζωής στην καθημερινότητα της θεραπευτικής κοινότητας και η αποδοχή τους ως εργαλείων για τη σχέση και τη διαχείριση της ζωής τους προσδίδει μια νέα διάσταση στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους. Συχνά αυτή η αναφορά υποκρύπτει την ικανοποίηση των ατόμων, αφού υιοθετώντας τες, πέραν από τρόπος σχετίζεσθαι γίνεται και μηχανισμός αναγνώρισης και αποδοχής του εαυτού τους.

5.4.4. Αναγνώριση του εαυτού

Συχνά τα άτομα που κάνουν πολύχρονη χρήση παρανόμων ουσιών διακατέχονται από αισθήματα υποτίμησης του εαυτού τους που μπορεί να λειτουργούν και ως παράγοντας που τα ωθεί σε περαιτέρω χρήση. Στη διαδικασία της θεραπείας είναι σημαντικό να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση των ατόμων, ώστε να βρεθούν σε θέση να διακρίνουν τα θετικά στοιχεία τους και να ενισχυθεί η προσπάθειά τους για την απεξάρτηση. Και οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή αναφέρθηκαν σ' αυτή τη διαδικασία την οποία θεωρούν σημαντική και επισημαίνουν ότι τους βοήθησε να αποκτήσουν μια σχετική αυτογνωσία και να αποδεχτούν τον εαυτό τους. Ανεξάρτητα από το εάν στη συνέχεια αυτή η αποδοχή του αποδυναμώνεται εξαιτίας της εμπειρίας της υποτροπής, παραμένει ένα θετικό στοιχείο ότι στη διαδικασία της θεραπείας τους απέκτησαν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι από τους συμμετέχοντες:

«Μέσα από το πρόγραμμα στο οποίο συμμετείχα έμαθα το να μπορώ να καταλαβαίνω τις ανάγκες μου, να ζυγίζω τα πράγματα, να κάνω κάτι στο βαθμό που μπορώ».
(Α071, 171169ΗΡ1, πδ, υπτ)

«Μετά το πρόγραμμα νιώθω διαφορά στον εαυτό μου. Καταρχήν, ξέρω τι θέλω να κάνω κι αν αποφασίσω κάτι προσπαθώ μέχρι να το πετύχω…»
(Α081, 050766ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Έμαθα τι σημαίνει σεβασμός στον εαυτό μου».
(Α173, 130953ΙΥ1, πδ, υπτ)

«Άρχισα να βλέπω τα πράγματα κάπως αλλιώς. Ξεκαθάρισα κάπως τι θέλω σε σχέση με μένα».
(Α194, 270469ΩΙ1, πδ, υπτ)

«Είδα ότι έχω μέσα μου δυνάμεις πολλές. Άρχισα να πιστεύω στον εαυτό μου. Ήταν το σημαντικότερο για μένα. Το μεγαλύτερο κέρδος».
(Β201, 120868ΑΓ1, πδ, υπτ)

«Γνώρισα καλά τον εαυτό μου, τις δυνάμεις μου».
(Β211, 180162ΜΘ1, πδ, υπτ)

« [ήταν σημαντικό] το ότι άρχισα να γνωρίζω κάπως τον εαυτό μου».
(Α195, 190470ΝΡ2, πδ, υπτ)

«…είδα τις δυνατότητες που έχω ως άτομο και κατάλαβα ότι τα περισσότερα παιδιά που πίνουνε είναι καλά, χρυσά παιδιά και ευαίσθητα».
(Β279, 230455ΑΡ2, πδ, υπτ)

«Να προσπαθώ να έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου».
(Α013, 230766ΕΥ1, οδ, υπτ)

«Έμαθα πολλά πράγματα για τον εαυτό μου. Συνειδητοποίησα τι θέλω και τι μου αρέσει να κάνω. Έκανα για πρώτη φορά πράγματα που δεν ήξερα ότι μπορούσα να κάνω… Κι ακόμη έμαθα να ξεπερνάω τον εαυτό μου, να κοιτάζω τι είναι καλό και να προχωράω».
(Α068, 011072ΟΕ1, οδ, υπτ)

«Το πιο σημαντικό ήταν η αυτογνωσία. Μεγάλος κέρδος και φοβερή εμπειρία. Το δεύτερο πιο σημαντικό ήταν ότι έμαθα να αξιολογώ τον εαυτό μου, τα συναισθήματα μου, τις καταστάσεις που ζω».
(Α196, 020672ΟΦ1, οδ, υπτ)

«Έμαθα να ελέγχω και να βλέπω τον εαυτό μου, να βλέπω κομμάτια του εαυτού μου και να τα εκτιμάω».
(Β206, 011275ΕΣ1, οδ, υπτ)

«Αυτογνωσία. Μ' έχει βοηθήσει πολύ στη ζωή μου».
(Β212, 230264ΚΡ1, οδ, υπτ)

«Ανακάλυψα δυνάμεις που νόμιζα πως δεν είχα. Απόκτησα σιγουριά στον εαυτό μου,

αυτοεκτίμηση».
(Α009, 170763ΣΤ1, οπ, υπτ)

«Μπήκα στην διαδικασία αυτογνωσίας, την οποία συνεχίζω και σήμερα, μόνος μου, γιατί είναι μια διαδικασία ζωής που δεν μπορείς να βγεις από αυτήν. Αυτό με βοηθάει να βγαίνω από δύσκολες καταστάσεις».
(Β318, 010170ΩΕ1, πο, υπτ)

«Μου δόθηκε το ερέθισμα, έγινε η αρχή για να κοιτάξω προς τον εαυτό μου, έμαθα να μιλάω για μένα, να ανοίγομαι».

(Β388, 310176ΘΕ2, οπ, υπτ)

Επιπλέον, το γεγονός της γνώσης των χαρακτηριστικών που ανακαλύπτουν τα άτομα για τον ίδιο τον εαυτό τους, τους επιτρέπει να αποκτήσουν μια ορθή κρίση για την κατάστασή τους και τις δυνατότητες που έχουν είτε κάνοντας χρήση είτε προσπαθώντας να απεξαρτηθούν. Είναι χαρακτηριστικές οι παρακάτω αναφορες:

«Αυτό που με βοήθησε πολύ ήταν ότι κατάλαβα ότι για να κάνω κάτι για εμένα, πρέπει να απευθυνθώ σε ανθρώπους για βοήθεια. Ότι δεν μπορώ μόνος μου να τα καταφέρω».
(Β245, 280571ΤΜ1, πδ, υπτ)

«Για εμένα είδα τι πρέπει να κάνω και με είδα στο μέλλον».
(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

Τα στοιχεία της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποδοχής στα οποία αναφέρθηκαν οι συμμετέχοντες όλων των ομάδων έχουν σημασία και για τους συμμετέχοντες που είναι σε υποτροπή, γιατί έμμεσα τους επιτρέπουν να αναπτύξουν δεξιότητες που αυξάνουν τις πιθανότητες να ζητήσουν πάλι βοήθεια. Η κοινωνικότητα και οι σχέσεις που αναπτύσσουν μπορεί να αποδειχθούν σημαντικοί παράγοντες σε μια τέτοια προοπτική.

5.4.5. Οι σχέσεις και η κοινωνικότητα

Έχει προαναφερθεί η σημασία που έχει το έλλειμμα των κοινωνικών σχέσεων για τους εξαρτημένους. Εγκλωβισμένοι συνήθως σε σχέσεις που περιστρέφονται γύρω από τη χρήση ουσιών, περιορίζονται στη διαρκή καθημερινή τους συναλλαγή για την αναζήτηση και τη χρήση της ουσίας και αποδυναμώνονται οι δεσμοί που χαρακτηρίζονται από ισοτιμία, αμοιβαία εκτίμηση και βασίζονται στην ανατροφοδοτική κοινωνική αλληλεπίδραση. Ο τρόπος που αναπτύσσονται οι σχέσεις στο πλαίσιο της θεραπείας στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί, λοιπόν, μια νέα εμπειρία για τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία. Γίνονται αφορμή για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και καταλήγουν να αποτελέσουν τη βάση για νέες επιλογές.

Οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή αναφέρθηκαν στις σχέσεις στη θεραπευτική κοινότητα και ανέδειξαν τη σημασία τους ως παράγοντα ενδυνάμωσης που τους βοηθά να χαράξουν νέα προοπτική που, έστω και αν είναι προσωρινή, στο πλαίσιο μόνο της θεραπείας τους, αποκτά σημασία γιατί τους μαθαίνει έναν νέο τρόπο σχετίζεσθαι. Οι *αληθινές σχέσεις,* όπως τις αποκαλούν συχνά, είναι κάτι στο οποίο η θεραπευτική εμπειρία τους ενίσχυσε να επενδύουν. Τα αποσπάσματα κάποιων αναφορών είναι χαρακτηριστικά:

«Η εμπειρία μου στην κοινότητα με βοήθησε στις σχέσεις μου με τους άλλους. Έμαθα ν' ανοίγομαι και να ενδιαφέρομαι για άλλους. Είδα ότι υπάρχει συναίσθημα στις σχέσεις όταν αυτές είναι πραγματικές».

(Α072, 121168ΧΥ1, πδ, υπτ)

«Από την άλλη πλευρά, αναζητάω ειλικρίνεια πια στις σχέσεις με τους γύρω μου. Έφυγα από 'κείνη την πλευρά κι ήρθα από εδώ με σας και θέλω σεβασμό».
(Α081, 050766ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Στην κοινότητα έμαθα να βλέπω τους άλλους, έμαθα ότι υπάρχει το εμείς και όχι μόνο το εγώ».
(Α159, 251165ΩΕ1, πδ, υπτ)

«…και κυρίως έμαθα να δουλεύω και να καλυτερεύω τις σχέσεις μου και έμαθα τι είναι αξιοπρέπεια και πώς να την έχω.»
(Β329, 150161ΤΥ1, πδ, υπτ)

«…κι έμαθα να βελτιώνω τις σχέσεις μου αλλά και να δημιουργώ [σχέσεις]».
(Β333, 120466ΟΡ1, πδ, υπτ)

«…αισθάνομαι πολλές φορές ότι οι σχέσεις μου με τους άλλους έχουν βελτιωθεί».
(Β343, 010966ΡΤ1, πδ, υπτ)

«Έμαθα να δημιουργώ αληθινές φιλίες».
(Β364, 260669ΑΑ1, πδ, υπτ)

«…ξέρω τώρα να είμαι πιο ενεργητική στις σχέσεις μου».
(Α015, 090577ΝΑ2, πδ, υπτ)

«Η κοινότητα με βοήθησε στο να κάνω φίλες, να ανοίγομαι, στο να μιλάω. Αυτό με βοήθησε πολύ, γιατί πριν δεν μίλαγα σε άνθρωπο».
(Β363, 140874ΚΕ2, πδ, υπτ)

«Μπόρεσα να εξωτερικεύσω πράγματα δικά μου και να δείξω εμπιστοσύνη στους άλλους. Είδα πόσο αξίζει να βοηθάς τους άλλους και να σε βοηθάνε».
(Α078, 160469ΑΑ1, οδ, υπτ)

«Έμαθα πολλά σε σχέση με τους ανθρώπους, όπως το να σέβομαι και να μην υποτιμώ τους άλλους, κι αυτό ήταν σημαντικό για τις διαπροσωπικές μου σχέσεις».
(Α111, 200267ΑΓ1, οδ υπτ)

«Έμαθα να μιλάω, να γίνομαι κοινωνικός, ν' ανοίγομαι περισσότερο και να μιλάω για τα προβλήματά μου χωρίς να δυσκολεύομαι».
(Β206, 011275ΕΣ1, οδ, υπτ)

«Το σημαντικότερο από αυτά που έμαθα στην κοινότητα είναι το να σέβεσαι τον εαυτό σου και τους άλλους. Είδα την αξία των σχέσεων, το να μπορείς να έχεις δίπλα σου ανθρώπους να σε βοηθήσουν και να μπορείς να εκφραστείς…Να μην χειρίζεσαι τους άλλους και να μην τους αφήνεις να σε χειρίζονται».
(Α084, 090279ΕΝ2, οδ, υπτ)

«Στην κοινότητα κατάλαβα την αξία της φιλίας…Να προσέχω το διπλανό μου, να του δίνω σημασία. Η κοινότητα με βοήθησε. Εκεί έμαθα πολλά, άσχετα με το τι έκανα μετά».
(Β278, 160379ΙΦ2, οδ, υπτ)

«Μέσα από τη θεραπευτική μου εμπειρία έμαθα να είναι πιο ειλικρινής και ξεκάθαρη

στις σχέσεις και έπαψα να καταπιέζω τον εαυτό μου για να δίνω ευχαρίστηση στους άλλους, όπως έκανα στο παρελθόν».
(Β324, 020263ΡΕ2, οδ, υπτ)

«Το σημαντικότερο από τις εμπειρίες και τις δεξιότητες που απέκτησα στην κοινότητα ήταν ότι έμαθα να κάνω αληθινές σχέσεις. Το πρόγραμμα με βοήθησε να επικοινωνώ κι έτσι κατά συνέπεια να βελτιώσω και τις σχέσεις του με τους άλλους. Νιώθω όμως ότι μετά, με τη χρήση, ξαναβγήκαν οι παλιές συνήθειες, ενώ τότε στην κοινότητα ένιωθα δυνατός».
(Β228, 210268ΡΥ1, οπ, υπτ)

«Έμαθα πολλά για τις ανθρώπινες σχέσεις. Να νιώθω τους ανθρώπους, να σκέφτομαι τι νιώθει ο άλλος, και να κάνω σχέσεις με ανθρώπους».
(Β259, 170875ΑΓ1, οπ, υπτ)

Αρκετές φορές οι συμμετέχοντες αποδίδουν στην ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσουν και την κοινωνικότητα που πλέον υιοθετούν με επιλεκτικό τρόπο και τη διάσταση της προστασίας από τη χρήση ουσιών. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι:

«Από τις εμπειρίες που απέκτησα μέσα στην κοινότητα θεωρώ πιο σημαντική για την υπόλοιπη ζωή μου το ότι πρέπει να έχεις καθαρές παρέες, αν θέλεις να ξεκόψεις [από τη χρήση] πραγματικά».
(Β218, 270773ΙΑ, πδ, υπτ)

«Τώρα όταν έχω πρόβλημα παίρνω τους φίλους μου τηλέφωνο και το συζητάω».
(Β362, 160874ΑΣ2, πδ, υπτ)

«Έμαθα ότι με φίλους κρατιέσαι μακριά από ουσίες».
(Β202, 230774ΑΚ1, πδ, υπτ)

5.4.6. Μπροστά στην πραγματικότητα

Οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή έδωσαν έμφαση στον τρόπο με τον οποίο η θεραπευτική εμπειρία τους βοήθησε στο να κατανοήσουν με σαφήνεια τις συνθήκες που ορίζουν την κατάσταση της χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με τον τρόπο που ερμηνεύουν την εμπειρία τους, οι διαδικασίες που βίωσαν στη θεραπευτική κοινότητα τους βοήθησαν να αντιληφθούν ότι χρειάζονται βοήθεια, ότι μπορούν να σκέφτονται πώς θα διακόψουν τη χρήση ουσιών αλλά και να αναγνωρίζουν την πραγματική τους ανάγκη και τους κινδύνους που μπορεί να έχει η συνέχιση της χρήσης. Η συνειδητοποίηση αυτής της κατάστασης, ακόμα κι αν μετά τη θεραπεία υποτροπίασαν τελικά, τους επιτρέπει να διαμορφώσουν μια απόφαση που μπορεί να έχει παλινδρομήσεις άλλα έχει ως προοπτική τη διακοπή της χρήσης. Επιπλέον, για όσο διάστημα μετά τη θεραπεία παρέμειναν σε αποχή από τη χρήση ουσιών η κατανόηση της πραγματικότητας απετέλεσε ένα μηχανισμό άμυνας. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«Η κοινότητα με βοήθησε στην αυτοσυγκέντρωση και να καταλάβω ότι πρέπει να κόψω τη χρήση».
(Α139, 040770ΚΚ1, πδ, υπτ)

«Άρχισα να βλέπω τα πράγματα κάπως αλλιώς. Ξεκαθάρισα κάπως τι θέλω σε σχέση με μένα».
(Α194, 270469ΩΙ1, πδ, υπτ)

«Αυτό που με βοήθησε πολύ ήταν ότι κατάλαβα ότι για να κάνω κάτι για εμένα, πρέπει να απευθυνθώ σε ανθρώπους για βοήθεια. Ότι δεν μπορώ μόνος μου να τα καταφέρω».
(Β245, 280571ΤΜ, πδ, υπτ)

«Μπορεί να έμεινα λίγο, αλλά αισθάνομαι ότι πήρα κάτι. Είδα τι κάνει η πρέζα, δεν το είχα καταλάβει πριν. Για εμένα είδα τι πρέπει να κάνω και με είδα στο μέλλον. Έμαθα να προσέχω όταν έβλεπα πρέζα, έλεγα όχι, μην το κάνεις, πρόσεχε».
(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

«Είδα τι με περιμένει. Αλλά δεν ήταν αρκετό για να καθαρίσω. Με βοήθησαν να συνειδητοποιήσω ότι τα πράγματα δεν είναι εύκολα, ότι έχω πολλά κοινά με άλλους, και έμαθα ότι χωρίς δουλειά δεν γίνεται τίποτα με τον εαυτό μου».
(Β256, 310164ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Πήρα πράγματα που με έκαναν δυνατό και με βοήθησαν να σκεφτώ τη ζωή μου χωρίς ουσίες και με την οικογένειά μου γεγονός που για κάποιο χρονικό διάστημα το τήρησα».
(Β361, 051268ΚΚ1, πδ, υπτ)

«Μέσα από την εμπειρία μου με το ΚΕΘΕΑ άλλαξε ο τρόπος σκέψης μου και κατάλαβα ότι δεν αξίζει όλη η ζωή μου να εξαρτάται από την ηρωίνη».
(Β385, 230774ΥΝ1, πδ, υπτ)

«Κατάλαβα το πώς να ζω καθαρή, να χαίρομαι με το παρόν, να μου αρέσει αυτό που κάνω και να έχει νόημα».
(Α015, 090577ΝΑ2, πδ, υπτ)

«Μέσα από την κοινότητα έμαθα να μην κουκουλώνω τα πράγματα και να μην παραμυθιάζομαι. Ότι πρέπει να τα αντιμετωπίζω δίχως πιόμα».
(Β216, 250380ΚΥ2, πδ, υπτ)

«Πιστεύω ότι η κοινότητα με βοήθησε να καταλάβω πολλά πράγματα και να δω ότι ακόμη και τα μικρά πράγματα που κάναμε ή μας έλεγαν είχαν κάποια σημασία και ακόμη να συνειδητοποιήσω διάφορα πράγματα, όπως το γιατί κάνω χρήση, γιατί τώρα τη χρήση την κάνω συνειδητά».
(Β328, 200574ΤΑ2, πδ, υπτ)

«Έμαθα…να ζητάω και τη βοήθεια των άλλων. Ήμουν άνθρωπος που ήθελα να τα κάνω όλα μόνη μου. Μέσα στην κοινότητα έμαθα τι είναι να συνεργάζεσαι και ότι δεν είναι κακό να ζητάς βοήθεια. Τώρα που το κάνω νιώθω πολύ καλύτερα, πριν πιεζόμουν πολύ».
(Β353, 070566ΔΩ1, πδ, υπτ)

«…με βοήθησε παντού η κοινότητα, με βοήθησε στο να συνειδητοποιήσω τη λειτουργία του συνόλου, το καθετί, γιατί πριν ήμουν στην ψευδαίσθηση».
(Β370, 080474ΑΣ2, πδ, υπτ)

«Μου έμαθε τον τρόπο να γυρνάω το μυαλό μου όταν θέλω να κάνω χρήση ουσιών».
(Α011, 270562ΝΛ1, οδ, υπτ)

«…Δυσκολεύομαι να μιλήσω. Απέκτησα τα πάντα στο ΚΕΘΕΑ. Έμαθα πόση αξία έχει η ζωή και τι σημαίνει η λέξη ευθύνη. Πήρα δύναμη, ξύπνησε το μυαλό μου…»
(Β262, 100669ΗΡ1, οδ υπτ)

«Αυτό που με βοήθησε ήταν να ξεκαθαρίσω στο μυαλό μου την απόφασή μου και τη θέληση μου».
(Α118, 210766ΣΩ2, οδ, υπτ)

«Έμαθα ότι πληρώνεις για ό,τι κάνεις. Αν θέλεις όλα γίνονται. Βοηθήθηκα να μείνω καθαρός».
(Α003, 131173ΙΓ1, οπ, υπτ)

«Έμαθα πόσο ωραίο είναι να είσαι καθαρός από ουσίες».
(Α008, 170369ΤΝ1, οπ, υπτ)

«Αυτό που απέκτησα από το ΚΕΘΕΑ ήταν ότι έμαθα να είμαι σε καλύτερη αρμονία με τα συναισθήματα μου και με τις ανάγκες μου. Έμαθα να είμαι αισιόδοξος και να ενδιαφέρομαι για τη ζωή».
(Α124, 300464ΑΛ1, οπ, υπτ)

5.4.7. Αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα

Πολλές αναφορές της ομάδας που βρίσκονται σε υποτροπή επικεντρώθηκαν στο επίπεδο της αναγνώρισης, του βιώματος και της διαχείρισης του συναισθήματος Έχει ήδη αναφερθεί ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών πολύ συχνά αναπτύσσουν μια ελλειμματική συναισθηματική ωρίμανση που δεν τους επιτρέπει να βιώνουν συναισθηματικές εντάσεις και να αναγνωρίζουν τη σημασία τους. Ο τρόπος που η θεραπευτική διαδικασία ανασκαλεύει τη συναισθηματική αυτή ψυχρότητα, ακόμα και για όσους είναι σε υποτροπή, απετέλεσε μια εντυπωσιακή εμπειρία. Τα στοιχεία που προκαλούν ένα συναίσθημα και το βίωμα αυτού που συνδέεται, αρκετά συχνά για πρώτη φορά, με θέματα που αφορούν τις σχέσεις ή την προοπτική της ζωής των ατόμων, ερμηνεύτηκαν από αρκετούς από τους συμμετέχοντες ως σημαντικό όφελος της εμπειρίας τους στη θεραπεία. Πιο συχνά τα αποσπάσματα χαρακτηρίζονται από την περιγραφή της ικανότητας να βιώνει κάποιος συναισθήματα εν γένει. Μερικές αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

«…έμαθα πράγματα για την ψυχολογία, ποια είναι τα συναισθήματα και έμαθα να τα αναλύω. Αυτό με βοήθησε να μην μένω στην επιφάνεια, αλλά να εμβαθύνω. Μέσα από αυτό πέτυχα κάπως να πάρω την ευθύνη του εαυτού μου».
(Α063, 240664ΝΡ1, πδ, υπτ)

«Είχα την ευκαιρία να ανακαλύψω μέσα μου συναισθήματα που δεν ήξερα ότι είχα».
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

«Ένοιωσα συναισθήματα».
(Β211, 180162ΜΘ1, πδ, υπτ)

«Το πρόγραμμα μ' έμαθε να ψάχνω και να δουλεύω τα συναισθήματά μου και έμαθα να καταλαβαίνω γιατί μου βγαίνει αυτό ή εκείνο».
(Α052, 051170ΝΦ1, οδ, υπτ)

Σημαντικό ήταν επίσης και το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν ασφαλείς να εκφράσουν τα συναισθήματα που ένιωθαν. Αυτό το άνοιγμα, η έκθεση του εαυτού περιγράφεται με όρους ανακούφισης συχνά από μέρους τους και ερμηνεύεται ως μια καινούρια κατάκτηση. Χαρακτηριστικά αναφέρεται από κάποιους συμμετέχοντες:

«Άρχισα να εκτίθεμαι. Ντρεπόμουνα στην αρχή».
(Β208, 290566ΩΔ1, πδ, υπτ)

«…[η κοινότητα] με βοήθησε… να μπορώ να εκφράσω ελεύθερα τα συναισθήματά

μου. Αυτό που θεωρώ το πιο σπουδαίο είναι ότι πλέον δεν φοβάμαι να εκτεθώ.»
(Β230, 081269ΑΝ1, πδ, υπτ)

«Αυτό που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν να λέω ότι με ενοχλεί στο άλλον και να εκφράζω τα συναισθήματα μου».
(Α128, 260579ΣΗ2, πδ, υπτ)

«Το ν' ανοιχτώ, να πω τα πραγματικά μου συναισθήματα… Μάζευα θυμό που δεν τον έβγαζα. Έμαθα ότι όταν έχει συσσωρευμένα μέσα του κανείς, είναι καλό να τα βγάζει. Αλήθεια θα εκφράζεις».
(Β209, 220978ΙΝ2, πδ, υπτ)

«Αυτό που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν ο τρόπος να διαχειρίζομαι και να εκδηλώνω τα συναισθήματα μου…»
(Α129, 280572ΕΓ1, οδ, υπτ)

«Μου δόθηκε το ερέθισμα, έγινε η αρχή για να κοιτάξω προς τον εαυτό μου, έμαθα να μιλάω για μένα, να ανοίγομαι».

(Β388, 310176ΘΕ2, οπ, υπτ)

Αν και πολύ συχνά οι αναφορές ως προς την ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων είναι γενικευμένες, δεν λείπουν εκείνες στις οποίες αναγνωρίζονται και ονομάζονται συγκεκριμένα συναισθήματα. Ο φόβος για τον εαυτό καθώς και η αίσθηση αγάπης κυριαρχούν. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα:

«…Κατάλαβα ότι στη ζωή για να πάρεις, πρέπει και να δώσεις. Πήρα φόβο για εμένα, πριν δεν φοβόμουν…»
(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

«Αυτό που απέκτησα ήταν το φόβο, γιατί είδα τι με περιμένει. Αλλά δεν ήταν αρκετό για να καθαρίσω…»
(Β256, 310164ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Αισθάνθηκα ενθουσιασμένος, φοβισμένος και μόνος».
(Β340, 141068ΣΣ1, πδ, υπτ)

«…απλά αυτό που μου έκανε εντύπωση ήταν η αγάπη που ήταν πολύ έντονη στα παλιά μέλη. Η αγάπη που είχαν μεταξύ τους …τη ζήλευα πολύ… Το συναίσθημα της αγάπης σαν εικόνα….»
(Β359, 141171ΘΓ2, πδ, υπτ)

5.4.8. Αλλάζοντας στάση με νέα αντίληψη για τη ζωή

Οι αναφορές των συμμετεχόντων που βρίσκονταν σε υποτροπή την περίοδο της επανεξέτασης συνέκλιναν στη συγκρότηση μιας κατηγορίας επιπλέον που, με παρόμοιο τρόπο με αυτόν των δύο προηγούμενων ομάδων, περιγράφει την υποστήριξη που πήραν τα άτομα να αλλάξουν στάση ζωής απέναντι στις δυσκολίες και τα εμπόδια και με μια νέα αντίληψη να σχεδιάσουν διαφορετικά τη διαχείριση της ζωής τους. Η διαφορά με τις δύο προηγούμενες ομάδες βρίσκεται στο γεγονός ότι δεν πρόκειται για μια στρατηγική που οργανώνει αποτελεσματικά και την πρόληψη της υποτροπής, αφού όσοι συμπεριλαμβάνονται σ' αυτή την τελευταία ομάδα είναι υπότροποι. Είναι ωστόσο ενδιαφέρον ότι οι τεχνικές και οι μέθοδοι που οργανώνουν και οι τρεις ομάδες κινούνται στο ίδιο γενικά πλαίσιο: οργάνωση

της καθημερινότητας, διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, όρια, στόχοι και συνέπεια, αλλά και αισιοδοξία για τη ζωή με μια νέα προοπτική. Σε κάθε περίπτωση ο τρόπος αυτός που αναδεικνύεται από τους συμμετέχοντες ως δεξιότητα που προκύπτει από την υποστήριξη που δέχθηκαν και τη δυνατότητα τους να εμπεδώσουν τις κατευθύνσεις της θεραπευτικής εμπειρίας, αποτελεί ένα συσσωρευτικό όφελος πολλαπλασιαστικό της δυναμικής για προσωπική κινητοποίηση και ωρίμανση της απόφασης για απεξάρτηση. Επίσης η αλλαγή στάσης ζωής με επιμονή στην προσπάθεια και χωρίς την υποχώρηση ως πρώτη επιλογή, όπως διατείνονται οι συμμετέχοντες, παράλληλα με την ανάληψη προσωπικών ευθυνών, αποτελεί ένα παράπλευρο όφελος και πιστώνεται –και από τους ίδιους τους συμμετέχοντες– στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

«Μετά το πρόγραμμα νιώθω διαφορά στον εαυτό μου. Καταρχήν, ξέρω τι θέλω να κάνει, κι αν αποφασίσω κάτι προσπαθώ μέχρι να το πετύχω…»
(Α081, 050766ΡΡ1, πδ, υπτ)

«Έμαθα να οργανώνω τη μέρα μου, να δουλεύω πολλές ώρες, να κάνω σωστή διατροφή, να είμαι φιλικός με τους συνανθρώπους μου. Πολύ σημαντικό ήταν ότι έμαθα πως πρέπει να έχουμε μέτρο σε όλα εκτός από την ηρωίνη».
(Α083, 250661ΩΑ1, πδ, υπτ)

«Αυτό που πιστεύω ότι πήρα από το Πρόγραμμα είναι ότι έμαθα να τα βγάζω πέρα μόνος μου. Αν πεινάω για παράδειγμα να φτιάξω κάτι να φάω και όχι να λέω μαμά φτιάξε μου. Έμαθα επίσης τη συνέπεια που με βοηθάει πολύ στη δουλειά μου».
(Α199, 091169ΜΚ1, πδ, υπτ)

«Αν και έμεινα λίγο καιρό, είχα πάρει κάποια πράγματα. Όπως σου είπα, δεν έχω σπουδάσει, δεν έχω μάθει τρόπους. Μετά την κοινότητα σταμάτησα να βρίζω, πρόσεχα τι λέω και πώς το λέω, να ξυρίζομαι κάθε πρωί. Τον πρώτο καιρό που είχα φύγει από το πρόγραμμα κάποια από αυτά τα κράτησα, φαντάσου σηκωνόμουν και ξυριζόμουν κάθε πρωί, έστρωνα το κρεβάτι μου, γεγονός πρωτόγνωρο για έμενα, αυτά όλα βέβαια με τον καιρό τα σταμάτησα».
(Β242, 101061ΥΡ1, πδ, υπτ)

«Έμαθα μερικούς τρόπους, όπως τα όρια, τα οποία δεν μπορώ να βάλω όπως θέλω. Δηλαδή δεν είμαι κάθετη με τον εαυτό μου πάντα, αλλά μερικές φορές το καταφέρνω».
(Β363, 140874ΚΕ2, πδ, υπτ)

« Σε σχέση με τον έξω κόσμο, το θέμα της συνέπειας. Έμαθα να λέω τι θέλω χωρίς να περιπλέκω τα πράγματα. Έμαθα να λέω όχι, αυτό ήταν πολύ βασικό».
(Α044, 0870ΩΩ1, οδ, υπτ)

«Έγινα υπεύθυνος, σε ό,τι κάνω αναλαμβάνω τις ευθύνες. Παλιά έλεγα ότι φταίει αυτό ή εκείνο. Τώρα δεν προσποιούμαι, δεν δικαιολογούμαι κι ας με πονέσει».
(Α052, 051170ΝΦ1, οδ, υπτ)

«Αναγνωρίζω ότι έχω πάρει πολλά πράγματα από το πρόγραμμα, αλλά δυσκολεύομαι να τα αξιοποιήσω, κι έτσι στο τέλος τα υποτιμάω και πίνω… είδα ότι είναι σημαντικό να έχεις όρια σε κάποια πράγματα…»
(Α084, 090279ΕΝ2, οδ υπτ)

«Αν κάποιος δώσει βάση μπορεί να πάρει πολλά. Κι εγώ έμαθα να είμαι υπεύθυνη, να βάζω μικρούς στόχους και να προχωράω σιγά-σιγά, αλλά και να φοβάμαι, να μην εφησυχάζω, αλλά να προσπαθώ συνεχώς, να κάνω ξεκαθάρισμα μέσα μου και στις σχέσεις μου με τους άλλους».

(Α112, 280374ΣΡ2, οδ, υπτ)

«Απέκτησα πολλά σημαντικά πράγματα από το ΚΕΘΕΑ. Να παίρνω αποφάσεις και να της υλοποιώ, να εκτιμώ πράγματα και τη ζωή, να μην είμαι τόσο εγωίστρια, να έχω υπομονή, να αναθεωρήσω πολλά πράγματα, να αλλάξω τη στάση ζωής μου, συν πολλά άλλα».
(Α134, 110960ΥΡ2, οδ, υπτ)

«Έμαθα να βάζω στόχους, να κάνω όνειρα και να τα πραγματοποιώ».
(Α008, 170369ΤΝ1, οπ, υπτ)

«Τα σημαντικότερα στοιχεία που απέκτησα στο ΚΕΘΕΑ ήταν ο σεβασμός, η αλήθεια, η ειλικρίνεια, η εκτίμηση, ότι χρειάζονται όρια, στόχοι, ρίσκο, να ζητάς βοήθεια, να ελέγχεις τα συναισθήματα σου εσύ και όχι οι άλλοι, να μην δίνεις τα δικά σου συναισθήματα και τα ψυχικά σου πράγματα σε άτομα που δεν τα εμπιστεύεσαι, η ωριμότητα, να είσαι απλός, να διεκδικείς».
(Α122, 010162ΝΕ1, οπ, υπτ)

Σχετικά με την οργάνωση της καθημερινότητας και τον τρόπο που προγραμματίζουν τη ζωή τους οι συμμετέχοντες σε μερικές από τις αναφορές τους επισημαίνουν:

«Έμαθα να μπορώ να καταλαβαίνω τις ανάγκες μου, να ζυγίζω τα πράγματα, να κάνω κάτι στο βαθμό που μπορώ. Μετά, στις δύσκολες στιγμές, προσπαθώ να δίνω παράταση στον εαυτό μου και να μην παίρνω βιαστικές αποφάσεις».
(Α071, 171169ΗΡ1, πδ, υπτ)

«Ακόμη έμαθα να προγραμματίζω τη ζωή μου και να κάνω πράγματα που μου αρέσουν».
(Α072, 121168ΧΥ1, πδ, υπτ)

«…έμαθα να προγραμματίζω και να οργανώνω τη ζωή μου».
(Α166, 200661ΡΑ1, πδ, υπτ)

«Δεν ξέρω αν με βοήθησε η κοινότητα. Σίγουρα σκέφτομαι την πειθαρχία που επικρατούσε εκεί και την οργάνωση του χρόνου και προσπαθώ να τα βάλω στην καθημερινότητά μου».
(Β346, 051258ΣΑ1, πδ, υπτ)

Όλα τα παραπάνω ως ερμηνεία των συμμετεχόντων αποτελούν μια ένδειξη για την υιοθέτηση μια άλλης φιλοσοφίας για τη ζωή που απαξιοί σε γενικές γραμμές τη χρήση παρανόμων ουσιών και αναζητά μέσα από μια διαφορετική πρακτική τη διαχείριση της ζωής.

5.4.9. Ανάπτυξη δεξιοτήτων σε πρακτικά ζητήματα

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες που περιλαμβάνονται στην ομάδα όσων βρίσκονται σε υποτροπή ανέφεραν δεξιότητες που ανέπτυξαν σε ζητήματα πρακτικής φύσης. Δεδομένης της κατάστασης υποτροπής που βρίσκονται τα άτομα αυτής της ομάδας, η προσδοκία ανάπτυξης δεξιοτήτων σε ανάλογους, πρακτικής φύσης τομείς φαντάζει υπερβολική. Ιδιαίτερα μάλιστα επειδή τα περισσότερα άτομα έμειναν στη θεραπευτική διαδικασία για σύντομο διάστημα. Οι αναφορές, ωστόσο, των συμμετεχόντων και αυτής της ομάδας συχνά επικεντρώνονται σε δεξιότητες που ανέπτυξαν σε επίπεδο κατάρτισης, επαγγελματικών δεξιοτήτων, εκπαίδευσης ή δεξιοτήτων ζωής που, αποτελούν και την τελευταία κατηγορία που συγκροτείται από τη μαρτυρία τους. Η αναφορά τους μάλιστα σ' αυτά τα ζητήματα αναδεικνύει μια ικανοποίηση που σηματοδοτείται ιδιαίτερα θετικά από μέρους τους. Μερικά αποσπάσματα των αναφορών των συμμετεχόντων είναι χαρακτηριστικά:

«Πήρα και γνώσεις και κάτι πρακτικό, όπως τα σεμινάρια. Έχεις πάει στην κοινότητα; Το νεοκλασικό κτίριο εμείς το φτιάξαμε από την αρχή. Παρακολούθησα σεμινάριο αναπαλαίωσης νεοκλασικών κτιρίων. Στην ολοκλήρωση του σπιτιού ήμουν ο συντονιστής του σπιτιού, έτσι με έλεγαν, ήμουν ο τελευταίος υπεύθυνος για το σπίτι. Έκανα πολλά σεμινάρια, πήγα μάλιστα με την κοινότητα εκπαιδευτική εκδρομή στη Γερμανία δύο εβδομάδες. Στη δουλειά μου αυτό με βοήθησε. Δεν ήταν μόνο το ξυλουργικό κομμάτι, ήταν και τεχνικά πράγματα, τα πατώματα και άλλα πολλά».
(Α055, 041068ΟΓ1, πδ, υπτ)

«Έμαθα τι σημαίνει καθαριότητα».
(Α173, 130953ΙΥ1, πδ, υπτ)

« Έμαθα να μην φοβάμαι τη δουλειά».
(Β211, 180162ΜΘ1, πδ, υπτ)

«Τον περισσότερο χρόνο ήμουν στην ομάδα κουζίνας. Μου άρεσε να δημιουργώ μαγειρεύοντας, κάτι που έκανα και ως επάγγελμα για αρκετούς μήνες».
(Β364, 260669ΑΑ1, πδ, υπτ)

«Ενεργοποιήθηκα να βρω δουλειά, ένιωσα ότι πήρα τη ζωή στα χέρια μου».
(Β236, 120365ΙΣ2, πδ, υπτ)

«Έμαθα πολλά εκεί που δεν τα γνώριζα. Ήμουν στην ομάδα επισκευών. Έμαθα να έχω ευθύνες. Ό,τι χαλούσε στο σπίτι προσπαθούσα να το φτιάξω. Έμαθα μαγείρεμα. Μαγείρεψα για πενήντα άτομα και μία φορά θυμάμαι μου είχε πέσει το ταψί με το φαγητό στο δρόμο. Η κοινότητα με βοήθησε. Εκεί έμαθα πολλά, άσχετα με το τι έκανα μετά».
(Β278, 160379ΙΦ2, οδ, υπτ)

«…έμαθα να κάνω αθλητικές δραστηριότητες και βελτίωσα τη φυσική μου κατάσταση…»
(Α004, 141276ΜΔ1, οπ, υπτ)

«…έμαθα να μαγειρεύω…»
(Β235, 181167ΩΑ1, οπ, υπτ)

«Επίσης, στην επανένταξη τελείωσα μία σχολή σχεδίου που με βοήθησε πολύ στη δουλειά μου».
(Β378, 141167ΡΡ1, οπ, υπτ)

«…έμαθα γραμματειακά. Γραφομηχανή, φαξ…»
(Β210, 070862ΑΦ2, οπ, υπτ)

Οι αναφορές αυτής της κατηγορίας έχουν ένα ενδιαφέρον, γιατί συγκλίνουν στην άποψη ότι οι συμμετέχοντες στη θεραπευτική διαδικασία ακόμα και όσοι τελικά δεν πληρούν το βασικό κριτήριο της αποτελεσματικότητας, την αποχή από τη χρήση ουσιών, έχουν την ευκαιρία να εκτεθούν σε αρκετά ενισχυτικά στοιχεία που παρέχει η θεραπευτική διαδικασία και τα οποία μπορεί στη συνέχεια στην προσπάθεια ένταξής τους να φανούν χρήσιμα. Παρόλο που αυτή η διαδικασία ένταξης για όσους βρίσκονται σε υποτροπή φαίνεται να επιβαρύνεται από τη χρήση παρανόμων ουσιών, παραμένουν τα οφέλη της θεραπείας που τους διευκολύνουν να έχουν έναν καλύτερο έλεγχο της κατάστασης. Ως εκ τούτου τόσο από άποψη κλινικής πρακτικής όσο και από την πλευρά της οργάνωσης των θεραπευτικών προγραμμάτων αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

5.4.10. Συνδυάζοντας τις κατηγορίες

Η ομάδα όσων βρίσκονται σε υποτροπή κατά η διαδικασία επανεξέτασης μέσω των αναφορών τους παρουσίασαν μια μεγαλύτερη ποικιλία κατηγοριών από τις δύο προηγούμενες ομάδες –όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών για όλο το διάστημα των πέντε ετών της επανεξέτασης και όσων διολίσθησαν και απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών ένα δωδεκάμηνο πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης. Παρόλο που κινούνται στους ίδιους περίπου θεματικούς άξονες, δίνουν περισσότερη έμφαση στα στοιχεία που συγκροτούν ξεχωριστές πλέον κατηγορίες. Υπενθυμίζεται ότι αυτή η τελευταία ομάδα συμπεριλαμβάνει άτομα των οποίων η πλειονότητα έμεινε για σύντομο διάστημα στη θεραπεία, παράμετρος που κατά πάσα πιθανότητα βαραίνει στην αναφορά τους και βέβαια στη συντριπτικά συχνότερη αναφορά της θεώρησης της θεραπευτικής εμπειρίας με απαξιωτικούς όρους. Από την ανάλυση που λεπτομερώς προηγουμένως παρουσιάσθηκε προκύπτει ο παρακάτω πίνακας ο οποίος δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 5.3. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τα θετικά στοιχεία που εντοπίζουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που βρίσκεται σε κατάσταση υποτροπής την περίοδο της συνέντευξης επανεξέτασης.

Κατηγορία	***Κώδικας***
Τίποτα	*Δεν πρόλαβα* *Μικρό χρονικό διάστημα* *Άλλος τρόπος προσέγγισης* *Έφυγα νωρίς* *Δεν ήθελα* *Δεν μπόρεσα* *Ήμουν αλλού* *Ήμουν επηρεασμένος* *Αδυναμία* *Δεν με βοήθησε στην πράξη* *Δεν θυμάμαι να με βοήθησε κάτι* *Δεν υπάρχει κάτι εφαρμόσιμο* *Μόνο άσχημα πράγματα* *Αν διαφορετικά ίσως* *Τίποτα απολύτως* *Δεν ξέρω* *Δεν μου έμεινε κάτι* *Έχω ξεχάσει*
Βιώνοντας ένα περιβάλλον φροντίδας	*Εμπιστοσύνη* *Ενδιαφέρον* *Καθάρισε το μυαλό μου* *Φροντίδα* *Αγάπη* *Στοργή* *Ασφάλεια* *Εμείς αντί εγώ* *Ομαδικότητα* *Ομάδα* *Συλλογική προσπάθεια* *Λειτουργία συνόλου* *Αλληλοβοήθεια* *Αίσθηση του καθαρού* *Ζωή χωρίς ουσίες*
Οι αξίες και η λειτουργία τους	*Ειλικρίνεια* *Σεβασμός* *Αξίες* *Φιλότιμο* *Υπευθυνότητα* *Ευθύτητα* *Αλήθεια* *Εκτίμηση* *Όχι ψέματα*

	Να μην κλέβω *Να ακούω* *Να αποδέχομαι* *Τιμιότητα* *Αυτονομία*
Αναγνώριση του εαυτού	*Κατανόηση αναγκών* *Ζυγίζω τα πράγματα* *Τι θέλω να κάνω* *Απόφαση* *Προσπάθεια* *Αυτοσεβασμός* *Τι θέλω* *Πίστη στον εαυτό* *Αυτογνωσία* *Αναγνώριση του εαυτού* *Αυτοπεποίθηση* *Αυτοαξιολόγηση* *Αυτοέλεγχος* *Αυτοεκτίμηση* *Έκθεση του εαυτού* *Αποκάλυψη αναγκών*
Οι σχέσεις και η κοινωνικότητα	*Σχέσεις* *Άνοιγμα* *Ενδιαφέρον* *Συναίσθημα πραγματικών σχέσεων* *Ειλικρινείς σχέσεις* *Συμβίωση* *Αξιοπρέπεια* *Βελτίωση σχέσεων* *Δουλειά για τις σχέσεις* *Δημιουργία σχέσεων* *Αληθινές σχέσεις* *Ενεργητικότητα στη σχέση* *Εξωτερίκευση* *Εμπιστοσύνη* *Βοήθεια* *Αποδοχή του άλλου* *Σεβασμός* *Αξία των σχέσεων* *Να μη χειρίζεσαι* *Αξία της φιλίας* *Επικοινωνία* *Καθαρές παρέες*
Μπροστά στην πραγματικότητα	*Αυτοσυγκέντρωση* *Κατανόηση ανάγκης διακοπής της χρήσης* *Να βλέπεις τα πράγματα αλλιώς* *Τι θέλω με μένα* *Αίτημα για βοήθεια* *Δεν μπορείς μόνος* *Τι κάνει η πρέζα* *Προσοχή* *Προβολή στο μέλλον* *Ανησυχία για το μέλλον* *Συνειδητοποίηση των δυσκολιών* *Κοινά χαρακτηριστικά* *Δουλειά για αλλαγή* *Σκέψεις για ζωή χωρίς ουσίες* *Δεν αξίζει η ζωή εξαρτημένη* *Να χαίρεσαι το παρόν* *Νόημα σ΄ αυτό που κάνεις* *Αντιμετώπιση των πραγμάτων δίχως πιόμα* *Δεν είναι κακό να ζητάς βοήθεια* *Συνεργασία* *Σύνολο αντί ψευδαίσθησης* *Αποφυγή της χρήσης ουσιών* *Η αξία της ζωής* *Ευθύνη*

	Δύναμη *Αφύπνιση του μυαλού* *Απόφαση* *Θέληση* *Πληρώνεις για ότι κάνεις* *Αν θέλεις όλα γίνονται* *Ωραίο να είσαι καθαρός* *Αισιοδοξία* *Ενδιαφέρον*
Αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα	*Ανακάλυψη συναισθημάτων* *Βίωμα συναισθημάτων* *Δουλειά με το συναίσθημα* *Κατανόηση συναισθήματος* *Συναισθηματική έκθεση* *Ντροπή* *Ελεύθερη έκφραση* *Να μη φοβάσαι να εκτεθείς* *Άνοιγμα* *Θυμός* *Αλήθεια* *Διαχείριση συναισθημάτων* *Εκδήλωση συναισθήματος* *Φόβος* *Ενθουσιασμός* *Μοναξιά* *Αγάπη*
Αλλάζοντας στάση με νέα αντίληψη για τη ζωή	*Απόφαση* *Προσπάθεια* *Οργάνωση της ημέρας* *Πολλή δουλειά* *Σωστή διατροφή* *Φιλικότητα* *Μέτρο σε όλα* *Να τα βγάζεις πέρα μόνος* *Συνέπεια* *Κοσμιότητα* *Φροντίδα εμφάνισης* *Φροντίδα προσωπικού χώρου* *Όρια* *Να λες όχι* *Επώδυνη υπευθυνότητα* *Μικροί στόχοι* *Να προχωράς σιγά - σιγά* *Ανησυχία* *Φόβος* *Συνέχεια* *Ξεκαθάρισμα* *Αποφασιστικότητα* *Υπομονή* *Αλλαγή στάσης ζωής* *Να βάζεις στόχους* *Όνειρα* *Ρίσκο* *Ωριμότητα* *Απλότητα* *Διεκδίκηση* *Κατανόηση αναγκών* *Όχι βιαστικές αποφάσεις* *Να ζυγίζεις τα πράγματα* *Προγραμματισμός* *Οργάνωση της ζωής* *Πειθαρχία*
Ανάπτυξη δεξιοτήτων σε πρακτικά ζητήματα	*Σεμινάρια* *Αναπαλαίωση κτιρίων* *Οικοδομή* *Ξυλουργική* *Εκπαιδευτική εκδρομή*

	Πατώματα *Καθαριότητα* *Όχι φόβος για τη δουλειά* *Μαγείρεμα* *Ενεργοποίηση* *Αθλητικές δραστηριότητες* *Εκπαίδευση στο σχέδιο* *Γραμματειακή υποστήριξη*

5.5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΌ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι συμμετέχοντες που κατά την επανεξέταση ανέφεραν πλήρη αποχή από τη χρήση παρανόμων ουσιών αναφέρθηκαν σε αρκετά ζητήματα της θεραπευτικής τους εμπειρίας και συνέδεσαν τις αλλαγές που προτείνουν με δυσκολίες που αντιμετώπισαν την περίοδο της θεραπείας. Το σύνολο των αναφορών συγκεντρώνεται σε οχτώ θεματικές κατηγορίες που συνδέονται με: την κουλτούρα περιορισμών που επικρατεί στη θεραπευτική κοινότητα, με τον περιορισμό των σεξουαλικών σχέσεων, με τη διάσταση του χρόνου στη θεραπευτική διαδικασία, με τις κυρώσεις ανεπιθύμητων συμπεριφορών, με την ενδυνάμωση για την επαγγελματική ένταξη, με το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας, καθώς και με την έννοια της αναγνώρισης της ατομικότητας. Μια τελευταία, επιπλέον, ιδιαίτερη κατηγορία που προέκυψε και της οποίας το νόημα θεωρείται ενδιαφέρον να σχολιασθεί είναι αυτή που συνδέεται με αναφορές που θεωρούν ότι δεν χρειάζονται αλλαγές και η οποία εξετάζεται ξεχωριστά.

5.5.1. Μπροστά στους περιορισμούς των κανόνων

Πολλοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στο ότι τα όρια και οι κανόνες που διέπουν τη διαβίωση στη θεραπευτική κοινότητα οφείλουν ν΄ αλλάξουν. Η καθημερινή ζωή στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα σύνολο κανόνων που ορίζουν τη συμπεριφορά των μελών του κοινοβίου και αυτό τους δημιουργεί μεγάλη πίεση που την αντιλαμβάνονται ως ανεξήγητο περιορισμό. Η τυπικότητα με την οποία μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να εφαρμόζονται οι κανόνες ενδέχεται να ερμηνεύεται ως αποπροσωποποίηση και γενικευμένη τακτική απαγορεύσεων που γεννά αντιδράσεις και στο βαθμό που δεν τίθεται σε διαδικασία επεξεργασίας, ώστε να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο λειτουργικής αποδοχής, εφόσον πάρει αξιοποιήσιμο χαρακτήρα και νόημα, καθίσταται άκαμπτος και αυταρχικός μηχανισμός ελέγχου. Υπό την έννοια αυτή η διαχείριση των ορίων υπολείπεται από το να νοηματοδοτοθεί ως δεξιότητα ανάπτυξης που ορίζει τη στάση και τη συμπεριφορά και καταλήγει σε βίωμα ακατανόητου –και γι' αυτό αδικαιολόγητου- περιορισμού. Κάποιες αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

> *«…χρειάζεται να ξανακοιτάξουν και να επαναπροσδιορίσουν τα όρια στους κανονισμούς, γιατί έτσι καταντάει να παίρνουν τα άτομα μόνο ευθύνες. Κάποια όρια, π.χ. της βίας, είναι γελοία, με το παραμικρό σου λένε ότι έχεις βίαιη συμπεριφορά».*
> (A064, 140271NN1, πδ, απχ)

> *«…Δεν μου άρεσε που όλοι κάπνιζαν την ίδια μάρκα τσιγάρα και το ότι υπήρχε η απαγόρευση να φοράμε ρούχα χρώματος μαύρο και μοβ».*
> (A154, 270769HA1, οδ, απχ)

> *«...η αυστηρότητα στο ντύσιμο και την εμφάνιση δεν έχει ουσία, γιατί δεν είναι αυτό που θα κάνει τα άτομα να αλλάξουν στάση. Αντίθετα, σε κάνουν λίγο να υποτιμάς αυτό που κάνεις εκεί, τόσο που κάποιες φορές είναι σαν να είσαι φυλακή. Τέτοια πράγματα*

θα μπορούσαν να ενταχθούν πιο ομαλά, ώστε να είναι τα μέλη σε πιο ομαλό επίπεδο με τους έξω».
(Α092, 021269ΝΜ2, οπ, απχ)

Οι κανόνες που επικρατούν στη θεραπευτική κοινότητα πολύ συχνά αναφέρονται από τους συμμετέχοντες ως υπερβολική αυστηρότητα που ασκεί απλώς πίεση και δεν έχει πραγματική σημασία.

«…Τώρα δεν ξέρω πως λειτουργεί η κοινότητα. Αλλά πρέπει να αλλάξει η αυστηρότητα. Ένα άτομο που έρχεται απ' την πιάτσα, είναι πολύ χύμα και η αυστηρότητα είναι πολύ λάθος. Καλά είναι να υπάρχει διαφορετικός τρόπος, αυτά δε βοήθαγαν. Ας πούμε το προνόμιο που σου έλεγα για το να κάθεσαι σταυροπόδι, ή το προνόμιο των ρούχων, τα μαύρα ρούχα και όλα αυτά. Όλοι οι άνθρωποι δεν είμαστε ίδιοι, κάποιος μπορεί να νευρίαζε με αυτά και να έφευγε, όπως και έχει γίνει…»
(Α045, 220167ΡΡ1, οδ, απχ)

Πέρα από τον τρόπο με τον οποίο πολλοί από τους συμμετέχοντες εκφράζουν την αντίθεσή τους στην υπόσταση και τη λειτουργικότητα των κανόνων αυτών καθαυτών, συχνά εστιάζουν στις κυρώσεις που επιφέρει η παραβίασή τους και το παράλογο που τις χαρακτηρίζει. Οι κυρώσεις άλλοτε ερμηνεύονται ως άδικη σκληρότητα και άλλοτε ως τιμωριτικός μηχανισμός που έχει στόχο μια προσαρμοστική υπακοή.

«…Στο πρόγραμμα υπάρχει πολύ αυστηρότητα και αδικία, όταν καταδικάζουν έναν άνθρωπο για μια απλή κίνηση. Θα ήθελα να είναι πιο ελαστικά τα πράγματα και να υπάρχει μεγαλύτερη κατανόηση και ανεκτικότητα στις αντιδράσεις των μελών».
(Α087, 070852ΒΡ2, πδ, απχ)

«Να αλλάξει η αντιμετώπιση και το είδος τιμωρίας αυτών που παραβαίνουν τους κανονισμούς, γιατί στην κοινότητα κάποιες φορές το τίμημα μπορεί να είναι πολύ σκληρό, ενώ υπάρχουν και καλύτεροι τρόποι να αναλάβεις τις ευθύνες σου».
(Β258, 080779ΝΚ2, πδ, απχ)

Οι γυναίκες εστιάζουν περισσότερο στην αντιμετώπιση των συνθηκών που δημιουργούν πίεση την οποία προσδιορίζουν τόσο στη συναισθηματική της διάσταση όσο και σε πρακτικά θέματα της καθημερινής διαβίωσης. Χαρακτηριστικά κάποια γυναίκα αναφέρει:

«…να μην υπάρχουν τόσα πολλά όρια, όπως όταν ήθελες να μιλήσεις σε κάποιον που έπρεπε να του πεις "μπορώ να σου πω;" Μικρά πράγματα βέβαια είναι αυτά.. Τα αντιπαραθετικά γκρουπ πάλι· δεν μου άρεσε καθόλου να συμμετέχω, μόνο παρακολουθούσα, έγραφα, βέβαια, αλλά πιεζόμουν να συμμετέχω. Κάποιες φορές ένοιωθα ότι μας παραμύθιαζαν και αναρωτιόμουν τι να γίνεται έξω όμως;»
(Β226, 181078ΣΡ2, οπ, απχ)

5.5.2. Αποχή από σεξουαλικές σχέσεις

Από τις βασικές ρητές απαγορεύσεις που ισχύουν στη θεραπευτική κοινότητα και αφορούν στη βία, τη σεξουαλική συνεύρεση και τη χρήση ουσιών συχνά γίνεται αναφορά από τους συμμετέχοντες άνδρες στον περιορισμό των σεξουαλικών σχέσεων, θεωρώντας ότι θα πρέπει να επανεξετασθεί ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να ισχύει η απαγόρευση αυτή. Είναι πάντως άξιο λόγου ότι αυτός ο περιορισμός δεν αναφέρεται καθόλου από τις γυναίκες. Οι άνδρες συμμετέχοντες σε κάποιες από τις συχνές αναφορές τους στη σεξουαλική αποχή επισημαίνουν:

«Αυτό που με ενοχλούσε ήταν που απαγορευότανε να έχεις ερωτικές σχέσεις. Πιστεύω

ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα, π.χ. εφτά μηνών και αν κρίνουν ότι είσαι εντάξει να μπορείς να έχεις ερωτικές σχέσεις».
(Α151, 170370ΝΚ1, οδ, απχ)

«…Ενώ είσαι στην κοινότητα πρέπει να υπάρχει χρόνος να κάνεις κάποια πράγματα, όπως για παράδειγμα να έχεις επαφές με τη σύντροφό σου».
(Α067, 010867ΥΟ1, οπ, απχ)

«…Το προνόμιο των σεξουαλικών σχέσεων να δίνεται νωρίτερα, γιατί μετά από κάποιο διάστημα η αποχή γίνεται βασανιστική».
(Β257, 060976ΝΑ1, οπ, απχ)

Κάποιος άλλος επισημαίνει ότι χρειάζεται περισσότερη επεξεργασία του ζητήματος της διαχείρησης των σεξουαλικών σχέσεων προτείνοντας σε κάθε περίπτωση την αλλαγή του κανονισμού που επιβάλλει τη σεξουαλική αποχή και συγκεκριμένα αναφέρει:

«…το θέμα της σεξουαλικής επαφής πρέπει να το δούμε αλλιώς. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να επιτρέπεται κάτω από κάποιες νόμιμες διαδικασίες για να μπορούμε ν' ασκούμε κριτική πάνω σ' αυτό».
(Α180, 020672ΟΦ1, οπ, απχ)

5.5.3. Ο χρόνος στη θεραπευτική διαδικασία

Ο χρόνος αναφέρεται από τους συμμετέχοντες σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Από τη μια μεριά τονίζεται η μακρά διάρκεια της παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία και από την άλλη αναδεικνύεται ότι η ζωή στην κοινότητα, όπως ήταν προγραμματισμένη, δεν άφηνε ελεύθερο προσωπικό χρόνο. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι το διάστημα που διαρκεί η προετοιμασία τους από την εκδήλωση του αιτήματος για θεραπεία μέχρι την εισαγωγή τους είναι μεγάλο.

Πολλοί και ιδιαίτερα όσοι παρέμειναν για μεγαλύτερο διάστημα στη θεραπεία, επισημαίνουν ότι ο χρόνος παραμονής που προβλέπει ο θεραπευτικός σχεδιασμός πρέπει να μειωθεί. Είναι ενδεικτικός ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται:

«…Ο χρόνος στην κοινότητα είναι μεγάλος. Καλό θα ήταν να είναι ένας χρόνος και να δίνεται περισσότερο βάρος στην επανένταξη. Εγώ αν είχα φύγει νωρίτερα θα ήταν καλύτερα, γιατί στην κοινότητα δεν είναι όπως έξω, είναι διαφορετικά, σε φροντίζουν, σου παρέχουν ασφάλεια εκεί».
(Α026, 120764ΑΝ1, οπ, απχ)

«…να μειωθεί ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα, γιατί μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα καταναλώνεσαι κάνοντας πράγματα που δεν είναι ουσίας».
(Α097, 050265ΧΟ1, οπ, απχ)

«…Να υπάρχει λιγότερος χρόνος στην κοινότητα και να υπάρχει περισσότερη βοήθεια, χρόνος και παρακολούθηση μετά έξω στη φάση της επανένταξης».
(Α047, 080270ΕΑ2, οπ, απχ)

Παράλληλα, όμως, αν και τονίζεται ότι ο χρόνος παραμονής είναι αρκετός, οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι δεν τους δίνεται η ευκαιρία να έχουν αρκετό ελεύθερο και ατομικά αξιοποιήσιμο χρόνο για να ασχοληθούν με τον εαυτό τους και με ζητήματα που τους ενδιαφέρουν. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιες γυναίκες:

«…θα πρέπει να έχεις ώρα για τον εαυτό σου, να κάνεις τα χόμπι σου και όχι τα πάντα

να ακολουθούν το πρόγραμμα».
(Β213, 290166ΙΡ2, οδ, απχ)

«…τέλος, θα ήθελα να έχουμε περισσότερη ώρα ελεύθερη για να βρισκόμαστε μαζί και πιστεύω ότι ήταν εκνευριστικό να κάνεις την ίδια δραστηριότητα απλά για να βρεις κάτι να κάνεις».
(Β226, 181078ΣΡ2, οπ, απχ)

Και προσθέτουν σχετικά κάποιοι άνδρες:

«…Η μεγάλη πίεση σε σχέση με τους χρόνους [πρέπει ν' αλλάξει]. *Να υπάρχει μια μέρα την εβδομάδα όπου οι ρυθμοί να είναι πιο χαλαροί».*
(Α014, 120467ΜΔ1, οδ, απχ)

«…Ενώ είσαι στην κοινότητα πρέπει να υπάρχει χρόνος να κάνεις κάποια πράγματα, όπως για παράδειγμα να έχεις επαφές με τη σύντροφό σου».
(Α067, 010867ΥΟ1, οδ,απχ)

«…[χρειαζόμαστε] περισσότερο προσωπικό χρόνο μέσα στην κοινότητα για να φροντίζουμε τον εαυτό μας».
(Α106, 050567ΜΚ1, οπ, απχ)

«… να υπάρχει πιο προσωπικός ρυθμός στη διαχείριση του χρόνου».
(Α192, 040266ΑΜ1, οπ, απχ)

Ανάλογη είναι και η κριτική που ασκείται από τους ερωτώμενους στο θέμα της μακράς, όπως την χαρακτηρίζουν, περιόδου προετοιμασίας που προηγείται της εισαγωγής. Συγκεκριμένα αναφέρουν:

«…να επισπεύδεται η διαδικασία εισαγωγής στην κοινότητα, γιατί η μεγάλη παραμονή στο Κέντρο Ενημέρωσης δεν βοηθάει».
(Β257, 060976ΝΑ1, οδ, απχ)

«Ο χρόνος παραμονής στο Κέντρο Ενημέρωσης να είναι πιο σύντομος και αν κάποιος το έχει πάρει απόφαση πρέπει ο άλλος να του δώσει γρήγορα την ευκαιρία».
(Β271, 280570ΟΟ1, οδ, απχ)

5.5.4. Βιώνοντας συνέπειες για την ανεπιθύμητη συμπεριφορά

Η αλλαγή στη θεραπευτική κοινότητα συνδέεται, όπως έχει προαναφερθεί, με την καθημερινή ανάληψη ευθυνών που στοχεύουν στην προσωπική ανάπτυξη και στην αξιοποίηση δεξιοτήτων που εμπεδώνονται σταδιακά. Μ' ένα πλέγμα κυρώσεων και επιβραβεύσεων επιχειρείται η ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών που συνδέονται με την αποτελεσματική διαχείριση των ευθυνών και η αποφυγή της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Πολύ συχνά, όμως, οι συμμετέχοντες στη θεραπευτική κοινότητα αμελούν να αναλάβουν ευθύνες που συνδέονται είτε με την προσωπική τους πορεία είτε με την ομαδική διαβίωση. Επιπλέον, δεν είναι σπάνιες αρνητικές συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο ή κατάσταση ανασφάλειας τόσο το άτομο το ίδιο όσο και το σύνολο της κοινότητας. Οι κυρώσεις που συνεπάγεται η παθητική στάση ή η αρνητική συμπεριφορά διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: ανάθεση υλοποίησης συγκεκριμένου έργου, υποχρέωση τήρησης συγκεκριμένης στάσης και προφορική επίπληξη που γίνεται γνωστή στην κοινότητα. Στο γλωσσικό ιδίωμα (*argot*) που έχει αναπτυχθεί στις θεραπευτικές κοινότητες συναντώνται ως *λάντζα*, *διορισμός* ή *ανάθεση* και *επισήμανση* αντίστοιχα. Η λάντζα είναι η πιο σοβαρή από τις κυρώσεις και έγκειται στην πραγματοποίηση μιας συγκεκριμένης εργασίας πρακτικής φύσης και χαμηλής ειδίκευσης (πλύσιμο, σκάψιμο, χτίσιμο) που γίνεται με όρους αποκλεισμού από τα υπόλοιπα

μέλη της κοινότητας και έχει περιορισμένη διάρκεια. Ο διορισμός συνδέεται με ένα ρόλο που καλείται το άτομο να αναλάβει για ένα διάστημα και υπερτονίζει δραματοποιώντας συμβολικά συγκεκριμένη συμπεριφορά του. Η επισήμανση επικεντρώνεται σε επιμέρους ενέργειες και επιχειρεί να τονίσει με κάποιο τρόπο τη σημασία της στην πιθανότητα υιοθέτησης συγκεκριμένης συμπεριφοράς που αντίκειται στους κανόνες της θεραπευτικής κοινότητας.

Πολλοί από τους ερωτώμενους αναφερόμενοι στις αλλαγές που διαπιστώνουν ότι πρέπει να γίνουν στη θεραπευτική κοινότητα εστιάζουν σε θέματα που σχετίζονται με τις συνέπειες που επιφέρει η αρνητική συμπεριφορά ή η παθητική στάση στην καθημερινότητα. Προτείνουν αλλαγές που συνδέονται με μια λιγότερο πιεστική διαβίωση κατά τη διαδικασία της θεραπείας και τη λειτουργία της κοινότητας. Υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική πίεση αλλά και η σωματική κόπωση που βιώνουν από τον τρόπο που εφαρμόζονται οι κυρώσεις αλλά και κάποιες από τις καθημερινές υποχρεώσεις που καλείται να διαχειριστεί το κάθε μέλος, αρκετές φορές είναι πολύ έντονες. Αναδεικνύουν έτσι την προσδοκία να υπάρχουν τρόποι που θα επιτρέψουν μεγαλύτερη χαλαρότητα στην καθημερινότητά τους.

Από τις πολλές σχετικές αναφορές παρακάτω παρατίθενται μερικές χαρακτηριστικές μαρτυρίες των συμμετεχόντων:

> *«…Να μειωθεί η πολύ έντονη συναισθηματική πίεση που ασκείται στα άτομα μέσα από τις θεραπευτικές διαδικασίες, γιατί κάποιες διαδικασίες όπως ο διορισμός, μπορεί να αφήνουν μόνο πόνο, χωρίς να κερδίζουν πραγματικά κάτι τα άτομα. Προτείνω, παράλληλα με τις άλλες θεραπευτικές διαδικασίες να προστεθούν και ασκήσεις χαλάρωσης. Με τη χρήση όσο και με τη χαλάρωση πετυχαίνεις περίπου τα ίδια πράγματα, μόνο που με τη χρήση το κάνεις μη συνειδητά –οπότε η χαλάρωση μπορεί να υποκαταστήσει τη χρήση. Από προσωπική μου εμπειρία έχω διαπιστώσει ότι μόνο μέσα από μεθόδους χαλάρωσης μπορείς να αλλάξεις πραγματικά και να βελτιωθείς».*
> (Α109, 061267ΝΑ1, οπ, απχ)
>
> *«…Να μην υπάρχει η λάντζα. Παρ' όλο που εγώ δεν ήμουν ποτέ στη λάντζα υπάρχει πολύ μεγάλη πίεση».*
> (Α154, 270769ΗΑ1, οδ, απχ)
>
> *«…Οι αναθέσεις έργου, η λάντζα που λέμε, δεν μου άρεσε αλλά το έκανα προσαρμοστικά».*
> (Α010, 281067ΩΘ1, οπ, απχ)
>
> *«…Οι πολλές λάντζες δεν χρειάζονται, γιατί είναι καλύτερο αντί για αναθέσεις να υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Στη θέση τους να υπάρχει κάτι άλλο, δεν ξέρω ακριβώς. Να υπάρχουν περισσότερες δραστηριότητες, να υπάρχει περισσότερη βάση στην επαγγελματική κατάρτιση. Τώρα ξέρω πως τα πράγματα έχουν βελτιωθεί, τότε δεν υπήρχε τίποτα».*
> (Α031,130966ΣΘ1, οπ, απχ)
>
> *«…Δύο είναι τα πράγματα που θα ήθελα ν' αλλάξουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η λάντζα, τη θεωρώ βάρβαρη κατάσταση, και οι επισημάνσεις».*
> (Α176, 050164ΚΚ1, οπ, απχ)
>
> *«…Η λάντζα πρέπει να καταργηθεί, είναι πολύ σκληρό μέτρο. Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι να κάνεις κάποιον να ανοιχτεί. Στην κοινότητα είναι πολύ προσαρμοστικά τα πράγματα. Κι εγώ ήμουν προσαρμοστικιά, τα δεχόμουν όλα, δεν αντιδρούσα έντονα».*
> (Α065, 040466ΗΣ2, οπ, απχ)

«...Οι αναθέσεις έτσι όπως δίνονται είναι σαν τιμωρία. Η καλύτερη και πιο δύσκολη ανάθεση είναι να τον βάλεις να γράψει, γιατί τότε πρέπει να σκεφτεί».
(Α200, 180556ΥΕ2, οπ, απχ)

Οι κυρώσεις αυτές που αποτελούν αφορμή και μέσο ενδοσκόπησης για την κατανόηση της κάθε συμπεριφοράς συνοδεύονται κατά την ολοκλήρωσή τους από θεραπευτικές διαδικασίες απολογισμού. Είναι προφανής η απαίτηση για προσωπική έκθεση και αυτοαποκάλυψη σε τέτοιου τύπου συνεδρίες. Στο πλαίσιο αυτής της θεραπευτικής τακτικής η υποχρέωση των μελών να συμμετέχουν σε ομάδες συναισθηματικής υποστήριξης συχνά τους δημιουργούν δυσφορία και προκαλούνται έντονα συναισθήματα δύσκολα στη διαχείρισή τους. Είναι συχνό, ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν πολύ καιρό στη θεραπευτική διαδικασία, αυτή η πίεση συμμετοχής και αποκάλυψης του εαυτού να δημιουργεί έντονες συναισθηματικές πιέσεις. Είναι χαρακτηριστική η περιγραφή μιας γυναίκας που διέκοψε μετά από αρκετούς μήνες στη θεραπευτική διαδικασία:

«…Στην κοινότητα δεν μου άρεσε αυτό, που θέλανε ντε και καλά να σε κάνουν να μιλήσεις. Με τις αναθέσεις και τα υπόλοιπα δεν είχα πρόβλημα, ούτε με την τελειότητα, ότι κάτι που κάνεις πρέπει να το κάνεις τέλεια, με αυτά προσαρμόζομαι. Αλλά αυτό με την ομάδα που πρέπει οπωσδήποτε να μιλήσεις, μου θύμιζε περισσότερο θέατρο, δεν μου άρεσε. Και τώρα αν σ' αυτή τη συνέντευξη ήταν πολλοί, είχα αποφασίσει ότι θα έφευγα, αλλά και ένα ακόμα άτομο να ήταν και να ρωτούσε δεν θα με πείραζε, θα καθόμουν να μιλήσω. Για να καταλάβεις, η κοπέλα που σου είπα ότι πήγαμε μαζί στην κοινότητα, είχε δεσμό με έναν άλλο φίλο και αυτός μέλος της κοινότητας. Αυτοί μετά έφυγαν, άρχισαν πάλι τα ναρκωτικά και αυτός αυτοκτόνησε, δεν ξέρω αν έχεις ακούσει αυτή την ιστορία. Λοιπόν εγώ από την αρχή γνώριζα τα πάντα, θυμάμαι κάναμε μαραθώνιο πέντε ημέρες και δεν μου πήραν λέξη. Μετά το είπα ότι το κάλυψα, το είπα εκτός ομάδας, τώρα θυμάμαι πως γι' αυτό είχα πάρει την ανάθεση που σου είπα πριν».
(Α059, 021066ΗΑ2, οδ, απχ)

Θέματα που επίσης θίγουν οι συμμετέχοντες είναι ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η εισαγωγή (intake) στη θεραπευτική κοινότητα και η τυπικότητα, ο μηχανιστικός τρόπος με τον οποίο μπορεί συχνά να λειτουργεί η κοινότητα. Η διαδικασία εισαγωγής περιγράφεται ως διαδικασία εξαιρετικά αντιπαραθετική που δημιουργεί πολλή ένταση και ενδέχεται να λειτουργεί αποτρεπτικά για τη συνέχιση της θεραπείας.

«... ας πούμε την πρώτη μέρα που πήγα, στο ιντέικ που λέμε. Μπήκα σε ένα δωμάτιο, ο καινούργιος κάθεται σε μια μαξιλάρα και απέναντί του κάθονται οι μεγαλύτεροι. Φώναζαν τέσσερις-πέντε, ώρες τράβηξα τα πάνδεινα. Ρωτάνε ποιος είσαι; Τι θέλεις; Τι πουστιές έχεις κάνει; Έτσι με βίαιο τρόπο ψυχολογικό, αυτό με είχε συγκλονίσει. Χρειάζεται επίσης περισσότερη ελευθερία για τα μικρά μέλη. Θα λειτουργήσει θετικά η επαφή με τους δικούς τους. Να μην υπάρχουν κλισέ, όπως ας πούμε να πρέπει να περάσουν πέντε μήνες για να βγεις έξω».
(Α046, 100268ΚΤ1, πδ, απχ)

«…Στο πρόγραμμα φάσκουμε και αντιφάσκουμε. Σου λένε ναι μεν να κάνεις σχέσεις και μετά σου λένε να διακόψεις για τις σχέσεις αυτές. Το παράδειγμα με μένα είναι πολύ σοβαρό, γιατί όταν προσπαθείς να με μάθεις πράγματα, μετά μη με σπρώχνεις, μη μου δίνεις μια να πάω κάτω. Σου έλεγαν έχεις το πρόβλημα ψάξε και βρες τη λύση. Αυτή η τυπικούρα όσον αφορά τα μέλη, μπαίνουν σε μια διαδικασία προσαρμοστική, που λες αν έχω αυτό το πρόβλημα χρησιμοποιώ αυτές τις διαδικασίες. Είχαν μόνο τις λέξεις, μόνο προσαρμοστικά. Ο διορισμός δεν κάνει τίποτα, ή αυτά τα περίεργα μαζέματα, ο ένας να κάνει κάτι και να πέφτει σε λάντζα όλη η κοινότητα».
(Α043, 060767ΑΑ1, οδ, απχ)

5.5.5. Αγωνιώντας για την επαγγελματική ένταξη

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναφέρουν απαραίτητες αλλαγές οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων τους για την κοινωνική ένταξη. Οι προτάσεις αυτές επικεντρώνονται σε πρακτικά θέματα και συγκεκριμένα στην οργανωμένη και στοχευμένη εκπαίδευση. Επιπλέον, θεωρούν ότι είναι αναγκαία επιπλέον πρακτική υποστήριξη μετά τη θεραπευτική διαδικασία μέσα από δικτύωση που θα διευκολύνει την επαγγελματική τους αποκατάσταση αλλά και την επίλυση νομικών προβλημάτων που εκκρεμούν. Τα παρακάτω αποσπάσματα εστιάζουν σ΄ αυτού του τύπου τις αναφορές.

«…Τα μέλη να παίρνουν περισσότερο εξειδικευμένη εκπαίδευση και να έχουν περισσότερη βοήθεια από το προσωπικό στην επαγγελματική τους αποκατάσταση, όπως για παράδειγμα μέσα από στενή συνεργασία με φορείς».
(Α080, 190470ΝΡ1, οδ, απχ)

«…Να υπάρχει κάποια ελευθερία, Περισσότερες αθλητικές δραστηριότητες. Επαγγελματικός προσανατολισμός μέσα στην κοινότητα, όπως εκμάθηση κομπιούτερ κ.λ.π.».
(Α006, 150269ΤΝ1, οπ, απχ)

«…… Να υπάρχει δηλαδή στήριξη στη δουλειά και στα νομικά προβλήματα ή σε άλλα προβλήματα που δημιουργήθηκαν λόγω της χρήσης. Θα μου πεις πως και εμείς πρέπει να προσπαθούμε, δεν νομίζω όμως ότι κάποιος θα έπεφτε και πάλι στα ναρκωτικά αν ήταν λυμένα τα νομικά του προβλήματα».
(Α037, 16 06 63 ΜΙ 1, οπ,απχ)

«…Να λείπει η τυπικότητα, να βασιστούν στην ουσία. Να έκαναν τον κόσμο να σκέφτεται και να σε βοηθήσουν να βρεις δουλειά. Να σε βοηθάνε σε πρακτικά πράγματα…»
(Α137, 200169ΗΝ1, οπ, απχ)

«…Εμείς βγήκαμε στην επανένταξη και λες και πέσαμε από τον Άρη. Περπατούσαμε και παραμιλούσαμε. Γιατί αυτό που ήταν στην κοινότητα στη ζωή δεν υπάρχει. Από την κοινότητα φεύγεις συντονιστής, νομίζεις ότι κάτι είσαι και μετά έξω τρως πεντέξι απορρίψεις ε, και δεν θέλει και πολύ ο άλλος για να αρχίσει πάλι τη χρήση. Θα 'θελα να υπήρχε περισσότερη επαγγελματική βοήθεια αφού ολοκληρώσεις το πρόγραμμα, να υπήρχε δηλαδή επαγγελματική αποκατάσταση. Δεν είναι τυχαίο που όλα τα παιδιά που ήταν στο τυπογραφείο, τώρα είναι μία χαρά, ενώ οι περισσότεροι έχουν πέσει πάλι στη χρήση ουσιών. Πρέπει να γίνουν σοβαρές προσπάθειες σ' αυτό το θέμα. Να γίνει ένα εργοστάσιο, ξέρω 'γω, που τα παιδιά που τελειώνουν το πρόγραμμα να εργάζονται εκεί».
(Β246, 220772ΥΚ1, οπ, απχ)

«…να υπάρχει μία επαγγελματική κατάρτιση, να μαθαίνει κάτι όποιος είναι στη κοινότητα, ώστε να βοηθηθεί αργότερα στο να βρει κάποια δουλειά».
(Α158, 040768ΡΡ2, οπ, απχ)

«Ταυτόχρονα με την κοινότητα να έχεις και επαγγελματική κατάρτιση, ώστε να μην σου έρθουν όλα μαζί στην επανένταξη. Επίσης, να μπορούν να ολοκληρώσουν τις τάξεις του σχολείου που έχουν αφήσει, ειδικά τα παιδιά με μικρότερη ηλικία…»
(Α200, 180556ΥΕ2, οπ, απχ)

5.5.6. Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας

Παράλληλα, πολλή έμφαση δόθηκε από τους συμμετέχοντες στο προσωπικό των θεραπευτικών κοινοτήτων. Ο ρόλος του θεραπευτικού προσωπικού στη διαδικασία απεξάρτησης είναι κομβικός και ιδιαίτερα στη θεραπευτική κοινότητα. Δεδομένου όμως, ότι οι αρχές της αυτοβοήθειας που ισχύουν στη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας απαιτούν ιδιαίτερη στάση από το προσωπικό και ο ρόλος των επαγγελματιών χαρακτηρίζεται από μια ιδιότυπη σχέση με το σύστημα θεραπείας και την καθημερινότητα του κοινοβίου, ερμηνεύεται ποικιλοτρόπως και συχνά συνδέεται με τις δυσκολίες που αναφέρουν οι συμμετέχοντες. Επιπλέον, σε κάθε περίπτωση, όλη αυτή η πίεση που περιγράφηκε και νωρίτερα αφήνει πολλά περιθώρια για εξιδανίκευση του προσωπικού, αφού βασικό συστατικό της λειτουργίας του είναι να διαμορφώνει ένα ρόλο μοντέλο που λειτουργεί παραδειγματικά τόσο σε πραγματικό όσο και σε συμβολικό επίπεδο. Αυτή η συγκεκριμένη διάσταση στο ρόλο των επαγγελματιών στη θεραπευτική κοινότητα, ενδέχεται να παρουσιάζει πολλές παραλλαγές και να γεννά παράλληλα, πραγματικές ή ερμηνευόμενες ως τέτοιες, στρεβλώσεις.

Οι συμμετέχοντες πάντως αναφέρονται εκτεταμένα στο ρόλο του προσωπικού και οι αλλαγές που προτείνουν κινούνται σε δύο άξονες. Αρχικά αναφέρονται σε πρακτικά ζητήματα οργανωτικού τύπου, όπως περισσότερο προσωπικό, καλύτερα εκπαιδευμένο και με περισσότερη συμμετοχή στην καθημερινότητα της κοινότητας. Επιπλέον, όμως, εστιάζουν και σε θέματα που συνδέονται με την εξουσία που μπορεί να έχει το προσωπικό και πόσο ευάλωτοι μπορεί να αισθάνονται οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι στη σχέση τους με τους επαγγελματίες.

Τα παρακάτω αποσπάσματα είναι ενδεικτικά και παρουσιάζουν τις προτάσεις των συμμετεχόντων για το προσωπικό σε οργανωτικό επίπεδο:

> *«…Πρέπει να υπάρχει όριο στον αριθμό των ατόμων που συμμετέχουν στην κοινότητα. Όταν πήγα εγώ ήταν περίπου εκατό μέλη και τρία άτομα προσωπικό. Έτσι χάνονται όλοι μεταξύ τους και το προσωπικό δεν προλαβαίνει να κάνει πολλά».*
> (Α067, 010867ΥΟ1, οπ, απχ)

> *«…Ήταν λίγος ο αριθμός του προσωπικού».*
> (Α042, 100261ΣΗ1, οπ, απχ)

> *«…Να απομακρυνθεί λίγο το προσωπικό του προγράμματος από τα πράγματα της καθημερινότητας μέσα στην κοινότητα, να μην είναι τόσο χωμένοι, να αφήνουν και τα μέλη να κινήσουν το νήμα…»*
> (Β257, 060976ΝΑ1, οπ, απχ)

Σημαντικά, ωστόσο, σχόλια που διαμορφώνονται σε προτάσεις και σε προσδοκίες για αλλαγή αφορούν στον τρόπο που ασκείται πίεση από το προσωπικό και ερμηνεύεται ως εξουσιαστική συμπεριφορά ή αυταρχισμός. Κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν:

> *«Το προσωπικό θα έπρεπε να έχει μεγαλύτερη επαφή με τα μέλη… αν έκανες κάτι φοβόσουνα να το πεις, θα έπρεπε να υπάρχει μεγαλύτερη άνεση και να μπορείς να πεις τα λάθη σου».*
> (Α151, 170370ΝΚ1, οδ, απχ)

> *«…να μειωθεί η κατάχρηση εξουσίας που γίνεται από όλους και ξεκινάει από το προσωπικό καθώς και η αυταρχικότητα που υπήρχε».*
> (Β331, 020677ΑΡ1, οδ, απχ)

«…το προσωπικό είναι καλύτερο να δουλεύει με τα μέλη αυτά τα πράγματα με τις παραβιάσεις των κανονισμών, παρά να τα διώχνει, γιατί λίγα παιδιά γυρνάνε μετά στο πρόγραμμα. Ξέρω άτομα που τώρα έχουν πεθάνει επειδή τα έδιωξαν».
(Α033, 260769ΜΦ2, οδ, απχ)

« Η υποκειμενικότητα από την πλευρά των θεραπευτών (ας πούμε οι κοπέλες είχαν τελείως διαφορετική αντιμετώπιση), να υπάρχει πιο προσωπική επαφή με το προσωπικό».
(Α042, 100261ΣΗ1, οπ, απχ)

«…Η εξουσία του προσωπικού. Ένιωθα πολύ μικρός απέναντι σ' αυτή, ότι δεν είχα τρόπο να υπερασπιστώ τον εαυτό μου. Κι έπειτα είναι αυτό το «για το καλό σου» και «δείξε εμπιστοσύνη». Θεωρούν τους εαυτούς τους μικρούς θεούς. Αν κάνουν λάθος; Τα όρια με την εξουσία είναι πολύ θολά. Έλεγα στον εαυτό μου αν δεν το κάνω καλά μπορεί να με τσακίσει. Θυμάμαι όταν ένα μέλος του προσωπικού βρέθηκε στη φυλακή, ήταν όλο το πρόγραμμα κάθε μέρα στο επισκεπτήριο. Μέλη και προσωπικό κινητοποιηθήκαμε για να τον στηρίξουμε. Όταν ένα μέλος της Επανένταξης συνελήφθη και φυλακίστηκε δεν κινήθηκε κουνούπι».
(Β203, 210964ΝΣ1, οπ, απχ)

«… πρέπει να υπάρχει έλεγχος στο προσωπικό, γιατί μερικοί δεν είναι αρμόδιοι και υπήρχε αδιαφορία. Επειδή είναι πρώην χρήστες, δεν σημαίνει ότι είναι οι πιο κατάλληλοι, είναι σημαντικό να έχουν τις κατάλληλες σπουδές και εμπειρία. Το προσωπικό ήταν ειρωνικό όχι μόνο μπροστά σε άλλους αλλά και σε ατομικές καταστάσεις. Υπήρχε εκμετάλλευση της ιεραρχίας. Το προσωπικό θα έπρεπε να ασχοληθεί πιο προσωπικά στα ιδιαίτερα προβλήματα του καθενός».
(Α127 - 230374ΝΙ2 οπ απχ)

« …το προσωπικό θα έπρεπε να είναι πιο ζεστό και ανθρώπινο. Με πείραζε ο τρόπος που μου φέρθηκαν. Θεωρώ ότι θα πρέπει να αναθεωρήσουν το καθεστώς των προσωπικών σχέσεων».
(Β239 - 280373ΩΛ2, οπ, απχ)

Το προσωπικό πάντως στη θεραπευτική κοινότητα συχνά εκλαμβάνεται ως προστατευτικός παράγοντας στη διαδικασία αποφυγής στρεβλών ερμηνειών συμπεριφοράς και επομένως επιβολής αυθαίρετων κυρώσεων. Οι συμμετέχοντες, δηλαδή, μπορεί να προτείνουν την αύξηση του προσωπικού ή την εντονότερη παρουσία του στα τεκταινόμενα στη συνολική λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας, επειδή θα μπορούσε να αποτελέσει εγγύηση αποφυγής ανεπιθύμητων καταστάσεων, ενώ η απουσία του αυξάνει την ανησυχία για άσκηση πίεσης χωρίς νόημα από τον ιεραρχημένο τρόπο που είναι δομημένη η κοινότητα. Είναι μάλιστα ένα ζήτημα που οι γυναίκες το θίγουν με καθαρότερο τρόπο, ενδεχομένως γιατί ο μικρός αριθμός τους εκ των πραγμάτων δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής σ' ένα περιβάλλον που έχει πολύ περισσότερους άνδρες.

«…μέσα στην κοινότητα να υπάρχει κάποιος από το προσωπικό όλο το εικοσιτετράωρο κοντά στα μέλη, γιατί εγώ, για παράδειγμα, δεν εμπιστευόμουν τα άλλα παιδιά και ένιωσα κάποιες φορές να με αδικούν».
(Α087, 070852ΒΡ2, πδ, απχ)

«…Να υπάρχουν περισσότερο ισότιμες σχέσεις ανάμεσα στα δύο φύλα και το προσωπικό του προγράμματος είναι αρμόδιο να περάσει μια τέτοια γραμμή. Να υπάρχει περισσότερη ελαστικότητα και ανεκτικότητα από το προσωπικό, κυρίως απέναντι στα νέα μέλη. Για παράδειγμα, όταν απαγορεύονται και τα πιο απλά πράγματα (π.χ. λαϊκή

μουσική), και όταν κάνεις κάτι να λειτουργεί σαν ενοχή. Υπάρχουν άτομα που δεν έχουν το θάρρος να τα πουν και τα μαζεύουν μέσα τους και τελικά φεύγουν από την κοινότητα».
(Α082 - 150872ΙΟ2,οπ, απχ)

Στη βάση όλων των παραπάνω, το προσωπικό, η εκπαίδευση του και η εποπτεία του αναδεικνύεται ως σημαντικό πεδίο συζήτησης από τους συμμετέχοντες.

5.5.7. Η αναγνώριση της ατομικότητας

Η ομάδα αποτελεί για τη θεραπευτική κοινότητα ένα σημαντικό άξονα που συγκροτεί τη λειτουργία της. Οι ομαδικές δραστηριότητες, η ομαδική θεραπεία, οι ομάδες εργασίας είναι μερικές μόνον από τις περιπτώσεις ομαδικότητας που επηρεάζετουν τη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας. Η ίδια η ιδέα της κοινότητας προϋποθέτει την αναγνώριση της ομαδικής λειτουργίας. Η ομαδικότητα έχει πολλά επίπεδα λειτουργικότητας τόσο πρακτικά όσο και συναισθηματικά. Η εκπαίδευση, η προσωπική ανάπτυξη, η υποστήριξη, ο έλεγχος αλλά και η καθημερινή οργάνωση και διαβίωση είναι μερικοί από τους τομείς που η θεραπευτική κοινότητα αξιοποιεί την ομάδα. Οι συμμετέχοντες όμως θίγουν και μια πτυχή της ομαδικότητας που συνδέεται με την ισοπεδωτική της ικανότητα ως προς το άτομο και την υποτίμηση της προσωπικής ανάγκης. Σε αρκετές αναφορές η ομαδικότητα παρουσιάζεται ασφυκτική, ενώ στο όνομά της υποστηρίζεται ότι θυσιάζεται η ιδιαιτερότητα των ατόμων. Αναφέρουν κάποιοι συμμετέχοντες:

«…Να αντιμετωπίζουν τον καθένα ξεχωριστά γιατί ο καθένας είναι ένας άλλος άνθρωπος. Δεν είμαστε όλοι ίδιοι».
(Α145, 161171ΑΓ1, οδ, απχ)

«… να αντιμετωπίσουν τον κάθε ένα σαν ξεχωριστή προσωπικότητα, να υπάρχουν ατομικές συναντήσεις».
(Α156, 130871ΗΛ1, οδ, απχ)

«…Επίσης τη θεραπεία δεν πρέπει να την παίρνουν τόσο ομαδικά, αυτό το πράγμα να το παίρνουν πιο ατομικά. Το κάθε άτομο θέλει να βρίσκεις το αδύνατο σημείο του, όταν το δουλέψεις αυτό, μπορείς να τον κρατήσεις. Οι ατομικές συναντήσεις που κάνω τώρα, με βοήθησαν περισσότερο παρά οι αντιπαραθετικές ομάδες και οι ομαδικές δραστηριότητες. Εμένα δεν με βοήθησαν, μου άρεσαν συναισθηματικά, αλλά στις ομάδες ο καθένας ήθελε κάτι να δείχνει, δεν ήταν αληθινό, ενώ στις ομάδες γίνεται αυτό, στις συναντήσεις τις ατομικές αν εμπιστευτείς τον άλλο είναι πολύ καλό, και τώρα εδώ αν ήταν ομάδα δεν θα σου έλεγα αυτά που σου είπα, τώρα είμαστε οι δυο μας και σε εμπιστεύομαι, είναι διαφορετικά».
(Α033, 260769ΜΦ2, οδ, απχ)

«…Όλους τους είχαν στην ίδια φάση, η χρησιμοποίηση απέναντι στα παιδιά ήταν ίδια. Ίδια για τους τελειωμένους πρεζάκηδες, ίδια για τους αλκοολικούς. Τα παιδιά δεν έχουν το ίδιο σκεπτικό, κάποιος μπορεί να σκέπτεται πιο γρήγορα. Μπορεί εγώ να μη χρειάζομαι τόση πίεση…»
(Α043, 060767ΑΑ1, οπ, απχ)

«…Να μην υπάρχει αυτή η ισοπέδωση, ότι όλοι είναι ίδιοι μέσα στη κοινότητα, ότι όλοι είναι πρεζάκια. Να είναι πιο ευέλικτο το πρόγραμμα, να κοιτάει τις ανάγκες του κάθε ένα ξεχωριστά, να μην είναι τόσο αυστηρό, κάθετο και μονολεκτικό. Υπάρχουν δύο είδη χρηστών, αυτοί που είναι στη πλατεία και αυτοί που δουλεύουν, γι' αυτό και θα έπρεπε να μην είναι όλοι μαζί».

(Α161, 081163ΖΓ1, οπ, απχ)

«…Να μην τους αντιμετωπίζουν όλους με τον ίδιο τρόπο, ο καθένας είναι μία ξεχωριστή περίπτωση. Για παράδειγμα, ο κάθε χρήστης έχει σαν κύρια ουσία διαφορετική από τον άλλο. Αλλιώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι χασικλήδες, αλλιώς τα πρεζάκια, κ.τ.λ.».
(Α162, 160665ΥΓ1, οπ, απχ)

«…Να μην υπάρχει η ίδια αντιμετώπιση, με ενοχλούσε να με αντιμετωπίζουν το ίδιο με κάποιους άλλους που δεν είχα καμία σχέση μαζί τους, ήμουν πολύ διαφορετικός».
(Β345, 171075ΜΣ1, οπ, απχ)

Είναι μάλιστα αρκετές οι περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες αναδεικνύουν την ανάγκη κάλυψης πιο προσωπικών αναγκών και προτείνουν ως σημαντική αλλαγή την υιοθέτηση της ατομικής θεραπείας παράλληλα με τις ομαδικές διαδικασίες θεραπείας. Χαρακτηριστικά μερικές αναφορές προτείνουν:

«…Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις να υπάρχει η δυνατότητα και για ατομική ψυχοθεραπεία, να γίνονται δηλαδή συμβουλευτικά που θα κρατήσουν κάποιον».
(Α085, 121263ΝΤ1, οδ, απχ)

«…να υπάρχει ψυχολόγος, ατομικά για τον καθένα».
(Β383 - 211079ΝΑ1)

«…Να υπάρχει περισσότερη προσοχή στις ατομικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, πιθανά να υπάρχουν και ατομικές θεραπευτικές διαδικασίες».
(Α099, 270869ΚΝ1, οπ, απχ)

5.5.8. Να μην αλλάξει τίποτα: Εξιδανίκευση ή αδυναμία προτάσεων;

Μια ανεξάρτητη κατηγορία που προέκυψε από τις αναφορές όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών για όλη την περίοδο που εξετάζει η συγκεκριμένη μελέτη, συνδέεται με την αποφυγή προτάσεων αλλαγών από τους συμμετέχοντες. Πολλοί ανέφεραν ότι δεν πρέπει να αλλάξει τίποτα στη θεραπευτική κοινότητα και ότι θα πρέπει να παραμείνουν οι συνθήκες όπως τις βίωσαν εκείνοι κατά τη θεραπευτική τους εμπειρία. Άλλοτε αυτή η διατύπωση είναι μονολεκτική: *«τίποτα»*. Άλλοτε συνδέεται με μια τεκμηρίωση από μέρους τους που μπορεί να ερμηνευθεί με δύο τρόπους: είτε δικαιώνουν αυτό που τους βοήθησε να απέχουν και εκ των υστέρων αναγνωρίζουν τη σκοπιμότητα πολλών λεπτομερειών που το συνθέτουν, είτε αποφεύγουν να κάνουν σχόλια συγκεκριμένα, γιατί η απόσταση που τους χωρίζει από τη συγκεκριμένη εμπειρία είναι πια μεγάλη και δεν έχουν κάτι να προτείνουν. Ας σημειωθεί ότι στο συγκεκριμένο μέρος εξετάζονται όσοι απέχουν από τη χρήση. Αυτό μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι κάποιοι ερωτώμενοι δεν αισθάνονται την πίεση να βρουν στοιχεία που κατά τη γνώμη τους χρειάζεται να αλλάξουν. Στα προηγούμενα χρειάζεται να τονισθεί ότι οι περισσότερες μονολεκτικές απαντήσεις προέρχονται πάντως από συμμετέχοντες με εξαιρετικά σύντομο χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία που ενδεχομένως δεν είχαν προλάβει να βιώσουν καταστάσεις που θα ήθελαν να αλλάξουν.

Κάποιες αναφορές, όπως οι παρακάτω, εστιάζουν στη δικαίωση του προγράμματος εξιδανικεύοντας την εμπειρία τους και ενδεχομένως προσπαθούν να προστατεύσουν αυτό που θεωρούν ότι τους βοήθησε:

«Πιστεύω ότι δεν χρειάζεται να αλλάξει τίποτα στο πρόγραμμα. Είναι έτσι όπως πρέπει να είναι. Καθετί έρχεται όταν πρέπει».
(Β215, 020177ΡΑ1, πδ, απχ)

«…Στο πρόγραμμα δεν θέλω να αλλάξει τίποτα, τους έχω εμπιστοσύνη, τις αντιρρήσεις μου τις έλεγα όταν ήμουν μέλος».
(Α036, 010564ΑΡ1, οδ, απχ)

«…Δεν μπορώ να κάνω κριτική στο πρόγραμμα. Τα έχω τώρα όλα εκλογικεύσει, πιστεύω ότι όλα αυτά που γίνονται όλα βοηθάνε. Μπορεί εμένα κάτι να μη μου αρέσει, αλλά δεν έχει σημασία».
(Β280, 151168ΣΙ1, οδ, απχ)

«…όπως έζησα εγώ την κοινότητα ήταν πολύ καλή».
(Α095, 080655ΑΡ1, οπ, απχ)

«…Το πρόγραμμα είναι όπως πρέπει να είναι και ότι το παραμικρό που γίνεται εκεί δεν είναι τυχαίο».
(Β220, 291268ΑΕ1, οπ, απχ)

«…πήρα τόση μεγάλη βοήθεια από το πρόγραμμα που δεν θέλω να αλλάξει τίποτα, αν κάτι ήταν διαφορετικό ίσως να μην με κρατούσε».
(Α098, 150364ΩΡ2, οπ, απχ)

Κάποιοι συμμετέχοντες αναφέροντας ότι δεν πρέπει ν΄ αλλάξει τίποτα στο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί επιπλέον να επιθυμούν να το προστατέψουν υπό την έννοια ότι, αν ασκήσουν κριτική, θα θέσουν σε αμφισβήτηση τη θεραπευτική κοινότητα εκθέτοντάς την σε κινδύνους που αφορούν την ύπαρξή της. Αυτό ενδεχομένως να συνδέεται με τα μηνύματα που παίρνουν για τη γενικότερη αντίληψη της κοινωνίας τα οποία τους κάνουν να θέλουν να προστατεύσουν τη θεραπευτική κοινότητα και τη φήμη της. Αναφέρουν χαρακτηριστικά μερικοί συμμετέχοντες:

«…Όσο ήμουν στο πρόγραμμα πίστευα ότι μπορούσαν ν' αλλάξουν κάποια πράγματα αλλά τώρα μου είναι δύσκολο να μιλήσω για το πρόγραμμα σαν κριτής. Το ουσιαστικό είναι να υπάρχουν αυτά τα προγράμματα. Ό,τι και να 'ναι, καλό είναι που υπάρχει. Άλλωστε όπως και να γίνουν τα πράγματα δεν θα είναι όλοι ευχαριστημένοι».
(Α086, 030764ΥΕ1, οπ, απχ)

«…δεν μπορώ να πω τίποτα, γιατί το σημαντικό για μένα είναι το ότι υπάρχει το πρόγραμμα, όπως κι αν είναι οργανωμένο, όσο κι αν αλλάζει. Κι ακόμα, πρέπει να καταλάβει ο χρήστης ότι το πρόγραμμα είναι στο κεφάλι του και εξαρτάται από το κάθε άτομο το πώς βλέπει τα πράγματα και κατά πόσον αφήνει να τον επηρεάζουν, θετικά ή αρνητικά».
(Α090, 171268ΥΥ1, οπ, απχ)

Κάποιοι άλλοι αδυνατούν να εκφράσουν συγκεκριμένες αλλαγές και περιορίζονται σε σύντομες διατυπώσεις. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«…Εγώ έχω φύγει από εκεί τόσο καιρό και ακούω ότι έχουν αλλάξει αρκετά πράγματα».
(Β369, 020475ΣΑ1, οπ, απχ)

«…Τίποτα. Δεν ξέρω».
(Β376, 0306571, πδ, απχ)

«…τίποτα. Δεν το σκέφτομαι, δεν μπορώ να φανταστώ».
(Β313, 130170ΘΛ1, οπ, απχ)

Δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις σημαντικές ανάλογα με το χρόνο παραμονής εκτός από αυτόν που προαναφέρθηκε στις αναφορές των ατόμων για αλλαγές στη θεραπευτική κοινότητα. Είναι πάντως αξιοσημείωτο ότι μόνον μια γυναίκα αναφέρει ότι δεν βρίσκει απαραίτητο ν' αλλάξει κάτι στον τρόπο που έζησε τη θεραπευτική της εμπειρία. Όλες οι υπόλοιπες αναφορές που δεν προτείνουν αλλαγές προέρχονται από άνδρες, χαρακτηρίζοντας ενδεχομένως τις δυσκολίες κάθε μορφής που βιώνουν οι γυναίκες στη θεραπευτική διαδικασία και την προθυμία τους, επομένως, να σχολιάσουν θέματα, ώστε να αλλάξουν καταστάσεις που δημιουργούν πίεση.

5.5.9. Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα στοιχεία που συγκροτούν τις κατηγορίες που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων αυτής της συγκεκριμένης ομάδας των συμμετεχόντων (όσων δηλαδή απέχουν από τη χρήση ουσιών από την εισαγωγή τους μέχρι την επανεξέταση). Η ταξινόμηση αυτών των στοιχείων ή κωδικών που διαμορφώνουν τις επιμέρους κατηγορίες διευκολύνει τη συνοπτική περιγραφή των αναφορών των συμμετεχόντων και επιτρέπει την κατανόησή τους σε μια προσπάθεια ερμηνείας των απόψεων αυτής της ομάδας. Δίνει επιπλέον τη δυνατότητα συνδυασμού και συγκρίσεων με τις άλλες δύο ομάδες αναδεικνύοντας τις διαφορές και τις ομοιότητές τους στο πώς αντιλαμβάνονται τις αλλαγές που θεωρούν σημαντικές στη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας.

Πίνακας 5.4. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών από την ημέρα εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση

Κατηγορία	***Κώδικας***
Κανόνες και περιορισμοί	*Τι εννοείται βία* *Το κάπνισμα* *Το ντύσιμο* *Η εμφάνιση* *Αυστηρότητα* *Η τιμωρία* *Άδεια για να μιλήσεις*
Περιορισμός σεξουαλικών σχέσεων	*Ερωτικές σχέσεις μετά από ένα διάστημα* *Επαφή με το σύντροφο* *Βασανιστική αποχή*
Ο χρόνος στη θεραπευτική κοινότητα	*Μεγάλος χρόνος παραμονής* *Ανούσια παραμονή* *Λιγότερο στην κοινότητα περισσότερο στη επανένταξη* *Ώρα για τον εαυτό* *Ελεύθερος χρόνος* *Χαλαρότεροι ρυθμοί* *Προσωπικός χρόνος* *Χρόνος για επαφή με σύντροφο* *Προσωπική διαχείριση χρόνου* *Συντομότερη διαδικασία εισαγωγής* *Γρήγορα την εισαγωγή*
Συνέπειες και κυρώσεις	*Επώδυνος διορισμός* *Ασκήσεις χαλάρωσης* *Κατάργηση της λάντζας* *Εναλλακτικές λύσεις* *Βάρβαρη λάντζα* *Επισημάνσεις* *Αναθέσεις σαν τιμωρία* *Η έκθεση της αυτοαποκάλυψης* *Το ιντέικ* *Η τυπικότητα των διαδικασιών*
Ενδυνάμωση για την επαγγελματική ένταξη	*Συνεργασία και υποστήριξη από φορείς* *Εκμάθηση κομπιούτερ* *Επαγγελματικός προσανατολισμός*

	Στήριξη στη δουλειά *Υποστήριξη στα νομικά προβλήματα* *Εύρεση εργασίας* *Επαγγελματική αποκατάσταση*
Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	*Περισσότερο προσωπικό* *Αναλογία προσωπικού μελών* *Λιγότερο εμπλεκόμενο προσωπικό* *Άνεση με το προσωπικό* *Κατάχρηση εξουσίας* *Ανεκτικότητα από το προσωπικό* *Υποκειμενικότητα προσωπικού* *Εξουσία του προσωπικού* *Έλεγχος για το προσωπικό* *Ανθρώπινο προσωπικό* *Παρουσία προσωπικού* *Ελαστικότητα από το προσωπικό*
Αναγνώριση της ατομικότητας	*Ξεχωριστή αντιμετώπιση* *Ατομικές συναντήσεις* *Αντιμετώπιση της ισοπέδωσης* *Διαφορετική αντιμετώπιση* *Ατομική ψυχοθεραπεία* *Ατομική θεραπεία* *Προσοχή στις ατομικές ιδιαιτερότητες*
Δεν χρειάζονται αλλαγές	*Έτσι όπως πρέπει να είναι* *Εμπιστοσύνη* *Όλα βοηθάνε* *Πολύ καλή η κοινότητα* *Ό,τι και να 'ναι καλό είναι* *Σημαντικό που υπάρχει* *Δεν ξέρω* *Δεν το σκέφτομαι*

5.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΔΙΟΛΙΣΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η ομάδα των ατόμων που μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία διολίσθησαν αλλά απέχουν το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από την επανεξέταση αποτελεί την ομάδα με τα λιγότερα, αριθμητικά, μέλη. Στην ομάδα αυτή, επιπλέον, συναντώνται πολύ λίγες γυναίκες και τα περισσότερα άτομα διέκοψαν τη θεραπεία πρόωρα, στη διάρκεια δηλαδή των πρώτων τριών μηνών. Από την ανάλυση των αναφορών τους προκύπτουν πέντε βασικές κατηγορίες στις οποίες επικέντρωσαν τις παρατηρήσεις τους για αλλαγές που θεωρούν αναγκαίες. Οι κατηγορίες που προέκυψαν περιλαμβάνουν μέτρα που σχετίζονται με τη μείωση της πίεσης που υφίστανται κατά τη διαδικασία της θεραπείας, με το χρόνο τόσο ως συνισταμένη της θεραπείας αλλά και ως μέσο χαλάρωσης στη θεραπευτική διαδικασία, με το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας, με την αναγνώριση της διαφορετικότητας και με τη δομή του θεραπευτικού πλαισίου σε σχέση με την καθημερινή διαβίωση στη θεραπευτική κοινότητα. Κάποιοι, επίσης, από τη συγκεκριμένη ομάδα δεν ανέδειξαν στοιχεία που χρειάζεται ν' αλλάξουν, υιοθετώντας μια στάση αποδοχής μάλλον του πλαισίου που βίωσαν χωρίς ν' ασκούν κριτική ή ακόμα και υπερθεματίζοντας για τη σκοπιμότητά των επιμέρους επιλογών της οργάνωσής του.

5.6.1. Η μείωση της πίεσης

Πολλοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κυρίαρχο στοιχείο της εμπειρίας τους ήταν η πίεση που αισθάνονταν ως μέλη της θεραπευτικής κοινότητας. Η πίεση αυτή, άλλοτε ήταν συναισθηματική, άλλοτε αποδόθηκε στη σωματική κόπωση και άλλοτε συνδέθηκε με τον τρόπο εφαρμογής των αρχών λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας που επηρεάζει τη ζωή εκεί. Κατά τη γνώμη όσων περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχουν το τελευταίο δωδεκάμηνο μετά από επεισόδιο διολίσθησης, η πίεση μπορεί να γίνει ανασταλτικός

παράγοντας για τη συνέχιση της θεραπείας αλλά και να δημιουργήσει συνθήκες τυπικής προσαρμογής σε κανόνες, καλύπτοντας ή ακυρώνοντας τη σκοπιμότητά τους. Έτσι αρκετοί επικεντρώνονται στο ότι πρέπει να γίνουν προσπάθειες να μειωθεί αυτή η πίεση και με χαρακτηριστικό τρόπο αναφέρουν:

> *«…Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι σκληρές, και τα μέλη φτάνουν στα όρια από άποψη ψυχολογικής και σωματικής αντοχής. Να είναι πιο χαλαρά τα πράγματα, ώστε να είναι τα προγράμματα και πιο προσιτά στους χρήστες, δηλαδή να πηγαίνουν περισσότερα άτομα, και να μπορούν περισσότεροι από αυτούς να παραμείνουν στο πρόγραμμα».*
> Α093, 081265ΝΝ1, πδ, δαπ)

> *«…Ν' αλλάξει αυτή η πίεση που υπάρχει. Δε χρειάζεται να λες σε κάποιον τι να κάνει τόσο έντονα».*
> (Α150 - 240972ΝΜ, πδ, δαπ)

> *«…Η πολλή πίεση δεν μου άρεσε, με ζόριζε πιο πολύ από όλα. Δεν μου έρχεται κάτι άλλο στο μυαλό αυτή τη στιγμή, για να είμαι ειλικρινής».*
> (Α054, 220173ΑΦ1, πδ, δαπ)

> *«…Να μην είναι το ημερήσιο πρόγραμμα της κοινότητας τόσο πιεστικό. Λίγο πιο χαλαρό και ανθρώπινο».*
> (Β373, 070964ΟΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Να μην είναι τόσο καταπιεστικό. Η πίεση είναι φοβερή».*
> (Β387, 201170ΑΡ1, πδ, δαπ)

Κάποιοι άλλοι, πάλι, συνδέουν το συναίσθημα της έντονης πίεσης που βιώνουν με τις θεραπευτικές διαδικασίες και τον τρόπο που καλούνται να συμμετέχουν σ΄ αυτές, να παίρνουν ενεργό μέρος στη διαδικασία και να εκθέτουν τις δυσκολίες τους. Παράλληλα ο τρόπος με τον οποίο βίωναν τις συνέπειες, όταν για διάφορους λόγους υιοθετούσαν διαφορετική στάση από αυτή που όριζε το πλαίσιο, νοηματοδοτήθηκε ως τιμωριτική διαδικασία. Συγκεκριμένα αναφέρουν:

> *«…η υπερβολική πίεση στις θεραπευτικές διαδικασίες – είναι θέμα χαρακτήρα πόσο το ανέχεσαι και πόσο μπορεί να ανοιχτείς π.χ. στην κοινότητα ήταν όλα πολύ περιοριστικά ενώ μετά στην επανένταξη απότομα βγαίνεις έξω».*
> (Α066, 120675ΣΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Όλα ήταν χάλια. Αυτό που δεν μου άρεσε ήταν που ήθελαν να σε τιμωρήσουν με διορισμούς και άλλα τέτοια, χωρίς να υπάρχει λόγος. Εγώ τσακώθηκα με το προσωπικό, γιατί με έβαζαν υπεύθυνο για τη διασκέδαση, ενώ εγώ είχα τα χάλια μου. Όλα αυτά τα καταναγκαστικά, το πρέπει με το ζόρι να κάνεις πράγματα. Για να καταλάβεις, τώρα αν μου πεις πρέπει σ' έχω διαγράψει. Αν σταματήσουν όλα αυτά, θα 'ναι πιο ανθρώπινα τα πράγματα».*
> (Β243 - 210273ΝΠ1 οπ, δαπ)

> *«…Η λάντζα. Έμαθα ότι σταμάτησαν μετά τη δική μου. Εγώ μίλαγα μετά με μέλη του προσωπικού που έφυγαν από το ΚΕΘΕΑ και μου έλεγαν οφ δε ρέκορντ ότι έγιναν λάθη ηγεσίας. Μετά έγινε η αναδιάρθρωση. Το άλλο που πρέπει να αλλάξει είναι το νταβατζιλίκι με τις ομάδες. Πρέπει να πας με ομάδα που δεν γνωρίζεις. Καλύτερα να σε βάζουν να κάνεις κάτι που γουστάρεις και όχι οτιδήποτε που σε βάζουν να κάνεις».*

(Α057, 211271ΝΝ1, οπ, δαπ)

«…είναι η υπερβολή στα θεραπευτικά εργαλεία, όπως για παράδειγμα η λάντζα και οι αναθέσεις. Αυτά θα πρέπει να είναι λίγο πιο ελαστικά όταν εφαρμόζονται».
(Α091 - 101072ΘΣ2 οδ, δαπ)

Πολλοί, επιπλέον, εντόπισαν την εργασία στη θεραπευτική κοινότητα ως πηγή έντασης που δημιουργούσε συνθήκες πίεσης. Ο τρόπος που είναι προγραμματισμένες οι εργασίες αλλά και η απαίτηση για το πώς πρέπει να γίνουν στη διάρκεια της μέρας αναφέρονται ως παράγοντες που αυξάνουν την πίεση και δυσκολεύουν τα άτομα, αφού καλούνται να ζήσουν ένα ασφυκτικό καθημερινό πρόγραμμα που δεν τους επιτρέπει να χαλαρώσουν. Οι δουλειές επομένως εκλαμβάνονται ως αυστηρή εργασιοθεραπεία και δεν συνδέονται με μια κατανοητή σκοπιμότητα. Χαρακτηριστικά κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«…Να μην έχει τόσες δουλειές, να μην υπάρχουν τόσα πολλά αναγκαστικά πράγματα και να υπάρχει περισσότερος ελεύθερος χρόνος».
(Β295, 220766ΕΓ1, πδ, δαπ)

«…Θα ήθελα μέσα στο πρόγραμμα να μην υπάρχει εργασιοθεραπεία σε τέτοιο βαθμό και να μην υπάρχουν τόσο όρια και συγκεκριμένα κάποια όχι τόσης μεγάλης αξίας».
(Β349, 210968ΩΙ1, πδ, δαπ)

«…Να μειωθεί η πίεση και οι υπερβολικές απαιτήσεις όσον αφορά στη δουλειά μέσα στην κοινότητα. Η δουλειά είναι από μόνη της μια θεραπευτική διαδικασία, αλλά κι εκεί πρέπει να υπάρχουν όρια. Να είναι πιο χαλαρά τα πράγματα στις θεραπευτικές διαδικασίες, και να μπορεί κάθε μέλος να παίρνει το χρόνο του».
(Α094, 250168ΥΤ1, πδ, δαπ)

Η πίεση αποτέλεσε για τους συμμετέχοντες της συγκεκριμένης ομάδας ένα μοτίβο που επαναλαμβάνεται συνέχεια. Χρειάζεται ωστόσο να τονισθεί ότι είναι πολύ σαφέστερα διατυπωμένο ένα αίτημα μείωσης της πίεσης από τα άτομα αυτής της ομάδας που διέκοψαν πρόωρα. Όσοι παρέμειναν περισσότερο από τρεις μήνες στη θεραπευτική κοινότητα, ενώ συχνά υποδεικνύουν ότι πρέπει να γίνουν αλλαγές σε στοιχεία που εντοπίζουν επίσης και όσοι διέκοψαν στις πρώτες ενενήντα ημέρες, δεν τα συνδέουν άμεσα με ένα συναίσθημα πίεσης. Τα στοιχεία αυτά για όσους έμειναν περισσότερο από τρεις μήνες παίρνουν ένα χαρακτήρα περισσότερο κυρώσεων στην ανεπιθύμητη συμπεριφορά και έτσι καταδεικνύουν την ανάγκη αναμόρφωσής τους παρόλο που σε μερικές περιπτώσεις δεν υποτιμούν τη πιθανή λειτουργία τους. Είναι χαρακτηριστικές κάποιες αναφορές:

«…είχα πέσει πολλές φορές στη λάντζα. Αυτά τα θεραπευτικά να σκάβεις, να σκάβεις ήταν σπαστικά. Πιστεύω ότι τα πολλά σκαψίματα και οι αναθέσεις δεν βοηθάνε. Εμένα βέβαια με βοήθησαν, αλλά ήταν σπαστικά».
(Β250, 170368ΑΥ1, οδ, δαπ)

«…οι λάντζες δεν μου άρεσαν, αλλά νομίζω ότι τώρα έχει αλλάξει. Αλλά και γι' αυτές υπήρχε λόγος που γίνονταν. Στην κοινότητα τίποτα δεν γινόταν στην τύχη. Όταν πήγα εγώ, στην αρχή μόνο ήταν δουλειά. Δουλειά και τίποτα άλλο».
(Β273, 050768ΚΑ1, οδ, δαπ)

Μάλιστα από κάποιους αυτές οι συνέπειες απέναντι στην ανεπιθύμητη συμπεριφορά συνδέονται με την ανάπτυξη συνθηκών άσκησης εξουσίας που την εκλαμβάνουν ως καταχρηστική αλλά και επικίνδυνη. Αναφέρεται σχετικά:

«…Να μην υπάρχουν οι λάντζες και οι αναθέσεις, γιατί δεν κάνουν καλό, όπως και η

εξουσία των μεγαλύτερων όταν την εκμεταλλεύονται. Δεν είναι καλό ούτε για τους ίδιους ούτε και για τους άλλους».
(Β372, 061169ΑΜ1, οδ, δαπ)

«…η υπερβολική ανάθεση υπευθυνοτήτων στα μέλη. Μας έβγαινε πολύ εξουσία…»
(Α183, 160766ΟΝ2, οπ, δαπ)

5.6.2. Ο χρόνος στη θεραπευτική διαδικασία

Ο χρόνος αποτελεί μια παράμετρο στην οποία εστιάζουν οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη ομάδα αποδίδοντάς του δύο διαφορετικές έννοιες. Από τη μια μεριά, ο χρόνος που προβλέπεται να περάσει κάποιος στη θεραπευτική διαδικασία θεωρείται πολύς και εκτιμούν ότι συντομότερο χρονικό διάστημα στη θεραπευτική κοινότητα θα βοηθούσε περισσότερο. Από την άλλη επισημαίνουν ότι η ευρεία εντατικοποίηση του θεραπευτικού προγράμματος δεν τους επιτρέπει να έχουν τον ελάχιστο προσωπικό χρόνο για να τον διαχειρισθούν αυτόνομα.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες εκτιμούν ότι η παραμονή για τόσο μεγάλο διάστημα στη θεραπευτική κοινότητα απομακρύνει από την κοινωνία και διαμορφώνει έναν απομονωτισμό που δυσχεραίνει τη μετέπειτα κοινωνική τους ένταξη και χαρακτηρίζεται ως κοινωνικός απομονωτισμός. Επισημαίνουν επιπλέον ότι μετά από ένα διάστημα που περνούν στη θεραπευτική κοινότητα δεν αξιοποιούν τη θεραπεία και δεν έχουν τίποτε περισσότερο να κερδίσουν συνεχίζοντας να παραμένουν σ΄ ένα περιβάλλον που τους αποκλείει, όπως αναφέρουν, από την κοινωνική πραγματικότητα. Μερικοί συμμετέχοντες αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«…Πρέπει να αλλάξει ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα, γιατί μετά τους δέκα μήνες ό,τι έπαιρνα με χάλαγε. Είναι σαν απ' το αποκορύφωμα ν' αρχίζεις να κατρακυλάς. Κάποια στιγμή πέφτεις και στην επανένταξη χρειάζεται να γεμίσεις απ' την αρχή».
(Α070, 041255ΑΤ1, πδ, δαπ)

«…Ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα, θα έπρεπε να μειωθεί, δεδομένου ότι κάποια πράγματα μπορούν να γίνουν πιο γρήγορα. Ένιωσα ότι μετά από κάποιους μήνες στην κοινότητα έμεινα στάσιμη και μου δημιουργούσε ένταση το ότι ήμουν μακριά απ' όλα αυτά που με δυσκόλευαν».
(Α079, 111168ΣΥ2, πδ, δαπ)

«…Πιστεύω ότι η κοινότητα πρέπει να είναι το περισσότερο μέχρι δώδεκα μήνες. Άσχετα με το αν οι υπεύθυνοι στην κοινότητα νομίζουν ότι κάποιος είναι έτοιμος, να περνάει τότε στη φάση της κοινωνικής επανένταξης […] …να δίνεται περισσότερη αυτοπεποίθηση…»
(Α035, 070269ΚΩ1, οδ, δαπ)

«…Δε μου άρεσε η απομόνωση από το έξω. Θα πρέπει να υπάρχει επαφή με το έξω από την πρώτη στιγμή έως την τελευταία. Όταν βγήκα έξω, πρώτη φορά μου γύρισαν τα πάνω κάτω…»
(Α050, 260569ΙΝ1, πδ, δαπ)

Οι συμμετέχοντες επιθυμούν να μειωθεί ο χρόνος παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα επειδή το θεραπευτικό πλαίσιο δημιουργεί ένα προστατευτικό ιστό που δεν τους επιτρέπει να αναμετρηθούν με την πραγματικότητα, την οποία θεωρούν εξαιρετικά διαφορετική. Αυτός ο προστατευτισμός του θεραπευτικού πλαισίου διατείνονται ότι τους δημιουργεί στρεβλές προσδοκίες κατά τη διαδικασία της ένταξής τους. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«…Να μειωθεί ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα, γιατί είναι πολύς καιρός μέσα σε υπερβολικά προστατευμένο πλαίσιο και είσαι σαν ψάρι έξω από το νερό. Στη φάση της κοινότητας είναι σημαντικό να είσαι μέσα για να ξεκαθαρίσεις, αλλά όταν βγαίνεις στην επανένταξη υπάρχει πολύ μεγάλη σύγκρουση και νιώθεις πολύ μικρός σ' έναν κόσμο που δεν σε καταλαβαίνει….».
(Α073, 071165ΜΡ1, οδ, δαπ)

«…Είναι πολύ μεγάλος ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα και αυτό κάνει ζημιά. Πρέπει να μειωθεί ο χρόνος παραμονής, γιατί μέσα στην κοινότητα είσαι σ' ένα πλαίσιο, υπάρχει αυστηρότητα και έτσι πρέπει να φέρεσαι σωστά –εκεί δεν βλέπεις πουστιά, όλοι σε προστατεύουν. Μετά βγαίνεις έξω και βλέπεις ένα κόσμο πούστικο. Δεν χρειάζεται η υπερβολική προστασία και πρέπει να περνάς πιο ομαλά από την κοινότητα στην επανένταξη».
(Α068, 011072ΟΕ1, πδ, δαπ)

Οι συμμετέχοντες εκτιμούν, μάλιστα, ότι ο μεγάλος χρόνος παραμονής αντιβαίνει σε μια διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης στην οποία στοχεύει η θεραπεία με όρους ωρίμανσης και προσωπικής ευθύνης. Κάποιος από τους συμμετέχοντες λέει ενδεικτικά:

«Υπάρχει υπερπροστασία στους κόλπους της κοινότητας. Η ωρίμανση είναι αργή. [Αυτό] μπορεί να ωθήσει σε υποτροπή. …[Χρειάζεται] πιο γρήγορη ωρίμανση και ατομική ευθύνη, πιο ομαλή εναλλαγή φάσεων, σταδιακά».
(Α060, 160667ΜΡ1, οδ, δαπ)

Ο δεύτερος τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν την παράμετρο χρόνος στη θεραπευτική κοινότητα αφορά την αξιοποίησή του για αποκλειστικά προσωπικές τους ανάγκες κατά το διάστημα της παραμονής τους. Δηλώνουν, μάλιστα, ότι δεν έχουν στη διάθεσή τους αρκετό χρόνο για να διασκεδάσουν, να χαλαρώσουν ή ακόμα και να ξεκουραστούν ή να κάνουν κάτι που οι ίδιοι θα επέλεγαν εκτός προγράμματος. Αναφέρουν σχετικά:

«... Να μην υπάρχει σε τέτοιο βαθμό μονοτονία, ρουτίνα, στην κοινότητα, να μπορεί το μέλος αν δεν του αρέσει μια δραστηριότητα να κάνει κάτι άλλο».
(Α041, 201275ΝΕ1, πδ, δαπ)

«…Να μην έχει τόσες δουλειές, να μην υπάρχουν πολλά αναγκαστικά πράγματα και να υπάρχει περισσότερος ελεύθερος χρόνος…»
(Β295, 220766ΕΓ1, πδ, δαπ)

«…Να έχει πιο ανοιχτή και ελεύθερη μορφή, να έχεις ελευθερία επιλογής φίλων, να μπορείς να μιλήσεις για τη χρήση και τα προβλήματα με τις ουσίες. Δεν υπήρχε η δυνατότητα να μιλήσεις, ήταν όλα προγραμματισμένα, σαν ρομπότ, σαν να κατάπινα παγόβουνο».
(Α024, 110562ΕΒ1, οδ, δαπ)

«Αυτό το συνεχόμενο, από το πρωί ως το βράδυ να κάνουμε συνέχεια δουλειές και ομάδες, χωρίς διακοπές. Μεγάλη κούραση. Να υπάρχει διακοπή ή ελεύθερος χρόνος στο ενδιάμεσο».
(Β202, 230774ΑΚ1, οδ, δαπ)

«…Να μην είναι τόσο αυστηρά και να μπορεί να έχει ο καθένας πέντε λεπτά τουλάχιστον με τον εαυτό του».

(Α155, 250567ΑΡ1, οδ, δαπ)

«…Να δίνεται περισσότερος ελεύθερος χρόνος στα μικρά [στην ιεραρχία] μέλη. Να σου πω ένα παράδειγμα να το καταλάβεις: είχαμε μισή ώρα για καφέ και τσιγάρο. Τον καφέ μας τον σέρβιραν τα μικρά μέλη και μέχρι να γίνει αυτό και να κάτσουν και εκείνα να πιουν τον καφέ τους είχαν μείνει δέκα λεπτά».
(Β342, 110764ΝΣ1, οδ, δαπ)

5.6.3. Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας

Και από αυτή την ομάδα μεγάλο βάρος δόθηκε στο προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας. Οι συμμετέχοντες συνδέουν την πιεστική κατάσταση στην οποία βρέθηκαν κατά τη θεραπευτική διαδικασία με το προσωπικό, το οποίο είτε γιατί υπολείπεται σε αριθμό, όπως εκτιμούν, είτε γιατί έχει μειωμένες ικανότητες, όπως κρίνουν, συμβάλλει σημαντικά στη διαμόρφωση του κλίματος που επικρίνουν. Είναι χαρακτηριστικό επίσης ότι χωρίς υπεκφυγές αναφέρουν, έστω και με διαφορετική οπτική, εκείνα που κατά τη γνώμη τους σε επίπεδο οργάνωσης αλλά και σε επίπεδο σχέσεων θα μπορούσαν να βοηθήσουν περισσότερο σε κάθε φάση της θεραπείας. Οι αναφορές που σχετίζονται με το προσωπικό προέρχονται από κάθε επιμέρους κατηγορία σε σχέση με το χρόνο παραμονής, τόσο από τους άνδρες όσο και από τις γυναίκες.

Επικεντρώνοντας αρχικά στην έλλειψη του προσωπικού, εκτιμούν ότι χρειάζονται περισσότερα άτομα επιφορτισμένα με την ευθύνη διαχείρισης των θεραπευτικών θεμάτων που προκύπτουν. Παράλληλα, σχολιάζουν και την αξιοποίηση των πρώην χρηστών στο θεραπευτικό προσωπικό συνήθως θετικά με ελάχιστες μόνος εξαιρέσεις. Κάποιες αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

«…[θα πρέπει] να υπάρχουν περισσότερα μέλη προσωπικού. Εκείνη την περίοδο που ήμουν εγώ υπήρχαν τέσσερα άτομα προσωπικό και ζούσαν μέσα ογδόντα μέλη. Να υπάρχει μία καλύτερη αναλογία μεταξύ μελών και προσωπικού, περισσότερο ενδιαφέρον από αυτούς… Θα ήταν, επίσης, καλό να υπήρχαν περισσότεροι πρώην [χρήστες] στην κοινότητα για να προσφέρουν βοήθεια…»
(Β224, 151060ΤΓ1, οδ, δαπ)

«…Να υπάρχουν περισσότεροι πρώην χρήστες ως προσωπικό θεραπείας, γιατί ξέρουν να χειρίζονται καλύτερα τους χρήστες. Χωρίς όμως να είναι απαραίτητο να έχουν τελειώσει το λύκειο, γιατί αυτή είναι παράλογη απαίτηση, αφού οι χρήστες είναι δύσκολο να έχουν τελειώσει το λύκειο. Να, εγώ για παράδειγμα άρχισα να κάνω χρήση ναρκωτικών από έντεκα χρονών, και φυσικά δεν κατάφερα να τελειώσω το σχολείο, ούτε και ήταν δυνατόν να μάθω, παραδείγματος χάριν, κομπιούτερ ή κάτι άλλο».
(Α040, 270267ΥΛ1, πδ, δαπ)

«…το προσωπικό του ΚΕΘΕΑ που ήταν πρώην χρήστες θα έπρεπε να είχε περάσει από πιο αυστηρό έλεγχο, γιατί πολλοί από αυτούς έκαναν χρήση και είχαν εξωγαμιαίες σχέσεις καθώς ήταν στην κοινότητα. Οι τρεις στους πέντε πρώην χρήστες στο προσωπικό υποτροπίασαν…»
(Α136, 161274ΣΡ1, οπ, δαπ)

Με έμφαση σε αρκετές περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε θέματα που σχετίζονται με την επιλογή και την εκπαίδευση του προσωπικού. Εκτιμούν, μάλιστα, ότι ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό διαχειρίζεται την κατάσταση και τις σχέσεις στη θεραπευτική κοινότητα μπορεί να σχετίζεται με την εκπαίδευσή του. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«…Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα κριτήρια στην επιλογή προσωπικού, ώστε τα άτομα που δουλεύουν να δέχονται τα λάθη τους.»
(Α121, 060969ΗΡ, πδ, δαπ)

«… [πρέπει ν΄ αλλάξει] και η υποτίμηση από το θεραπευτικό προσωπικό, αυτός ο τρόπος ειρωνείας που μας αντιμετώπιζαν. Ιδιαίτερα από άτομα του προσωπικού που ήταν πρώην χρήστες».
(Β229, 250769ΝΑ1, πδ, δαπ)

« …[θα πρέπει να υπάρχουν] πιο αυστηρά κριτήρια κατά την επιλογή του θεραπευτικού προσωπικού, και να τους γίνεται περισσότερη χρονικά εκπαίδευση. Εξίσου σημαντικό [είναι] το να υπάρχει βιωματική εμπειρία στο χώρο, κάτι που δεν αποκτιέται με το να μένουν μόνο μερικές εβδομάδες στην κοινότητα».
(Α096, 010864ΝΑ1, οδ, δαπ)

«…το προσωπικό θεραπείας να μην είναι κοινωνιολόγοι, αυτοί δεν έχουν θέση προσωπικού θεραπείας. Να υπάρχουν βέβαια στο πρόγραμμα αλλά να κάνουν άλλα πράγματα. Στο θεραπευτικό προσωπικό να είναι ψυχολόγοι, ψυχαναλυτές μαζί με πρώην χρήστες που θα έχουν πάρει την κατάλληλη εκπαίδευση. Για να είσαι θεραπευτής χρειάζεται αγάπη, να το λέει η καρδούλα σου. Όχι θεραπεία από κοινωνιολόγους, είναι σαν ένας παθολόγος να κάνει εγχείρηση ανοικτής καρδιάς».
(Α027, 261258ΕΤ2, οδ, δαπ)

Οι συμμετέχοντες, πάντως, αναφέρθηκαν ιδιαίτερα στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο προσωπικό και τους θεραπευόμενους. Συχνά εστίασαν στην ανάγκη που είχαν για μια στενότερη σχέση με το προσωπικό, που θα διαμόρφωνε καλύτερες συνθήκες και ατμόσφαιρα φροντίδας. Από την άλλη, επικεντρώθηκαν στον τρόπο εμπλοκής του προσωπικού με τα καθημερινά θέματα της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας, επισημαίνοντας ότι μεγαλύτερη εμπλοκή του προσωπικού θα περιόριζε φαινόμενα εξουσιαστικής συμπεριφοράς μεταξύ των μελών και εκτιμώντας ότι η παρουσία του προσωπικού θα αποτελούσε εγγυητικό παράγοντα προστασίας. Δεδομένου ότι στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας οι θεραπευόμενοι αναπτύσσουν θεραπευτική σχέση μεταξύ τους στη βάση της αυτοβοήθειας και συναντούν λιγότερο το προσωπικό, όσοι διέκοψαν στο διάστημα των πρώτων ενενήντα ημερών, επικεντρώνονται περισσότερο στην αναγκαιότητα της σχέσης με το προσωπικό, στάση που διαφοροποιείται από όσους παρέμειναν περισσότερο στη θεραπεία. Αναφέρουν, ενδεικτικά, κάποιοι από τους συμμετέχοντες:

«…Να αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης, γιατί δεν είχα όση υποστήριξη ήθελα και δεν υπήρχε ενδιαφέρον…»
(Α119, 070669ΕΕ1, πδ, δαπ)

«…θα ήθελα πιο πολλές ώρες την ημέρα να ασχολείται κάποιος μαζί μου, κάποιος θεραπευτής. Κάποιος θεραπευτής να με βοηθήσει περισσότερο, να ψάξει πιο πολύ μέσα μου».
(Α147, 130868ΩΕ1, πδ, δαπ)

«…Οι σχέσεις των μελών με το προσωπικό να γίνει πιο ζεστή και να καταργηθεί η δουλική σχέση που επικρατεί. Αντί του τιμωρητικού μοντέλου να δίνει η κοινότητα ζεστασιά και αγάπη».
(Β241, 280862ΗΙ1, πδ, δαπ)

«… και το προσωπικό να είναι πιο ανθρώπινο».
(Α020 - 060973ΜΡ2, πδ, δαπ)

«…Η ατμόσφαιρα πρέπει ν΄ αλλάξει, να νιώθει ο άλλος ζεστασιά. Να μην υπάρχει μεγάλη απόσταση από το θεραπευτικό προσωπικό».
(Α146, 181167ΝΣ1, οδ, δαπ)

«… αυτό που πρέπει να προσεχτεί είναι ο λίγο ο τρόπος του θεραπευτικού προσωπικού που δεν ακολουθεί μια κοινή γραμμή».
(Β322, 230453ΝΡ1, οδ, δαπ)

«…Να είναι το προσωπικό πιο κοντά στα μέλη, να μην είναι τόσο απόμακρο».
(Α005, 270172ΝΦ1, οπ, δαπ)

«…το θεραπευτικό προσωπικό να αντιμετωπίζει τα μέλη πιο ανθρώπινα και να υπάρχει κάποια δυνατότητα πρωτοβουλιών χωρίς να ξεφεύγουν βέβαια από το πλαίσιο του προγράμματος. Να υπάρχει πιο ουσιαστικό νοιάξιμο… Θα πρέπει επίσης να αντιμετωπίζεται η ιδιαιτερότητα του καθενός, ενώ θα ήταν ίσως αποτελεσματικότερο αν υπήρχαν στο θεραπευτικό προσωπικό άνθρωποι με συνολικές γνώσεις θεραπείας. Δηλαδή, ένα κράμα σφαιρικών αντιμετωπίσεων ώστε να σμιλέψουν τον κάθε άνθρωπο».
(Β232, 280666ΗΟ1, οπ, δαπ)

Σχετικά με την αναγκαιότητα ενισχυμένης παρουσίας του προσωπικού που θα αποτελούσε εγγύηση ασφάλειας και μεγαλύτερης προστασίας ως προς την έκφραση συμπεριφορών εξουσίας, αναφέρεται από τους συμμετέχοντες:

«…να υπάρξει περισσότερη παρέμβαση των θεραπευτών και να μειωθεί η άκρατη εξουσία των μελών. Έτσι τουλάχιστον το ένιωθα εγώ, ότι υπήρχε μια έντονη εξουσία στα χέρια των μελών».
(Β287, 011067ΡΓ1, οπ, δαπ)

«… και για να ολοκληρώσω θα ήταν καλύτερο το προσωπικό να έχει περισσότερες ευθύνες, εκτός αν δεν το ξέρει ότι οι "μεγάλοι" συμπεριφέρονται μ' αυτόν τον τρόπο, αλλά και αυτό να συμβαίνει πάλι έχουν την ευθύνη…»
(Β247, 100164ΝΡ1, πδ, δαπ)

5.6.4. Η ανάγκη για αναγνώριση της διαφορετικότητας

Η ομάδα των συμμετεχόντων που απέχει το τελευταίο δωδεκάμηνο μετά από εμπειρία διολίσθησης στο μεταξύ διάστημα από την παύση της θεραπείας μέχρι την επανεξέταση, παρόμοια με την ομάδα που απείχε πλήρως από τη χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία, εστιάζει στην αναγνώριση της διαφορετικότητας ως πεδίο το οποίο στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί μια ανάγκη που οφείλει να τύχει προσοχής, ώστε να διαμορφωθούν όροι και συνθήκες που θα σέβονται την ατομικότητα του καθενός. Το ομαδικό πνεύμα που κυριαρχεί στη θεραπευτική διαδικασία και η έννοια της ομάδας, όπως ηγεμονεύει στη οργάνωση της ζωής της θεραπευτικής κοινότητας, βιώνεται από τους συμμετέχοντες ως ισοπεδωτική αντίληψη που υπόκειται σε γενικούς κανόνες, και στοχεύει στην κοινωνική ένταξη με μέσα και κριτήρια ίδια για όλους. Πολύ συχνά οι συμμετέχοντες ανέδειξαν την ανάγκη που έχουν για αναγνώριση της ατομικής τους ταυτότητας ως στοιχείο που τους διαφοροποιεί, κάνοντας αναφορά στις διαφορετικές ανάγκες που έχει ο καθένας και στον τρόπο αντιμετώπισης που δεν μπορεί να είναι όμοιος για όλους.

Είναι αξιοσημείωτο, πάντως, ότι όλες οι αναφορές για την αναγνώριση της ατομικής διαφορετικότητας προέρχονται από όσους σ΄ αυτήν την ομάδα διέκοψαν, είτε πρόωρα είτε μετά από αρκετούς μήνες στη θεραπευτική διαδικασία.

Η διαφορετικότητα στην οποία αναφέρονται οι συμμετέχοντες αποτελεί ένα αίτημα σφαιρικό για το σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ συμπεριλαμβάνει επίσης τις συνθήκες που ορίζουν την οργάνωση της ζωής στο κοινόβιο. Έτσι, ενδεικτικά κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρουν:

> *«…Θα ήθελα το πρόγραμμα να γίνει πιο εναλλακτικό. Νομίζω ότι τα πάντα πλην των τριών βασικών κανονισμών μπορούν να αλλάξουν. Να κοιτάει περισσότερο τον άνθρωπο σε προσωπικό επίπεδο και να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του (όπως π.χ. ακούω ότι έχουν γίνει υποστηρικτικές ομάδες ή όπως είναι η Κοινότητα για εργαζόμενους χρήστες). Περισσότερες εναλλακτικές θεραπείες, χωρίς να αλλάξουν οι βασικοί κανονισμοί, να λαμβάνει υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως αν έχουν ξανάπαει σε πρόγραμμα, αν δουλεύουν κ.λπ.».*
> (Β204, 080962ΑΙ1, πδ, δαπ)

> *«…Η υπερβολική πίεση στις θεραπευτικές διαδικασίες. Είναι θέμα διαφορετικού χαρακτήρα πόσο το ανέχεσαι και πόσο μπορεί να ανοιχτείς π.χ. στην κοινότητα ήταν όλα πολύ περιοριστικά για όλους…»*
> (Α066 - 120675ΣΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις ατομικές δυσκολίες και τα χαρακτηριστικά του κάθε μέλους, και όχι να υπάρχει γενίκευση σε όλα».*
> (Α100 - 180178ΜΘ1, πδ δαπ)

> *« …[πρέπει να αλλάξουν] και οι ομάδες, πρέπει να υπάρχει ομοιομορφία στα άτομα που συμμετέχουν σε μια ομάδα, γιατί καθένας έχει άλλα προβλήματα. Θεωρώ ότι στην περίπτωσή μου, που ήμουν πιο μεγάλος σε ηλικία σε σχέση με τους άλλους, οι ομάδες δεν με κάλύπταν, γιατί είχα και άλλα προβλήματα πέρα από τη χρήση…..»*
> (Α070, 041255ΑΤ1, πδ, δαπ)

> *«… [και] να προσεγγίζουν τα άτομα με διαφορετικούς τρόπους».*
> (Α116, 031070ΤΑ1, πδ δαπ)

Πιο συγκεκριμένα και ειδικά για τη θεραπεία, οι συμμετέχοντες με σαφήνεια εισηγούνται διαδικασίες ατομικής ψυχοθεραπείας που θα αφορούν το κάθε άτομο ξεχωριστά τόσο για την κύρια θεραπευτική φάση όσο και για τη μεταθεραπευτική υποστήριξη στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

> *«…θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα για κάποιου είδους ατομικής ψυχοθεραπείας».*
> (Β214, 180769ΙΚ2, πδ, δαπ)

> *«…[και] στην επανένταξη να υπάρχουν ομάδες με ψυχολόγο ατομικά, γιατί χρειάζεται όταν βγεις από την κοινότητα να ξέρεις πώς να συμπεριφερθείς…»*
> (Β344, 251073ΣΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Πιο πολλές ώρες την ημέρα να ασχολείται κάποιος μαζί μου, κάποιος θεραπευτής. Κάποιος θεραπευτής να με βοηθήσει περισσότερο, να ψάξει πιο πολύ μέσα μου».*
> (Α147, 130868ΩΕ1, πδ, δαπ)

Η γενίκευση της φροντίδας που κυριαρχεί στη θεραπευτική κοινότητα καταλήγει για πολλούς συμμετέχοντες να χάνει το νόημά της, γιατί δεν εκλαμβάνεται ως ενδιαφέρον προσωπικό για

τον καθένα ξεχωριστά. Ενδέχεται ακριβώς γι' αυτό να συνδέεται με μια απογοήτευση στο βαθμό που όλα είναι για όλους και τίποτα δεν αφορά μοναδικά το άτομο. Οι συμμετέχοντες εκφράζουν πάντως την ανάγκη για περισσότερη φροντίδα που κατευθύνεται προσωπικά και χαρακτηριστικά αναφέρουν:

> *«…Να υπάρχει πιο πολλή φροντίδα, εξατομικευμένη. Κάθε ομάδα είναι διαφορετική, κάθε άτομο με διαφορετικές εμπειρίες, δε μπορείς να λες σε όλους τα ίδια. Η ψυχή είναι κάτι το ατομικό. Διαφορετικές πληροφορίες, διαφορετικές εμπειρίες. Να δοθεί περισσότερος χρόνος στο να σκέφτεσαι. [Είναι] λίγος ο χρόνος με βάση τα προβλήματα που απασχολούν τον καθένα. Μοιάζει σαν στρατός. Η δουλειά να γίνεται με βάση τα ενδιαφέροντά σου».*
> (A179, 150962KP1, πδ, δαπ)

> *«…Θα ήθελα ν' αλλάξουν όλα, να υπάρχει σεβασμός, να δέχονται και να αγγίζουν τη χορδή του καθενός, να βρίσκουν μία φόρμουλα. Εγώ πώς το έχω σκεφτεί; …»*
> (B223, 020264YK1 πδ δαπ)

> *«Να υπάρχει περισσότερη ώρα με τον καθένα ατομικά, περισσότερες δραστηριότητες και εκδρομές. Να μην είναι τόσο αυστηρά και να μπορεί να έχει ο καθένας πέντε λεπτά τουλάχιστον με τον εαυτό του».*
> (A155, 250567AP1, πδ, δαπ)

> *«… αυτό που πρέπει να προσεχτεί είναι λίγο ο τρόπος του θεραπευτικού προσωπικού που δεν ακολουθεί μια κοινή γραμμή. Ίσως πρέπει τα άτομα να προσεγγίζονται και ατομικά ενώ τα θεραπευτικά πρέπει να παραμείνουν και να ενισχυθούν».*
> (B322, 230453NP1, πδ, δαπ)

> *«…Τέλος πρέπει να αφήνεται ο χρήστης στους δικούς του προσωπικούς ρυθμούς να καταλάβει τις ανάγκες του και τον εαυτό του».*
> (B241, 280862HI1, πδ, δαπ)

> *«…Να έχει [η κοινότητα] πιο ανοιχτή και ελεύθερη μορφή, να είναι ελευθερία επιλογής φίλων, να μπορείς να μιλήσεις για τη χρήση και τα προβλήματα με τις ουσίες, δεν υπήρχε η δυνατότητα να μιλήσεις, ήταν όλα προγραμματισμένα (σαν ρομπότ) σαν να κατάπινα παγόβουνο».*
> (A024, 110562EB1, οδ, δαπ)

Πέραν όλων των προηγουμένων που συνδέονται με τη διαφορετικότητα και ένα σαφές αίτημα για περισσότερο εξατομικευμένη φροντίδα, από τις γυναίκες αυτής της ομάδας των συμμετεχόντων σχολιάζεται για πρώτη φορά η ανάγκη αναγνώρισης της γυναικείας ταυτότητας σ' ένα περιβάλλον που οι άνδρες αποτελούν την πλειονότητα. Οι γυναίκες βιώνουν μια επιπλέον πίεση από το γεγονός ότι συχνά είναι λίγες και καλούνται να συμβιώσουν με όρους που όμως καθορίζονται από την αντίληψη των ανδρών. Οι αναφορές τους εκφράζουν ηχηρό μήνυμα προσπάθειας επιβίωσης σε κλίμα έντονα ανδροκρατούμενο. Είναι χαρακτηριστικές οι αναφορές τους:

> *«… Οι γυναίκες να ξέρεις έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στις κοινότητες, οι κοινότητες είναι ανδροκρατούμενες, αυτό πρέπει να τονιστεί, οι γυναίκες περνάνε άσχημα. Η κοινότητα, όπως σου είπα τότε που ήμουν εγώ, ήταν μπάχαλο. Η θεραπεία ήταν ανύπαρκτη και υπήρχε μεγάλη συσσώρευση προβλημάτων. Δεν μου ταίριαζαν εμένα αυτές οι καταστάσεις...»*
> (A027, 261258ET 2 πδ, δαπ)

> *«…..να υπάρχει ομάδα γυναικών, να υπάρχουν και άλλοι τρόποι θεραπείας, εκτός απ'*

αυτούς που ήδη υπάρχουν, όπου να μπορεί κανείς να εκφραστεί περισσότερο. Να μην υπάρχουν τιμωρίες, να συζητάνε όταν κάνουν κάτι που δεν επιτρέπεται και όχι να τον διώχνουνε».
(Α148, 240674ΜΑ2, πδ, δαπ)

Σε γενικές, πάντως, γραμμές η θέση που εκφράζεται από τους συμμετέχοντες που έχουν διακόψει (πρόωρα ή αργότερα) για περισσότερη εξατομίκευση στη φροντίδα μπορεί και να αποτυπώνει τη δυσκολία στην οποία βρίσκονται κατά την πρώτη περίοδο της θεραπείας. Ενδέχεται όσοι παρέμειναν στη θεραπευτική διαδικασία περισσότερο και ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική κοινότητα να δικαιολογούν εκ των υστέρων τις ομαδικές διαδικασίες και ν΄ αναγνωρίζουν τη σκοπιμότητα που έχει η συμμετοχή στην ομάδα, και να μην επικεντρώνονται τόσο στην ατομικότητα και τις ατομικές τους ανάγκες. Είναι χαρακτηριστικό ότι εκείνοι που παρέμειναν περισσότερο στη θεραπεία και ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρόλο που είναι λίγοι στον αριθμό, δεν επικεντρώθηκαν σε θέματα που σχετίζονται με τις προσωπικές τους ανάγκες.

5.6.5. Η δομή του θεραπευτικού προγράμματος

Μια επιπλέον κατηγορία που προέκυψε από την ανάλυση των αναφορών των συμμετεχόντων αυτής της ομάδας συνδέεται με χαρακτηριστικά της δομής του θεραπευτικού προγράμματος. Τα χαρακτηριστικά που αναδεικνύουν συνδέονται τόσο με το πώς είναι οργανωμένο το πλαίσιο που καθορίζει τη διαβίωσή τους αλλά και τις συνέπειες που αυτό έχει στην καθημερινότητα. Στοιχεία όπως η γραφειοκρατία, η εξουσία, η ιεραρχία, αποτελούν πεδία επικριτικής στάσης από τους συμμετέχοντες και απομονώνονται συχνά από μέρους τους ως στοιχεία που προσφέρονται για αλλαγές στη θεραπευτική δομή. Το έντονα ιεραρχημένο μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας, ο τρόπος κατανομής αρμοδιοτήτων και ευθυνών καθώς και οι διαδικασίες ελέγχου που συνεπάγονται παρουσιάζονται από τους συμμετέχοντες ως παράγοντες που επιτείνουν τη δυσκολία διαχείρισης της θεραπευτικής εμπειρίας τους όπως τη βιώνουν.

Πολλά από τα στοιχεία της δομής που χαρακτηρίζουν τη ζωή στη θεραπευτική κοινότητα γίνονται αντιληπτά με όρους που δεν τα καθιστούν κατανοητά και εκλαμβάνονται ως αδικαιολόγητος μηχανισμός άσκησης εξουσίας από τους ιεραρχικά ανώτερους και φυσικά από το προσωπικό. Βιώνοντας με αυτό τον τρόπο τη δομή της κοινότητας, πολλοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι συχνά, παρόλο του ότι δεν αναγνώριζαν την αξία αρκετών διαδικασιών στις οποίες συμμετείχαν, υιοθετούσαν προσαρμοστική στάση για να μην έρθουν σε αντιπαράθεση και μια τέτοια επιλογή τη θεωρούν υποκριτική για τη θεραπευτική τους προοπτική. Επεσήμαναν, παράλληλα, κι ένα έλλειμμα ενημέρωσης και προετοιμασίας σε τέτοιου τύπου διαδικασίες που θα στόχευε στην καλύτερη κατανόηση των αρχών λειτουργίας της κοινότητας και στην αναγνώριση της σκοπιμότητάς τους. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες δήλωσαν χαρακτηριστικά:

«…Η ενημέρωση. Προσωπική μου γνώμη είναι ότι στην κοινότητα παίζεται θέατρο. Θέατρο, γι' αυτό και ο χρήστης πρέπει να ενημερωθεί για αυτό. Παράδειγμα, θυμάμαι είχαμε κάτσει για φαγητό όταν ήμουν στην κοινότητα και ήρθε η υπεύθυνη και είπε πως η κουζίνα είναι βρώμικη, μας είπε να σταματήσουμε να τρώμε, βάλτε τα όλα στα ταψιά, καθαρίστε και μετά να φάτε. Η κουζίνα δεν ήταν βρώμικη. Το έκανε για να μας παιδέψει εκείνη τη στιγμή. Μερικές φορές ο θεραπευόμενος ένιωθε ανήμπορος, αλλά τελικά δεν ξέρω μπορεί να μην πρέπει να αλλάξει. Η κοινότητα είναι δυνατή εμπειρία. Τώρα μπορώ να πάω χωρίς ερωτηματικά. Δεν θα μου είναι παράλογο να καθαρίσω το καθαρό, τότε μου ήταν».
(Α058, 081261ΜΥ1, πδ, δαπ)

«…Η εξουσία που βγάζεις στην κοινότητα είναι άλλο πράγμα, σαν να είναι ο άλλος

μηδενικό μπροστά μου. Μετά σου λένε, έλα εδώ για επισήμανση και μαζεύονται οι συντονιστές και οι υπεύθυνοι και αρχίζουν να τον βρίζουν. Τον λένε μαλάκα, γκομενιάρη, πρεζάκια κάτι πράγματα δηλαδή φοβερά. Αυτά όλα τα γεγονότα με έκαναν τότε να φοβηθώ για μένα, ότι αν κάνω κάποιο λάθος θα έχω τέτοια αντιμετώπιση και λέω όχι».
(Β247, 100164ΝΡ1, πδ, δαπ)

«…Στο θεραπευτικό πρόγραμμα θα ήθελα να αλλάξει η ιεραρχία και ορισμένες διαδικαστικές λεπτομέρειες».
(Β351, 060872ΝΗ1, πδ, δαπ)

«…Είναι πάρα πολλά αυτά που δεν μου άρεσαν… Από τη μία με ενοχλούσε, από την άλλη, λέω, πως μπορεί να 'ταν καλό. Η αλλαγή παρέας δεν μου άρεσε, αντιδρούσα, αλλά κατάλαβα ότι και έξω γίνεται πολλές φορές αυτό το πράγμα. Τότε αντιδρούσα για τα κριτήρια που σου έβαζαν για να πας σε μεγαλύτερη παρέα».
(Β374, 231269ΩΤ1, πδ, δαπ)

«…Να μην γίνονται προσαρμοστικά τα άτομα. Να αφήνονται πιο ελεύθερα και να τους φέρονται πιο ανθρώπινα ανάλογα με το χαρακτήρα τους...»
(Α062, 210665ΑΥ1, οδ, δαπ)

«Να δίνονται λιγότερες εξουσίες και ευθύνες στα μέλη, ώστε να είναι σε θέση αυτά να τις διαχειριστούν σωστά….»
(Α096, 010864ΝΑ1, οδ, δαπ)

«…να αλλάξει η υποκρισία που υπάρχει, να γίνει πιο αληθινό το πρόγραμμα και να δοθεί διαφορετική έννοια στα πράγματα…»
(Β286, 030364ΤΔ1, οδ, δαπ)

«…Να μην υπάρχουν ακραίες καταστάσεις, να σου αναγνωρίζουν όλες τις προσπάθειές σου, κάτι που δεν το κάνουν εύκολα. Να μη σε κάνουν ρεντίκολο στους άλλους με διάφορους τρόπους και οι μεγαλύτεροι [στην ιεραρχία] να μην έχουν τόσο αέρα…»
(Β371 - 270376ΟΣ1, οδ, δαπ)

«…Η επισήμανση γινόταν τότε με βρισίδι. Δεν αντέχω τη λεκτική βία. Για να καταλάβεις είχαν μαζευτεί εφτά άτομα και με έλεγαν πουτάνα. Αυτό έπρεπε να με ταρακουνήσει για να μη φύγω. Δεν κατάλαβα γιατί γινόταν με αυτό τον τρόπο. Νομίζω ότι κανείς δεν νοιαζόταν. Αυτά όλα έδειχναν μόνο το τυπικό ενδιαφέρον, γινόταν όταν ήσουν σε κατάσταση κινδύνου για να σου πει που πας ξύπνα, αλλά εγώ δεν πήρα τίποτα το θετικό από αυτή την επισήμανση. Να υπάρχει θυμός αλλά και παρατηρήσεις συγκεκριμένες και όχι χαρακτηρισμοί…»
(Α027, 261258ΕΤ2, οδ, δαπ)

«…η υπερβολική ανάθεση υπευθυνοτήτων στα μέλη [πρέπει ν΄ αλλάξει]. Μας έβγαινε πολύ εξουσία».
(Α183 - 160766ΟΝ2, οδ, δαπ)

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στον τρόπο που προβλεπόταν από τη διαδικασία με τον οποίο αναδεικνύονταν θέματα διαφωνίας ή γινόταν κατάθεση συγκεκριμένου αιτήματος. Σχεδόν πάντα τέτοιου είδους διαδικασίες για να ξεκινήσουν όφειλαν να διατυπωθούν ως γραπτό αίτημα για να επιληφθεί σχετικά η ομάδα, και πάντα μεσολαβούσε ένα διάστημα από τη διατύπωση τους αιτήματος μέχρι την εκπλήρωσή του. Έτσι,

χαρακτηρίσθηκαν από τους συμμετέχοντες άσκοπη γραφειοκρατία και ανώφελος κόπος. Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

> *«…Το πιο σοβαρό ήταν αυτό που σου είπα, ότι για να εκφράσεις κάτι, έπρεπε να περιμένεις να γίνει απογευματινή ομάδα και αν γινόταν. Είναι απαράδεκτο δυο άνθρωποι για να επιλύσουν κάτι να είναι αναγκασμένοι να περιμένουν την απογευματινή ομάδα. Οπότε αυτός που 'χει το πρόβλημα και δεν το εκφράζει, ίσως το εκφράσει με άλλα πράγματα ή το καταπίνει κι αυτό σιγά-σιγά θα γίνει κι άλλο κι άλλο και αυτό όλο το "φόρτωμα" δεν εκφράζεται ποτέ…»*
> (Β247, 100164ΝΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Δεν μου άρεσε η γραφειοκρατία. Δηλαδή για να επικοινωνήσεις με κάποιον από το προσωπικό, υπάρχει πολύ γράψιμο. Ας πούμε για μια τιμωρία θα μπορούσες να συζητήσεις μαζί του το πρόβλημα, να σου δώσουν την τιμωρία και να τελειώνει. Να υπάρχει διάλογος δηλαδή, όχι να γράψεις και να πάει ιεραρχικά και όλα αυτά. Δεν μπορώ τώρα να σκεφτώ κάτι άλλο που δεν μου άρεσε, όλα αυτά τα έχω αφήσει πολύ πίσω».*
> (Β360, 300776ΝΡ1, πδ, δαπ)

Σε αρκετές πάντως περιπτώσεις οι συμμετέχοντες εκφράζονται με μια αμφιθυμία ως προς το κατά πόσο είχαν αποτέλεσμα αυτές οι διαδικασίες, αν και σχεδόν πάντα σημείωσαν ότι για τους ίδιους αποτέλεσαν ανεπιθύμητες εμπειρίες.

5.6.6. Τίποτα: αποφυγή κριτικής ή αποδοχή;

Πολλές από τις αναφορές των συμμετεχόντων και αυτής της ομάδας δείχνουν ότι αποφεύγουν να εντποπίσουν θέματα που χρειάζονται αλλαγή στη διαδικασία. Δηλώνοντας ότι δεν χρειάζεται να αλλάξει τίποτα στη θεραπευτική κοινότητα, φαίνεται σαν να αναγνωρίζουν τη σκοπιμότητα της οργάνωσης και των μεθόδων που εφαρμόζονται ή δεν είναι πλέον, μετά από ένα τόσο μεγάλο διάστημα, σε θέση να εντοπίσουν συγκεκριμένα θέματα που πιστεύουν ότι θα έπρεπε να αλλάξουν στο θεραπευτικό σύστημα. Από την άλλη μεριά, ενδέχεται η συγκεκριμένη ομάδα που απέχει πλέον ένα δωδεκάμηνο από τη χρήση παρανόμων ουσιών πριν από τη συνέντευξη και ανάλογα με το πόσο παρέμεινε στη θεραπευτική διαδικασία, να θεωρεί λειτουργικά αποδεκτές εξαιτίας του αποτελέσματος ακόμα και πιεστικές καταστάσεις ή συνθήκες που βίωσε. Το πόσο, βέβαια, παρέμεινε στη θεραπευτική κοινότητα μπορεί, επίσης, να βαραίνει στη διατύπωση μιας άρνησης προτάσεων για αλλαγές στο θεραπευτικό σύστημα υπό την έννοια ότι δεν πρόλαβαν κάποιοι, αν διέκοψαν αρκετά σύντομα, να σχηματίσουν γνώμη που θα επέτρεπε τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων.

Πολλοί, έτσι, από τους συμμετέχοντες δικαιώνουν αναδρομικά τη θεραπευτική τους εμπειρία παρόλο που επισημαίνουν ότι πολλά από τα βιώματά τους στη θεραπευτική κοινότητα τους δημιούργησαν δυσκολίες ή ήταν ακατανόητα. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι:

> *«…Κοίτα, όταν πήγα, όλα στην αρχή μου φάνηκαν άσχετα. Μετά όταν τελείωσα, έλεγα ότι όλα ήταν χρήσιμα...»*
> Α032, 060675ΝΡ1, πδ, δαπ)

> *«Δεν χρειάζεται να αλλάξει τίποτα. Μια χαρά είναι όπως είναι».*
> (Β350, 260969ΘΡ1, πδ, δαπ)

> *«…Δεν υπάρχει κάτι που θεωρώ ότι πρέπει να αλλάξει μέσα στη θεραπευτική κοινότητα».*
> (Β357, 240267ΜΜ1, πδ, δαπ)

«…Το πρόγραμμα στη δομή του μου φαινότανε καλό, δεν θα άλλαζα τίποτα».
(Β233, 231171ΙΡ1, οπ, δαπ)

Κάποιοι άλλοι εκτιμούν ότι ο τρόπος που είναι οργανωμένη η θεραπευτική κοινότητα συμβάλλει στην αλλαγή τους και ως εκ τούτου συνδέουν τις επιμέρους μεθόδους με το αποτέλεσμα που οι ίδιοι βιώνουν. Στη βάση αυτή δεν είναι διατεθειμένοι να προτείνουν αλλαγές. Αναφέρουν ενδεικτικά κάποιοι:

«…Δεν θα ήθελα να αλλάξει τίποτα στο πρόγραμμα, γιατί εγώ ήδη έχω αλλάξει…..»
(Α120, 100666ΩΝ1, πδ, δαπ)

«…Εφόσον υπάρχουν άνθρωποι που βγαίνουν καθαροί, να μην αλλάξει τίποτα».
(Β270, 090970ΑΑ1, πδ, δαπ)

Κάποιοι άλλοι, πάλι, φαίνονται επιφυλακτικοί μπροστά στο ενδεχόμενο αλλαγών στη θεραπευτική κοινότητα, επισημαίνοντας ότι υπάρχουν περισσότεροι κίνδυνοι σε μια προοπτική αλλαγής από οφέλη. Χαρακτηριστικά αναφέρεται:

«…Δεν μπορώ να σκεφθώ [για ν΄ αλλάξει]. Τότε ήταν πολύ στενά, αλλά όταν χαλάρωσαν τα πράγματα κάτι έμαθα ότι έγινε χαμός».
(Β352, 100872ΚΝ1, πδ, δαπ)

5.6.7 Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών

Επιχειρώντας και για την ομάδα όσων απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από τη συνέντευξη ένα συγκεντρωτικό συνδυασμό των κατηγοριών στις οποίες συγκροτούνται οι αναφορές με τους επιμέρους κώδικες από τους οποίους προκύπτουν οι τελευταίες, παρουσιάζεται ο παρακάτω πίνακας. Είναι ενδιαφέρον ότι οι δύο ομάδες που εξετάσθηκαν έχουν κοινό χαρακτηριστικό σε ό,τι αφορά στη χρήση παρανόμων ουσιών, αφού για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ακόμα και η δεύτερη ομάδα απέχει από τη χρήση κάθε ουσίας. Οι κατηγορίες, αλλά και οι κωδικοί που παρατίθενται δείχνουν μια συγγένεια των δύο αυτών ομάδων ως προς το πώς αντιλαμβάνονται τη θεραπευτική τους εμπειρία και στο πώς συγκροτούν τις προτάσεις τους για αλλαγές στην οργάνωση του θεραπευτικού συστήματος.

Πίνακας 5.5. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που απέχει από τη χρήση παρανόμων ουσιών δώδεκα μήνες πριν από την επανεξέταση μετά από διολίσθηση που ακολούθησε τη θεραπευτική τους εμπειρία.

Κατηγορία	***Κώδικας***
Μείωση της πίεσης	*Περισσότερη χαλαρότητα* *Μείωση της έντασης* *Πολλή πίεση* *Πιεστικό ημερήσιο πρόγραμμα* *Καταπιεστικό πρόγραμμα* *Πολλοί περιορισμοί* *Καταναγκαστικά πρέπει* *Υπερβολή στις μεθόδους* *Λιγότερη εργασία* *Κατάργηση της «λάντζας»*
Ο χρόνος στη θεραπευτική κοινότητα	*Μεγάλος χρόνος παραμονής* *Μείωση του χρόνου παραμονής* *Τεχνητή υπερπροστασία*

	Ελεύθερος χρόνος *Ώρα για τον εαυτό*
Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	*Περισσότερο προσωπικό* *Περισσότεροι πρώην χρήστες στο προσωπικό* *Εκπαίδευση του προσωπικού* *Κριτήρια επιλογής προσωπικού* *Ειδικότητες προσωπικού* *Συμπεριφορά προσωπικού* *Πιο στενή σχέση με το προσωπικό* *Πιο οικείο προσωπικό* *Το προσωπικό προστάτης*
Αναγνώριση της διαφορετικότητας	*Έμφαση στις ατομικές ανάγκες* *Ποικιλία διαδικασιών* *Προσοχή στις ατομικές δυσκολίες* *Έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά* *Ατομική ψυχοθεραπεία* *Εξατομίκευση της φροντίδας* *Ανδροκρατούμενο περιβάλλον* *Επιβίωση της γυναικείας ταυτότητας*
Η δομή του θεραπευτικού προγράμματος	*Καλή προετοιμασία και ενημέρωση* *Η άσκηση εξουσίας* *Η προσαρμοστικότητα* *Το ιεραρχημένο μοντέλο* *Διαδικασίες αλλαγής φάσης* *Η υποκρισία* *Εστίαση στο θετικό* *Η λεκτική ένταση* *Η τυπικότητα* *Η γραφειοκρατία* *Η αναμονή επίλυσης προβλημάτων*
Δεν χρειάζονται αλλαγές	*Όλα ήταν χρήσιμα* *Καλή η δομή του προγράμματος* *Η αλλαγή δικαιώνει το πρόγραμμα* *Το αποτέλεσμα μετράει* *Κίνδυνοι από τις αλλαγές*

5.7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΟΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η τρίτη ομάδα της οποίας οι αναφορές εξετάζονται σ' αυτό το μέρος, αποτελείται από τα άτομα που μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία βρίσκονταν σε μια παρατεταμένη κατάσταση συστηματικής υποτροπής με γνώμονα τη χρήση παρανόμων ουσιών. Η συστηματική αυτή υποτροπή διαρκεί στο μεγαλύτερο μέρος της εξεταζόμενης περιόδου και φθάνει, πάντως, μέχρι και την περίοδο της συνέντευξης επανεξέτασης. Η ομάδα αυτή παρουσιάζει καλύτερη αναλογία σε ότι αφορά τις τρεις περιόδους του χρόνου παραμονής των ατόμων στη θεραπεία αν και πάλι διατηρείται η σταθερά σύμφωνα με την οποία όσοι κάνουν χρήση παρανόμων ουσιών μετά τη θεραπεία εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν διακόψει πρόωρα και ως εκ τούτου ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος. Επιπλέον, σ' αυτή την ομάδα υπάρχει καλύτερη αναλογία σε σχέση με τις προηγούμενες ομάδες που εξετάσθηκαν σε ό,τι αφορά στη γυναικεία εκπροσώπηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αναφορές αυτής της ομάδας είναι γενικά συντομότερες συγκρινόμενες με τις αναφορές των προηγουμένων ομάδων, δείχνοντας μια διάθεση από τους συμμετέχοντες για ολιγόλογες, αν και σημαντικές, υποδείξεις για αλλαγές που προτείνουν. Σε πολλές περιπτώσεις οι απαντήσεις τους είναι μονολεκτικές, απόλυτα σαφείς και στοχεύουν σε πολύ συγκεκριμένα στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας και των παραμέτρων της. Οι συμμετέχοντες φάνηκαν φειδωλοί και απρόθυμοι να επεκταθούν γενικά στις παρατηρήσεις που κατέθεσαν για αλλαγές στο θεραπευτικό πρόγραμμα, παρόλο που τα πεδία στα οποία εστίασαν ήταν σαφή και ακριβή ως προς την περιγραφή τους. Επιπλέον, οι αναφορές έχουν ευρύτερη ποικιλία και καλύπτουν το σύνολο, σχεδόν, του φάσματος των πτυχών που αποτελούν το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Έτσι, τα δεδομένα των αναφορών των ατόμων που συμμετείχαν στη συνέντευξη σε βάθος κατά τη διαδικασία ανάλυσης συνέκλιναν στη συγκρότηση εννιά βασικών κατηγοριών όπου και επικεντρώθηκαν οι παρατηρήσεις τους για αλλαγές τις οποίες θεωρούν αναγκαίες στο σύνολο του θεραπευτικού προγράμματος. Κάποιες από τις κατηγορίες που προέκυψαν, σε γενικές γραμμές, είναι παρόμοιες με αυτές που αναδείχθηκαν από την ανάλυση και των προηγουμένων ομάδων, αλλά φαίνεται να έχουν έναν πιο καθαρό χαρακτήρα και να επικεντρώνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια σε σημεία που αποτελούν πεδία για αλλαγή. Η ομάδα, όμως, αυτή ανέδειξε και κάποιες άλλες, νέες κατηγορίες που έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Η μείωση της πίεσης που βιώνουν οι συμμετέχοντες του θεραπευτικού προγράμματος, θέματα που συνδέονται με το προσωπικό, ο χρόνος της θεραπευτικής διαδικασίας, στοιχεία της θεραπευτικής δομής κατά τη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας καθώς και το ζήτημα αναγνώρισης της διαφορετικότητας είναι οι κατηγορίες που επανεμφανίζονται από την ανάλυση των αναφορών της συγκεκριμένης ομάδας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε υποτροπή κατά την επανεξέταση επικεντρώνονται στην απαιτούμενη πειθαρχία της θεραπευτικής διαδικασίας που διευρύνεται στην καθημερινότητα της διαβίωσης, στην απομόνωση που καταλήγει σε μια τεχνητή απόσταση από την κοινωνία, και στη διαχείριση των προκαταλήψεων και των ηθικών κατασκευών της ζωής στη θεραπευτική κοινότητα. Παράλληλα, για πρώτη φορά εμφανίζεται ένα αίτημα για υποστήριξη των θεραπευομένων και με φαρμακευτική αγωγή στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας. Τέλος, πάλι, κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην αναζήτηση των αλλαγών που θεωρούν σημαντικές διαμορφώνουν μια ξεχωριστή κατηγορία αφού εκτιμούν ότι δεν χρειάζονται αλλαγές επιβεβαιώνοντας μια γενική αποδοχή του συστήματος θεραπείας όπως το βίωσαν.

5.7.1. Η μείωση της πίεσης

Είναι πασιφανές από την ανάλυση των αναφορών των συμμετεχόντων ότι η πίεση που βίωσαν κατά τη θεραπευτική τους εμπειρία σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στη θεραπευτική κοινότητα, αναδεικνύεται ως ένα κυρίαρχο μέρος της διαδικασίας που τους δυσκολεύει, ρυθμίζει τη διάθεσή τους να συνεχίσουν τη θεραπεία και δεν γίνεται αντιληπτό ως στοιχείο που λειτουργεί βοηθητικά. Οι αιτίες που προκαλούν αυτήν την πίεση είναι πολλές και διαφορετικές και οι συμμετέχοντες είναι σε θέση να τις κατονομάσουν και να υποδείξουν τα επί μέρους σημεία τους. Ανεξάρτητα, όμως, από τις αιτίες που γεννούν την πίεση της καθημερινότητας, αυτό καθαυτό το αίσθημα της πίεσης ερμηνεύεται από τους συμμετέχοντες ως στοιχείο που αναστέλλει την προσπάθειά τους και τους δημιουργεί συχνά απογοήτευση, θυμό και τάσεις φυγής.

Μια από τις βασικές παραμέτρους δημιουργίας πίεσης, όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι συμμετέχοντες, συνδέεται με τις καθημερινές εργασίες τόσο στο επίπεδο της οργάνωσης και της διαχείρισης τους όσο όμως και στο επίπεδο της σωματικής κόπωσης που προκαλούν. Κάποιες αναφορές είναι ενδεικτικές:

> *«… και να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο διοχετεύεται η πίεση στα μέλη. Κάποιες φορές θα πρέπει να είναι πιο ελαστικά τα πράγματα, όπως επίσης και να μπορούν τα μέλη να καθορίζουν μόνα τους το πότε έχουν ανάγκη και θέλουν να μιλήσουν, αντί να δουλεύουν μόνο».*
> (A108, 160366NP1, πδ, υπτ)

> *«…Η πίεση που υπάρχει, όλο αυτό το στρεσάρισμα με κούραζε. Ήταν συνέχεια με το ρολόι. Ακόμα και όταν ήμουν στην κουζίνα και έπλενα τα πιάτα, με τρομερή γρηγοράδα, κάποιος ήταν από πάνω μου και μου έλεγε: πιο γρήγορα, πιο γρήγορα. Εγώ είχα τρελαθεί, τώρα που το λέω μάλλον για αυτό είχα ζητήσει την αντιπαραθετική ομάδα. Δεν είχα πιάσει το νόημα τότε, δεν είχα μάθει να τον αψηφώ, δεν το καταλάβαινα τότε. Δεν είχα και την υπομονή, κάποιοι εκεί μου έσπαγαν τα νεύρα, δεν*

ξέρω, ίσως θα ήταν καλύτερο αν ήταν πιο λίγοι άνθρωποι στην κοινότητα. Ποτέ όμως δεν κατηγόρησα την κοινότητα, αν και όλοι οι άλλοι την έβριζαν, γιατί δεν καταλάβαιναν τι γίνεται».
(Β242, 101061ΥΡ1, πδ, υπτ)

«…Να μειωθούν οι ώρες της εργασίας στο πρώτο διάστημα».
(Β211, 180162ΜΘ1 πδ, υπτ)

«…στην κοινότητα υπήρχε πολλή εργασιοθεραπεία. Να μην υπήρχε τόση εργασία, όχι στον ίδιο βαθμό…»
(Β225, 280367ΜΥ1, πδ, υπτ)

«Δεν μου άρεσε το τρίψιμο, η πίεση. Εγώ τα έκανα όλα να γυαλίζουν και αυτοί μου έλεγαν να τα κάνω ξανά…»
(Β248, 080372ΝΡ2, πδ, υπτ)

«… [ν΄ αλλάξει και] η πολλή πίεση στις ομάδες δουλειάς».
(Β325, 291075ΗΙ2, πδ, υπτ)

«…Η πίεση ήταν υπερβολική… Μακάρι να ήταν πιο κουλ τα πράγματα στην κοινότητα…Θυμάμαι στην κουζίνα παίξαμε μέχρι και τουρτομαχίες, αλλά η πίεση πιο πολύ κακό έκανε παρά καλό. Ίσως να κάνει για τους δύο στους δέκα αυτό το σύστημα, αυτοί οι 2 μπορεί να σωθούν... Πρέπει να είσαι μάγκας για να βγάλεις την κοινότητα, να έχεις υπομονή, αλλά αν είχα υπομονή από την αρχή, γιατί να έρθω; … Δεν μπορεί η κοινότητα να είναι μόνο για αυτούς του δύο άτυχους που έμπλεξαν με την πρέζα και είχαν την υπομονή».
(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

«Δεν πρόλαβα να δω πολλά. Ξέρω πως δούλευαν πολύ. Σου έλεγαν άφησες περιθώριο, σε πίεζαν, δεν είχες ελεύθερο χρόνο. Εμένα μου αρέσει να ζωγραφίζω, αλλά δεν μ' αφήσανε. Με τρέχανε και δεν ήξερα γιατί. Ήταν κάτι μέλη που είχαν μάθει λίγη ορολογία και μου λέγανε άφησες περιθώριο όταν καθάριζα. Εγώ είμαι τελειομανής και τους είπα πως καθάριζα πολύ καλά. Αυτοί έλεγαν δεν εννοούμε αυτό αλλά ότι αφήνεις περιθώρια στους άλλους. Είχαν μάθει κάτι και το πέταγαν για να κάνουν τον πονηρό…»
(Β334, 120365ΑΦ2, πδ, υπτ)

«… το πρόγραμμα είναι καλό, αρκεί να μην είχε τόσο τρέξιμο και πίεση, να μην ήταν και φοβερά χαλαρό, μια μεσαία κατάσταση».
(Β353, 070566ΔΩ2, πδ, υπτ)

Η πίεση για κάποιους από τους συμμετέχοντες ήταν συνάρτηση της αυστηρότητας του ημερήσιου προγράμματος που δεν άφηνε ελευθερία επιλογών. Παράλληλα, όλη αυτή η πιεστική κατάσταση δεν ήταν εξηγήσιμη και βιωνόταν ως ακατανόητη επιβολή συνεχών υποχρεώσεων. Κάποιες από τις αναφορές είναι χαρακτηριστικές:

«…Θα ήθελα να μην υπάρχει πόσο έντονη πίεση. Να δίνεται περισσότερη ελευθερία στα μέλη».
(Α197, 051059ΑΣ1, πδ, υπτ)

«…Το θέμα της πίεσης και ο τρόπος που δίνονται τα πράγματα [πρέπει να αλλάξουν]. Να υπάρχει λογική εξήγηση, να σε αφήνει [η ομάδα] να διαλέγεις».
(Α025, 181269ΩΡ1, οδ, υπτ)

«…κάποια πράγματα μέσα στην κοινότητα είναι πολύ προσαρμοστικά, υπάρχει πολλή πίεση και μεγάλες απαιτήσεις χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες που έχει καθένα από τα μέλη, τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες του εκτός προγράμματος. Έτσι, πολλές φορές ιδρυματοποιούμαστε, γιατί το μόνο που τους ενδιαφέρει είναι η κοινότητα και κάποια πράγματα σε κάνουν να τα δεις τραγικά ενώ είναι απλά. Ακόμη η πίεση και οι θεραπευτικές διαδικασίες να είναι τα ίδια για όλα τα μέλη της κοινότητας…»
(Α084, 090279ΕΝ2, οδ, υπτ)

Κάποιες αναφορές επίσης συνδέουν την πίεση με τον τρόπο που σχετίζονται τα μέλη μεταξύ τους και εμμέσως αλλά σαφώς θίγουν το ζήτημα της ιεραρχίας και των ιδιότυπων υποχρεώσεων που τους βαραίνουν. Η υποχρέωση αυτή, στο βαθμό που δεν ήταν κατανοητός ο λόγος ύπαρξής της, έπαιρνε τη διάσταση της εντολής. Επιπλέον, το προκαθορισμένο πρόγραμμα των θεραπευτικών διαδικασιών συνέβαλε στην ένταση και την πίεση, αφού δεν επέτρεπε την αποφόρτιση παρά σε συγκεκριμένους απόλυτα προγραμματισμένους χρόνους. Αναφέρουν κάποιοι από τους συμμετέχοντες:

«Αυτό που θα ήθελα να αλλάξει στο πρόγραμμα είναι το πρέπει σε όλα τα πράγματα όσον αφορά τις διαδικασίες, την πίεση του χρόνου, και να είναι πιο ζεστές οι ανθρώπινες σχέσεις. Όλα τα υπόλοιπα ήταν καλά, αλλά να είναι πιο ζεστά».
(Α118, 210766ΣΩ2, οδ, υπτ)

«…Ή το άλλο που γινόταν να έχω σκάσει με σένα και να περιμένω μία Τρίτη ή μια Πέμπτη. Κόντευα να σκάσω να περιμένω μία εβδομάδα να σου μιλήσω…»
(Β278, 160379ΙΦ2, οδ, υπτ)

«…Νομίζω ότι δεν είναι ανάγκη από την αρχή να σε πιέζουν. Δεν μου άρεσε το προσποιητό, το ότι σ' αγαπάω ή ότι όλοι εδώ σε αγαπάμε. Γιατί πότε πρόλαβε ο άλλος σε ένα μήνα να σ' αγαπήσει…»
(Β254, 221262ΡΣ2, οπ, υπτ)

Οι συμμετέχοντες που αναφέρθηκαν στην πίεση και ανέδειξαν τα στοιχεία που τη συγκροτούν είχαν μια σειρά από χαρακτηριστικά που φαίνεται να συγκλίνουν. Όσοι, δηλαδή, αναφέρονται στην εργασία και τη σωματική κόπωση είναι και εκείνοι που παρέμειναν στη θεραπευτική διαδικασία λιγότερο. Εκείνοι που παρέμειναν περισσότερο εστίασαν περισσότερο σε θέματα που σχετίζονται με την πίεση που αφορά στη χρήση και την αξιοποίηση των θεραπευτικών διαδικασιών και με τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής κοινότητας. Ενδέχεται η παραμονή στη θεραπεία να επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας επειδή κατανοείται η σκοπιμότητα του τρόπου με τον οποίο είναι προγραμματισμένες οι διαδικασίες, ενώ παράλληλα υπάρχει ο χρόνος για την επεξεργασία σημαντικότερων μεταβλητών της θεραπείας, όπως είναι αυτές καθαυτές οι θεραπευτικές λειτουργίες και η δυναμική των σχέσεων που αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων. Από την άλλη μεριά, η παραμονή στη θεραπεία σχετίζεται με την άνοδο στην ιεραρχία που έχει σημαντική επίδραση τόσο στο είδος των ευθυνών των μελών της κοινότητας όσο και στην καθημερινή εμπλοκή τους με τον προγραμματισμό των εργασιών και τη σημαντικότερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Έτσι, η αναλογία ισχύος και ευθύνης επανανοηματοδοτείται με τη πάροδο του χρόνου και ίσως να εμπεδώνεται ως λειτουργικό στοιχείο της.

5.7.2. Μείωση του χρόνου παραμονής

Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αποτελεί ένα σταθερό μοτίβο για τα σχόλια όλων των συμμετεχόντων. Στην ίδια λογική κινούνται και οι συμμετέχοντες της ομάδας που βρίσκεται σε κατάσταση υποτροπής. Έτσι, τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας, επικεντρώνουν το

ενδιαφέρον τους τόσο στο επίπεδο της οργανωτικής, ποσοτικής του διάστασης –στο πόσο διαρκεί εντέλει η θεραπεία– όσο όμως και στη διαχείριση του κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής εμπειρίας, στο επίπεδο, δηλαδή, της ποιοτικής του διάστασης –στο πώς βιώνεται ο χρόνος κατά τη θεραπεία. Από τη μια μεριά, όσοι από την ομάδα εκείνων που βρίσκονται σε υποτροπή αναφέρονται στο χρόνο παραμονής θεωρούν ιδιαίτερα μακρύ το διάστημα που προβλέπει ο σχεδιασμός της θεραπείας να παραμένει κάποιος στη θεραπευτική κοινότητα και προσβλέπουν στη δραστική του μείωση. Κατά δεύτερο λόγο, οι αναφορές κατευθύνονται στην καλύτερη διαχείριση και αξιοποίηση του χρόνου τους κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη θεραπευτική κοινότητα και αυτό είτε με πρόβλεψη προσωπικού χρόνου είτε με την οργάνωση και συμμετοχή σε εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριοτήτες είτε απλώς για ξεκούραση. Μια τρίτη εκδοχή που προκύπτει από το σχολιασμό του χρόνου στη θεραπεία αφορά την περίοδο της προετοιμασίας και της αναμονής για εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα που εκτιμάται ως ανεξήγητα αργή διαδικασία, υπονοώντας ότι έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη ικανοποίηση του αιτήματος για εισαγωγή.

Και για τους συμμετέχοντες αυτής της ομάδας το βασικό, λοιπόν, αίτημα είναι η μείωση της διάρκειας παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα σ΄ ένα διάστημα ολιγόμηνης διαμονής. Θεωρούν ότι θα τους βοηθούσε περισσότερο ένα πρόγραμμα που διαρκεί λίγους μήνες και θα τους κρατούσε μακριά από την κοινωνία για συντομότερο χρονικό διάστημα. Η μείωση της απόστασης που τους χωρίζει από το κοινωνικό πλαίσιο δεν θα επηρέαζε τόσο αρνητικά τη διαδικασία της κοινωνικής τους ένταξης, όπως γίνεται με τη μακρόχρονη παραμονή. Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο κάποιες αναφορές επικεντρώνονται στην πρόταση για μείωση του χρόνου παραμονής:

> *«…Ο χρόνος που είναι κάποιος στην κοινότητα είναι πολύς, δώδεκα μήνες…Εγώ θα είχα μία κοινότητα δύο μηνών, θα είχα ανάγκη από τέτοια κοινότητα, αλλά έξω, στο εξωτερικό. Μετά από πίεση δώδεκα μηνών όλοι πήγαιναν και έπιναν…»*
> (Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

> *«…Να έχει μικρότερη διάρκεια [η θεραπευτική κοινότητα]».*
> (Α013, 230766ΕΥ1, οδ, υπτ)

> *«…και η παραμονή εκεί να διαρκεί λιγότερο χρόνο, ώστε να υπάρχει επικοινωνία με τη ζωή και τα πράγματα που ζορίζουν έξω».*
> (Α078, 160469ΑΑ1, οδ, υπτ)

> *«…Είναι πολύ μεγάλος ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα και αυτό κάνει ζημιά. Πρέπει να μειωθεί ο χρόνος παραμονής, γιατί μέσα στην κοινότητα είσαι σ' ένα πλαίσιο, υπάρχει αυστηρότητα και πρέπει να φέρεσαι σωστά –εκεί δεν βλέπεις πουστιά, όλοι σε προστατεύουν και μετά βγαίνεις έξω και βλέπεις ένα κόσμο πούστικο».*
> (Α068, 011072ΟΕ1, οδ, υπτ)

> *«…να μειώσουν το χρόνο στην κοινότητα, να μπορούσαν να είχαν πιο συχνή επικοινωνία με τους δικούς τους και να τους πήγαιναν στα σπίτια τους να έβλεπαν την πραγματικότητα… »*
> (Α134, 110960ΥΡ2, οδ, υπτ)

Παρότι, πάντως, ο χρόνος παραμονής κρίνεται ανεπιθύμητα άφθονος από τους συμμετέχοντες στη θεραπευτική κοινότητα, είναι καθαρό πως οι ίδιοι κρίνουν ότι μένει αναξιοποίητος και δηλώνουν ότι χρειάζεται να βρεθούν τρόποι αξιοποίησής του, γιατί δεν τους ωφελεί να εξαντλούνται σε ανούσιες, κατά τη γνώμη τους, και χωρίς νόημα δραστηριότητες των οποίων η σκοπιμότητα είναι ασαφής. Δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη δημιουργίας μιας ζώνης χρήσης ελεύθερου χρόνου, χρόνου δηλαδή που ο καθένας περά από το προγραμματισμό, θα έχει στη διάθεσή του, ώστε να τον διαχειρισθεί με το δικό

του τρόπο και τις δικές του επιλογές, ή ακόμα για να χαλαρώσει και να ξεκουραστεί. Αναφέρεται χαρακτηριστικά από κάποιους από τους συμμετέχοντες:

> *«…να υπάρχει περισσότερος ελεύθερος χρόνος κατά τη διάρκεια της μέρας και να μην τρέχεις σαν τρελός όλη την ημέρα με δουλειές. Τότε που ήμουν εγώ φτιάχναμε την κοινότητα και δουλεύαμε συνέχεια, καθώς [επίσης να υπάρχει] και περισσότερη διασκέδαση με προβολή διαφόρων ταινιών και βιβλία».*
> (Β217, 010163ΥΑ2, οπ, υπτ)

> *«…και θα ήθελα μέσα στο πρόγραμμα της κοινότητας να υπάρχει ώρα ξεκούρασης. Το μεσημέρι, τουλάχιστον μια ώρα».*
> (Β380, 020863ΝΑ1, οπ,υπτ)

> *«…Αυτό το συνεχόμενο, από το πρωί ως το βράδυ να κάνουμε συνέχεια δουλειές και ομάδες, χωρίς διακοπές. Μεγάλη κούραση. Να υπάρχει διακοπή ή ελεύθερος χρόνος στο ενδιάμεσο».*
> (Β202, 230774ΑΚ1, οδ, υπτ)

Όπως έχει προαναφερθεί, μετά το αίτημα για θεραπεία και μέχρι την εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα, μεσολαβεί η φάση της προετοιμασίας στο Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής που έχει στόχο την ενδελεχή αξιολόγηση της κατάστασης και των αναγκών του/ης ενδιαφερόμενου/ης, την προετοιμασία του/ης, την ενημέρωσή του/ης για το θεραπευτικό σχεδιασμό και την πορεία που θα ακολουθήσει στη θεραπευτική κοινότητα, καθώς και την ενίσχυση του κινήτρου του/ης. Η φάση αυτή διαρκεί έξι με 12 βδομάδες ανάλογα με την αξιολόγηση που γίνεται. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στο διάστημα αυτό και στη διάρκεια της προετοιμασίας μέχρι την εισαγωγή. Θεωρούν ότι αυτή η διαδικασία διαρκεί πολύ και προσδοκούν την αναμόρφωση αυτής της φάσης και την ολοκλήρωσή της συντομότερα, ώστε να πραγματοποιούν την εισαγωγή τους πιο γρήγορα. Αναφέρουν χαρακτηριστικά κάποιοι από τους συμμετέχοντες:

> *«Στο κέντρο ενημέρωσης να μην χρειάζεται να περιμένουμε για δυο και τρεις μήνες μέχρι να μπούμε στην κοινότητα γιατί είναι δύσκολο να βγάλει κανείς μόνος του τα στερητικά».*
> (Β228, 210268ΡΥ1, οπ, υπτ)

> *«…Ο χρόνος της κινητοποίησης, [είναι] μεγάλος ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι την εισαγωγή».*
> (Β209,220978ΝΙ2, πδ, υπτ)

5.7.3. Θέματα θεραπευτική δομής

Ένα από τα πεδία στα οποία επικέντρωσε την κριτική της ένα μεγάλο μέρος της ομάδας των ατόμων που βρίσκονται σε υποτροπή συνδέεται με τη θεραπευτική δομή του προγράμματος που περιλαμβάνει και θέματα οργάνωσης της θεραπευτικής κοινότητας. Στοιχεία που συγκροτούν χαρακτηριστικά της θεραπευτικής λογικής και που σε συνδυασμό συνθέτουν ένα μωσαϊκό μεθόδων και τεχνικών με το οποίο διαπραγματεύονται καθημερινά και ολόκληρο το εικοσιτετράωρο τα άτομα που βρέθηκαν στη θεραπευτική κοινότητα κρίνονται και απομονώνονται εστιάζοντας στη σκοπιμότητα καθενός σύμφωνα με το πώς η συγκεκριμένη ομάδα των συμμετεχόντων το κατανοεί, το αντιλαμβάνεται και το βιώνει. Στη βάση αυτή το ιεραρχικό σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας, τα εργαλεία που χρησιμοποιεί στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά συχνά και η ίδια η διαδικασία όπως εφαρμόζεται στις επιμέρους φάσεις της θεραπείας, παρουσιάζονται ως στοιχεία που χρειάζεται να επανεξετασθούν και να αλλάξουν, σύμφωνα με τη γνώμη των ατόμων που αποτελούν την ομάδα όσων βρίσκονται σε υποτροπή.

Σχετικά με την ιεραρχία, οι αναφορές είναι απολύτως εστιασμένες, συχνά μονολεκτικές και επιτρέπουν μέσα από τη λακωνικότητα και την αυστηρότητα της διατύπωσης να φανεί μια φόρτιση που υπάρχει σχετικά. Στις λιγοστές αναφορές που εκφράζεται η απαίτηση αλλαγής του ιεραρχικού συστήματος, χρησιμοποιώντας και εκφράσεις που εμμέσως ανάγουν σ' αυτό, οι συμμετέχοντες περιγράφουν την ιεραρχία ως ένα σύστημα άσκησης εξουσίας που συχνά αγγίζει τα όρια της υπερβολής και της κατάχρησης και ως εκ τούτου δεν έχει νόημα. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες χαρακτηριστικές αναφορές:

«Η ιεραρχία».
(Α170, 180566ΑΜ1, πδ υπτ)

«Η αυστηρότητα στην ιεραρχία».
(Α188, 051165ΜΑ1, πδ, υπτ)

«… [θα ήθελα να αλλάξω] την ιεραρχία και την απαγόρευση της επαφής με τα άλλα μέλη».
Β382, 300779ΩΟ2, οδ, υπτ)

«Η ιεραρχία. Να μην γίνεται κατάχρηση εξουσίας».
(Β378, 141167ΡΡ1, οπ, υπτ)

«… και δεν μου άρεσε η πίεση από τους ανώτερους όταν γινόταν υπερβολική …»
(Β385, 230774ΥΝ1, πδ, υπτ)

Η αντίδραση στην ιεραρχική οργάνωση της θεραπευτικής κοινότητας ενδέχεται να συνδέεται με την απόρριψη της αυστηρότητας που μπορεί να τη συνοδεύει και ίσως με ένα αυταρχικό τρόπο που παίρνονται οι αποφάσεις. Είναι χαρακτηριστικό το απόσπασμα από την αναφορά ενός συμμετέχοντα που θίγει το ζήτημα της συμμετοχικότητας στις αποφάσεις χωρίς να διατυπώνει όμως απευθείας την αντίθεσή του στην ιεραρχία:

«Οι αποφάσεις να παίρνονται με πιο δημοκρατικό τρόπο».
(Α011, 270562ΝΛ1, οδ, υπτ)

Η ιεραρχική σχέση που αναπτύσσεται στη θεραπευτική κοινότητα εκδηλώνεται στην επικοινωνία και την επαφή των ατόμων μεταξύ τους και καθορίζει τον τρόπο που σχετίζονται. Αυτό είναι ένα ζήτημα που αρκετοί το θίγουν ως ένα σημείο για αλλαγή, καθώς αποτελεί επίπτωση της ιεραρχικής δομής της θεραπευτικής κοινότητας προκαλώντας συχνά δύσκολές καταστάσεις και αρνητικά συναισθήματα.

«…Οι σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας, να μπορεί να πάει κάποιος να μιλήσει σε αυτόν που θέλει κι ας μην είναι στην ομάδα του»..
(Α002, 041063ΤΝ1, πδ, υπτ)

«…Οι ομάδες ήταν ανάλογα με τον καιρό που είσαι μέσα στην κοινότητα. Δεν μου άρεσε αυτό. Δεν υπήρχε μοίρασμα υποχρεώσεων. Κάθε ομάδα ήταν ένα σκαλοπάτι πιο πάνω…»
(Α048, 021072ΝΕ1, πδ, υπτ)

«…Να μην υπάρχει φόβος μεταξύ των μελών –αυτό δημιουργεί προσαρμοστικότητα και δεν ωφελεί σε τίποτα».
(Α063, 240664ΝΡ1, πδ, υπτ)

«…Να μην υπάρχει έντονη αυτή η αίσθηση υπεροχής από τα μεγαλύτερα μέλη, γιατί

αυτό δημιουργεί στα μικρότερα μέλη την εντύπωση ότι "δεν πιστεύω ότι θα πετύχεις"».
(Α102, 231163ΡΦ1, πδ, υπτ)

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες εκφράσθηκαν κριτικά για τις ομάδες συνάντησης επίλυσης διαφορών που συχνά εξελίσσονται σε αντιπαραθετικές συνεδρίες μεταξύ των μελών, σ' ένα βέβαια δομημένο πλαίσιο, αλλά με ιδιαίτερη ένταση. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν αρκετά στον τρόπο που πραγματοποιούνται αυτές οι ομάδες και παρότρυναν στην αλλαγή ή και την κατάργησή τους σε μερικές περιπτώσεις. Ενδεικτικά αναφέρουν:

«…Να καταργηθούν τα γκρουπ αντιπαράθεσης με τη μορφή που γίνονται μέσα στο πρόγραμμα, γιατί ενώ θεωρητικά και ψυχολογικά μπορεί να λειτουργούν καλά, είναι γελοίο και εξευτελιστικό τη μια στιγμή να βρίζονται τα μέλη μεταξύ τους και την άλλη να αγκαλιάζονται…»
(Α103, 041071ΝΡ1, πδ, υπτ)

«… [να αλλάξουν] οι ομάδες αντιπαράθεσης που δεν μου άρεσαν καθόλου. Δεν χρειάζεται να τρώγεσαι σαν το σκυλί για να λύσεις τα προβλήματά σου αφού υπάρχουν και πιο όμορφοι και ωραίοι τρόποι για να πεις ό,τι έχεις να πεις».
(Β361, 051268ΚΚ1, πδ, υπτ)

«…οι ομάδες αντιπαραθέσεων να γίνονται σε πιο ήπιους τόνους…»
(Β279, 230455ΑΡ2, πδ, υπτ)

«…Οι ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης βοηθούν πολύ τα μέλη και πρέπει να είναι περισσότερες. Τα γκρουπ, οι αντιπαραθετικές ομάδες [δηλαδή] προσωπικού-μελών να γίνονται νωρίτερα, όχι όταν τα μέλη φτάνουν να γίνονται συντονιστές, αλλά και όταν είναι πιο χαμηλά στην ιεραρχία. Να έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους στο προσωπικό και πριν γίνουν συντονιστές».
(Α196, 020672ΟΦ1, οδ, υπτ)

Η διαδικασία εισαγωγής στη θεραπευτική κοινότητα αποτέλεσε επίσης ένα από τα θέματα που έθιξαν με έντονο τρόπο οι συμμετέχοντες. Η διαδικασία αυτή σχολιάσθηκε σε δύο επίπεδα: από τη μια μεριά ο τρόπος με τον οποίο υποδέχεται η ομάδα εισαγωγής κάποιον στη θεραπευτική κοινότητα την πρώτη ημέρα που φθάνει. Από την άλλη αναφέρθηκαν στην περίοδο της προετοιμασίας τους στο συμβουλευτικό σταθμό για να ενταχθούν στη θεραπευτική κοινότητα. Η διαδικασία εισαγωγής για τους συμμετέχοντες που αναφέρθηκαν σ' αυτήν είναι μια σκληρή συναισθηματική δοκιμασία που μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τη συνέχιση της θεραπείας. Επιπλέον, κρίνοντας την προεισαγωγική φάση της προετοιμασίας τους στο συμβουλευτικό σταθμό (το Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής) θεώρησαν ότι είναι μακρύς ο χρόνος της αναμονής. Είναι ενδεικτικά τα αποσπάσματα των αναφορών:

«…Τώρα τι να σου πω; Μόνο για τρεις μέρες μπήκα στην κοινότητα, τις άλλες στη Βαλτετσίου έπινα. Α! ένα που μου 'ρθε τώρα. Όταν μπαίνεις μέσα στην κοινότητα, που σου δίνουν μία ανάθεση, δεν ξέρω αν το 'πα καλά, για να δείξεις και συ κάτι. Να δείξουμε ψυχολογικά πόσο θέλουμε να μείνουμε, ας πούμε κουβαλάγαμε τσιμεντόλιθους. Τι να σου πω; Το σωματικό δεν βοηθάει, μπορεί να καθόμουν αν δεν υπήρχε αυτό».
(Β252, 220766ΤΝ1, πδ, υπτ)

«…Στο Πρόγραμμα θεωρώ ότι πρέπει να αλλάξει το ιντέικ γιατί δεν είναι όλοι οι άνθρωποι φυλακόβιοι, ούτε έμειναν όλοι στα παγκάκια».

(Α199, 091169ΜΚ1, πδ, υπτ)

«…Ή πάλι το ιντέικ (η ομάδα εισαγωγής) ήταν λίγο βίαιο. Όταν έμπαινες, τρία παιδιά σου έλεγαν πράγματα που εγώ δεν δεχόμουν. Νομίζω ότι δεν είναι ανάγκη από την αρχή να σε πιέζουν… Επίσης είναι αδιανόητο για μένα κάποιος από την πιάτσα να έρθει και σε εικοσιτέσσερις ώρες να μη βρίζει, ν' αλλάξει συμπεριφορά και να μάθει να παίρνει το κόστος για αυτά που κάνει…»
(Β254, 221262ΡΣ2, οπ, υπτ)

«… [και] να μην είναι τόσο απόλυτα τα πράγματα κυρίως στην εισαγωγή, γιατί ίσως έτσι να κάθονταν περισσότερο οι άλλοι και να μην απογοητεύονταν από την αρχή… Στο κέντρο ενημέρωσης να μην χρειάζεται να περιμένουμε για δυο και τρεις μήνες μέχρι να μπούμε στην κοινότητα γιατί είναι δύσκολο να βγάλει κανείς μόνος του τα στερητικά».
(Β228, 210268ΡΥ1, οπ, υπτ)

«…Ο χρόνος της κινητοποίησης, [είναι] μεγάλος ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι την εισαγωγή».
(Β209, 220978ΝΙ2, πδ, υπτ)

Τέλος, όσον αφορά τη θεραπευτική δομή, οι συμμεπτέχοντες αναφέρθηκαν στις διαδικασίες που αντιλαμβάνονται ως κυρώσεις από την αρνητική συμπεριφορά. Ιδιαίτερα από τις τρεις κύριες κατηγορίες (ανάθεση υλοποίησης συγκεκριμένου έργου - *λάντζα*, υποχρέωση τήρησης συγκεκριμένης στάσης - *ανάθεση* και προφορική επίπληξη που γίνεται γνωστή στην κοινότητα - *επισήμανση*) αναφέρθηκαν χαρακτηριστικά στο περιορισμό της ανάθεσης υλοποίησης συγκεκριμένης εργασίας (λαντζα):

«…Να καταργηθεί η λάντζα και να αντικατασταθεί από έργο. Η λάντζα έχει τη βοήθειά της αλλά είναι πολύ βάρβαρο. Η λάντζα μπορεί να είναι η αιτία να διακόψουν άτομα απ' την κοινότητα και αυτό είναι άδικο, γιατί μπορούν να πάρουν το κόστος διαφορετικά. Μέσα από το έργο για παράδειγμα, δυναμώνεις σε πράγματα που θες να κάνεις και δεν ξανακάνεις λάθη. Ενώ η λάντζα σε επιβαρύνει και η κούραση σε οδηγεί σε διακοπή και μετά πάλι χρήση…»
(Α072, 121168ΧΥ1, πδ, υπτ)

«…Να μειωθεί η λάντζα ως θεραπευτικό εργαλείο. Δεν βοηθάει καθόλου. Μάλλον βοηθάει περισσότερο. Ησυχάζεις από όλα και από όλους».
(Β201, 120868ΑΓ1, πδ, υπτ)

«…και να καταργηθεί η λάντζα, τι νόημα έχει;»
(Β279, 230455ΑΡ2, πδ, υπτ)

«…Δεν με βοήθησαν οι αναθέσεις που είναι σαν τιμωρία ένα πράγμα, οι ''λάντζες''. Νομίζω αυτά δεν βοηθούν τους περισσότερους, γιατί το κάνεις γιατί στο επιβάλλουν. Εγώ δεν ένιωσα εξιλέωση για αυτά που έκανα».
Β363, 140874ΚΕ2, πδ, υπτ)

«Κάποιες θεραπευτικές διαδικασίες, όπως η λάντζα, θα πρέπει να αντικατασταθούν με αναθέσεις, που είναι πιο ανθρώπινο.»
(Α076, 251165ΡΡ1, οδ, υπτ)

«….Να μην πάει κανείς πολύ εύκολα στη λάντζα. Είναι μια επίπονη διαδικασία που πρέπει να γίνεται για πολύ σοβαρές περιπτώσεις…»
(Α196, 020672ΟΦ1, οδ, υπτ)

«…Αυτά που δεν κατάλαβα ήταν τα σκαψίματα στη λάντζα και οι αναθέσεις με τα πιπέρια στο λαιμό. Δηλαδή όταν κάποιος έβριζε του έδεναν ένα μεγάλο πιπέρι γύρω από το λαιμό και σηκωνόταν στις ομάδες και έλεγε είμαι κακό παιδί και λέω κακά λόγια… Δεν μου άρεσε πάλι που κάποιος έκανε κάτι και την πλήρωνε όλη η κοινότητα, κάποιος έκλεβε τσιγάρα και όλοι έπεφταν σε λάντζα…»
(Β254, 221262ΡΣ2, οπ, υπτ)

5.7.4. Αναγνώριση της διαφορετικότητας

Για μια ακόμη φορά οι συμμετέχοντες μιας ομάδας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη αναγνώρισης της ατομικότητας στη θεραπευτική κοινότητα, συγκλίνοντας στο ότι αυτό αποτελεί μια πολύ σημαντική αλλαγή που θα λειτουργήσει βοηθητικά για όσους βρίσκονται στη θεραπευτική διαδικασία. Η ατομικότητα αυτή συνδέεται τόσο με τον τρόπο που αφορά την οργάνωση της θεραπευτικής κοινότητας, όσο όμως και με τη μέθοδο μέσω της οποίας εφαρμόζεται ο θεραπευτικός σχεδιασμός που, σχεδόν αποκλειστικά, αποτελείται από ομαδικές διαδικασίες.

Από τις αναφορές εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οι συμμετέχοντες έχουν ανάγκη να βιώσουν περισσότερο προσωπικά αυτή την εμπειρία και επιθυμούν να είναι αναγνωρίσιμοι ως ανεξάρτητες και αυτόνομες οντότητες που εντάσσονται σε μια ευρύτερη κοινότητα. Αντίθετα, τους πιέζει πολύ το γεγονός ότι κατά τη γνώμη τους στη θεραπευτική κοινότητα ισχύει ένα σύστημα ισοπέδωσης της προσωπικότητας που καταλήγει στη μη αναγνώριση των ατομικών αναγκών.

Κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν:

«… να υπάρχει αναγνώριση στο ότι όσα τα μέλη [της κοινότητας] τόσες και οι διαφορετικές προσωπικότητες, και ο καθένας χρειάζεται ξεχωριστή αντιμετώπιση. Να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για γίνονται ατομικές συναντήσεις, παράλληλα με τις ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες».
(Α107, 230463ΕΑ1, πδ, υπτ)

«…να μην υπάρχει ένα μπέρδεμα χρηστών, δηλαδή όχι οι χρήστες ηρωίνης μαζί με το χρήστη χαπιών ή κάνναβης γιατί ο καθένας είναι διαφορετικά εξαρτημένος».
(Β385, 230774ΥΝ1, πδ, υπτ)

«…οι θεραπευτικές διαδικασίες να μην γίνονται μόνο σε ομάδες, αλλά να μπορεί να κάνει ο καθένας τη δική του θεραπεία με ψυχολόγο, γιατί δεν είναι όλοι ίδιοι, και ο καθένας χρειάζεται κάτι διαφορετικό».
(Α105, 080469ΣΕ2, πδ, υπτ)

«…Θεωρώ ότι δεν πρέπει μέσα στην κοινότητα να σου εκμηδενίζουν την προσωπικότητα και να προσπαθούν ντε και καλά να σου αναπλάσουν έναν άλλο χαρακτήρα…»
(Β328, 200574ΤΑ2, πδ, υπτ)

«…Ήταν κακό που δεν αντιμετωπίζονται τα άτομα ιδιαίτερα, το κάθε ένα άτομο διαφορετικά, αυτό είναι το χειρότερο…»
(Β363, 140874ΚΕ2, πδ, υπτ)

«…στην κοινότητα τα γκρουπ να συνδυάζονται και με ατομικές συναντήσεις με τον ψυχολόγο σε ιδιαίτερο χώρο».
(Β324, 020263ΡΕ2, οδ, υπτ)

«Δεν υπήρχε διαφορά στην αντιμετώπιση των ατόμων που μπορεί να είχαν διάφορων ειδών προβλήματα. Είχαν πολλές αποτυχίες για αυτό το λόγο. Θα έπρεπε να υπήρχε μεγαλύτερη ελευθερία στο άτομο...»
(Α122, 010162ΝΕ1, οπ, υπτ)

Είναι ενδιαφέρον ότι πολλές από τις αναφορές που συνδέονται με την αναγνώριση της διαφορετικότητας και το σεβασμό στην ατομικότητα που διαμορφώνει προέρχονται από γυναίκες. Με δεδομένο ότι οι γυναίκες είναι λιγότερες και βιώνουν ένα εκ των πραγμάτων ανδροκρατικά οργανωμένο σύστημα, αυτή η αναφορά στην ατομικότητα ενδέχεται να υπονοεί και την προσπάθειά τους να αναγνωρισθεί η γυναικεία τους ταυτότητα με τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν. Είναι χαρακτηριστικές οι αναφορές κάποιων γυναικών που αναζητούν παράλληλα και τρόπους προστασίας:

«…Τα Σαββατοκύριακα στην κοινότητα γίνονταν αίσχη. Πράγματα που δεν συμβαδίζουν ούτε με τα όρια ούτε με τους κανονισμούς. Αυτά όλα όταν δεν υπάρχει το προσωπικό ποιος θα τα ελέγξει;»
(Β278, 160379ΙΦ2, οδ, υπτ)

«..Ακόμη η πίεση και οι θεραπευτικές διαδικασίες να είναι τα ίδια για όλα τα μέλη της κοινότητας, να μην υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στα δύο φύλα, ούτε να υποτιμόνται άτομα μικρότερης ηλικίας, για να μην υπάρχει βόλεμα και να παίρνουν όλοι το ίδιο κόστος…»
(Α084, 090279ΕΝ2, οδ, υπτ)

«…ένιωθα παραμελημένη, δεν μου έδωσαν την προσοχή που μου άξιζε, δεν είχα σωστή ενημέρωση για το πού βάδιζα, δεν είχα χρόνο να σκεφτώ για τον εαυτό μου...»
(Β236, 120365ΙΣ2, πδ, υπτ)

5.7.5. Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας

Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας αποτελεί και για τους συμμετέχοντες αυτής της ομάδας ένα πεδίο όπου χρειάζονται πολλές αλλαγές. Οι αναφορές συγκλίνουν σε θέματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση του, τη στάση και τη διαχείριση των θεραπευτικών θεμάτων (σε πεδία όπως οι σχέσεις που αναπτύσσονται και των οποίων τα όρια συχνά είναι δυσδιάκριτα ως προς το θεραπευτικό ή διαπροσωπικό τους χαρακτήρα), αλλά και με ό,τι αφορά την άσκηση των καθηκόντων τους στον κατ΄ εξοχήν τομέα της ευθύνης τους: το σχεδιασμό, την εφαρμογή και διαχείριση του κλινικού έργου. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρονται και στο ότι χρειάζεται περισσότερο προσωπικό.

«…Το προσωπικό του προγράμματος έκανε λάθη που τα έκρυβε κι εγώ νομίζω ότι θα πρέπει να τα φανερώνουν, για να βλέπουν κι άλλοι ότι δεν είναι ιδιαιτερότητες επειδή είναι χρήστες…»
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

«…μια καλύτερη εκπαίδευση προσωπικού και επειδή δουλεύει για έναν ιερό σκοπό θα πρέπει να του δίνονται και ικανοποιητικές αμοιβές».
(Β333, 120466ΟΡ1, πδ, υπτ)

«…Επίσης, το προσωπικό να μην είναι τόσο σχολαστικό με τις δουλειές που πρέπει να κάνουν τα μέλη στην κοινότητα, γιατί αυτό γίνεται υπερβολικό».
(Α105, 080469ΣΕ2, πδ, υπτ)

«…Ή πάλι αυτό που σου είπα με την ψυχολόγο που με έβρισε. Είχαμε μια ομάδα και μου λέει, "τι θες να πεις πως δεν ήσουνα πουτάνα;" Εγώ έβαλα τα κλάματα. Αυτή με πήρε αγκαλιά. Αυτό δεν μου άρεσε και καλά πρώτα σε βρίζω και μετά σε αγκαλιάζω…»
(Β334, 120365ΑΦ2, πδ, υπτ)

«…Δεν μου άρεσε η τυπικότητα από το προσωπικό. Υπήρχαν πολλά κλισέ, ψεύτικα, κάναμε δηλαδή πράγματα για να τα κάνουμε…»
(Β363, 140874ΚΕ2, πδ, υπτ)

«…Ν' αλλάξει, να υπάρχει περισσότερο θεραπευτικό προσωπικό».
(Α185, 090258ΕΠ1, πδ, υτπ)

Η στάση των κλινικών σε αρκετές περιπτώσεις ερμηνεύεται από πολλούς συμμετέχοντες ως αλαζονική και υπεροπτική και άλλοτε χαρακτηρίζεται ανειλικρινής και προσποιητή που δημιουργεί απόσταση και επιφυλάξεις. Μερικοί συμμετέχοντες αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«... το προσωπικό πρέπει να έχει πιο αληθινό πρόσωπο, όχι να προσποιείται ότι είναι υπεράνω κάποιων πραγμάτων ή ότι μπορεί να λύσει όλα τα προβλήματα…»
(Α063, 240664ΝΡ1, πδ, υπτ)

«…Δεν υπήρχε πραγματικό ενδιαφέρον από το προσωπικό – είναι επιφανειακό».
(Α117, 160268ΑΦ1, οπ, υπτ)

«…να μην ισχύει ακόμη η στάση του προσωπικού απέναντι σε κάποιον που διακόπτει, αντιμετωπίζοντάς τον ως άγνωστο όταν τυχαία κάποια στιγμή τον συναντήσει έξω».
(Β380, 020863ΝΑ1, οπ, υπτ)

«…να έχουν καλύτερα κριτήρια στην επιλογή προσωπικού για να μπορούν να δέχονται τα λάθη τους…»
(Α122, 010162ΝΕ1, οπ, υπτ)

«…Να γίνονται πιο καλές επιλογές προσωπικού, γιατί στην επανένταξη τότε κάποιοι δεν ήταν ικανοί, έβγαζαν τα προσωπικά τους επάνω μας, δεν ήταν αντικειμενικοί».
(Α175, 291077ΚΚ2, οπ, υπτ)

«…να υπάρχει πιο εξειδικευμένο προσωπικό και ιδιαίτερα ψυχολόγοι και η αντιμετώπιση του προσωπικού να είναι διαφορετική. Μερικές φορές ένιωθα μια ειρωνεία από μέρους τους και υπήρχε και μια παγωμάρα και μια υπερβολική τυπικότητα. Συμφωνώ στο να κρατούνται οι αποστάσεις αλλά να μην φθάνουμε στα άκρα».
(Β388, 310176ΘΕ2, οπ, υπτ)

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε από τους συμμετέχοντες στο προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας που ήταν πρώην χρήστες. Αν και δεν λείπουν οι αμφιθυμίες σχετικά, θεωρούν ότι οι πρώην χρήστες στο προσωπικό αποτελούν ένα πρότυπο, ένα μοντέλο ρόλου που λειτουργεί παραδειγματικά για τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία και υπερθεματίζουν την παρουσία τους στη θεραπευτική κοινότητα.

«…Θα ήθελα το προσωπικό να απαρτίζεται από πρώην χρήστες και μόνον».
(Α019, 160770ΣΑ1, πδ, υπτ)

«…Υπήρχαν και αυτοί από το προσωπικό που ήταν πρώην μέλη που είχαν κόμπλεξ, όχι όλοι, ήταν και κάποιοι που ήταν φοβερά παιδιά…»

(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

«…Είναι πιο βοηθητικό για τα μέλη το προσωπικό να είναι πρώην χρήστες. Νιώθουν περισσότερα πράγματα και γίνονται πιο εύκολα πρότυπο…»
(Α196, 020672ΟΦ1, οδ, υπτ)

«…στο θεραπευτικό προσωπικό να μπούνε παιδιά που ήταν πρώην χρήστες περνώντας βέβαια κάποια εκπαίδευση».
(Β311, 050366ΑΜ1, οπ, υπτ)

5.7.6. Η πειθαρχία

Αν και οι προηγούμενες ομάδες των συμμετεχόντων είχαν εμμέσως θίξει το ζήτημα της πειθαρχίας το οποίο υποδείχθηκε ως πηγή δημιουργίας πολύ άβολων καταστάσεων, αρνητικών βιωμάτων και έντονων συναισθημάτων, για πρώτη φορά στην ομάδα όσων βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής αναδεικνύεται με τόση σαφήνεια ως στοιχείο που χρησιμοποιείται από το σύστημα με τρόπο που δεν παίρνει κανένα νόημα και γίνεται αντιληπτό να εφαρμόζεται ως εργαλείο επιβολής θέσεων και γνωμών. Οι συμμετέχοντες που είναι υπότροποι παρομοιάζουν αυτό που ονομάζουν πειθαρχία στη θεραπευτική κοινότητα με πειθαρχία που ισχύει στα στρατιωτικού τύπου συστήματα και χαρακτηρίζει τους όρους λειτουργίας μιλιταριστικών οργανισμών και οργανώσεων. Με τον τρόπο αυτό η θεραπευτική κοινότητα εκλαμβάνεται ως σύστημα στρατιωτικού τύπου με αδιαμφισβήτητο κώδικα κανόνων, αρχών, συμπεριφοράς και στάσης που επιβάλλουν. Αυτού του τύπου η δομική οργάνωση κρίνεται από τους συμμετέχοντες ως αδόκιμη για ένα πλαίσιο θεραπευτικής υποστήριξης.

Παρόλο που οι διατυπώσεις που σκιαγραφούν τη μιλιταριστική οργάνωση της θεραπευτικής κοινότητας χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο όρο σπάνια, η γενική τοποθέτηση των συμμετεχόντων σ΄ αυτή την ομάδα φαίνεται να συγκλίνει στο ότι η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί γι αυτούς ένα σύστημα αυταρχισμού και αυστηρότητας, που αφήνει ελάχιστες ή καθόλου δυνατότητες αμφισβήτησης τους αρχών λειτουργίας της. Όλα αυτά αποτελούν στοιχεία που παραπέμπουν σε σύστημα στρατιωτικού τύπου. Οι σχετικές αναφορές είναι ενδεικτικές:

«… [ν' αλλάξει] ο τρόπος της θεραπείας: το ότι πρέπει να κάνεις κάποια πράγματα, όχι επειδή τα κατανοείς και το θέλεις, αλλά γιατί πρέπει».
(Α002, 041063ΤΝ1, πδ, υπτ)

«…Αυτό το φασιστικό. Από τη μία απαγορεύεται η βία και από την άλλη μιλιταρισμός. Η εντολή έπεφτε από πάνω, από τη θεραπευτική ομάδα. Εγώ θέλω να έχω δικαίωμα στη ζωή μου».
(Β245, 280571ΤΜ1, πδ, υπτ)

« …[ν' αλλάξουν] την πίεση που τρέχει ο ένας τον άλλον χωρίς λόγο».
(Β256, 310164ΡΡ1, πδ, υπτ)

«…Να μην υπάρχει [αυτή η] υπερβολική αυστηρότητα παραδείγματος χάριν, [στο] ντύσιμο, [στο] πώς κάθεσαι στο πρόγραμμα. Τότε ήταν τόσο στριμωγμένα που ήταν σαν να ήμασταν στη φυλακή…»
(Α076, 251165ΡΡ1, οδ, υπτ)

«…Τι να σου πω τώρα; Η κοινότητα ήταν σαν στρατιωτικό. Δηλαδή το πρωινό ξύπνημα, το ότι όλα γίνονταν στο πεντάλεπτο. Η ακρίβεια που υπήρχε, που όλα τα πράγματα γίνονταν στην ώρα τους...»
(Β253, 090271ΥΕ1, οδ, υπτ)

«Θα ήθελα να υπήρχε μεγαλύτερη ελαστικότητα μέσα στην κοινότητα, όπως για παράδειγμα τα μέλη να έχουν κάποιες ελευθερίες, κι όχι να κάνουν πράγματα σαν σπαστικά. Ακόμη η κοινότητα να μην είναι τόσο κλειστή, σαν φυλακή».
(Β341, 060860ΑΡ1, οδ, υπτ)

«…Η πίεση ήταν υπερβολική, ήταν στρατιωτικό το καθεστώς…».
(Β251, 151076ΩΡ1, πδ, υπτ)

5.7.7. Θεραπεία χωρίς κοινωνική απομόνωση

Ένα από τα θέματα στα οποία εστίασαν οι συμμετέχοντες της ομάδας που βρίσκονται σε υποτροπή μετά τη θεραπεία και για το οποίο επισημαίνουν την ανάγκη για αλλαγή, είναι ο απομονωτισμός που βιώνουν παράλληλα με τη θεραπευτική τους εμπειρία. Η απόσταση που υπάρχει ανάμεσα σ' αυτό που βιώνουν καθημερινά και στον καθημερινό κόσμο, τους δημιουργεί μια καθαρή αίσθηση αποκλεισμού. Ο αποκλεισμός αυτός συνδέεται με την έλλειψη ενημέρωσης για το τι συμβαίνει στην κοινωνία, με τον περιορισμό της επικοινωνίας με τους οικείους και τους γνωστούς τους και με την αδυναμία, όπως αναφέρουν, να έχουν μια σαφή εικόνα για τις πραγματικές κοινωνικές συνθήκες που ορίζουν το πλαίσιο στο οποίο τελικά προσβλέπουν να ενταχθούν. Αντιλαμβάνονται, λοιπόν, ότι έχουν ένα σημαντικό έλλειμμα στο πώς θα επιχειρηθεί μελλοντικά η κοινωνική τους ένταξη και ανησυχούν, επιπλέον, γιατί θεωρούν ότι διαμορφώνουν πλαστή εικόνα για τον εαυτό τους και τις ανάγκες που οφείλουν να ιεραρχήσουν ως σημαντικές για την ανάπτυξη δεξιοτήτων ή και διαχείρισης, ώστε η κοινωνική τους ένταξη να είναι, κατά το δυνατόν, απρόσκοπτη και επιτυχής.

Σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι απαιτείται ν΄ αλλάξει ένα κλίμα εσωστρέφειας που κυριαρχεί στη θεραπευτική κοινότητα. Από αυτή τη εσωστρέφεια προκύπτει και υπερπροστατευτισμός που καταλήγει να ρυθμίζει τις επαφές των ατόμων που είναι στη θεραπευτική κοινότητα με την κοινωνία. Το σχήμα αυτό κατά τους συμμετέχοντες, επειδή διαμορφώνει μια σημαντική απόσταση από την κοινωνία, δεν επιτρέπει δίαυλους επικοινωνίας διπλής κατεύθυνσης και επεξεργασίας της πληροφορίας. Έτσι, η επικοινωνία υφίσταται στο βαθμό που εξυπηρετεί κάτι συγκεκριμένο. Στη βάση αυτή η πληροφορία που είναι διαθέσιμη στη θεραπευτική κοινότητα είναι ελεγχόμενη και ως εκ τούτου επεξεργασμένη. Από την άλλη μεριά η πληροφορία προς την κοινωνία που προέρχεται από τη θεραπευτική κοινότητα, έχει πολύ συγκεκριμένους στόχους που εξυπηρετούν κυρίως τη δημόσια προβολή της θεραπευτικής κοινότητας. Έτσι, ακόμα και αυτή η περιορισμένη κοινωνική επαφή των συμμετεχόντων με την κοινωνία εντάσσεται σ΄ ένα πολύ συγκεκριμένο πλαίσιο δημοσίων σχέσεων. Όλα τα παραπάνω καθιστούν τη θεραπευτική κοινότητα, κατά τους συμμετέχοντες, ένα κλειστό σύστημα που δεν λαμβάνει υπόψη τις πραγματικές συνθήκες ένταξης και ενδέχεται, για αυτό, σε μια ακραία εκδοχή, να κατασκευάζει στρεβλές προσδοκίες και δυσανάλογες με την πραγματικότητα απαιτήσεις.

Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται οι συμμετέχοντες σχετικά:

«…Το ψέμα, ωραίο ψέμα. Στην κοινότητα δεν είναι ζωή αληθινή, πραγματική».
(Α029, 061275ΤΕ 1, πδ, υπτ)

«….Κάτι που ήταν πολύ χαρακτηριστικό στο πρόγραμμα πριν από πέντε χρόνια ήταν η μεγάλη απόσταση ανάμεσα στο μέσα και το έξω και η προστασία που κάλυπτε τα άτομα σε σχέση μ' αυτό. Για παράδειγμα, ενώ μετά από πολύ καιρό στην κοινότητα έπαιρνε κάποιος το προνόμιο της διανυκτέρευσης, έβγαινε έξω με συνοδεία και η φάση ήταν πολύ γκανγκστερική, το πώς θα πας, πού θα πας, πότε θα γυρίσεις. Έτσι, ενώ μέσα από τη λειτουργία του προγράμματος φαινόταν ότι τα άτομα πρέπει να παίρνουν την ευθύνη των πράξεών τους και να δουν τι θα κάνουν στη ζωή τους, η προστασία σ' ένα κλειστό

περιβάλλον ήταν τέτοια ώστε δεν είχες ουσιαστικά την ευθύνη του εαυτού σου και των πράξεών σου. Αυτό που πρέπει να κάνει κάποιος μέσα στην κοινότητα είναι άσε με να κάνω λάθος, αλλά δώσε μου την ευθύνη και το κόστος».
(Α071, 171169ΗΡ1, πδ, υπτ)

«…Να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην επανένταξη των μελών, γιατί πολλοί από αυτούς που βγαίνουν έξω υποτροπιάζουν. Έξω δεν είσαι αποδεκτός. Τα άτομα κουβαλάνε μαζί τους την ταμπέλα που λέει Ιθάκη κι αυτό άλλοι το αντιμετωπίζουν καλά και σου προσφέρουν δουλειά και σε άλλους προκαλεί εμετό...»
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

«…Καλό, ίσως επίσης, θα ήταν να υπάρχει μια μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων των μελών έξω από το πρόγραμμα, για να μπορούν να εξοικειώνονται και να προσαρμόζονται σιγά-σιγά με τη ζωή έξω από την κοινότητα, κατά τη διάρκεια που είναι μέσα σε αυτή, παίρνοντας ο καθένας τη δική του ευθύνη».
(Β333, 120466ΟΡ1, πδ, υπτ)

«…δεν πρέπει να είναι κλειστές οι θεραπευτικές κοινότητες, γιατί αυτό ενισχύει στα μέλη την ανασφάλεια ώστε μόλις βγει κάποιος έξω δεν ξέρει τι να κάνει και θέλει να ξαναμπεί μέσα. [Εγώ] είχα ανάλογη εμπειρία στο μοναστήρι. Θέλεις να είσαι μέσα σ' ένα κουτάκι, αλλά έτσι δεν προχωράς».
(Β354, 020669ΗΑ1, πδ, υπτ)

«…Να υπάρχει μεγαλύτερη επαφή με τον έξω κόσμο».
(Α195, 190470ΝΡ1, πδ, υπτ)

«…Να είναι το πρόγραμμα πιο ανοιχτό, να βγαίνουν τα μέλη προς τα έξω, γιατί τότε [όταν βγαίναμε] παθαίναμε πλάκα».
(Α076, 251165ΡΡ1, οδ, υπτ)

«…κάποια πράγματα μέσα στην κοινότητα είναι πολύ προσαρμοστικά, υπάρχει πολλή πίεση και μεγάλες απαιτήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες που έχει καθένα από τα μέλη, τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες του, εκτός προγράμματος. Έτσι πολλές φορές ιδρυματοποιούμαστε, γιατί το μόνο που τους ενδιαφέρει [εκεί] είναι η κοινότητα. Κάποια πράγματα σε κάνουν να τα βλέπεις τραγικά ενώ είναι απλά. Κάποια πράγματα πρέπει να είναι πιο ελαστικά και να υπάρχει επαφή με την πραγματικότητα, γιατί αλλιώς βγαίνεις έξω και είσαι σαν χαζό».
(Α084, 090279ΕΝ2, οδ, υπτ)

«Να μην είναι τόσο κλειστό το σύστημα».
(Α193, 181269ΜΘ1, οπ, υπτ)

«…Όχι τόση υπερπροστασία, γιατί μετά η προσαρμογή στην κοινωνία είναι δύσκολη».
(Α009, 170763ΣΤ1, οπ, υπτ)

Σε πολλές αναφορές που σχετίζονται με το αίτημα για άνοιγμα της θεραπευτικής κοινότητας στην κοινωνία, οι συμμετέχοντες συνδέουν τον αποκλεισμό που βιώνουν με το χρόνο της θεραπευτικής παρέμβασης που, επειδή είναι πολύς, θεωρούν ότι αποτελεί βασική αιτία για την ανάπτυξη στοιχείων κλειστού και εσωστρεφούς συστήματος. Πολλές είναι οι χαρακτηριστικές αναφορές αυτού του τύπου:

«…[και] θα ήθελα η κοινότητα να είναι λιγότερο κλειστή και η παραμονή εκεί να διαρκεί λιγότερο χρόνο, ώστε να υπάρχει επικοινωνία με τη ζωή και τα πράγματα που ζορίζουν έξω».

(A078, 160469AA1, οδ, υπτ)

«Είναι πολύ μεγάλος ο χρόνος παραμονής στην κοινότητα και αυτό κάνει ζημιά. Πρέπει να μειωθεί ο χρόνος παραμονής γιατί μέσα στην κοινότητα είσαι σ' ένα πλαίσιο, υπάρχει αυστηρότητα και πρέπει να φέρεσαι σωστά. Εκεί δεν βλέπεις πουστιά, όλοι σε προστατεύουν και μετά βγαίνεις έξω και βλέπεις ένα κόσμο πούστικο. Δεν χρειάζεται η υπερβολική προστασία και πρέπει να περνάς πιο ομαλά από την κοινότητα στην επανένταξη».
(A068, 011072OE1, οδ, υπτ)

«…Μετά δυο-τρεις μήνες θα έπρεπε να είσαι πιο κοντά στην πραγματικότητα. Κάποιος που τελειώνει βρίσκεται απότομα στην πραγματικότητα και [αυτό] δεν τον βοηθάει».
(B212, 230264KP1, οδ υπτ)

«…να μειώσουν το χρόνο στην κοινότητα, για να μπορούσαν να είχαν πιο συχνή επικοινωνία με τους δικούς τους και να τους πήγαιναν στα σπίτια τους. Να έβλεπαν την πραγματικότητα…»
(A134, 110960YP2, οδ, υπτ)

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την περίοδο που βρίσκονται στη θεραπευτική κοινότητα ως ανεπιθύμητο αποκλεισμό από την κοινωνία με κινδύνους ιδρυματισμού. Ανεξάρτητα από το πόσο παρέμειναν στη θεραπεία, η εντύπωση που δίνουν είναι ότι δεν έχουν να κερδίσουν από τη συνολική απομάκρυνση από την κοινωνία, θεωρώντας ότι η ασφάλεια του συστήματος στο οποίο διαμένουν κατά τη θεραπευτική τους εμπειρία δημιουργεί ένα πλαίσιο υπερπροστασίας που δεν τους επιτρέπει να ενεργοποιηθούν προς μια κατεύθυνση ένταξης, και τους δυσκολεύει. Φαίνεται ότι η συνεχής αλληλεπίδραση με την κοινωνία αποτελεί μια πραγματική ανάγκη των ατόμων που βρίσκονται στη θεραπεία και είναι προφανές ότι η θεραπευτική κοινότητα οφείλει να το αντιληφθεί ως μια σοβαρή πρόκληση.

5.7.8. Περιορισμοί και προκαταλήψεις

Η καθημερινότητα στη θεραπευτική κοινότητα είναι μια αλληλουχία δραστηριοτήτων σ' ένα, σχεδόν απολύτως, προκαθορισμένο πλαίσιο. Υπάρχει μια σαφής αντίληψη ότι ισχύει το σχήμα ακολουθίας ερεθίσματος και αντίδρασης. Στο σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας αυτό το περίπου τελετουργικό σχήμα δράσης – αντίδρασης αποτελεί μια συνήθεια που καταλήγει να παίρνει άρρητη παραδοσιακή μορφή η οποία δεν αμφισβητείται και επιβάλλεται από όλο το περιβάλλον. Με τον τρόπο αυτό εμπεδώνονται συμπεριφορές και συγκεκριμένα στοιχεία παίρνουν τη θέση υποχρεωτικών αντιδράσεων.

Κάποιοι περιορισμοί είναι σαφείς και αποτελούν όρους λειτουργικότητας του συστήματος της θεραπευτικής κοινότητας (η αποτροπή χρήσης βίας, η αποχή από τις σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στη θεραπεία, η χρήση απαγορευμένων ουσιών) και, επιπλέον, περιλαμβάνονται ως βασικοί κανονισμοί στο θεραπευτικό συμβόλαιο. Η παραβίαση αυτών των κανονισμών είναι συχνή και ο τρόπος αντιμετώπισής της αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για το κλινικό περιβάλλον, γιατί αποτελεί σε κάθε περίπτωση μια ευκαιρία για επεξεργασία των θεμάτων που προκύπτουν, ενώ η διαχείρισή τους είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής πρακτικής. Πολλές φορές όμως τα άτομα που βρίσκονται στη θεραπευτική κοινότητα αδυνατούν να τα εννοήσουν ως λειτουργικό μέρος της θεραπείας και τα θεωρούν προσχήματα για άσκηση επιπλέον πίεσης σε μια ατμόσφαιρα που είναι πλήρης συναισθηματικών και σωματικών εντάσεων. Από την άλλη μεριά, η αδόκιμη διαχείριση τέτοιων περιστατικών επιτρέπει τη δημιουργία στρεβλών εντυπώσεων και ενισχύει την πεποίθηση ότι πρόκειται για ακατανόητες προκαταλήψεις χωρίς

νόημα. Οι περιορισμοί νοηματοδοτούνται ως ταμπού και παίρνουν ένα ρόλο συμμορφωτικής πρακτικής.

Παράλληλα, η αυτοβοήθεια που αποτελεί βασικό στοιχείο της λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας, δίνοντας σημαντικότερο ρόλο στα μέλη και μειώνοντας τον παρεμβατισμό του θεραπευτικού προσωπικού, επιτρέπει την ανάπτυξη αρκετών στοιχείων που ισχύουν ως κανόνες συμπεριφοράς και οφείλουν να καθορίζουν τη στάση των μελών του κοινοβίου. Αποτελούν συνήθειες που επικρατούν και διατηρούνται από αδράνεια του συστήματος επενδυμένες με τη σημασία, και λαμβάνοντας την ισχύ, κανόνων.

Οι συμμετέχοντες της ομάδας που βρίσκονται σε υποτροπή αναφέρθηκαν συχνά τόσο στον τρόπο με τον οποίο βρίσκονται σε ισχύ οι βασικοί κανονισμοί αλλά και στην παράλογη, όπως κρίνουν, απαίτηση συμπεριφοράς από κανόνες που δεν έχουν κανένα νόημα. Αναφέρθηκαν στο ότι συχνά η τυπικότητα με την οποία υιοθετούνται οι βασικοί κανονισμοί αποδομούν τη σημασία τους και, επιπλέον, καυτηρίασαν ως ανόητους περιορισμούς που επιβάλλονται στη στάση των ατόμων κατά τη διαμονή τους στη θεραπευτική κοινότητα. Αυτή η τυπικότητα δημιουργεί μια αίσθηση υποκρισίας και αναλήθειας που δημιουργεί εξαιρετικό αρνητισμό και αποδυναμώνει την επιθυμία για συνέχιση της θεραπείας. Είναι ενδεικτικός ο τρόπος με τον οποίο αναφέρονται στα παραπάνω:

> *«…εγώ που οδηγήθηκα στην υποτροπή από τη σχέση μου με μια κοπέλα. Αυτό ήταν πολύ λάθος. Η σχέση, κάτι που όλοι θεωρούν φυσικό, στην κοινότητα είναι ταμπού. Όπως και μέλη είχαν πρόβλημα με το αλκοόλ και υπήρχε φόβος να το ανοίξει κάποιος στην παρέα. Όπως και εγώ, με την ερωτική σχέση. Όχι ότι δεν είναι σωστό, αλλά υπήρχε φόβος να ανοιχτούν αυτά τα θέματα. λες και είχες σκοτώσει άνθρωπο. Στην κοινότητα υπήρχε προσαρμοστικότητα, έριχναν βάρος στο να σου βάλουν χέρι. Εκεί έριχναν όλο το βάρος, παρά στο πώς θα το διορθώσεις».*
> (Α055, 041068ΟΓ1, πδ, υπτ)

> *«…η στημένη συμπεριφορά από τα μέλη της κοινότητας, και να εκφράζεται το αληθινό ενδιαφέρον, όχι το τυπικό…»*
> (Α102, 231163ΡΦ1, πδ, υπτ)

> *«…Θα ήθελα να επιτρέπονται στα θεραπευτικά προγράμματα οι ερωτικές σχέσεις».*
> (Α166, 200661ΡΑ1, πδ, υπτ)

> *«…να γίνει πιο αληθινό [το πρόγραμμα], νομίζω ότι όλοι έπαιζαν θέατρο εκεί μέσα…»*
> (Β222, 240361ΡΑ1, πδ, υπτ)

> *«Το κόψιμο των παλιών σου συνηθειών να γίνεται σταδιακά και όχι απότομα και με αναγκαστικό τρόπο. Ίσως δηλαδή να δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα σε πιο ουσιαστικά πράγματα και μετά στις λεπτομέρειες, όπως το να μη φοράς μαύρα ρούχα. Εγώ τα έβλεπα με καλή θέληση, νομίζω όμως ότι πρέπει λίγο να γίνουν αλλαγές προς αυτήν την κατεύθυνση».*
> (Β216, 250380ΚΥ2, πδ, υπτ)

> *«…Θεωρώ ότι πρέπει μέσα στην κοινότητα να μην ισχύουν κάποια όρια που δεν έβρισκε κανένας τους λόγους της ύπαρξής τους. Νομίζω ότι αυτά έτσι και αλλιώς σήμερα δεν ισχύουν».*
> (Β370, 080474ΑΣ2, πδ, υπτ)

> *«…το πρόγραμμα να είναι πιο ανθρώπινο. Να δίνονται δηλαδή περισσότερες ελευθερίες σε κάποια καθημερινά πράγματα, όπως το να κάθεσαι σταυροπόδι, γιατί ο περιορισμός μοιάζει κάποιες φορές να οδηγεί σε πράγματα εξωπραγματικά».*

(Α111, 200267ΑΓ1, οδ, υπτ)

«…Ας πούμε η απαγόρευση για τα μαύρα ρούχα ή το να μην καθόμαστε σταυροπόδι. Αυτά δεν μου άρεσαν, γιατί δεν είχαν ουσία για την πορεία μου… Αυτά όλα τα θεωρώ παράλογα για το χρήστη που είναι πέντε χρόνια στη χρήση και όταν μπαίνει στην κοινότητα είναι μέσα στη χαρμάνα. Αυτόν δεν θα τον βοηθήσει να μην είναι σταυροπόδι ή να μη φοράει σκουλαρίκι. …Σ' αυτόν δεν μπορείς να του λες μην κάτσεις σταυροπόδι, γιατί άντε συμβιβάσου εσύ μετά από τόσα που έχεις δει. Δεν είναι λίγο δύσκολο;…»
(Β278, 160379ΙΦ2, οδ, υπτ)

«…Κάποια όρια είναι χαζομάρες…»
(Α008, 170369ΤΝ1, οπ, υπτ)

«… Η απαγόρευση του σεξ είναι υπερβολική και ακραία και σ' αυτήν οφείλονται πολλές διακοπές. Θέλει ισορροπία. Και η βία. Αν κλωτσήσω ένα τραπέζι μπορούν και να με διώξουν από την κοινότητα. Υπερβολική αυστηρότητα».
(Β210, 070862ΑΦ2, οπ, υπτ)

«…Δεν μου άρεσε το προσποιητό, το ότι σ' αγαπάω ή ότι όλοι εδώ σε αγαπάμε. Γιατί πότε πρόλαβε ο άλλος σε ένα μήνα να σ' αγαπήσει. Επίσης είναι αδιανόητο για μένα κάποιος από την «πιάτσα» να έρθει και σε εικοσιτέσσερις ώρες να μη βρίζει, ν' αλλάξει συμπεριφορά … Ή που βγάζαμε τα ρολόγια μας, τα σκουλαρίκια και τα παίρναμε πίσω μετά από ένα χρόνο σαν προνόμιο».
(Β254, 221262ΡΣ2, οπ, υπτ)

Είναι φυσικό ότι το κλινικό περιβάλλον οφείλει να ανανεώνει τον τρόπο με τον οποίο ορίζει τους κανόνες της διαβίωσης μέσα στη θεραπευτική κοινότητα. Ιδιαίτερα, σ' ένα σύστημα όπου πολλά ρυθμίζονται με αυτοδιαχειριστική λογική, όπως αυτά που υιοθετούν τη μέθοδο της αυτοβοήθειας, μείζον χαρακτηριστικό γνώρισμα και της θεραπευτικής κοινότητας, ο τρόπος με τον οποίο ορίζονται οι κανόνες και εκπαιδεύονται οι άνθρωποι στην τήρησή τους χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για το τι ισχύει και γιατί. Διαφορετικά είναι εύκολο να καταλήξει σε τυπικότητα που δεν έχει ουσία, εκλαμβανόμενο ως άσκοπος περιορισμός η απαγόρευση και να συνθέτει ανεξήγητη προκατάληψη ή ταμπού του συστήματος.

5.7.9. Υποστήριξη και με φαρμακευτική αγωγή

Ένα ενδιαφέρον πεδίο που αναδείχθηκε από την ομάδα των ατόμων που βρίσκονται σε υποτροπή συνδέεται με τη δυσκολία διακοπής της χρήσης ουσιών που αναφέρθηκε για πρώτη φορά. Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι θα ήταν διευκολυντικό για την προσπάθεια απεξάρτησής τους να συμπληρωθεί η θεραπευτική παρέμβαση από μια οργανωμένη φάση σωματικής αποτοξίνωσης με χρήση φαρμακευτικών υποκατάστατων. Οι συγκεκριμένες μάλιστα αναφορές συνδέουν τη σωματική αποτοξίνωση με τη συνέχεια της θεραπείας στη θεραπευτική κοινότητα και την εννοούν ως ένα περιορισμένο διάστημα στο οποίο θα χρησιμοποιήσουν υποκατάστατα για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου. Δεδομένου ότι είναι γνωστό πως οι θεραπευτικές κοινότητες που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα αποκλείουν τη χρήση υποκατάστατων, είναι σημαντικό ότι κάποιοι συμμετέχοντες έρχονται να καταθέσουν τη συγκεκριμένη πρόταση σε μια προσπάθεια διευκόλυνσης των ατόμων να απεξαρτηθούν και μάλιστα συμπληρωματικά και όχι αποκλειστικά, όπως ο σχετικός δημόσιος διάλογος συνήθως περιορίζεται. Τα χαρακτηριστικά αποσπάσματα των συγκεκριμένων αναφορών παρουσιάζονται παρακάτω:

«…[η θεραπευτική κοινότητα] να υποστηρίζει και να αποδεχτεί κι άλλα προγράμματα. Γιατί είναι ενάντια στη μεθαδόνη; Να δημιουργήσει νέα προγράμματα και για άλλες

ομάδες πληθυσμού».
(Α089, 020862ΑΡ1, πδ, υπτ)

«…[πριν την κοινότητα] θα ήθελα να υπήρχε κάποια μονάδα σωματικής απεξάρτησης...»
(Α159, 251165ΩΕ1, πδ,υπτ)

«Αν προστεθεί η μεθαδόνη στα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, θα βοηθούσε πολύ».
(Β240, 211272ΝΕ1, πδ, υπτ)

«….Α! Και το πιο σημαντικό, να μην το ξεχάσω, πρέπει να υπάρχει ένα μέρος να πηγαίνεις στην αρχή για τα στερητικά. Να σου δίνουν μεθαδόνη δεκαπέντε - είκοσι μέρες και μετά να πηγαίνεις πάνω στην κοινότητα».
(Β334, 120365ΑΦ2, πδ, υπτ)

Οι συγκεκριμένες αναφορές είναι σημαντικές για τον κλινικό σχεδιασμό των υπηρεσιών και αποτελούν μια σημαντική κατάθεση για έναν επιπλέον λόγο. Επί του παρόντος το δίκτυο υπηρεσιών που είναι διαθέσιμο στους εξαρτημένους έχει μια σαφή διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στα προγράμματα υποκατάστασης τα οποία τείνουν να λειτουργούν ως προγράμματα συντήρησης, χωρίς δηλαδή προσανατολισμό την τελική απεξάρτηση, και τις θεραπευτικές κοινότητες όπου δεν χορηγούνται υποκατάστατα φάρμακα ούτε κατά τη φάση της αντιμετώπισης του στερητικού συνδρόμου. Οι συμμετέχοντες την περίοδο της θεραπευτικής εμπειρίας στην οποία αναφέρονται δεν είχαν τη δυνατότητα χρήσης προγραμμάτων υποκατάστασης, γιατί το 1994 δεν υπήρχαν ακόμα τέτοια προγράμματα. Βρισκόμενοι, όμως, σε κατάσταση υποτροπής και ανεξάρτητα από το πόσο παρέμειναν στη θεραπεία στη θεραπευτική κοινότητα, είχαν την ευκαιρία να γνωρίσουν μέχρι την περίοδο της επανεξέτασης (1999-2000) προγράμματα φαρμακευτικής υποκατάστασης στα οποία είχαν και τη δυνατότητα να απευθυνθούν, πληρώντας μάλιστα τα κριτήρια εισαγωγής τους σ' αυτά, έχοντας ήδη επιχειρήσει ανεπιτυχώς την απεξάρτησή τους σ' ένα πρόγραμμα χωρίς υποκατάστατα, όπως ίσχυε εκείνη την περίοδο. Παρόλα αυτά προτείνουν τη συμπληρωματικότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών σ' ένα ενιαίο, μάλλον, μοντέλο θεραπείας.

5.7.10. Να μην αλλάξει τίποτα

Παρά την κατάσταση υποτροπής στην οποία βρίσκονται οι συμμετέχοντες αυτής ομάδας και την προφανή ασυμβατότητα που παρουσίασαν, όπως θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς, με τη θεραπεία που εφαρμόζεται στη θεραπευτική κοινότητα, δεν λείπουν και από τη συγκεκριμένη ομάδα αρκετοί που δηλώνουν ότι δεν πρέπει να αλλάξει κάτι στη θεραπευτική κοινότητα. Παρόλο που η συγκεκριμένες αναφορές χαρακτηρίζονται από πολύ σύντομες διατυπώσεις ακόμα και μονολεκτικές, σε μερικές περιπτώσεις, είναι ενδιαφέρον ο τρόπος εξέτασης αυτής της αποδοχής και της δικαιολόγησης των στοιχείων που συνθέτουν σφαιρικά τη θεραπευτική κοινότητα.

Μερικές αναφορές συνδέουν αυτή την απουσία κριτικής ή προτάσεων για αλλαγή με το ότι δεν γνώρισαν καλά τη θεραπευτική κοινότητα γιατί έμειναν λίγο. Άλλοτε φαίνεται να αποδέχονται το σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας χωρίς να το αμφισβητούν στο ελάχιστο. Αναφέρονται χαρακτηριστικά:

«Να παραμείνει όπως είναι γιατί έτσι πρέπει να είναι».
(Β343, 010966ΡΤ1, πδ, υπτ)

«Δεν θα ήθελα να αλλάξει τίποτα στο πρόγραμμα. Να παραμείνουν όλα όπως είναι.»
(Β262, 100669ΗΡ1, οδ, υπτ)

«Δεν θα ήθελα να αλλάξει τίποτα στο θεραπευτικό πρόγραμμα».
(Β308, 080275ΚΤ1, πδ, υπτ)

«Δεν θα ήθελα να αλλάξει κάτι μέσα στην κοινότητα γιατί πιστεύω ότι όλα έχουν το σκοπό τους.»
(Β312, 170370ΥΜ2, οδ, υπτ)

Άλλοι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι δικές τους προσωπικές αδυναμίες δεν τους επέτρεψαν να αξιοποιήσουν στον καλύτερο βαθμό τη θεραπευτική τους εμπειρία και αναφέρουν χαρακτηριστικά:

«Για το ότι έφυγα πιστεύω ότι έχω ακέραια την ευθύνη. Ποτέ δεν κατηγόρησα την Κοινότητα. Δεν θα 'θελα ν' αλλάξει κάτι».
(Β364, 260669ΑΑ1, πδ, υπτ)

«Δεν μπορώ να σου πω κάτι, γιατί εμείς κάνουμε την κοινότητα».
(Β255, 140964ΜΝ1, οπ, υπτ)

Τέλος, εμφανίζονται και αντιδράσεις οι οποίες υπερθεματίζουν το σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας και υποστηρίζουν ότι κάποιες αλλαγές που υλοποιήθηκαν δεν είναι αποδεκτές. Είναι ενδεικτικό το παρακάτω απόσπασμα:

«η κοινότητα να ξαναγυρίσει στα παλιά της δεδομένα γιατί νομίζω ότι μαλάκωσαν πολύ τα πράγματα».
(Β326, 230777ΧΟ1, οδ, υπτ)

5.7.11. Συνδυάζοντας τα στοιχεία των κατηγοριών

Η ποικιλία της τελευταίας αυτής ομάδας που βρίσκεται σε υποτροπή ως προς τις συγκλίνουσες κατηγορίες που προκύπτουν από τις αναφορές των συμμετεχόντων διαμορφώνει και μια πρώτη εικόνα διαφοροποίησης της συγκεκριμένης ομάδας σε σύγκριση με τις δύο προηγούμενες που εξετάσθηκαν στο επίπεδο των αλλαγών που επιζητούν να επέλθουν στο σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας. Ανεξάρτητα, καταρχάς, από το νόημα που δίνουν σε συγκεκριμένα στοιχεία του θεραπευτικού προγράμματος και την ένταση με την οποία επικεντρώνονται στην ανάγκη για αλλαγές στα συγκεκριμένα πεδία, από την ερμηνεία που μπορεί να προσλάβει η επιμονή των συμμετεχόντων σε κάθε τομέα που υποδεικνύεται ως πεδίο αλλαγής, φαίνεται ότι υπάρχουν κοινές κατηγορίες που συγκλίνουν όλες οι ομάδες και η διαφορά βρίσκεται στο ότι όσοι βρίσκονται σε υποτροπή εστιάζουν σε περισσότερα πεδία.

Ενώ, δηλαδή, οι ομάδες που περιλαμβάνουν όσους και όσες απέχουν τελικά από τη χρήση παρανόμων ουσιών –είτε για πέντε χρόνια, είτε για τον τελευταίο χρόνο πριν την επανεξέταση– περιορίζονται σε έξι με οχτώ κατηγορίες πεδίων που προσφέρονται για συγκεκριμένες αλλαγές, η ομάδα που βρίσκεται σε υποτροπή αναφέρεται σε αρκετά επιπλέον σημαντικά πεδία.

Το ότι κάποιοι συνεχίζουν να κάνουν χρήση παρανόμων ουσιών φαίνεται ασφαλώς να παίζει σημαντικό ρόλο σ΄ αυτή τη διαφοροποίηση. Αυτό καθαυτό, ωστόσο, το γεγονός της μακρόχρονης κατάστασης υποτροπής, δίνει επιπλέον σημασία στα θέματα που αναδεικνύονται από αυτή την ομάδα, δεδομένου ότι αποτελείται από άτομα που έμειναν γενικά λιγότερο στη θεραπεία, έχουν διακόψει νωρίτερα και βιώνουν εξαιτίας της

κατάστασης υποτροπής κάτω από εξαιρετικά δυσμενέστερες συνθήκες τη διαδικασία ένταξής τους, αφού βρίσκονται μάλλον σε συνθήκες όξυνσης του αποκλεισμού τους. Έτσι, αν και οι αλλαγές που προτείνονται από όσους με τον ένα ή άλλον τρόπο απέχουν από τη χρήση παρανόμων ουσιών ενδέχεται να παρουσιάζουν μια ευκολότερη και λιγότερο επώδυνη διαδικασία απεξάρτησης που καταλήγει στην ένταξή τους, για όσους βρίσκονται σε υποτροπή οι αλλαγές που προτείνονται μπορεί να αποτελούν συνθήκη έναρξης αποτελεσματικότερης θεραπευτικής παρέμβασης και εντέλει ένταξης. Με άλλα λόγια, για όσους απέχουν κατά την επανεξέταση ακόμα κι αν δυσκολεύτηκαν στη διαδικασία της θεραπευτικής τους εμπειρίας, η θεραπεία λειτούργησε αποτελεσματικά στον ένα ή τον άλλο βαθμό. Η τελική ένταξή τους μπορεί να μην καθιστά τις αλλαγές που προτείνουν καθοριστικές για την έκβαση της θεραπείας και την αποτελεσματικότητά της αλλά χρήσιμη για τη βελτίωση των όρων εφαρμογής του θεραπευτικού σχεδίου. Οι αλλαγές, αντίθετα, που προτείνονται από όσους βρίσκονται σε υποτροπή, απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, αφού ενδέχεται να καθιστούν συγκεκριμένα πεδία της θεραπευτικής διαδικασίας ανασταλτικούς παράγοντες για την απεξάρτηση και την ένταξή τους. Η ομάδα άλλωστε όσων βρίσκονται σε υποτροπή, εκτός από τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται εξαιτίας της χρήσης, έχει και ανάγκες άμεσης – και σε αρκετές περιπτώσεις επείγουσας- υποστηρικτικής παρέμβασης, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες ανεπιθύμητης εξέλιξης σε όλους τους τομείς που συνδέονται με τη χρήση παρανόμων ουσιών.

Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η προσεκτική εξέταση των στοιχείων που φαίνεται να αναδεικνύονται από τους συμμετέχοντες αυτής της ομάδας, καθώς σχετικές αλλαγές θα βοηθήσουν άτομα για τα οποία η θεραπευτική διαδικασία, όπως τη βίωσαν, αποδεικνύεται λιγότερο κατάλληλη να απολαύσουν τις θετικές επιπτώσεις μιας περισσότερο αρμόζουσας σ΄ αυτούς θεραπευτικής παρέμβασης.

Πίνακας 5.6. Σύνδεση κατηγοριών και στοιχείων που τις συνθέτουν για τις αλλαγές που προτείνουν όσοι περιλαμβάνονται στην ομάδα που βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής κατά την επανεξέταση.

Κατηγορία	***Κώδικας***
Μείωση της πίεσης	*Μεγαλύτερη ελαστικότητα* *Ταχύτητα* *Απόλυτος προγραμματισμός* *Πολλή εργασία* *Επανάληψη εργασιών* *Ομάδες δουλειάς* *Έλλειψη ελεύθερου χρόνου* *Εργασίες στην αρχική φάση* *Ανέκφραστα συναισθήματα* *Ανεπίλυτες διαφορές* *Περισσότερη ελευθερία* *Παραγωγικός χρόνος* *Λογικές εξηγήσεις* *Ελευθερία επιλογής* *Ελευθερία λόγου* *Μεγαλύτερη ευελιξία* *Μεγάλες απαιτήσεις* *Πίεση χρόνου*
Ο χρόνος στη θεραπευτική κοινότητα	*Μεγάλος χρόνος παραμονής* *Μείωση του χρόνου παραμονής* *Μεγάλη διάρκεια του προγράμματος* *Περισσότερη ξεκούραση* *Ελεύθερος χρόνος* *Ώρα για τον εαυτό* *Δίμηνη θεραπεία*
Θέματα θεραπευτικής δομής	*Ιεραρχία*

	Αυστηρότητα *Επαφή με ιεραρχικά ανώτερους* *Η άσκηση εξουσίας* *Η προσαρμοστικότητα* *Το ιεραρχημένο μοντέλο* *Η υποκρισία* *Εστίαση στο αρνητικό* *Η λεκτική ένταση* *Η τυπικότητα* *Η γραφειοκρατία* *Η αναμονή επίλυσης προβλημάτων* *Η λάντζα*
Αναγνώριση της διαφορετικότητας	*Έμφαση στις ατομικές ανάγκες* *Ποικιλία διαδικασιών* *Προσοχή στις ατομικές δυσκολίες* *Έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά* *Ατομική ψυχοθεραπεία* *Εξατομίκευση της φροντίδας* *Προσοχή στο διαφορετικό*
Το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας	*Περισσότερο προσωπικό* *Περισσότεροι πρώην χρήστες στο προσωπικό* *Εκπαίδευση του προσωπικού* *Κριτήρια επιλογής προσωπικού* *Ειδικότητες προσωπικού* *Συμπεριφορά προσωπικού* *Πιο στενή σχέση με το προσωπικό* *Η αλαζονεία*
Η πειθαρχία	*Κατανόηση* *Τα πρέπει* *Φασιστικό* *Σαν φυλακή* *Σαν στρατιωτικό*
Θεραπεία χωρίς κοινωνική απομόνωση	*Ψεύτικη ζωή* *Το μέσα και το έξω* *Μεγάλη απόσταση* *Ταμπέλα ΙΘΑΚΗ* *Επανένταξη* *Μεγάλη απόσταση* *Πολύς χρόνος* *Υπερπροστασία* *Ανοικτό πρόγραμμα* *Πιο συχνή επικοινωνία*
Περιορισμοί και προκαταλήψεις	*Ερωτικές σχέσεις* *Ταμπού* *Περιορισμοί* *Συμπεριφορά* *Ντύσιμο* *Σταυροπόδι* *Βία*
Υποστήριξη και με φαρμακευτική αγωγή	*Σωματική απεξάρτηση* *Αποτοξίνωση* *Μεθαδόνη*
Δεν χρειάζονται αλλαγές	*Έτσι πρέπει να είναι* *Να μην αλλάξει τίποτα* *Όλα έχουν σκοπό* *Να ξαναγυρίσουν όλα όπως ήταν* *Εμείς κάνουμε την κοινότητα*

5.8. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: ΤΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ

Στην προσπάθεια κατανόησης των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την ποιοτική έρευνα επιχειρήθηκε μια συγκριτική σύνθεση των κατηγοριών που ανέδειξε η κάθε μία από τις ομάδες που διερευνήθηκε. Η οριζόντια ανάγνωση των κατηγοριών τις κατανέμει με βασικό άξονα το διαχωρισμό των τριών διαφορετικών ομάδων των συμμετεχόντων: όσων απέχουν

από τη χρήση ουσιών από την ημέρα εισαγωγής τους μέχρι τη συνέντευξη επανεξέτασης, όσων απέχουν για δώδεκα τουλάχιστον μήνες πριν από τη συνέντευξη αλλά είχαν επεισόδιο διολίσθησης στη χρήση παρανόμων ουσιών και όσων βρίσκονται σε κατάσταση υποτροπής την περίοδο της επανεξέτασης. Η κατανομή των κατηγοριών με τον τρόπο αυτόν επιτρέπει την ταξινόμηση τους σε σειρά, τοποθετώντας σε μια λογική ακολουθία την πορεία των ατόμων προς την κοινωνική ένταξη, όπως τα ίδια την περιγράφουν και την ερμηνεύουν τόσο ως εμπειρία και βίωμα, αλλά και όσο ως πρόταση βελτίωσης της λειτουργικότητας της υποστήριξης που παρέχεται. Τα άτομα που συμμετέχουν, ανάλογα με το αποτέλεσμα της θεραπείας και το βαθμό ένταξής τους, σχηματοποιούν τα στοιχεία που αποτέλεσαν βοηθητικούς παράγοντες στη θεραπευτική τους εμπειρία και αναδεικνύουν τα προβληματικά σημεία της, επισημαίνοντας τις αλλαγές που τα ίδια αντιλαμβάνονται ως αναγκαίες. Με τον τρόπο αυτό προκύπτουν τρία βασικά σενάρια, ένα για κάθε ομάδα που διερευνάται.

5.8.1. Το πρώτο σενάριο: Από τη θεραπεία στην πλήρη αποχή και την κοινωνική ένταξη

Τα άτομα που απέχουν από τη χρήση ουσιών από τη ημέρα εισαγωγής τους μέχρι την επανεξέταση εμπέδωσαν μια συμπεριφορά που θα μπορούσε να θεωρηθεί το προσδοκώμενο δείγμα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και να εκληφθεί ως δικαίωση του θεραπευτικού σχεδιασμού και της πρακτικής της θεραπευτικής κοινότητας. Τα άτομα αυτά είναι, ενδεχομένως, εκείνα για τα οποία η θεραπεία αποδεικνύεται κατάλληλη και λειτουργική.

Τα άτομα, λοιπόν, αυτά στη θεραπεία τους ανακαλύπτουν μια ηθική πλατφόρμα μέσω της οποίας διαμορφώνουν ένα νέο αξιακό σύστημα που τους επιτρέπει να αναπτυχθούν προσωπικά, να ανακαλύψουν και να αναγνωρίσουν τον εαυτό τους. Μέσα από αυτή την περιπέτεια ανακάλυψης του εαυτού τους αποκτούν αυτοεκτίμηση και με την αυτοπεποίθησή τους να ενισχύεται αντιλαμβάνονται την αξία των σχέσεων αναπτύσσοντας σημαντικές δεξιότητες κοινωνικότητας που τους επιτρέπουν να σχετισθούν, να επικοινωνήσουν, να αποκτήσουν κοινωνική ζωή. Στη νέα κοινωνικότητα που αναπτύσσουν αντιλαμβάνονται την ανάγκη διαμόρφωσης μιας στρατηγικής άμυνας και προστασίας που δεν θα θέσει σε κίνδυνο ό,τι πέτυχαν και ό,τι προσδοκούν να πετύχουν, ανατρέχοντας σε στοιχεία που βίωσαν στη θεραπευτική τους εμπειρία, όπως η οριοθέτηση, ο προγραμματισμός, η πειθαρχία και η οργάνωση της καθημερινότητας και της ζωής. Αυτή η επιλογή τους επιτρέπει να συμφιλιωθούν με συναισθηματικές εντάσεις που βιώνουν καθημερινά κατανοώντας και διαχειριζόμενοι ορθολογικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, διευκολύνει τη θετική σκέψη και την αισιοδοξία και παράλληλα ενισχύεται από επιτεύγματα που οφείλονται στην αξιοποίηση δεξιοτήτων που ανέπτυξαν σε επαγγελματικό, εκπαιδευτικό, οικογενειακό ή προσωπικό επίπεδο. Αυτά τα άτομα έμειναν πολύ στη θεραπεία, τα περισσότερα σχεδόν την ολοκλήρωσαν. Πολλοί από τους κανόνες και τα όρια με τα οποία είναι οργανωμένη η θεραπεία, παρόλα αυτά, θεωρούν ότι δεν χρειάζονται και λειτουργούν απωθητικά. Κατά τη διαμονή τους στη θεραπευτική κοινότητα βίωσαν βασανιστικά τη σεξουαλική αποχή και εκτιμούν, παράλληλα, ότι ο χρόνος παραμονής εκεί είναι αδικαιολόγητα μακρύς και σαφώς πρέπει να μειωθεί. Επισημαίνουν ότι η θεραπευτική κοινότητα θα λειτουργούσε αποτελεσματικότερα και για περισσότερα άτομα αν καταργούσε κάποια από τα στοιχεία που εκλαμβάνονται ως σωφρονιστικά εργαλεία, όπως η λάντζα, ενώ άλλα, όπως η εισαγωγική διαδικασία και τυπικότητα που πολλές φορές επικρατεί, χρειάζεται να επανεξετασθούν. Μεγάλο βάρος δίνουν στο ότι θεραπευτική κοινότητα οφείλει να αναπτύξει την υποστήριξή της σε θέματα που θα ενισχύσουν τη δυνατότητα τους να εργασθούν, κομβικό σημείο για τη συνολική τους ένταξή. Επικεντρώνονται επίσης στο προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας επισημαίνοντας ότι χρειάζεται αρχικά περισσότερο, αλλά και καλύτερα εκπαιδευμένο, καθώς και προσωπικό που δεν θα κάνει κατάχρηση εξουσίας και γι' αυτό θα ελέγχεται. Είναι, τέλος, κατά τη γνώμη τους επιτακτική ανάγκη να γίνει σεβαστή η ατομικότητα του καθενός στη θεραπευτική διαδικασία που κατά τη διάρκεια της δικής τους θεραπευτικής εμπειρίας ασφυκτιούσε από την ισοπεδωτική ομαδική επίφαση.

5.8.2. Το δεύτερο σενάριο: Διολίσθηση στη χρήση ουσιών και αποχή για τουλάχιστον δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης

Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτή την ομάδα είναι λίγα και μετά τη συνήθως σύντομη θεραπευτική τους εμπειρία ολίσθησαν, πάλι σχετικά γρήγορα, στη χρήση παρανόμων ουσιών. Όμως αυτό το βίωσαν ως ένα συμβάν προσωπικού κλονισμού που τους οδήγησε σε μια σοβαρή ανησυχία για το ενδεχόμενο της επιστροφής σε μια κατάσταση που βρίσκονταν πριν να ξεκινήσουν τη θεραπεία και έτσι ενεργοποιήθηκαν προς την κατεύθυνση αντιστροφής αυτής της πορείας είτε επανερχόμενοι σε θεραπεία είτε διακόπτοντας τη χρήση, ώστε τουλάχιστον δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη επανεξέτασης να απέχουν. Τόσο ο τρόπος που περιγράφουν τη θεραπευτική τους εμπειρία όσο και οι παρεμβάσεις που προτείνουν για να γίνει η θεραπεία πιο αποτελεσματική μοιάζουν με όσα κατέθεσαν και τα άτομα από την προηγούμενη ομάδα που απείχε πλήρως από τη χρήση ουσιών.

Όσοι και όσες διολίσθησαν στη χρήση, αλλά πια, κατά τη συνέντευξη, απέχουν για τουλάχιστον ένα χρόνο, βίωσαν τη θεραπεία καταρχάς ως εμπειρία ηθικής ανάνηψης, αφού ενστερνίσθηκαν τις αξίες και τις αρχές που συνάντησαν στη θεραπευτική κοινότητα ως ένα αποδεκτό αξιακό πλαίσιο. Τα στοιχεία της ακεραιότητας και της ευθύτητας τους επέτρεψαν να διαμορφώσουν μια νέα αποδεκτή εικόνα για τον εαυτό τους που ενίσχυσε την αυτοεκτίμησή τους και λειτούργησε ενδυναμωτικά για να αναπτύξουν κοινωνικότητα και να μάθουν να σχετίζονται με όρους αυτονομίας και εξωστρέφειας. Η ικανότητα να διαχειρίζονται συναισθήματα χωρίς να αποδιοργανώνονται τους βοήθησε να βάλουν σε διαστάσεις πραγματικές τις δυσκολίες της καθημερινότητας. Η νέα αντίληψη για τη ζωή την οποία υιοθέτησαν αποδείχθηκε ένας λειτουργικός τρόπος να αντιμετωπίζουν ως αποδεκτές και θεμιτές τις προκλήσεις που τους παρουσιάζονται και ενίσχυσε την αποτελεσματικότητά τους. Οι ίδιοι αναγνωρίζουν την αξία του προγραμματισμού και της επιμονής πρακτικά και σε ζητήματα ένταξης στην αγορά εργασίας, πράγμα το οποίο θεωρούν κομβικό παράγοντα για τη συνολική τους τελικά κοινωνική ένταξη. Η αναγνώριση της χρησιμότητας της θεραπείας ως προς το αποτέλεσμα που είχε τελικά για αυτούς δεν αναιρεί ότι πολλά στοιχεία της είναι πιεστικά και έθεσαν σε κίνδυνο την θεραπευτική τους πορεία. Στη βάση αυτή θεωρούν ότι θα ήταν καταλληλότερη η θεραπεία αν μειωνόταν η πίεση που βίωσαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, κάτι που συνέδεσαν με τον εξαιρετικά μακρύ χρόνο παραμονής που απαιτεί και τον οποίο δεν θεωρούν από ένα σημείο και μετά αξιοποιήσιμο, αντίθετα τον ενοχοποιούν ως παράγοντα επικινδυνότητας για την ανεπιθύμητη διακοπή. Πιστεύουν ότι είναι απαραίτητο να υπάρξει μέριμνα ώστε το προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας να έχει στάση και συμπεριφορά υποστήριξης, αποφεύγοντας μειωτικές και υποτιμητικές τακτικές και αυτό μπορεί να γίνει με την εκπαίδευση την αξιοποίηση ποικιλίας ειδικοτήτων και με έλεγχο. Αυτό θα βοηθήσει στην αναγνώριση της διαφορετικότητας και θα επιτρέψει την εξατομίκευση της θεραπευτικής παρέμβασης προσαρμόζοντάς την στις ανάγκες του καθενός, ώστε να μην αποτελεί, όπως το χαρακτηρίζουν, ένα ισοπεδωτικό σύστημα με ακατανόητες, συχνά τιμωρητικού τύπου και άδικες επομένως επιλογές που σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να καταργηθούν.

5.8.3. Το τρίτο σενάριο: δυσκολίες ένταξης για όσους υποτροπιάζουν

Η τρίτη ομάδα της μελέτης συμπεριλαμβάνει όσους και όσες κατά τη συνέντευξη επανεξέτασης βρίσκονται σε κατάσταση συστηματικής υποτροπής σε ό,τι αφορά την κατάχρηση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών. Είναι μια ομάδα, αριθμητικά ανάλογη με την πρώτη, αλλά αποτελείται από άτομα που διέκοψαν τη θεραπεία συνήθως στο διάστημα των πρώτων τριών μηνών. Τα άτομα που συμμετέχουν σ' αυτή την ομάδα εξακολουθούν να έχουν μια στάση που αποτελεί το δείγμα της ανεπιθύμητης έκβασης της θεραπείας και το δείκτη της αναποτελεσματικότητάς της. Το σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας φαίνεται να μη λειτούργησε κατάλληλα για τα άτομα αυτής της ομάδας, είτε επειδή δεν έμειναν στη θεραπεία είτε γιατί λειτούργησε με όρους που δεν ανέπτυξε τα στοιχεία που θα εξασφάλιζαν ένα αποτέλεσμα με διάρκεια στο χρόνο, ανεξάρτητα από το ποιες ωφέλειες παρήγαγε

παρεμπιπτόντως. Αν και θα αποτελούσε βερμπαλιστική υπερβολή και άδικο μηδενισμό η χρήση του όρου αποτυχία, σε κάθε περίπτωση τα άτομα αυτής της ομάδας αποτελούν τη σημαντικότερη πρόκληση σχετικά με την καταλληλότητα των μέσων αντιμετώπισης της εξάρτησης από τη θεραπευτική κοινότητα υπό την έννοια της εξέλιξης και της αποτελεσματικότητάς της.

Συνήθως όσοι και όσες κατά τη διαδικασία επανεξέτασης κάνουν συστηματική χρήση παρανόμων ουσιών εκτιμούν ότι δεν υπήρξε τίποτα το οποίο θεωρούν ότι τους βοήθησε στη θεραπευτική διαδικασία, είτε γιατί δεν πρόλαβε να λειτουργήσει η θεραπεία, αφού διέκοψαν πολύ νωρίς, είτε γιατί οι ίδιοι αισθάνθηκαν αδύναμοι να αξιοποιήσουν τη θεραπεία είτε ακόμα απλώς γιατί η θεραπευτική κοινότητα συλλήβδην αποτελεί για αυτούς ένα αποκρουστικό σύστημα. Όσοι βρίσκουν κάτι θετικό στην εμπειρία τους αναφέρονται στη θεραπευτική κοινότητα ως ένα σύστημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης του οποίου το ηθικό πλαίσιο αρχών και αξιών τους επέτρεψε να αποκτήσουν μια καλή εικόνα του εαυτού τους και ενίσχυσε την αυτοαποδοχή, τη συνειδητοποίηση και την αυτοεκτίμησή τους που με τη σειρά τους βοήθησαν σε μια εξωστρέφεια και ανάπτυξη σχέσεων αναλόγων με αυτές που βίωσαν στο θεραπευτικό σύστημα. Με τον τρόπο αυτό κατάφεραν να έχουν μια πραγματική εικόνα των αναγκών τους που αυξάνει την κινητοποίησή τους για να προσπαθήσουν να διακόψουν τη χρήση. Η νέα αυτή εικόνα, κι αν ακόμα δεν έχει οριστικοποιήσει την απόφαση, συμβάλλει σε μια προσπάθεια μείωσης των κινδύνων, με αναγνώριση των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων μεταξύ των οποίων και το φόβο, και τους υποχρεώνει σε συστηματική οργάνωση της στάσης τους και επηρεάζει την αντίληψή τους για τα πράγματα. Η οργάνωση αυτή και ο προγραμματισμός συμπεριλαμβάνουν και την ανάπτυξη δεξιοτήτων που απαιτούνται για χαμηλού κόστους προσπάθεια αλλά σημαντικές για τη στοιχειώδη ένταξη, όπως συμμετοχή στην εκπαίδευση, εργασία και πειθαρχία για επίτευξη μικρών στόχων. Στη βάση όλων των προηγουμένων τα άτομα αυτής της ομάδας θεωρούν ότι για να είναι περισσότερο αποτελεσματική η θεραπευτική κοινότητα οφείλει να μειώσει την πίεση που ασκεί ως περιβάλλον και να έχει περισσότερη ελαστικότητα, ενώ η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να μειωθεί δραστικά. Πολλά στοιχεία της δομής της θεραπείας που συμβάλλουν στην αυστηρότητα και εκλαμβάνονται ως τιμωρία οφείλουν να καταργηθούν και ν΄ αλλάξουν αφήνοντας χώρο στην αναγνώριση της διαφορετικότητας και στη εξατομίκευση της φροντίδας με προσωπικό εκπαιδευμένο στο οποίο θα υπάρχουν εκτός από πρώην χρήστες και επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων με ιδιαίτερη προσοχή στην συμπεριφορά τους που συχνά είναι τόσο αυταρχική ώστε μετατρέπει τη θεραπευτική κοινότητα σε μιλιταριστικό σύστημα. Η θεραπεία οφείλει να γίνεται χωρίς κοινωνική απομόνωση, ώστε να μην ευνοούνται αδικαιολόγητοι περιορισμοί που προέρχονται από παγιωμένες προκαταλήψεις και θα ήταν χρήσιμη η χορήγηση μεθαδόνης για ένα διάστημα, ώστε να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ

Στόχος αυτής της μελέτης είναι η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της υποστήριξης που παρέχουν οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα ως προς την ένταξη των εξαρτημένων χρηστών που εντάσσονται για θεραπεία απεξάρτησης. Στη βάση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, τόσο από την ποσοτική όσο και από την ποιοτική έρευνα επιχειρείται μια σύγκριση με τις ανάλογες μελέτες που παρουσιάστηκαν στην ανασκόπηση των ερευνών και αναζητούνται οι αναλογίες και οι διαφοροποιήσεις που αναδεικνύονται και διατυπώνονται οι απαντήσεις στα βασικά ερωτήματα της έρευνας.

Έτσι, στο πρώτο μέρος αυτού του κεφαλαίου παρουσιάζονται τα βασικά συμπεράσματα, μια πρώτη σημαντική απάντηση διαμορφώνεται από το *πόσοι*, τελικά, κρίνεται ότι συγκεντρώνουν τα στοιχεία για να χαρακτηρισθεί ότι ολοκλήρωσαν μια επιτυχή διαδικασία ένταξης μετά τη θεραπεία στη θεραπευτική κοινότητα. Στη συνέχεια, επιχειρείται να αποσαφηνισθεί η απάντηση στο *ποιοι*. Αναλύονται, λοιπόν, τα χαρακτηριστικά όσων παρουσιάζουν επιτυχή έκβαση στη διαδικασία ένταξης ώστε συγκρίνοντας τις βασικές μεταβλητές που τους καθορίζουν να αποσαφηνιστούν στο βαθμό του δυνατού οι διαφορές με όσους παρουσιάζουν αρνητικές τάσεις ένταξης. Η αναζήτηση της κρίσιμης ή των κρίσιμων μεταβλητών που διαμορφώνουν μια σταθερά στην οποία μπορεί με σχετική ασφάλεια να αποδοθεί η επιτυχία ή η αποτυχία της διαδικασίας ένταξης είναι σημαντική παράμετρος της συζήτησης στο πλαίσιο αυτό. Στη βάση αυτή αναζητούνται σημαντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη θεραπευτική διαδικασία και τον τρόπο που ενισχύεται η διαδικασία ένταξης. Από τη μια μεριά, επομένως είναι σημαντικό να σχηματοποιηθεί το *πότε*, που σηματοδοτείται κυρίως από τον απαραίτητο ή τον κρίσιμο χρόνο παραμονής, πόσο δηλαδή φαίνεται να είναι απαραίτητο να μείνει κατ΄ ελάχιστο κάποιος στη θεραπεία ώστε να είναι πλέον σε θέση να αναγνωρίσει σημαντικές μετατοπίσεις του αλλά και να στοιχειοθετηθούν προσδοκίες για θετικά και διαρκή αποτελέσματα. Από την άλλη είναι σημαντικό να αποσαφηνισθεί το *πώς* η θεραπευτική διαδικασία γίνεται λειτουργική με βάση την ερμηνεία που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες δίνουν στην εμπειρία και το βίωμα τους. Τέλος, επιχειρείται η ανάδειξη της διεργασίας που συνδράμει αιτιολογικά στην εμπέδωση νέων συμπεριφορών που διευκολύνουν την ένταξη ή την αδυναμία αντιμετώπισης των παραγόντων αποκλεισμού όπως οι ίδιοι οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τα *γιατί* της αξιολογώντας τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις της.

Ένα δεύτερο μέρος της συζήτησης είναι αφιερωμένο σε προβληματισμούς που προκύπτουν από την εφαρμογή των διαδικασιών θεραπείας απεξάρτησης στο πλαίσιο της λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων. Η μορφή, το πλαίσιο, η μέθοδος και οι διαδικασίες που διαμορφώνουν το χαρακτήρα του συστήματος θεραπείας όπως σχεδιάζεται και υλοποιείται στη θεραπευτική κοινότητα διαμορφώνουν ένα πλούσιο πεδίο για ερωτήματα που συνδέονται τόσο με τη σκοπιμότητα όπως και με τη λειτουργικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού. Έτσι, εξετάζεται η *απόκλιση* και η διαχείρισή της τόσο ως προς την έκθεση στον κοινωνικό έλεγχό των ατόμων που αποκλίνουν αλλά όσο επίσης και ως προς την ίδια τη θεραπευτική πράξη που μπορεί να καταλήγει να αποτελεί ένα κανονικοποιητικό μηχανισμό που συνδέεται με τον κοινωνικό έλεγχο στο βαθμό που το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας μπορεί να εκληφθεί ως ένας ανάλογος μηχανισμός. Επιπλέον, εστιάζοντας στην έννοια της *συμμόρφωσης*, επιχειρείται η αναζήτηση σχηματικών αναλογιών ή διαφοροποιήσεων που προκύπτουν από την εφαρμογή του θεραπευτικού συστήματος στη θεραπευτική κοινότητα σε συνδυασμό με την αντίληψη που οι συμμετέχοντες αναδεικνύουν όπως ερμήνευσαν το βίωμα της θεραπείας τους. Παράλληλα, συζητείται η έννοια της *αλλαγής* ως ενεργή αντίδραση στον αποκλεισμό σε αντιδιαστολή με την παθητική στάση που έχει η συμμόρφωση ως διαδικασία για την ένταξη.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος της συζήτησης είναι αφιερωμένο στις προτάσεις που προκύπτουν από την εργασία αυτή. Προτάσεις που ταξινομούνται κατ΄ αρχήν σε επίπεδο *κλινικής πρακτικής* ως προς την εφαρμογή τεχνικών και μεθόδων στη θεραπευτική διαδικασία και θα μπορούσαν να καταστήσουν τη θεραπεία της απεξάρτησης αποτελεσματικότερη και ελκυστικότερη. Σε δεύτερο επίπεδο διατυπώνονται προτάσεις που αφορούν στην *έρευνα* που σχετίζεται με την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και τις προκλήσεις που απορρέουν από την εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων τόσο για τη θεραπεία όσο και για τη στρατηγική αντιμετώπισης των εξαρτήσεων από παράνομες ουσίες και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τέλος, με αφορμή τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης και τις γνώμες των συμμετεχόντων κατατίθενται προτάσεις που σχετίζονται με την *πολιτική* που διαμορφώνει τη στρατηγική αντιμετώπισης των εξαρτήσεων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

6.1.1. Η θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδος απεξάρτησης και μέσο ενίσχυσης της κοινωνικής ένταξης

Οι ερευνητές συχνά αναδεικνύουν την ανάγκη για τον ορισμό ελάχιστων κριτηρίων στην έρευνα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων απεξάρτησης. Αρκετοί, μάλιστα, θεωρούν ότι η συζήτηση, στις πολλαπλές εκδοχές που περιλαμβάνει, σχετικά με τη συμφωνία σε κριτήρια κοινά αποδεκτά, που θα αποτελέσουν σημεία συνάντησης της κλινικής πρακτικής και της έρευνας αξιολόγησης, έχει πολύ πρόσφατα ανοίξει. Έτσι η αναγκαιότητα της έρευνας αξιολόγησης και των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση γίνονται αντιληπτά ως αφετηριακή επιστημολογική θεματική και όχι ως ένα δοκιμασμένο μεθοδολογικά σύστημα (Cancrini, 1997).

Στη βάση αυτών των ανησυχιών έχει υποστηριχθεί από πολύ νωρίς ότι, συχνά, η παραδοσιακά εφαρμοσμένη αξιολόγηση αποτελέσματος είναι πολύ σφαιρική και ασαφής στην προσπάθεια να διατυπωθεί μια εκτίμηση κατάλληλης αντιστοιχίας μεταξύ της παρεχόμενης θεραπείας και των χρηστών των υπηρεσιών (Pattison, 1985· McLellan et al. 1983· Sells, 1981).

Η έκβαση της θεραπείας υπό την έννοια των χαρακτηριστικών που συνθέτουν ένα σύνολο αναμενόμενων αποτελεσμάτων δεν έχει ένα κοινά αποδεκτό ορισμό. Η έλλειψη μια σαφούς ενοποιημένης θεωρητικής βάσης της *αλλαγής* που προϋποθέτει και στοχεύει η θεραπεία και που σχετίζεται με την αιτιολογία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες σε συνδυασμό με τα διάφορα μοντέλα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της - άλλοτε διαχειριστικά και άλλοτε θεραπευτικά – δεν διευκολύνουν τη σύγκληση σε μια ενοποίηση των κριτηρίων που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την αξιολόγηση της έκβασης των παρεμβάσεων με μια κοινή προσέγγιση. Η απουσία κοινά αποδεκτών εννοιών σε συνδυασμό μάλιστα με τη διαφορετικότητα και την πολυμορφία της λειτουργίας των προγραμμάτων καθώς και την ποικιλία των επαγγελματικών ρόλων που λαμβάνουν μέρος στη θεραπευτική διαδικασία συμβάλουν σε μια περαιτέρω σύγχυση. Συχνά αυτό καταλήγει σε μια αντιπαράθεση των επαγγελματιών ως προς το μοντέλο παρέμβασης χωρίς να παράγεται συμφωνία ως προς το αποτέλεσμα. Η αντιπαράθεση αυτή ερμηνεύεται ως ανάδειξη των ιδεολογικών σημείων που συνδέονται με την κάθε επαγγελματική κατηγορία που έχει σαν αποτέλεσμα αποφεύγοντας την αδυναμία διατύπωσης κριτηρίων κοινά αποδεκτών που αφορούν το αποτέλεσμα της θεραπείας. Αυτό έχει ως επίπτωση τη δυσκολία σύγκρισης των αποτελεσμάτων που παράγονται από προγράμματα διαφορετικής προσέγγισης και την ανάπτυξη ενός διαλόγου που δε διευκολύνει πάντα στην αποσαφήνιση αυτών των κριτηρίων που θα κάνουν αποδεκτή την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Bertin, 1997)

Πέραν, πάντως, από τις θεωρητικές αφετηρίες που μπορεί να διαφέρουν και τις προσεγγίσεις ως προς την παρέμβαση που αυτές συγκροτούν, η ανάγκη για την αποτίμηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων γίνεται επιτακτική δεδομένου του δημοσίου ενδιαφέροντος που εκφράζεται σε πολλά επίπεδα. Στο πλαίσιο αυτό χρειάζεται να διασαφηνισθεί ένας διαχωρισμός που οφείλει να είναι καθαρός ανάμεσα στα προγράμματα

θεραπείας της εξάρτησης που στοχεύουν στην πλήρη ένταξη των απεξαρτημένων και τις ποικίλες παρεμβάσεις υποστήριξης που πάντως δεν έχουν κυρίαρχο στόχο την απεξάρτηση. Στη βάση αυτής της διασαφήνισης ορίζονται οι στρατηγικές της μείωσης της βλάβης και της μείωσης της ζήτησης Στα προγράμματα της μείωσης της ζήτησης που συνδέονται με παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ένταξη των συμμετεχόντων σε προγράμματα διακρίνονται τρεις μεγάλες κατηγορίες προγραμμάτων θεραπείας: τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής, τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής προσέγγισης ημερήσιας φροντίδας, και τα προγράμματα διαμονής που δεν χρησιμοποιούν όμως φάρμακα. Σε κάθε έναν από τους τρεις τύπους προγραμμάτων οι στόχοι και η λειτουργική οργάνωση της θεραπείας διαμορφώνουν άλλες κατηγορίες. Πιο διαδεδομένα στην πρώτη κατηγορία είναι τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη ή άλλα υποκατάστατα φάρμακα και τα προγράμματα ανταγωνιστών ή συνδυασμός ουσιών ανταγωνιστών και υποκατάστασης που κατά κανόνα είναι εξωτερικής παρακολούθησης προγράμματα και σπάνια αφορούν άλλου τύπου εξάρτηση εκτός των οπιοειδών. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι κλινικές ημέρας ή τα προγράμματα ημερήσιας εντατικής φροντίδας τα οποία λειτουργούν χωρίς φάρμακα. Και τέλος, η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει κυρίως τις θεραπευτικές κοινότητες απεξάρτησης ως τα κατεξοχήν προγράμματα διαμονής. Εξαιρώντας τα προγράμματα συντήρησης που βρίσκονται σε ένα ασαφές όριο ανάμεσα στις στρατηγικές της μείωσης της βλάβης και της μείωσης της ζήτησης, όλα τα προγράμματα διαπνέονται από μία αρχή που αφορά το στόχο της θεραπείας που συγκροτείται σε αλλαγές που αναμένονται μετά τη θεραπευτική αγωγή. Αυτό το πεδίο αλλαγών εντέλει συνδέεται με το σύνολο των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας. Ανάλογα με τους ειδικούς στόχους του προγράμματος, που εξαρτώνται από την προσέγγιση εφαρμογής και λειτουργίας, ορίζονται και τα κριτήρια αξιολόγησης της έκβασης της και των αποτελεσμάτων.

Η ευρύτερη κοινωνία, επιπλέον, συγκροτεί τις προσδοκίες της για αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση με μια σειρά από συνδυασμένες αλλαγές στον τρόπο που ζει και συμπεριφέρεται ένα άτομο που δέχθηκε υπηρεσίες απεξάρτησης. Αν και συχνά η κοινή γνώμη δεν έχει τη δυνατότητα να εκφρασθεί με σαφή και ακριβή τρόπο ως προς τα κριτήρια της επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης (ΚΕ.Θ.Ε.Α – VPRC 2006) οι ερευνητές συμφωνούν ότι η γενική αντίληψη για την αποτελεσματικότητα συνδέεται με την ασφαλή και ολοκληρωμένη αποτοξίνωση, τη μειωμένη χρήση ιατρικών υπηρεσιών, τη μείωση των αξιόποινων πράξεων ποινικού χαρακτήρα και την εμπλοκή με το νόμο ευρύτερα, την επιστροφή στην εργασία ώστε να εξασφαλίζεται η αυτόνομη διαβίωση, τον περιορισμό των οικογενειακών προβλημάτων και πάντως την οριστική αποχή από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών χωρίς, μάλιστα πιθανότητες επιστροφής σε μια συμπεριφορά που επιτρέπει εκ νέου τη χρήση ουσιών (McLellan, 2006).

Είναι προφανές ότι κατά τη διαδικασία αποτίμησης της έκβασης της θεραπείας πέραν της αποχής από τη χρήση ουσιών που αποτελεί ένα πρώτο κεφαλαιώδες και αυτονόητο κριτήριο αναζητούνται σταθερές αλλαγές στο χρόνο που αφορούν άλλους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του/ης απεξαρτημένου/ης. Για τις αλλαγές αυτές μάλιστα, συχνά, η χρήση ουσιών αναφέρεται σαν προγνωστικός παράγοντας όσον αφορά τις μετρήσεις αποτελέσματος σε όλα τα υπόλοιπα πεδία διερεύνησης (Babor, 1988· Papanastasatos, 2005). Ως εκ τούτου γίνεται φανερό ότι ή έννοια της αποτελεσματικότητας της θεραπείας απεξάρτησης δεν περιορίζεται μόνο σε μεταβολές που αφορούν τη χρήση παρανόμων ή μονίμων ουσιών αλλά διευρύνεται και σε όλους τους τομείς που επηρεάζονται από την χρήση ή την κατάχρηση.

Τα κριτήρια της κοινωνικής ένταξης ως χαρακτηριστικά που την προσδιορίζουν είναι συνήθως αόριστα, σχετικά ασαφή και παραμένουν γι αυτό δυσδιάκριτα. Εκείνος που θεωρείται κοινωνικά ενταγμένος αποτελεί μια οντότητα που χαρακτηρίζεται κυρίως από το στοιχείο της κανονικότητας που, έργω, συναινεί και, επομένως, υιοθετεί ένα γενικά αποδεκτό πλαίσιο συμπεριφοράς που το περιβάλλον επιλέγει. Στη βάση αυτή είναι ευκολότερο να ορίζεται περισσότερο από τις διάφορες μορφές του μη κανονικού μέσω του οποίου αντιλαμβάνεται τις διαφορές. Έτσι, το μη κανονικό είναι φυσικό να αποκαλύπτεται με

μεγαλύτερη ευκολία. Σε κάθε περίπτωση, η ένταξη του μη κανονικού απαιτεί μιας σειράς επιλογές διόρθωσης των χαρακτηριστικών που συνέβαλαν στην ταυτοποίηση του ως μη κανονικού. Απαιτεί συμμόρφωση σε κανόνες που αποδεικνύεται από την υιοθέτηση πρακτικών συμβατών με τα γενικώς αποδεκτά ως κανονικά. Η κοινωνική επανένταξη των πρώην εξαρτημένων, πριν από όλα, είναι μια διαδικασία αποδοχής μιας κανονικότητας που αποκλείει την κατάχρηση ουσιών γιατί συμβάλλει με σημαντικές επιπτώσεις στη διατάραξη αυτής της κανονικότητας σε όλα τα πεδία που επηρεάζει. Η λειτουργική συμβίωση με το κοινωνικό σύνολο προαπαιτεί, άρα, κανονικότητα στην οικονομική, την παραγωγική, την κοινωνική, την οικογενειακή ζωή που εν τέλει ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες να βρεθεί κάποιος ως αντικείμενο ελέγχου του ποινικού ή του ιατρικού συστήματος.

Ενώ, λοιπόν, είναι ευκολότερο να απομονωθούν οι παράγοντες που συνθέτουν την κατάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού ως επιπτώσεις μιας χρόνιας συμπεριφοράς όπως η κατάχρηση ψυχοτρόπων παράνομων ουσιών και η εξάρτηση, δεν προκύπτει ότι η παρέμβαση που στοχεύει στους παράγοντες αυτούς μπορεί να άρει την κατάσταση αποκλεισμού αν δεν αντιμετωπισθεί η γενεσιουργός τους αιτία. Πιο συγκεκριμένα, δηλαδή, η έκπτωση της υγείας σωματικής και ψυχικής, η μειωμένη, ασταθής και αποσπασματική, στην καλύτερη περίπτωση, απασχόληση, η διαρκής παραβατική συμπεριφορά της μικροεγκληματικότητας, η κοινωνική απομόνωση, η οικονομική ανέχεια, η διάρρηξη των οικογενειακών δεσμών είναι όλα παράγοντες που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Από τη μια μεριά, ωστόσο, οι παράγοντες αυτοί συνδέονται μεταξύ τους σε μια σχέση αλληλεπίδρασης και με ασαφή την αιτιολογική βαρύτητα του καθενός στη διαδικασία του αποκλεισμού. Από την άλλη, πάλι, όλοι αυτοί οι παράγοντες αποτελούν επιπτώσεις που συνδέονται σαφώς με τις ανάγκες που προκύπτουν στα εξαρτημένα άτομα από την κατάχρηση ουσιών που κάνουν και στον ένα ή τον άλλο βαθμό επιδεινώνουν την κατάσταση αποκλεισμού που βιώνουν. Η παρέμβαση, επίσης που στοχεύει στον καθένα από αυτούς ανεξάρτητα αν και πόσο μπορεί να μειώσει το βάρος της επίπτωσης προσωρινά και να βελτιώσει πρόσκαιρα την κατάσταση σε μεμονωμένους τομείς δεν συμβάλλει αποτελεσματικά στην άρση της κατάστασης κοινωνικού αποκλεισμού καθιστώντας την ατελέσφορη και μη αποδοτική.

Υπό την έννοια αυτή, η εξαρτητική συμπεριφορά που προκαλεί επιπτώσεις σε πολλούς τομείς που επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική ζωή των ατόμων συνδέεται με τους παραπάνω παράγοντες με μια αιτιολογική σχέση που, προϊόντος του χρόνου, αποκτά ένα χαρακτήρα αιτιολογικής αμοιβαιότητας: η εξάρτηση, δηλαδή, επιδεινώνει τους παράγοντες που προκαλούν κοινωνικό αποκλεισμό και οι παράγοντες αυτοί καθαυτοί καθίστανται ενισχυτικοί μηχανισμοί της κατάχρησης. Γίνεται ως εκ τούτου κατανοητό ότι η αντιμετώπιση της εξάρτησης αποκτά κομβική σημασία για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού και καθίσταται το κεντρικό πεδίο επένδυσης για την προσδοκώμενη κοινωνική επανένταξη.

6.1.2. Μεταβολές στους δείκτες στα πεδία διερεύνησης και κοινωνική ένταξη

Είναι προφανές ότι κομβικό στοιχείο για την ένταξη των εξαρτημένων αποδεικνύεται, πρωτίστως, η αντιμετώπιση της χρήσης παρανόμων ουσιών. Όσο μειώνεται το ποσοστό εκείνων που κάνουν χρήση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών τόσο αυξάνονται οι δείκτες ένταξης τους στα πεδία της επαγγελματικής απασχόλησης, της αύξησης του επιπέδου εκπαίδευσης, της υγείας και της βελτίωσης των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων και περιορίζεται η παραβατική συμπεριφορά και η έκθεση στο ποινικό σύστημα μετά τη θεραπεία.

Η χρήση ηρωίνης αποτελεί το κύριο πρόβλημα όσων εισάγονται για θεραπεία. Παρόλο που οι δείκτες αποτελεσματικότητας στο πλαίσιο αυτής της μελέτης συνδέονται με τη χρήση όλων των παρανόμων ουσιών, δεδομένου ότι, τόσο από τα στοιχεία που οι συμμετέχοντες αναφέρουν, όσο και από τα δεδομένα που συνδέονται με τη γενική αντίληψη της προβληματικής χρήσης, κατ΄ αρχήν η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας επικεντρώνεται στη μεταβολή των δεικτών της χρήσης ηρωίνης.

Στη βάση αυτή, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι το 59,5% όσων εισήχθησαν για θεραπεία και ανεξάρτητα από το πόσο έμειναν στη θεραπευτική διαδικασία απέχουν για δώδεκα μήνες πριν την επανεξέταση από τη χρήση κάθε ουσίας. Ένας στους τρεις (32,7%) απείχε από τη χρήση κάθε παράνομης ουσίας από την ημέρα εισαγωγής του μέχρι την επανεξέταση. Πιο αναλυτικά από όσους εισήχθησαν στη θεραπευτική κοινότητα και κατά την εισαγωγή τους έκαναν συστηματική χρήση ηρωίνης σε ποσοστό 96%, βρέθηκε να έχει χρησιμοποιήσει ηρωίνη (ανεξάρτητα από τη συχνότητα ή την ποσότητα) μετά τη θεραπεία ένα ποσοστό 57,7% που σημαίνει μείωση κατά 40% όσων έκαναν χρήση ηρωίνης. Το ποσοστό όσων έχουν κάνει χρήση ηρωίνης τους τελευταίους δώδεκα μήνες κατά την επανεξέταση φτάνει στο 40,5% που σημαίνει επιπλέον μείωση, ενώ εξετάζοντας την απολύτως πρόσφατη χρήση στις τελευταίες 30 ημέρες το ποσοστό όσων έχουν χρησιμοποιήσει ηρωίνη είναι 23,8%. Το συνολικό ποσοστό μείωσης της χρήσης ένεσης φτάνει το 41% για όλο το διάστημα της επανεξέτασης που σημαίνει ότι μόνον ένα ποσοστό 51,8% χρησιμοποίησε ένεση έστω και μία φορά μετά τη θεραπεία αντί του 90% που χρησιμοποιούσε κατά την εισαγωγή. Το ποσοστό όσων έκαναν χρήση ένεσης τις τελευταίες 30 ημέρες ήταν πολύ χαμηλότερο φτάνοντας στο 8,1%.

Οι απευθείας συγκρίσεις με τα αποτελέσματα των μεγάλων ερευνητικών προγραμμάτων αποτελεσματικότητας στη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες δεν είναι πάντα δυνατή εξαιτίας της μεθοδολογίας που ακολουθείται κάθε φορά. Τα ποσοστά που προαναφέρθηκαν, ωστόσο, φαίνεται να συνάδουν με τις μεγάλες έρευνες αποτίμησης του αποτελέσματος ως προς τη χρήση ουσιών. Στη Βρετανία, για παράδειγμα, περίπου οι μισοί από όσους εισήχθησαν σε θεραπεία τέσσερα με πέντε χρόνια αργότερα, κατά την περίοδο της επανεξέτασης, απείχαν από τη χρήση ηρωίνης και άλλων μη συνταγογραφούμενων ουσιών (Gossop, 2004). Στη μελέτη DATOS οι Hubbard με τους συνεργάτες του (1997) αναφέρουν μείωση της χρήσης ηρωίνης κατά 66% ένα χρόνο μετά την εισαγωγή για τα προγράμματα διαμονής μακράς διάρκειας και κατά 60% στα προγράμματα διαμονής μικρής διάρκειας. Η αντίστοιχη μείωση χρήσης ηρωίνης πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία που καταγράφεται στην έρευνα TOPS είναι για τα προγράμματα απεξάρτησης που ακολουθούν θεραπεία απεξάρτησης παρόμοια με της θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα 61,9% για τα προγράμματα διαμονής και 53,5% για τα προγράμματα ημερήσιας παρακολούθησης και εφόσον έχει συμπληρωθεί χρόνος τριών μηνών στη θεραπεία. Στη μελέτη DARP αναφέρεται ότι το 28% όσων εισήχθησαν για θεραπεία ένα χρόνο μετά δεν έκαναν καθόλου χρήση παρανόμων ουσιών (Tims et al. 1994).

Η μείωση που παρατηρήθηκε στη χρήση ηρωίνης, όμως, αποτελεί μια τάση που επαναλαμβάνεται για όλες τις ουσίες που εξετάζονται έστω κι αν δεν αποτελούν την κύρια ουσία κατάχρησης κατά την εισαγωγή. Έτσι, αντίστοιχα, η μείωση της χρήσης κάνναβης για όλο το διάστημα που εξετάζεται είναι της τάξης του 45%, ενώ η χρήση σε χάπια χωρίς συνταγή μειώνεται από το 97,7% στο 43,2% καταγράφοντας μείωση της τάξης του 55,7%.

Συμπερασματικά, από τη μελέτη της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα, παρόμοια με πολλές μελέτες αποτελεσματικότητας που έχουν γίνει στο παρελθόν σε διάφορες χώρες, προκύπτει ότι το μοντέλο θεραπείας που εφαρμόζεται στη θεραπευτική κοινότητα ως προς τη μείωση της χρήσης παρανόμων ουσιών είναι αποτελεσματικό. Στη βάση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης μελέτης, ο ένας στους τρεις που εισάγονται για θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα δεν ξαναχρησιμοποίησε για πέντε χρόνια καμιά παράνομη ουσία, και παράλληλα το ποσοστό όσων κάνουν χρήση ουσιών πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή στη θεραπεία που αποτελεί αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης μειώνεται γενικά περίπου στο μισό.

Τα κριτήρια ωστόσο αποτελεσματικότητας δεν περιορίζονται μόνον στη χρήση παρανόμων ουσιών. Η παράλληλη βελτίωση των δεικτών που σχετίζονται με την παραβατικότητα και την απασχόληση αποτελούν σημαντικές ενισχυτικές παραμέτρους για την κοινωνική ένταξη και

έτσι οι έρευνες αποτελεσματικότητας επικεντρώνονται στις μεταβολές που καταγράφονται και στα συγκεκριμένα αυτά πεδία.

Η παραβατικότητα και η έκθεση στο ποινικό σύστημα αποτελεί έναν από τους μηχανισμούς που συνδέονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό των εξαρτημένων. Η μικροεγκληματικότητα, που συνήθως αφορά αδικήματα κατά της περιουσίας, ή αυτή καθαυτή η χρήση ουσιών, ανεξάρτητα από την κριτική εγκληματολογική ερμηνεία που επιδέχονται, αντικατοπτρίζουν με τον τρόπο που νομοθετικά επιχειρείται η ρύθμιση της ευρείας χρήσης ουσιών, αλλά παράλληλα, αποτυπώνουν και κυρίαρχες δυναμικές, θέσεις και προσδοκίες που συνθέτουν μια υπερεθνική στρατηγική με σημαντικές επιπτώσεις σε επίπεδο προσωπικό, κοινωνικό αλλά και νομικό (Φαρσεδάκης και Συλίκος, 1996· Φαρσεδάκης, 2004·). Η εγκληματικότητα αυτή σχετίζεται είτε άμεσα με τη χρήση παρανόμων ουσιών, συμπεριφορά που ποινικοποιείται ανάλογα με το νομοθετικό πλαίσιο, είτε έμμεσα όταν αναφέρεται σε αδικήματα που διατελούνται με στόχο την οικονομική αντοχή που προϋποθέτει η συστηματική χρόνια κατάχρηση παράνομων ουσιών και η εξάρτηση, είτε βέβαια και στοχευμένη όταν συνδέεται με το κέρδος παραγωγής και εκτεταμένης διανομής και διακίνησης που βέβαια συνδέεται με το οργανωμένο έγκλημα (Πανούσης, 2002).

Το ενδιαφέρον στο πλαίσιο αυτής της μελέτης περιορίζεται στην παραβατικότητα που σχετίζεται με τους δύο πρώτους άξονες δεδομένου ότι συνδέονται, αρχικά, με την ποσότητα των υποθέσεων που απασχολούν τα Δικαστήρια, και στη συνέχεια, επειδή αποτελούν τη συνηθέστερη – αν όχι αποκλειστική – αιτία έκθεσης των εξαρτημένων στον έλεγχο του ποινικού συστήματος και σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για εγκλεισμό. Η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς που συνδέεται με τη χρήση παρανόμων ουσιών σε κάθε μορφή, υπό αυτή την έννοια, αποκτά διττή σημασία. Αφενός λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας σε ότι αφορά την έκθεση του χρήστη ή του πρώην χρήστη ουσιών στο ποινικό σύστημα με όλες τις ευεργετικές επιπτώσεις που αυτό έχει για την κοινωνική του ένταξη και αφετέρου αποτελεί ένα έμμεσο αλλά σαφή δείκτη αποτελεσματικότητας ως προς την αντιμετώπιση της αιτίας που γεννά τη συγκεκριμένη παραβατικότητα, την αναζήτηση, την απόκτηση, την κατοχή και κατανάλωση, δηλαδή, της ουσίας.

Έτσι, σε όλες τις σημαντικές έρευνες αποτελεσματικότητας που προαναφέρθηκαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον οι επιμέρους μετρήσεις επικεντρώνονται στον έλεγχο δεικτών παραβατικής συμπεριφοράς. Η εξέταση της νομικής εμπλοκής των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία δείχνει ότι η θεραπευτική παρέμβαση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση τόσο του αριθμού των αδικημάτων που διαπράττουν τα άτομα που συμμετέχουν ή συμμετείχαν στη θεραπεία, όσο και του αριθμού των ατόμων που εμπλέκονται σε παραβατική συμπεριφορά (Gossop, 2004· Hubbard et al. 1997· Hubbard et al. 1989) αλλά και του αριθμού των προσαγωγών και συλλήψεων και καταδίκης (Wexler και Love, 1994· Inciardi,1988).

Το γενικό ποσοστό της παραβατικότητας μειώνεται δραστικά και στη μελέτη που αφορά στην παρούσα έρευνα. Οι καταδίκες υποδιπλασιάζονται μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με την πριν τη θεραπεία περίοδο (από 37% μειώνονται στο 17% των συμμετεχόντων) ενώ οι συμμετέχοντες που φυλακίσθηκαν μετά τη θεραπεία μειώνονται σε ποσοστό 56% (από 32% πριν τη θεραπεία σε 14% την περίοδο της επανεξέτασης μετά τη θεραπεία). Η χρήση, μάλιστα, ουσιών που συνδέεται με την υποτροπή, σχετίζεται με δραστικά υψηλότερους δείκτες νομικής εμπλοκής για όσους υποτροπίασαν σε σχέση με όσους μετά τη θεραπεία απείχαν από τη θεραπεία σε όλες τις επίμαχες μεταβλητές που εξετάσθηκαν, τόσο στο είδος του αδικήματος, όσο και στο επίπεδο του ποσοστού καταδίκης και φυλάκισης.

Όπως έχει προαναφερθεί, οι νομικές πιέσεις αναδεικνύονται σε παράγοντα που ενδέχεται να λειτουργεί πολυδιάστατα και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή η υποστήριξη στο πεδίο των νομικών προβλημάτων των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία. Από τη μια μεριά, οι νομικές πιέσεις, συχνά, αποτελούν κινητοποιητικό μηχανισμό που ευνοεί τη θεραπευτική εμπλοκή από την οποία προσδοκάται αποφυγή, αναβολή αντιμετώπισης ή υποστήριξη για

αντιμετώπιση των νομικών εκκρεμοτήτων που εντέλει λειτουργούν ως ανασταλτικός μηχανισμός για την απρόσκοπτη κοινωνική ένταξη των ατόμων. Ακόμα και αν κάποιοι διακόψουν τη θεραπεία τους πρόωρα έχοντας νομικές εκκρεμότητες ή συνεχίζοντας να εκτίθενται στο ποινικό σύστημα μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία, είναι ευκολότερο να επιστρέψουν στη θεραπεία, και με βάση την προηγούμενη εμπειρία τους, με ωριμότερο αίτημα που μπορεί να τους επιτρέψει να βιώσουν τα θετικά αποτελέσματα που προσδοκούν. Από την άλλη, η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς και η αντιμετώπιση των νομικών εκκρεμοτήτων σε μεγάλο βαθμό άρουν σημαντικά εμπόδια στη διαδικασία ένταξης των ατόμων. Επιπλέον, η συνεχιζόμενη παραβατική συμπεριφορά αποτελεί ένα παράγοντα επικινδυνότητας για υποτροπή, είτε ως βιωμένη ηθική σύγκρουση του ατόμου, είτε ως αιτία έκθεσης στον κίνδυνο εγκλεισμού, σ ένα περιβάλλον δηλαδή, όπου η άμεση ή έμμεση σύνδεση με τη χρήση και τις επιπτώσεις της είναι πολύ πιθανή (Φαρσεδάκης και Συλίκος, 1996)

Είναι, λοιπόν, και από άποψη κλινικής πρακτικής σημαντικό το σύστημα υποστήριξης και θεραπείας να περιλαμβάνει ένα σαφή σχεδιασμό με ειδική αξιολόγηση στον τομέα της νομικής κατάστασης και των νομικών εκκρεμοτήτων των ατόμων ώστε η παρέμβαση να σχεδιάζεται περιλαμβάνοντας και πεδίο νομικών προβλημάτων. Ένας σχεδιασμός ανάλογος μπορεί να αποτελέσει παράγοντα βελτίωσης των θεραπευτικών στόχων υπό πολλές έννοιες: της συγκράτησης σε επαφή με τις θεραπευτικές υπηρεσίες, της επιστροφής σε θεραπευτικό σύστημα των ατόμων που διακόπτουν πρόωρα, την επισήμανση της παραβατικής συμπεριφοράς ως παράγοντα επικινδυνότητας για υποτροπή ώστε να αναπτύσσονται σχετικές δεξιότητες μετά τη θεραπεία, και την ανάδειξη της σχέσης παραβατικής συμπεριφοράς με τη χρήση ουσιών στην προσπάθεια για κοινωνική ένταξη.

Η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς και η άρση των επιπτώσεων που τα νομικά προβλήματα του παρελθόντος μπορούν να επιφέρουν στη διάρκεια και με αφορμή τη συμμετοχή σε θεραπεία αποτελεί σημαντικό διευκολυντικό παράγοντα για την κοινωνική ένταξη και ενισχύοντας το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σε αρκετές περιπτώσεις καθίσταται προγνωστικός παράγοντας για πλήρη και ασφαλή κοινωνική ένταξη που ανατρέπει τις συνθήκες που η νομική εμπλοκή και η έκθεση στο ποινικό σύστημα συνεπάγεται. Ως εκ τούτου η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας οφείλει να κρίνεται και με αφορμή τη μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς.

Ένα από τα πλέον βασικά κριτήρια της αποτελεσματικότητας της υποστήριξης για κοινωνική ένταξη αποτελεί η μεταβολή στους δείκτες απασχόλησης. Η απασχόληση συνδέεται με την παραβατική συμπεριφορά γιατί συχνά τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και βρίσκονται σε μια κατάσταση συστηματικής παραβατικότητας έχουν λίγες πιθανότητες να βρίσκονται σε κατάσταση επαγγελματικής απασχόλησης (Brewington et al. 1987). Η εργασία, επιπλέον, συνδέεται πρακτικά με πολλές θετικές εκδοχές της κοινωνικής ζωής των ατόμων. Είναι ένας μείζων παράγοντας αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού που, άλλωστε γι αυτό, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον πολλών πρακτικών της κοινωνικής πολιτικής για πολλές ευπαθείς ομάδες, στις οποίες βέβαια περιλαμβάνονται και οι εξαρτημένοι και κυρίως οι πρώην εξαρτημένοι ως ειδική ομάδα στόχος.

Όλες οι μεγάλες έρευνες αποτελεσματικότητας εντάσσουν ως κριτήριο αποτίμησης της έκβασης της θεραπευτικής υποστήριξης το βαθμό ένταξης των ατόμων που συμμετείχαν στη θεραπεία σε μια συστηματική κατάσταση επαγγελματικής απασχόλησης. Η απασχόληση αποτελεί και για τους μελετητές της αποτελεσματικότητας της θεραπείας στις θεραπευτικές κοινότητες ένα πεδίο στο οποίο επικεντρώνονται με ιδιαίτερη προσοχή. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Τοξικοεξάρτηση των ΗΠΑ (*National Institute on Drug Addiction*-NIDA) επισημαίνει ότι για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία απεξάρτησης σε θεραπευτικές κοινότητες σημειώνονται σημαντικές βελτιώσεις στους δείκτες απασχόλησης (NIDA, 2002). Ο Hubbard με τους συνεργάτες του (1997), επιπλέον, εστίασαν στην απασχόληση των ατόμων που παρακολούθησαν πρόγραμμα απεξάρτησης στις θεραπευτικές κοινότητες των ΗΠΑ στο

πλαίσιο της έρευνας DATOS και βρήκαν ότι παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις με αύξηση των ατόμων που έχουν πλήρη απασχόληση μετά τη θεραπεία σε περίπου διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με την κατάστασή τους πριν τη θεραπεία (από 12% κατά την εισαγωγή η απασχόληση αυξήθηκε στο 23% μετά τη θεραπεία). Ανάλογη αποτελεσματικότητα αναφέρουν και για την έρευνα NTORS ως προς την απασχόληση οι Gossop, Mardsen και Stewart (2001) αφού διαπιστώνουν σημαντική αύξηση στις μέρες απασχόλησης συγκρίνοντας τη μετά τη θεραπεία κατάσταση με αυτήν πριν την έναρξη της θεραπείας. Ίδιες τάσεις αναφέρονται και στις TOPS και DARP.

Συγκεκριμένα, οι Hubbard και οι συνεργάτες του (1989) αναφέρουν ότι τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία απεξάρτησης σε προγράμματα διαμονής τύπου θεραπευτικής κοινότητας παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά πλήρους απασχόλησης κατά την περίοδο της εισαγωγής τους που φθάνουν στο 15,3% ποσοστό που ωστόσο αυξάνεται στο 38,7% κατά την επανεξέταση που γίνεται τρία με πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία.

Αναλόγως, στην DARP τα ποσοστά μεταβολών στην απασχόληση που αναφέρονται δείχνουν ότι το γενικό ποσοστό της απασχόλησης για όσους εισήχθησαν σε θεραπευτική κοινότητα από 63% πριν τη θεραπεία αυξάνει σε 72% μετά, ενώ όταν εξετάζεται η πλήρης απασχόληση που διαρκεί έξι μήνες ή περισσότερο, το ποσοστό του 20% πριν τη θεραπεία που ανέφερε πλήρη απασχόληση αυξάνει σε 61% την περίοδο της επανεξέτασης (Simpson και Sells, 1982). Ο DeLeon (1982) στη μελέτη του για το Phoenix House (New York City) βρήκε ότι η βελτίωση του δείκτη απασχόλησης ήταν σημαντική για όλους όσους εισήχθησαν σε θεραπεία φτάνοντας 75,7% κατά την επανεξέταση όταν το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 32.6% κατά την εισαγωγή (De Leon, 1982).

Σε συνέχεια όλων των παραπάνω μελετών και στη παρούσα μελέτη για τις ελληνικές θεραπευτικές κοινότητες, η απασχόληση αποτελούσε έναν από τους δείκτες που συνδέθηκαν με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και παράγοντας ένδειξης της κοινωνικής ένταξης των ατόμων που υποστηρίχθηκαν στις θεραπευτικές κοινότητες. Περίπου το ένα τρίτο όσων εισήχθησαν (36%) ανέφεραν συστηματική απασχόληση κατά την περίοδο πριν της εισαγωγής τους. Πέντε χρόνια μετά κατά την επανεξέταση το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 64%. Η απασχόληση μετά τη θεραπεία φαίνεται να σχετίζεται με την κατάσταση των ατόμων ως προς τη χρήση ουσιών που κάνουν μετά τη θεραπεία αφού όσοι απέχουν κατά μέσο όρο διατηρούν για περίπου τρία χρόνια τη συστηματική απασχόληση όταν εκείνοι που κάνουν χρήση εργάσθηκαν κατά μέσο όρο λιγότερο από δύο. Επιπλέον η περίοδος ανεργίας στην οποία βρέθηκαν όσοι απέχουν είναι περίπου τέσσερις φορές λιγότερη από αυτή που ανέφεραν όσοι βρίσκονται σε υποτροπή.

Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η απασχόληση δεν μπορεί να νοηθεί ως ένας ανεξάρτητος και μεμονωμένος δείκτης. Αν και αποτελεί κριτήριο αποτελεσματικότητας της θεραπείας, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι επηρεάζεται από τα μακρομεγέθη την ευρύτερης κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης. Από τα γενικότερα μεγέθη της οικονομίας είναι φυσικό να ορίζονται οι συνθήκες και το πλαίσιο, η πραγματικότητα στην οποία, δηλαδή, στοχεύουν να ενταχθούν οι πρώην εξαρτημένοι και η θεραπευτική παρέμβαση σχεδιάζει. Οι περίοδοι οικονομικής ύφεσης διαμορφώνουν για την αγορά εργασίας συνθήκες ιδιαίτερα ανταγωνιστικές που απαιτούν από όσους ζητούν εργασία υψηλότερη ειδίκευση και αυξημένες ικανότητες. Από την άλλη μεριά, περίοδοι που χαρακτηρίζονται από κοινωνική αστάθεια και συνδέονται με τη δυναμική μετάβασης ή μετασχηματισμού των οικονομικών σταθερών, στάδια στα οποία όλο και περισσότερο πρόσφατα βρίσκονται τις τελευταίες δεκαετίες οι κοινωνίες, διαμορφώνουν, συχνά, κοινωνικά αντανακλαστικά άμυνας που μπορεί να καταλήγουν στη μείωση της ανοχής και την ανάπτυξη επιφυλακτικής στάσης απέναντι στην προσπάθεια ένταξης ατόμων που είναι στιγματισμένα από μια οποιαδήποτε μειονεξία. Φαινόμενα όπως η μετανάστευση, οι αλλαγές σε θεσμούς που συμβάλλουν στην κοινωνική συνοχή, η αβεβαιότητα σ΄ ένα περιβάλλον που βιώνεται ως χαοτικό σ΄ ένα πλαίσιο που απαιτεί διαρκή προσαρμογή σε νέες συνθήκες με

ανάγκη ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων συμβάλλουν στην ανάπτυξη ανασφάλειας και την έκπτωση της κοινωνικής αλληλεγγύης και ως εκ τούτου λειτουργεί ανασταλτικά στη διαδικασία ενσωμάτωσης. Έτσι άτομα και ομάδες στα οποία θα όφειλε να στραφεί η κοινωνική πολιτική και η κοινωνική υποστήριξη, στιγματίζονται ως κοινωνική απειλή και καθίστανται αντικείμενα πολιτικών καταστολής με ενίσχυση της αντίληψης της τιμωρητικότητας που ως ατελέσφορη οδηγεί στον αυτοπεριορισμό και τον αποκλεισμό του στιγματισμένου ατόμου ή κάποιου κοινωνικού υποσυνόλου (Ζαραφωνίτου, 2006α· 2006β· Πανούσης, 2004).

Η ένταξη, επομένως, στην αγορά εργασίας των πρώην εξαρτημένων έχει μερικές σημαντικές πτυχές που χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη ώστε να μη θεωρείται κατά τη συζήτηση για τα κριτήρια αποτελεσματικότητας ως γραμμική σύνδεση. Τα άτομα που βίωσαν την εμπειρία της εξάρτησης στη δυναμική της εξέλιξη (Κουκουτσάκη, 2002) έχουν συνήθως φτωχή επαγγελματική εμπειρία που συνδέεται τόσο με τις μακρόχρονες περιόδους ανεργίας που χαρακτηρίζει τον επαγγελματικό τους βίο, όσο και τη μειωμένη εκπαίδευση κάθε τύπου (και επαγγελματικής φύσης) που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε μια σταθερά περιορισμού απασχόλησης πριν τη θεραπεία. Επιπλέον, είναι πολύ πιθανό να έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα και να συνοδεύονται από τις επιπτώσεις αυτής της έκθεσης με άμεσο αποτέλεσμα τον κοινωνικό στιγματισμό που διαρκεί παρόλη τη διαφοροποίηση που μπορεί να έχει επιτελεσθεί μετά τη θεραπευτική τους προσπάθεια. Οι πολιτικές ενίσχυσης της ενσωμάτωσης και τα ευεργετήματα που ενδεχομένως η κοινωνική πολιτική προβλέπει, προϋποθέτουν την αναγνώριση της πρότερης εμπειρίας εξάρτησης για την ενεργοποίησή του ενισχυτικού μηχανισμού απασχόλησης από μέρους των πρώην εξαρτημένων διακινδυνεύοντας τη λειτουργική διατήρηση του στίγματος στην προσδοκώμενη εργασιακή τους σχέση. Επίσης, πολλοί από τους πρώην εξαρτημένους έχουν σημαντικά προβλήματα υγείας που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους και ενδέχεται να περιορίζει την ικανότητά τους να διεκδικήσουν με όρους ανταγωνιστικούς θέσεις εργασίας που προσφέρονται. Παρόλα αυτά η επαγγελματική απασχόληση αποτελεί μια βασική παράμετρο της κοινωνικής ένταξης των πρώην εξαρτημένων που, πέραν της αυτονόητης σκοπιμότητάς της, είναι και αναγκαιότητα που η κλινική πρακτική οφείλει να διαχειρισθεί γιατί έχει πολλαπλή επίδραση στη μεταθεραπευτική πορεία τους.

Έτσι, η επιλογή σύνδεσης της θεραπευτικής παρέμβασης με την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν στα άτομα να διεκδικήσουν με όρους ευνοϊκότερους την ένταξή τους στην αγορά εργασίας, ακόμα και σε αρνητικούς όρους των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών, είναι προφανής και επιτακτική. Η εργασία και η ικανοποίηση που προσφέρει μέσα από την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, την ενίσχυση της οικονομικής αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης που συμβάλλουν στην εμπέδωση αίσθησης ασφάλειας με αυτοεκτίμηση και θετική προοπτική, διαμορφώνει όρους που μειώνουν τους κινδύνους υποτροπής και διευκολύνουν την οργάνωση προσωπικών επιλογών προστασίας. Στη βάση αυτή, η θεραπευτική διαδικασία οφείλει να επικεντρώνεται στην ενίσχυση των στοιχείων που θα επιτρέψουν την ανάπτυξη επαγγελματικής ταυτότητας αλλά και στην εκπαίδευση των ατόμων να διαχειρισθούν πρακτικά για συναισθηματικά τις δυσκολίες ένταξης που αν και δεν αφορούν μόνον τους πρώην εξαρτημένους, είναι πολύ σπουδαιότερο γι αυτούς να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δείχνουν, όπως άλλωστε πολλές άλλες μελέτες, ότι οι πρώην εξαρτημένοι που ολοκλήρωσαν τη διαδικασία θεραπείας έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν δεξιότητες που τους διευκολύνουν στη διαδικασία ένταξης στην αγορά εργασίας και να έχουν πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία μια σταθερή σχέση με τον κόσμο της εργασίας και της απασχόλησης. Παραμένει, ωστόσο, σημαντική πρόκληση για τις θεραπευτικές κοινότητες να επεξεργασθούν τεχνικές και μοντέλα παρέμβασης που θα διευρύνουν τη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας και για όσους δεν ολοκληρώνουν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Και αυτό τόσο προς την κατεύθυνση των ίδιων των ατόμων, διευκολύνοντας τα να αξιοποιήσουν τις ευκαιρίες και τις δυνατότητες

που το θεσμικό πλαίσιο μπορεί να παρέχει, όσο όμως και συμβάλλοντας στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής και μέτρων που διευκολύνει την ένταξη τους στην αγορά εργασίας. Αυτό απαιτεί συστηματική αξιολόγηση των αναγκών επαγγελματικής φύσης των ατόμων που εντάσσονται στη θεραπεία και σχεδιασμό για εναλλακτική υποστήριξη σχετικά, διαρκώς ανοικτή επικοινωνία με την κοινωνία και αλληλεπίδραση, και διαμόρφωση όρων χαλαρότερης υποστήριξης των ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό σχεδιασμό της θεραπευτική κοινότητας εκτός του πλαισίου της.

Ένα από τα επιπλέον κριτήρια αποτίμησης της αποτελεσματικότητας επικεντρώνεται στη μεταβολή των δεικτών σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων που παρακολούθησαν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων που έκαναν κατάχρηση ουσιών είναι πολλή σημαντική παράμετρος και πέραν του ότι αποτελεί βασικό στόχο της θεραπευτικής υποστήριξης στη θεραπευτική κοινότητα, είναι και από τα βασικά κριτήρια που εξετάζονται στις μελέτες αποτελεσματικότητας.

Στην έρευνα NTORS μετρήθηκε η σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων κατά την εισαγωγή και μετά επανεξετάσθηκαν ένα, δύο και τέσσερα ή πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή. Στο σταθμισμένο δείκτη συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σωματική υγεία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα (Gossop et al. 1998), τα άτομα που εισήχθησαν σε θεραπευτικά προγράμματα διαμονής είχαν σημαντικά σοβαρότερα προβλήματα υγείας. Ο σταθμισμένος μέσος που καταγράφηκε με τιμή μεγαλύτερη του 2 κατά την εισαγωγή μειώθηκε στην τιμή σχεδόν 1,5 τον πρώτο χρόνο επανεξέτασης που διατηρήθηκε κατά την επανεξέταση τον δεύτερο και τον τέταρτο ή τον πέμπτο χρόνο επανεξέτασης. Παράλληλα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός που ανέφερε το ένα τρίτο περίπου των εισαγομένων μειώνεται σε λιγότερο από το ένα πέμπτο κατά τις μετρήσεις στο πρώτο, το δεύτερο και το τέταρτο ή πέμπτο έτος της επανεξέτασης (Gossop et al. 2001). Ομοίως, στην έρευνα TOPS στα προγράμματα διαμονής, παρατηρήθηκε η καλύτερη βελτίωση στους δείκτες αυτοκτονικού ιδεασμού και επεισοδίων κατάθλιψης. Το ποσοστό 42,6% των ατόμων που ανέφεραν σκέψεις αυτοκτονίας κατά την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα, μειώνεται στο 10% στους πρώτους τρεις μήνες της θεραπείας και παραμένει σταθερό περίπου στο ένα δέκατο στις μετρήσεις του πρώτου, του δεύτερου και του τρίτου μέχρι πέμπτου έτους μετά τη θεραπεία. Αντίστοιχα τα άτομα που εισάγονται σε θεραπευτική κοινότητα και αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης το χρόνο πριν την εισαγωγή τους, παρουσιάζουν μείωση της τάξης του 79% ένα χρόνο μετά τη θεραπεία (Hubbard et al. 1989).

Στην παρούσα έρευνα στις θεραπευτικές κοινότητες στη Ελλάδα, τα αποτελέσματα που αφορούν στη σωματική και την ψυχική υγεία διαφέρουν σχετικά με τα αποτελέσματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν, εμφανίζονται αντιφατικά και πάντως, αν και υπάρχουν κοινά στοιχεία σε συγκεκριμένες μεταβλητές που αναφέρθηκαν, αφήνουν πολλά περιθώρια προβληματισμού και υποθέσεων από τις τάσεις που διαμορφώνονται.

Οι μεταβολές που παρατηρήθηκαν στο τομέα της ψυχικής υγείας δημιουργούν μια εντύπωση επιδείνωσης κάποιων από τους δείκτες που μετρούνται. Ένα μέρος αυτού του ανακόλουθου σε σύγκριση με τα στοιχεία που συναντώνται στη βιβλιογραφία μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία χρήσης ειδικά σταθμισμένων ψυχομετρικών κλιμάκων στο πλαίσιο της μελέτης αλλά και η ασυμβατότητα των εργαλείων που παρόμοιες μελέτες αξιοποιούν. Τα μεθοδολογικά και λειτουργικά προβλήματα που ανακύπτουν από τη χρήση ψυχομετρικών κλιμάκων είναι αρκετά και σε μερικές περιπτώσεις φτάνουν ακόμα και στην αμφισβήτηση της σκοπιμότητας χρήσης τους. Κατά πρώτον, είναι δύσκολο στο πλαίσιο μιας τέτοιας έρευνας να χρησιμοποιηθεί ένας ικανός αριθμός εργαλείων που θα καλύπτει με πληρότητα την εκτίμηση σε επιμέρους ψυχολογικούς τομείς και χρησιμοποιούνται συνοπτικοί δείκτες που αφήνουν πολλά περιθώρια απλούστευσης. Σε πολλές περιπτώσεις, επίσης, η χρήση ανάλογων κλιμάκων αντενδείκνυται εξαιτίας της κατάστασης που βρίσκονται τα άτομα που εξετάζονται. Επιπλέον αποτελεί μείζον θέμα το ότι η διαδικασία στάθμισης πολλών

εργαλείων έχει γίνει σε πληθυσμούς που συγκεντρώνουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά από αυτά που συναντώνται στους εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες.

Από την άλλη μεριά, οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα, δεδομένου του τρόπου οργάνωσης των υπηρεσιών υποστήριξης που έχουν αναπτύξει, τα άτομα που είναι εξαρτημένα και παράλληλα έχουν κάποια ψυχική διαταραχή τα παραπέμπουν στις ειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι, όσοι και όσες πραγματοποιούν εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητας τελικά δεν έχουν μείζονα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές στον τομέα της ψυχολογικής υγείας δεν αναμένεται να είναι σημαντικές ανάμεσα στις περιόδους εξέτασης.

Επιπλέον, είναι προφανές ότι όταν το βάρος της εξέτασης πέφτει στις αλλαγές διάθεσης, μια πολύ σημαντική παράμετρος που χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη είναι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυτή καθαυτή. Εφόσον η δράση των ψυχοδραστικών ουσιών συμβάλλει στη μεταβολή της διάθεσης των εξεταζομένων τόσο ως προσδοκία όσο και ως αποτέλεσμα είναι προφανές ότι αναμένονται δραματικές διαφορές στη διάθεση των ατόμων που εξετάζονται όταν βρίσκονται σε κατάσταση χρήσης ή σε κατάσταση αποχής. Σ΄ αυτό, άλλωστε, θα πρέπει να εστιασθεί και η υπόθεση για τις ελάσσονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων που παρατηρήθηκαν συγκρίνοντας την ψυχολογική τους κατάσταση και σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών που κάνουν.

Αποτελεί πάντως ένα ερώτημα που χρειάζεται να απασχολήσει το σύστημα δημόσιας υγείας το αν η επιβαρημένη υγεία των ατόμων που κάνουν συστηματική χρήση ουσιών είτε μετά από μια θεραπευτική προσπάθεια και βρίσκονται σε κατάσταση συστηματικής υποτροπής, εκτός από την ίδια τη χρήση οφείλεται στα ίδια τα άτομα που παραμελούν προβλήματα υγείας που έχουν ή το δίκτυο των υπηρεσιών συμβάλλει στην επιδείνωση αυτών των προβλημάτων μ έναν ιδιότυπο αποκλεισμό που ασκεί στους εξαρτημένους εξαιτίας των πολλών κοινωνικών στερεοτύπων που συνοδεύει τη χρήση. Δεν είναι άλλωστε σπάνια η επισήμανση λειτουργών υγείας ότι πολύ συχνά ο εξαρτημένος αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα δεδομένου ότι αποτελεί ένα ασθενή με πολλαπλή συνήθως νοσηρότητα, με αδυναμίες στη συνεργασία και την επικοινωνία και, επομένως, εξαιτίας αυτών δύσκολο ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό εύκολα παραπέμπονται για επίλυση άλλων προβλημάτων από αυτά που ζητά να αντιμετωπίσει με το πρόσχημα μιας αυθαίρετης ταξινόμησης προτεραιοτήτων. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν πρόκειται για εξαρτημένο με διπλή διάγνωση όπου οι μεν υπηρεσίες ψυχικής υγείας τον παραπέμπουν σε υπηρεσίες απεξάρτησης όπου οφείλει να αντιμετωπίσει το ζήτημα εξάρτησης που έχει και το για το οποίο διατείνονται ότι είναι σημαντικότερης προτεραιότητας ενώ οι υπηρεσίες απεξάρτησης έχουν ανάγκη τη διάγνωση και την άμβλυνση των ψυχικών προβλημάτων που μπορεί η υπηρεσία ψυχικής υγείας να προσφέρει ώστε να οργανώσει έναν αποτελεσματικό θεραπευτικό σχεδιασμό (Μάτσα, 2001).

Παράλληλα, η θεραπευτική κοινότητα οφείλει να αναπτύξει εργαλεία αξιολόγησης και να διαμορφώσει μέσα από συστηματική εκπαίδευση των στελεχών της ικανότητες αξιολόγησης και ανάπτυξης θεραπευτικού σχεδιασμού που λαμβάνει υπόψη του τα ζητήματα της ψυχικής υγείας. Στην ίδια κατεύθυνση η εκπαίδευση και η υποστήριξη που παρέχεται στα άτομα που εισάγονται για θεραπεία είναι σημαντικό να αναπτύσσεται η εγρήγορση για θέματα ψυχικής υγείας που τηρουμένων των αναλογιών της κοινοτικής υποστήριξης που παρέχεται να αποστιγματοποιεί την ψυχική διαταραχή και την αντιμετώπισή της.

6.1.3. Η ερμηνεία της αλλαγής στους εξυπηρετούμενους και η προτροπή τους για βελτιώσεις στο μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας

Η επεξεργασία των δεδομένων που προέρχονται από την ποιοτική κυρίως έρευνα, συμβάλλουν στην κατανόηση του πώς οι εξυπηρετούμενοι αντιλαμβάνονται το βίωμα της διαδρομής τους από τη εξάρτηση στην κοινωνική ένταξη, αλλά και σε ποια αρνητικά σημεία

της εμπειρίας τους επικεντρώνονται.. Οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την αλλαγή τους μέσω μιας ηθικής μετατόπισης την οποία αναγνωρίζουν στον εαυτό τους. Στην ουσία πρόκειται για τον τρόπο μέσω του οποίου βιώνουν και ερμηνεύουν τη διαφορετικότητα τους στη διαδικασία ένταξης τους. Ιδιαίτερα εκείνοι που απέχουν πλέον από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, ακόμα και αν μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία διολίσθησαν προσωρινά, κάνουν σαφές ότι αυτή διαφορετικότητα μεταβάλλεται και επανανοηματοδοτείται στη διαδρομή από την εξαρτητική κατάχρηση και τον αποκλεισμό στην απεξάρτηση και την κοινωνική ένταξη. Η νέα τους θέση, ως ενεργό μέρος του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκονται, διατηρεί το χαρακτηριστικό του *διαφορετικού* από τις συμβάσεις του κοινωνικού συνόλου με όρους όμως πλέον υπευθυνότητας και συνέπειας σ΄ ένα αξιακό σύστημα που με αυστηρότητα διαφυλάσσουν σε όλα τα πεδία της προσωπικής και κοινωνικής ζωής τους ως επιλογή μεθόδου ρύθμισης και διαχείρισης της νέας τους κοινωνικότητας. Η Ανδριάκαινα (2005) στη μελέτη της για τις θεραπευτικές κοινότητες το εδράζει στην έννοια της *καθαρότητας*· έννοια ηθικά φορτισμένη που δεν περιορίζεται μόνον σε μια στάση αποχής από τη χρήση ουσιών, αλλά περιλαμβάνει το σύνολο των συμπεριφορών που συγκροτούν τη γενική στάση των ανθρώπων για τη ζωή. Η *καθαρότητα* συνδέεται με έναν πολλαπλό συμβολισμό που περιλαμβάνει την «*ξεκάθαρη»* απόφαση και στάση σε γνωστικό, συναισθηματικό, και κοινωνικό πεδίο αλλά χαρακτηρίζει και τη σχέση με τις ουσίες, δίνοντας τον προσδιορισμό του *καθαρού* σε όποιον απέχει από τη χρήση. Αυτό είναι στοιχείο διαφορετικότητας και διάκρισης πλέον. Διάκρισης θετικής και διαφορετικότητας που αποτελεί επιλογή και όχι επίπτωση όπως ήταν ο βιωμένος κοινωνικός αποκλεισμός (Ανδριάκαινα, 2005).

Η στάση αυτή, που συνδέεται με ένα σημαντικό βαθμό αυτοεκτίμησης, επιτρέπει στους απεξαρτημένους να αντιλαμβάνονται την περιπέτεια τη ζωής τους ως συνεχή αντιμετώπιση προκλήσεων όπου απαιτούνται προσωπικές επιλογές μέσω των οποίων χαίρονται την αυτοαποτελεσματικότητα τους που με της σειρά της ανατροφοδοτεί και ενισχύει τη σκοπιμότητα των επιλογών τους. Οι ίδιοι επισημαίνουν ότι αισθάνονται ότι τους επαναπροτάθηκε μια ηθική πλατφόρμα μέσω του βιώματος τους στη θεραπευτική κοινότητα. Όλο αυτό το ηθικό φορτίο δεν τους ήταν άγνωστο άλλα δεν ήξεραν ή δεν ήθελαν να το αξιοποιήσουν στην καθημερινότητα τους στο παρελθόν. Από μια περίοδο που στο παρελθόν υποτίμησαν ή αγνόησαν αυτήν την ηθική πλατφόρμα που επηρεάζει αντίληψη και στάση, περνούν σε μια νέα κοινωνική θέση όπου την υιοθετούν εργαλειακά. Η εμπέδωση αυτού του αξιακού συστήματος συγκροτεί τη μέθοδο με την οποία σχετίζονται, δραστηριοποιούνται επαγγελματικά συγκρούονται, διεκδικούν ή αμύνονται. Σε αυτό το αξιακό σύστημα αποδίδουν διπλή διάσταση, θεωρώντας το ταυτόχρονα μηχανισμό αυτοπροστασίας και σύστημα ενίσχυσης της προσωπικής τους ανάπτυξης. Τα συναισθήματα, οι σχέσεις, η δράση και οι συμπεριφορές είναι συνάρτηση των ηθικών πλέον στοιχείων από τα οποία καθορίζονται.

Αν πάντως τα παραπάνω αναγνωρίζονται ως αφετηριακό πεδίο αλλαγής που προσφέρεται στη θεραπευτική κοινότητα και , σε διαφορετικό βαθμό, αποτελούν διακριτές και προσφιλείς ευκαιρίες για το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων, συμπεριλαμβανομένων και πολλών που βρίσκονται σε υποτροπή, οι εξυπηρετούμενοι εντοπίζουν συστηματικά αρνητικά σημεία στο θεραπευτικό σύστημα. Η αρνητική θέση τους επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν στη στρεβλωτική διάσταση που αρκετά στοιχεία της θεραπευτικής κοινότητας μπορούν να πάρουν στην οργάνωση της, τη λειτουργίας της, τις επιλογές και τα εργαλεία της. Όλα εκείνα, δηλαδή, που συνθέτουν τη θεραπευτική κοινότητα και τη συγκροτούν τόσο ως μέθοδο όσο και ως μοντέλο για τη θεραπεία και την υποστήριξη εξαρτημένων. Και όλα αυτά τα στοιχεία που μπορεί να χαρακτηρίζουν τις θεραπευτικές κοινότητες είτε προσωρινά, σε μια περίοδο κρίσης, είτε να αποτελούν χαρακτηριστικά της φυσιογνωμίας της (De Leon, 2000).

Οι συμμετέχοντες εμφανίζονται να καυτηριάζουν την αντιπαραθετικότητα που συχνά χαρακτηρίζει τη θεραπευτική κοινότητα. Αυτή η συστηματική αντιπαραθετική σταθερά, που

παραδοσιακά μπορεί να συνθέτει την ηγεμονεύουσα αντίληψη σε μια θεραπευτική κοινότητα, όπως επισημαίνουν οι συμμετέχοντες, αλλοιώνει τη φύση του εργαλείου της *αντιπαράθεσης* και επιτρέπει τη ανάπτυξη γόνιμου εδάφους στη θεραπευτική κοινότητα για να εξαντλούνται και να συγχέονται οι προσδοκίες για ασφάλεια και εμπιστοσύνη που αποτελούν απόλυτα προαπαιτούμενα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το κλίμα και η ατμόσφαιρα όπου επικρατεί το αντιπαραθετικό πνεύμα διαμορφώνει μια εικόνα του θεραπευτικού συστήματος που γίνεται αντιληπτή από τους συμμετέχοντες ως πιεστική, μέχρι και εχθρική, και με τον τρόπο αυτό δεν διευκολύνει τη σύνδεση τους με το θεραπευτικό περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται με όλες τις επιπτώσεις που αυτό επιφέρει. Έτσι, το έντονα αντιπαραθετικό κλίμα μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη σημαντικών αρνητικών καταστάσεων που οι συμμετέχοντες με σαφήνεια κατονομάζουν καθώς ζητούν μέτρα για την αντιμετώπισή τους, τη συστηματική αποφυγή τους και τα εντάσσουν σ΄ ένα πλαίσιο προτάσεων για επείγουσες και αναγκαίες αλλαγές στη θεραπευτική κοινότητα (Deitch, 2007).

Καταστάσεις αρνητικές που αναδεικνύουν οι εξυπηρετούμενοι και ζητούν να τύχουν ιδιαίτερης μέριμνας η αντιμετώπισή τους, είτε στην κατεύθυνση της κατάργησής τους είτε στο πλαίσιο μια συστηματικής μελέτης μεταβολής τους είναι η *ιεραρχία*, η αίσθηση *εξουσίας*, η *κατάχρηση εξουσίας*, η *αλαζονεία*, και η *υπεροψία* που συχνά αντιμετώπισαν. Όλα αυτά είναι εντονότερα στις πρώτες φάσεις της θεραπευτικής πορείας, με τη διαδικασία εισαγωγής στην κοινότητα (*intake*) να χαρακτηρίζεται από τη πιο οξεία αντίδραση. Τα στοιχεία αυτά συνδέοντα με συμπεριφορές της καθημερινότητας στη ζωή στη θεραπευτική κοινότητα και προέρχονται κυρίως από τα παλαιότερα μέλη της κοινότητας ή και από το προσωπικό σε αρκετές περιπτώσεις. Παράλληλα, όμως, όσο παραμένουν οι εξυπηρετούμενοι στη θεραπευτική κοινότητα εντοπίζουν θέματα που σχετίζονται με την απομόνωση, με τον αποκλεισμό από το κοινωνικό περιβάλλον με ότι αυτό σημαίνει ως προσωπικός περιορισμός, με την αναγκαιότητα αναγνώρισης της ιδιαιτερότητας του καθενός και με την αναζήτηση σεβασμού της ταυτότητας. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, η δυσκολία συμβίωσης σ΄ ένα ανδροκρατικό περιβάλλον είναι σημαντική. Προϊόντος του χρόνου, έτσι, τα στοιχεία που δέχονται κριτική, συνδέονται περισσότερο με τη διαβίωση και την προσωπική ανάπτυξη.

Η *πίεση* που υφίστανται οι εξυπηρετούμενοι στη θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παρόν σε όλο το συνεχές του βιώματος στη θεραπευτική διαδικασία. Νοηματοδοτείται πολλαπλώς και άλλοτε εκλαμβάνει μια μορφή ανυπόφορου βασανιστικού βιώματος άλλοτε σηματοδοτείται ως κινητοποιητικός μηχανισμός για μετατόπιση και ανάπτυξη. Έτσι, η διπλή διάσταση που αποδίδεται στην πίεση, από τη μια μεριά την καθορίζει ως ένα αρνητικό, συχνά ακατανόητο ως προς τη σκοπιμότητα του βίωμα και από την άλλη γίνεται αντιληπτή με μια διάσταση εργαλειακή επειδή συνδέεται με τη διαδικασία αναγνώρισης του εαυτού, την αυτοαποκάλυψη, την ανακάλυψη των συναισθημάτων και την έκθεσης τους απέναντι σε άλλους.

Τα προηγούμενα κατονομάζονται ως στοιχεία από τα οποία χαρακτηρίζεται η καθημερινότητα της θεραπευτικής κοινότητας. Εντοπίζονται όμως και ως σημαντικοί κίνδυνοι που αυξάνουν τις πιθανότητες για να διακόψει κάποιος τη θεραπεία και να εγκαταλείψει την προσπάθεια απεξάρτησης και ενδεχομένως να υποτροπιάσει.

6.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ, ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗ

6.2.1. Διαδικασίες κανονικοποίησης

Πολλοί από τους κανόνες αυτούς είναι ρητές αρχές στις οποίες βασίζεται το θεραπευτικό συμβόλαιο και αποτελούν ένα επί της ουσίας αδρανές και αδιαπραγμάτευτο πεδίο πάνω στο οποίο οικοδομούνται συμβολισμοί, τυπικότητα, προκαταλήψεις και ταμπού που εκλαμβάνονται ως ακατανόητες στρεβλώσεις. Ο DeLeon (2000) υποστηρίζει ότι ένα ουσιαστικό στοιχείο της θεραπευτικής κοινότητας είναι η αντίληψη που κυριαρχεί στην καθημερινότητα της περί *του ορθού τρόπου ζωής (right living)* και το οποίο συνδέεται με

κανόνες συμπεριφοράς που επιχειρεί να εμπεδώσει στα μέλη της κοινότητας. Αν και σε πολλές περιπτώσεις οι κανόνες αυτοί είναι όροι λειτουργικής διαβίωσης των ατόμων σε ένα κοινό χώρο συχνά αποτελούν ένα τυπικό αόριστο σύνολο περιορισμών που η παραβίαση τους επιτρέπει αυθαίρετες ερμηνείες και αφορμή άσκησης ή κατάχρησης εξουσίας μεταξύ των συμμετεχόντων. Είναι λοιπόν προφανές να δημιουργείται ένα κλίμα καχυποψίας που ενισχύεται από την αδυναμία διαπραγμάτευσης για κάθε περιστατικό που αναδεικνύεται ως παραβίαση των κανονισμών δεδομένου ότι η αοριστία τους καθιστά την παραβίαση ακατανόητη και τις κυρώσεις που μπορεί να επιφέρει καταχρηστικές. Στο πλαίσιο αυτό η συναισθηματική πίεση που βιώνουν οι εξυπηρετούμενοι ακυρώνει και την ίδια τη σημασία αποδεκτών, αρχικά, βασικών κανόνων αμφισβητώντας συνολικά τη χρησιμότητα της ύπαρξης κανόνων. Έτσι, οι κανονισμοί μπορεί να εκλαμβάνονται ως εργαλεία άσκησης τυφλής εξουσίας που δημιουργεί ανασφάλεια, αρνητικά συναισθήματα και τάσεις εγκατάλειψης του προγράμματος (Foucault, 1976, 1981, 1982).

Σε πολλές πάντως περιπτώσεις αναφέρονται σ΄ αυτό τον κανονιστικό μηχανισμό και την αυστηρότητά του με όρους που αναδεικνύουν την τυπικότητα και τη μηχανιστική του εφαρμογή που στοχεύει σε διαδικασίες τυπικής υπακοής και του αποδίδουν χαρακτήρα παράγοντα επικινδυνότητας για τη διακοπή του προγράμματος.

Η αυστηρότητα αυτή στην οποία επικεντρώνονται οι αναφορές συμβάλλουν στην ερμηνεία ότι αντιλαμβάνονται ως κανονικοποιητικό μηχανισμό των συμπεριφορών των ατόμων στη θεραπευτική κοινότητα.

Είναι αυτονόητο ότι οι κανόνες συνδέονται με κυρώσεις που προκαλεί η παραβίασή τους υπό την έννοια ότι η συμμόρφωση σ΄ αυτούς θα πρέπει να δικαιώνεται. Αν και οι θεραπευτικές κοινότητες προβλέπουν ένα πλαίσιο ανταμοιβών που συνδέεται με την πρόοδο της θεραπείας συχνά η ανταμοιβή προκύπτει από μια άρρητη προσαρμογή με όρους συμμόρφωσης. Παράλληλα, οι κυρώσεις που συνδέονται με την παραβίαση των κανόνων αποκτούν έναν ενισχυτικό μηχανισμό της διαδικασίας συμμόρφωσης. Πάλι, όμως, πολύ συχνά οι συμμετέχοντες θίγουν το ζήτημα του παραλόγου των κυρώσεων και της δυσαναλογίας τους σε σχέση με το εκτιμούμενο παράπτωμα το οποίο μάλιστα μεγιστοποιείται καθώς πολλοί από τους κανόνες που αναφέρονται είναι άρρητοι, ως εκ τούτου ευμετάβλητοι και πάντως επιδέχονται ερμηνεία.

Η εξάρτηση, ως το ακροτελεύτιο στάδιο μια δυναμικής σχέσης του προσώπου με τη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών έχει επιχειρηθεί να προσδιορισθεί με διάφορους τρόπους. Αν και στα γενικά χαρακτηριστικά που την ορίζουν οι ερευνητές και οι κλινικοί φαίνεται να συγκλίνουν ως προς τα βασικά της ιδιώματα, δεν είναι όμοια πρόθυμοι να συμφωνήσουν ως το είδος της διαταραχής που συγκροτεί. Ο ορισμός της από *αυτοπροκαλούμενη υποτροπιάζουσα νόσος του εγκεφάλου*, έως *υπαρξιακή νόσος* ή *σύμπτωμα βιοψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών* διατρέχει ένα μεγάλο διάστημα στο οποίο συμπεριλαμβάνονται διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, επιστημολογικά πεδία και συστήματα εφαρμογής παρεμβάσεων που συχνά αντιπαρατίθενται και αλληλοσυγκρούονται (NIDA, 2007· Γαζγαλίδης, 2006· ΚΕΘΕΑ, 2005).

Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, υπάρχει μια μάλλον κοινή παραδοχή ότι η εξάρτηση για τον εξαρτημένο εκλαμβάνεται ως προβληματική κατάσταση μόνον εξαιτίας των επιπτώσεων που υφίσταται σε εντελώς διαφορετικά πεδία από αυτά που συνδέονται με τη σχέση *πρόσωπο χρήση* και *ουσία*. Στη βάση αυτή, δεν ζητά υποστήριξη για να αντιμετωπίσει την εξάρτηση από τη ουσία που χρησιμοποιεί αλλά για να βελτιώσει τις συνθήκες που έχουν επηρεασθεί δυσμενώς ή κινδυνεύουν να επηρεασθούν σε πολλά από τα παράλληλα πεδία της προσωπικής οικονομικής, κοινωνικής ζωής του.

Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες πριν απ' όλα μειώνει σημαντικά - εμμέσως ή αμέσα - τις πιθανότητες βιωσιμότητας των εξαρτημένων στο προσδόκιμο της ζωής. Πριν από κάθε

άλλη παρατήρηση σχετικά με τη συζήτηση που μπορεί να τεθεί, οι εξαρτημένοι χρήστες έχουν πολλές πιθανότητες να αντιμετωπίσουν οριακές καταστάσεις που σχετίζονται με την επιβίωση τους. Η θνησιμότητα που συνοδεύει τη χρήση ουσιών είναι χαρακτηριστική: από τους 20.000 περίπου προβληματικούς χρήστες που εκτιμώνται ότι είναι οι χρήστες στην Ελλάδα, περίπου 250 με 350 πεθαίνουν το χρόνο, την τελευταία δεκαετία. Η εξάρτηση από οπιοειδή συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο πρώιμης θνησιμότητας. Οι συστηματικοί χρήστες ηρωίνης παρουσιάζουν 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν πρόωρα από ότι ο γενικός πληθυσμός. Υποστηρίζεται ότι οι εκτιμήσεις για όσους συνεχίζουν να κάνουν χρήση ηρωίνης χωρίς διακοπή, σε 7,5 χρόνια διάρκειας χρήσης κινδυνεύουν να πεθάνουν σε ποσοστό 42,5%, ενώ ο κίνδυνος μειώνεται λίγο για όσους καταφέρνουν να παραμείνουν με μειωμένη χρήση ή να απέχουν σε σχέση με όσους κάνουν αδιάκοπη χρήση (Emmelkamp and Vedel, 2006· Galai et al. 2003· Sorensen et al. 2005, ΕΚΤΕΡΝ, 2005). Στη βάση αυτή η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση αποτελεί μια κατάσταση διαρκούς επείγοντος περιστατικού που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του εξαρτημένου. Ανεξάρτητα από το πώς αυτό το περιστατικό προκαλείται και σε τι εδράζει η ανάπτυξή του όταν βρίσκεται στο πεδίο φροντίδας μιας υπηρεσίας υγείας το σημαντικότερο είναι να διαφυλαχθεί η βιωσιμότητα του ατόμου. Σε ανάλογες περιπτώσεις κρίσης, που αφορούν θέματα σωματικής υγείας, ο υγειονομικός μηχανισμός ενεργοποιείται χωρίς συνήθως την έγκριση του υποκειμένου που πάσχει ή των οικείων του, και παρέχει την απαιτούμενη αγωγή. Στην περίπτωση της εξάρτησης από ουσίες αυτή είναι μια περίπτωση που συχνά συμβαίνει με την υπερδοσολογία (*overdose*) η οποία σε γενικές γραμμές θεωρείται ιατρικό πρόβλημα.

Αυτό που προκύπτει από τα προηγούμενα συνδέεται με το γεγονός ότι συχνά μπροστά σε καταστάσεις που έχουν το χαρακτήρα επείγοντος, η ηθική και η δεοντολογία επιβάλλουν τη λήψη μέτρων που θα προστατεύσουν τη ζωή. Πολύ συχνά, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται η θεραπεία της εξάρτησης, τηρουμένων των αναλογιών, δεν εκλαμβάνεται ως παρέμβαση σε κατάσταση γενικευμένης κρίσης και αποδιοργάνωσης του ατόμου. Έτσι τίθενται πολλά ερωτηματικά σχετικά με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται εξαιτίας κυρίως της πίεσης που ασκείται για αλλαγή συμπεριφοράς σε σχέση με τη χρήση ουσιών που κάνει το άτομο που εντάσσεται σε θεραπεία. Η θεραπευτική κοινότητα και οι μέθοδοι θεραπευτικής υποστήριξης που υιοθετεί αποτελούν, στο πλαίσιο αυτό, ένα μοντέλο που έχει δεχθεί κριτική (Γρίβας, 1990).

Η θεραπευτική κοινότητα ταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο θέσεις. Από τη μια μεριά θεωρείται ένα πεδίο σύγκλισης ιδεολογικών συνιστωσών που συνθέτουν ένα αξιακό σύστημα και διαμορφώνουν ένα πλαίσιο «ορθού τρόπου ζωής», το οποίο συγκροτεί τις συνθήκες διαβίωσης ενός ατόμου σε σχέση με το κοινωνικό σύστημα που σχεδόν ποτέ δεν ενστερνίζεται όμοιες αξιακές παραδοχές με τις γενικά κοινωνικά επικρατούσες. Η θεραπευτική κοινότητα παίρνει το ρόλο του κοινωνικού και πνευματικού μέντορα και συγκροτεί ένα σωτηριακό και ανατρεπτικό μήνυμα που συνδέει τον θεραπευόμενο με ένα προοπτικό όραμα, ατομικό και κοινωνικό, του οποίου ο ίδιος είναι μέρος και στόχος ταυτοχρόνως. Όπως είναι φυσικό, η οργανωτική σύνθεση του θεραπευτικού modus operandi βασίζεται σε μια σχεδόν θρησκευτική σύγκλιση που έχει άκαμπτες πλευρές και στο επίπεδο της θεραπευτικής υποστήριξης, υπό την έννοια της παρακολούθησης του θεραπευτικού σχεδιασμού που προτείνεται, αδυναμία συγκράτησης των εξυπηρετουμένων με σημαντικές απώλειες. Η οργάνωση της θεραπευτικής κοινότητας αυτού του τύπου αναπαράγει οικογενειακά σύμβολα και πατερναλιστικές σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό, τους θεραπευμένους και το προσωπικό καθώς και συχνά αναπτύσσει με όσους βρίσκονται εκτός της κοινότητας σχέσεις που βασίζονται σε μια αμυντική υπεροψία αποκλεισμού. Σε γενικές γραμμές η ταυτότητα αυτής της θεραπευτικής κοινότητας ορίζεται από τους πραγματικούς ή φαντασιακούς της αντιπάλους. Η επιλογή από το άτομο να διαχειριστεί τη ζωή του με το αξιακό σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας σημαίνει συγκεκριμένη στάση ή στάσεις απέναντι στη συνολική πρόκληση της καθημερινότητας. Μια από αυτές τις στάσεις συνδέεται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως στοιχείο που απορρέει από τη γενική τοποθέτησή του απέναντι στο πώς ζει. Με τον τρόπο αυτό ερμηνεύεται και νοηματοδοτείται ως

παρεμπίπτουσα συμπεριφορά η οποία προκύπτει από πολλές άλλες παράλληλες ή προηγούμενες επιλογές. Έτσι η θεραπεία της εξάρτησης, συμβαίνει παρεμπιπτόντως, επειδή βασικές επιλογές του πρώην εξαρτημένου έχουν αλλάξει, όχι εστιάζοντας στην κατάχρηση, αλλά σε θέματα που αφορούν κεφαλαιώδεις άξονες της ζωής (Ζαφειρίδης, 1998).

Από την άλλη μεριά, ωστόσο υπάρχουν θεραπευτικές κοινότητες που ως ταυτότητα και συγκρότηση δεν νοούν ότι εξαντλούν με την πρότασή τους την αναγκαία φροντίδα που χρειάζονται οι εξυπηρετούμενοι. Αντίθετα, επιφυλάσσουν για τον εαυτό τους μια θέση στο συνεχές της φροντίδας της εξάρτησης όπου εντάσσονται. Αποτελούν μέρος ενός δικτύου υπηρεσιών που αλληλοσυμπληρώνει μοντέλα, προσεγγίσεις και μεθόδους ώστε να εξασφαλίζεται η μείζονος βαθμού αποτελεσματικότητα του συνόλου του δικτύου. Οι θεραπευτικές κοινότητες αυτού του τύπου διαμορφώνουν ατμόσφαιρα και κλίμα που ευνοεί την αλλαγή μέσα από τη μετάβαση και όχι τον αποκλεισμό. Το προσωπικό βασίζεται στη γνώση και ο ρόλος του, παρόλο που συνδέεται και καθορίζεται από τις αξίες και τη δεοντολογία της θεραπευτικής κοινότητας, βασίζεται στην επαγγελματική ηθική και στη συνεχή εκπαίδευση και την εποπτεία. Αυτό το περιβάλλον της θεραπευτικής κοινότητας δεν απολυτικοποιεί πρακτικά και ηθικά, αλλά βασίζεται στον εξορθολογισμό που αξιοποιεί την έρευνα και τη συνεχή αξιολόγηση. Στόχος έτσι της θεραπευτικής κοινότητας είναι η ανοικτότητα προς το περιβάλλον και ο περιορισμός της στο βαθμό του δυνατού σε ένα ρόλο υποστήριξης της μετάβασης των εξυπηρετουμένων (Πουλόπουλος 1999, 1997· Bridger, 2001).

Προκύπτει λοιπόν ως ζήτημα το πώς η θεραπευτική κοινότητα οργανώνεται και λειτουργεί, πόσο εφαρμόζει μια διαδικασία συμμόρφωσης και με ποιους μηχανισμούς. Αν, δηλαδή, η θεραπεία γενικότερα, αλλά και πιο συγκεκριμένα το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας αποτελεί ένα μηχανισμό συμμόρφωσης όμοιο με πολλούς άλλους ως προς το στόχο της κοινωνικής αποδοχής. Ένα μοντέλο κανονικοποίησης, δηλαδή, από ένα θεραπευτικό θεσμό πλέον. Ως συμμόρφωση εννοείται, ουσιαστικά, η υιοθέτηση κάποιων συγκεκριμένων κανόνων που είναι συμβατοί με το κοινό αίσθημα, ώστε να καθιστά τελικά ένα άτομο αποδεκτό από ένα σύστημα. Συνήθως η συμμόρφωση εντάσσεται σε μια λογική ιδρυματισμού. Μια λογική θεσμοθετημένης κανονικοποίησης. Έτσι, ο όρος συμμόρφωσης συχνά ανάγεται σε θεσμούς όπως είναι η φυλακή , η ιατρική κλινική, η ψυχιατρική κλινική. Συνδέεται, επομένως με θεσμικές κυρίως κατασκευές (Λαμπροοπούλου, 1994).

6.2.2. Από τη συμμόρφωση στην αλλαγή

Στα όρια της θεραπευτικής κοινότητας η συμμόρφωση συνδέεται με την υιοθέτηση των αρχών λειτουργίας του θεραπευτικού προγράμματος που αποτελείται από τρία τουλάχιστον πεδία που περιλαμβάνουν το καθημερινό πρόγραμμα, στάση και συμπεριφορά, και αξίες που γίνονται αποδεκτές. Πρόκειται, κυρίως, για κανόνες λειτουργίας του κοινοβίου μέσω των οποίων διαμορφώνεται η καθημερινή ζωή στην κοινότητα.

Ωστόσο παραμένει ένα ερώτημα ως προς τη σκοπιμότητα της διαδικασίας συμμόρφωσης: η διαδικασία συμμόρφωσης στοχεύει απλώς στην εύρυθμη λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας ή προτείνεται ως απαίτηση συμμόρφωσης για την κοινωνική ένταξη; Είναι, δηλαδή, η συμμόρφωση για τη θεραπευτική κοινότητα η υπακοή και η αποδοχή των κανόνων ενός επιμέρους συστήματος όπως συμβαίνει στη φυλακή ή στοχεύει στην εμπέδωση και υιοθέτηση συμπεριφορών και στάσεων που επιβάλει μια κυρίαρχη ομάδα σε μια χρονική στιγμή, για μεγάλη η μικρή χρονική περίοδο στην κοινωνία;

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί προσομοίωση του κοινωνικού συστήματος. Προτείνεται ως πλαίσιο στο όποιο κάποιος εντάσσεται αυτοβούλως για να διαχειρισθεί τα προβλήματα της κατάχρησης ουσιών που έχει. Με συγκεκριμένο συμβόλαιο που γίνεται αποδεκτό από τον εξυπηρετούμενο με στόχο τη διαφορετική αντιμετώπιση των προβλημάτων με τις ψυχοδραστικές ουσίες συναινεί να εκχωρήσει κάποια από τα κυριαρχικά δικαιώματα του για

μια περίοδο σ΄ ένα πλαίσιο θεραπείας, σ΄ ένα πλαίσιο που στοχεύει στην αλλαγή των συνθηκών που ζει δηλαδή. Επιπλέον στο μεσοδιάστημα έχει κάθε ελευθερία να εγκαταλείψει τη συμφωνία και να διακόψει τη θεραπεία αποχωρώντας από τη θεραπευτική κοινότητα.

Η διαφορά, λοιπόν, ανάμεσα στη θεραπευτική κοινότητα με τα άλλα ολοπαγή ιδρύματα τα οποία αναφέρθηκαν βρίσκεται στο ότι πρώτον, το άτομο εντάσσεται ηθελημένα μέσα σ΄ αυτή τη διαδικασία. Δεύτερο, το άτομο αντιλαμβάνεται ως προβλήματα μια σειρά από επιπτώσεις που η κατάχρηση ουσιών επιφέρει στον εαυτό του και εντάσσεται στη θεραπευτική κοινότητα αναγνωρίζοντας την ως μέθοδο που τον βοηθά να αλλάξει τόσο την αιτία των προβλημάτων όσο και τα προβλήματα τα ίδια. Και τρίτον, η θεραπευτική κοινότητα έχει ως βασικό στόχο, ή οφείλει να έχει ως βασικό στόχο μέσω της διαδικασίας υποστήριξης που παρέχει την πλήρη κοινωνική επανένταξη του ατόμου που εισάγεται για θεραπεία. Η θεραπευτική κοινότητα, δηλαδή, οφείλει να αποτελεί ένα στάδιο μετάβασης από μια προβληματική κατάσταση που βιώνεται κάποια στιγμή ως προσωπική αποδιοργάνωση και προσωπική κρίση κάποιος, σε μια κατάσταση ισορροπίας όπου διαχειρίζεται τη ζωή του χωρίς της χρήση ουσιών. Σε μια νέα σταθερή κατάσταση όπου έχουν περιοριστεί οι κίνδυνοι βλάβης που προέρχονται από τη χρήση ουσιών τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το εγγύτερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του.

Με τον τρόπο αυτό, η θεραπευτική κοινότητα μπορεί να αποτελεί ένα μηχανισμό συμμόρφωσης σε μια σειρά από πιο εκλεπτυσμένες συμπεριφορές, έτσι ώστε να προετοιμάσει κάποιον να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο μέσα από μια διαδικασία αποδοχής των κανόνων της κυρίαρχης ομάδας.

Κατ΄ αρχήν οφείλει κανείς να λάβει υπόψη του κατά πόσο η κατάχρηση ουσιών αποτελεί πρόβλημα και γιατί αποτελεί πρόβλημα. Από τη στιγμή που θεωρείται κοινή παραδοχή η προβληματικότητα της κατάχρησης ουσιών ως κοινωνικού προβλήματος και εντάσσεται ως αντικείμενο ελέγχου, εκτός του κοινωνικού και του ποινικού επιπλέον, η συμμόρφωση αποτελεί ένα ζήτημα κοινωνικής επιβίωσης. Παρόλο που η κατάχρηση ουσιών είναι μια πράξη αυτοπροσβολής που καθορίζει μια εγκληματικότητα χωρίς θύμα, παραμένει μια εγκληματική πράξη. Μια πράξη που είναι κολάσιμη και υπόκειται στον ποινικό έλεγχο. Η υπόθεση λοιπόν της ένταξης σ' ένα κοινωνικό σύνολο όπου η χρήση ουσιών αποτελεί παράπτωμα, σημαίνει αποδοχή των κανόνων του ήδη κοινωνικά συμφωνημένου που συνδέεται με την αποφυγή της χρήσης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών. Η ένταξη προϋποθέτει τη συμμόρφωση και συχνά η θεραπευτική κοινότητα λειτουργεί με απλουστευτισμούς αυτού του τύπου.

Η έννοια ωστόσο της συμμόρφωσης στη θεραπευτική κοινότητα επιδέχεται συστηματικότερη προσοχή. Η θεραπευτική κοινότητα, σε ότι αφορά τη θεραπεία, υποτίθεται ότι προσφέρει σε εκείνον ο οποίος εντάσσεται ένα πλαίσιο υποστήριξης και τα μέσα να αντιληφθεί βιωματικά τη διαδικασία ανάπτυξης από μέρους του νέων νοημάτων ως προς όσα συνδέονται με τις προσδοκίες του και τη χρήση ουσιών που κάνει και να διαμορφώσει ικανότητες που υποστηρίξουν την πραγμάτωση ενός σχεδίου που ο ίδιος συγκροτεί. Το σχέδιο αυτό δεν έιναι προκαθορισμένο, δεν δίδεται εκ των προτέρων, δεν παρέχεται. Το ίδιο το πρόσωπο το συγκροτεί και το ίδιο το άτομο το υποστηρίζει στη διαδικασία της κοινωνικής του ένταξης. Πολλοί μελετητές αποδίδουν στη θεραπευτική κοινότητα αρχές της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, όπως εκφράζεται από τον Bandoura, συμφωνώντας ότι η κοινωνική μάθηση συνδέεται με νέες συμπεριφορές που απορρέουν από νέα νοήματα. Ωστόσο, ως θεραπευτική διαδικασία απαιτεί συμμόρφωση ως προς τις αρχές της θεραπείας που εκείνη προσφέρει. Για μια περίοδο μάλιστα αυτή η συμμόρφωση είναι ένας τρόπος μέσα από τον οποίο τα άτομα εμπεδώνουν μια νέα στάση μια νέα συμπεριφορά.

Στη θεραπευτική κοινότητα πάντα αναπτύσσεται ένα πλαίσιο αξιών που επιτρέπει την οργάνωση στη βάση των προσωπικών στοιχείων τη συγκρότηση ενός προσωπικού αξιακού συστήματος που σε γενικές γραμμές δεν αντιτίθεται με τις αξίες του θεραπευτικού

συστήματος αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος. Το πρόβλημα είναι ότι πολύ συχνά το αξιακό σύστημα αυτό, αν και μπορεί να αποτελεί μια χρήσιμη ηθική πλατφόρμα παραμένει ανεπεξέργαστο και με το χρόνο και την αδράνεια χάνει τη λειτουργική του αξία και ένα εργαλειακό νόημα που οφείλει να έχει. Είναι εύκολο λοιπόν να εκπέσει σε μια σύνθεση προκαταλήψεων και ταμπού με ανάπτυξη κανόνων υπακοής που βρίσκουν έρεισμα και νομιμοποίηση σε ηθικού τύπου πεδία διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο ιδεοληπτικών παραδοχών και αξιωμάτων που παρουσιάζονται ως αξιακό σύστημα ή πλατφόρμα ηθικών αρχών ενώ αποτελούν ανεξήγητους κανόνες.

Τα παραπάνω συνδέονται έτσι με χαρακτηριστικά που διακρίνονται σε συστήματα όπου κυριαρχεί η πίστη. Εκεί που το ζητούμενο είναι η άκριτη αποδοχή της αξίας και όχι η ερμηνευτική της νοηματοδότηση. Αν η θεραπευτική κοινότητα απαιτεί συμμόρφωση με τέτοιου τύπου λογική τότε διαμορφώνει ένα σχέδιο αλλαγής της ταυτότητας κάποιου και όχι αλλαγής της συμπεριφοράς του. Εντάσσει κάποιον δηλαδή στη λογική αποδοχής ενός νέου, από το δικό του, σύστημα ιδεών. Γίνεται ένα ιδεολογικό σχολείο. Αν από την άλλη μεριά η θεραπευτική κοινότητα διαμορφώνει συνθήκες κοινωνικής ωρίμανσης η οποία περνά μέσα από την ανάδειξη των προβληματικών στοιχείων και την εκμάθηση διαχείρισης των προσωπικών κρίσεων που κάποιος αντιλαμβάνεται ότι περνά, τότε αποτελεί ένα μηχανισμό «ωρίμανσης» που καταλήγει στην αλλαγή του τρόπου δηλαδή που κάποιος μπορεί να διαχειρίζεται τη χρήση.

Όσο περισσότερο η θεραπευτική κοινότητα προσπαθεί να κρατήσει στη θεραπευτική διαδικασία ένα άτομο με το πρόσχημα της θεραπευτικής υποστήριξης διατηρώντας το μακριά από την κοινωνία, να του επιτρέψει, δηλαδή, να συνυπάρξει και να αναμετρηθεί με το κοινωνικό στοιχείο το οποίο ενδεχομένως μπορεί να αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την υποτροπή του, τόσο περισσότερο διαμορφώνει συνθήκες τεχνητού και στρεβλού προστατευτισμού, διευρύνοντας τη συμμορφωτική διάσταση της λειτουργίας της. Με τον τρόπο αυτό καταλήγει να στοχεύει περισσότερο σε μια επιβεβλημένη συμπεριφορά κάποιου με παράλληλη αποδοχή, όπως είναι φυσικό, των κανόνων ενός μοντέλου κοινωνικής διαβίωσης. Τα παραπάνω έχουν συχνά παρατηρηθεί στην ιστορία των θεραπευτικών κοινοτήτων. Όσο περισσότερο η θεραπευτική κοινότητα, από την άλλη μεριά, βοηθά κάποιον να ενταχθεί νωρίτερα στην κοινωνία και να αντιμετωπίσει από νωρίς παράλληλα με τη θεραπευτική υποστήριξη στοιχεία από την κοινωνική πίεση που ασκείται επάνω του με έναν τρόπο ασφαλή και απέχοντας τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, βοηθά τους ανθρώπους να αλλάξουν τον τρόπο που διαχειρίζονται τα προβλήματα που τους οδηγούν να κάνουν χρήση ουσιών.

Πολλά στοιχεία της θεραπευτικής κοινότητας της προσδίδουν χαρακτηριστικά ολοπαγούς συστήματος. Το *μέσα* απέναντι στο *έξω*, το *ιδιόλεκτο* της γλώσσας που αναπτύσσεται και χρησιμοποιείται ως αργκό στην οποία μυούνται οι συμμετέχοντες, οι διαδικασίες ένταξης, ο *κώδικας επικοινωνίας*, οι *άγραφοι κανόνες* είναι στοιχεία που συναντώνται σε πολλά ολοπαγή συστήματα ιδρυματικού χαρακτήρα που προσβλέπουν στη συμμόρφωση και την υποταγή. Οι μέθοδοι του *κάνε σα να* και η απαίτηση για υπακοή σε κανόνες που αποτελούν το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι σαφώς στοιχεία που δίνουν την εικόνα απαιτούμενης προσαρμοστικής υπακοής και συμμόρφωσης σε κανόνες και αρχές. Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί και μηχανισμό συμμόρφωσης χωρίς να εξαντλείται στη συμμορφωτική της δραστηριότητα. Η συμμόρφωση στη θεραπευτική κοινότητα συνδέεται με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της. Παρόλα αυτά, ταυτόχρονα, υπερβαίνοντας τη συμμόρφωση με τη στενή της έννοια συγκροτείται και ως μηχανισμός αλλαγής. Σημειώνεται ότι όσοι εισάγονται στη θεραπευτική κοινότητα συμμετέχουν ηθελημένα σ΄ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και κατά τεκμήριο αποχωρούν κατά το δοκούν. Αυτό αποτελεί ένα χαρακτηριστικό εγγύησης μια ασφαλιστική δικλείδα που παρά τις πιέσεις του συστήματος συνδέεται με το ότι το μοντέλο δεν εξαντλείται στους όρους της συμμορφωτικής και κανονικοποιητικής πρακτικής που προβλέπει. Γι αυτό άλλωστε και η τυπολογία του Goffman (1961) για τα ολοπαγή ιδρύματα φαίνεται περιοριστική ως προς τη θεραπευτική κοινότητα,

μοντέλο το οποίο φαίνεται περισσότερο εύστοχα να περιγράφεται από τη κριτική θεώρηση του Μουζέλη (1971) στις τοποθετήσεις του Goffman, οποία περιλαμβάνει στη συζήτηση για τα ολοπαγή ιδρύματα τον τρόπο εισαγωγής και το βαθμό στιγματοποίησης που έχει η συμμετοχή που θεωρεί συνιστώσες της ανάπτυξης αυταρχικής άσκησης εξουσίας και ολοκληρωτισμού με κατάληξη την αλλοτρίωση της ατομικότητας (Goffman, 1961· Mouzelis, 1971).

Η θεραπευτική κοινότητα, λοιπόν, μπορεί να ερμηνευθεί και ως μηχανισμός συμμόρφωσης ιδιαίτερα στην πρώτη φάση που εισέρχεται κάποιος στο κοινόβιο αλλά δεν εξαντλείται σ΄ αυτό γιατί δε στοχεύει σε μια λογική ιδρυματικής προσαρμοστικής συμμόρφωσης. Ωστόσο πάντα οφείλει να αναπτύσσει μηχανισμούς εγρήγορσης που θα την αποτρέψουν από το να εκπέσει σε μια ιδρυματική δομή. Η εργαλειακή διάσταση της συμμόρφωσης μπορεί να εκλογικεύεται από το γεγονός ότι αυτός που εισάγεται βρίσκεται σε κατάσταση προσωπικής κρίσης της οποίας τις επιπτώσεις βιώνει επί μακρόν εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών. Οι καταστάσεις κρίσης απαιτούν δομή για τον επαναπροσδιορισμό συνθηκών επαναδιοργάνωσης και την ανάπτυξη συνθηκών που επιτρέπουν το σχεδιασμό επίλυσης των προβλημάτων. Ενδέχεται ο συμμορφωτικός μηχανισμός που μπορεί να ενεργοποιεί η θεραπευτική κοινότητα κατά την πρώτη αυτή περίοδο να αποτελεί την απαρχή αυτής της ισορροπιστικής επιδίωξης ώστε να διαμορφωθούν οι συνθήκες για αλλαγή.

Έτσι η θεραπευτική κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί και μηχανισμός συμμόρφωσης και μηχανισμός αλλαγής με την έννοια της κοινωνικής μάθησης. Αλλά πώς μπορεί κανείς να αμφισβητήσει ότι αποτελεί ένα μηχανισμό συμμόρφωσης από τη στιγμή που απαιτεί από τους συμμετέχοντες να υιοθετήσουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά να συμμορφωθούν μ΄ αυτή και αν τυχόν την παραβιάσουν αν παραβιάσουν κανόνες που έχουν τεθεί ή μοντέλα συγκεκριμένης συμπεριφοράς θα βρεθούν έκτός ή θα υποστούν σημαντικές επιπτώσεις; Υπάρχει άλλωστε αυτό το σύστημα επιβραβεύσεων και κυρώσεων που λειτουργεί με τρόπο αντανακλαστικό στη συμπεριφορά. Το θέμα είναι ότι αν παραμείνει μόνον ως μηχανισμός συμμόρφωσης οι εξυπηρετούμενοι θα μείνουν πολύ πιθανό για σύντομο χρονικό διάστημα στην κοινότητα και μετά από λίγο θα αποχωρήσουν επιστρέφοντας πιθανότατα και στη χρήση.

Παράλληλα χρειάζεται να αποσαφηνισθεί η έννοια της αλλαγής. Τι θεωρείται αλλαγή και ποια είναι ειδοποιός διαφορά της από τη συμμόρφωση. Η αλλαγή στην περίπτωση αυτή ορίζεται σε αναφορά με τη χρήση ουσιών και στο πλαίσιο των προβλημάτων που συνδέονται με τη κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση. Η οριοθέτηση της αλλαγής ως ανάλογη έννοια στο συγκεκριμένο πλαίσιο συνδέεται με τη διαμόρφωση όρων διαβίωσης όπου περιορίζονται και αυτοκαταστροφικές για το άτομο συμπεριφορές σε όλα τα επίπεδα των προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση ουσιών και πολλά από τα οποία συμβαίνουν εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών ή του εθισμού στην ουσία. Ουσιαστικά πρόκειται για την επανάκτηση του ελέγχου και της ισορροπίας σε βασικά πεδία της κοινωνικής, προσωπικής, ψυχολογικής ζωής του ατόμου. Παράλληλα, η διαδικασία αλλαγής είναι η απόκτηση του πλήρους ελέγχου του σχεδιασμού για τη ζωή του και τη διαχείρισης της. Τα άτομα δηλαδή αναλαμβάνουν την ευθύνη της προσωπικής τους προοπτικής αντί να ενοχοποιούν περιφερειαακές συνθήκες και άλλα άτομα για την αναποτελεσματικότητα τους ή τις αποτυχίες τους. Αυτό στη διάρκεια της εξάρτησης δεν φαίνεται να είναι εύκολο, αντίθετα οι άνθρωποι που κάνουν εμμονική κατάχρηση ουσιών ή είναι εξαρτημένοι συνδέουν με την αναζήτηση της ουσίας την επιβίωσή τους. Συχνά στη διαδρομή από την εύρεση μέχρι την κατανάλωση της ουσίας εξαντλείται η ζωή τους και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η κοινωνική τους επιβίωση. Καμία άλλη κοινωνική συνθήκη δεν φαίνεται ικανή να θεωρηθεί σημαντική. Ως εκ τούτου, αλλαγή, δεν σημαίνει απαραίτητα για ένα άτομο, μόνον αποχή από τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας, σημαίνει επανάκτηση ελέγχου στη σχέση με την ουσία όταν συμβαίνει μια τέτοια συνάντηση. Σημαίνει μια επανανοηματοδότηση στην αξία του συμπτώματος που προκαλεί η ουσία και στην αξία – πρακτική και συμβολική - που η ίδια η ουσία παίρνει. Ο πυρήνας της αλλαγής βρίσκεται στο νόημα που δίνεται στη χρήση της ουσίας και της ουσίας της ίδιας από τα άτομα.

Αν για κάποιους η αποχή είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για την αποφυγή της επαναπώλειας του ελέγχου ενδεχομένως να υιοθετήσουν μια τέτοια στάση απέναντι στις ουσίες. Για κάποιους άλλους η αποσπασματική περιστασιακή, κοινωνική χρήση ουσιών μπορεί να αποτελέσει μια συμπεριφορά που δεν θα αποβεί επικίνδυνη για τη συνολική του ισορροπία. Αντίθετα αυτό το οποίο προέκυψε και από την παρούσα έρευνα, είναι ότι πολλοί πρώην εξαρτημένοι μετά τη θεραπευτική τους εμπειρία και ενώ βρίσκονται πλέον ενταγμένοι με νέους όρους στην κοινωνική πραγματικότητα δεν αποκλείεται να χρησιμοποιήσουν κάποια παράνομη ουσία προσδίδοντας σ΄ αυτή τη συμπεριφορά ένα νόημα έλεγχου και προσωπικής δοκιμασίας. Για κάποιους αυτό αποτελεί την αρχή μια διαδικασίας που μπορεί να καταλήξει στην υποτροπή. Για άλλους αυτή η αποσπασματική ολίσθηση δημιουργεί φόβο και ανασφάλεια και μπορεί να σηματοδοτήσει την απαρχή για οριστική αποχή.

Σε γενικές γραμμές όμως η αλλαγή δεν ορίζεται με όρους κοινωνικής ταυτότητας, με όρους που συγκροτούν πιστοποίηση από εξωγενείς εξωτερικούς παράγοντες. Επί της ουσίας, πρόκειται για τον τρόπο που αναπτύσσει ένα άτομο δεξιότητες να σχεδιάζει, να διαχειρίζεται και να διαμορφώνει τη ζωή του. Κάτι που όταν συσχετίζεται με την κατάσταση της εξάρτησης του παρελθόντος χαρακτηρίζεται από αδυναμία σχεδιασμού, αυτοδιάθεσης και διαχείρισης.

Σε σχέση με τα ευρήματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη έρευνα, η αλλαγή αποτελεί μια διαδικασία με δυναμική φύση και χαρακτηριστικά. Κατ΄ αρχήν δε συμβαίνει σε όλα τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπευτική διαδικασία με τον ίδιο τρόπο και στον ίδιο χρόνο. Αρκετοί είναι αυτοί που εγκαταλείπουν νωρίς τη θεραπεία είτε αδυνατώντας να νοηματοδοτήσουν μια διαδικασία αλλαγής είτε ερμηνεύοντας τη θεραπευτική διαδικασία ως αντισυμβατική ως προς την ατομική τους εκδοχή για την κοινωνική διαβίωση. Για αρκετούς επίσης, το θεραπευτικό σύστημα στο οποίο εντάχθηκαν, παραμένει ακατανόητο και μηχανισμός πίεσης που δεν τους βοηθά σε ό,τι εκείνοι θεωρούν ότι είναι το σημαντικό τους πρόβλημα, είτε νοηματοδοτούν τη χρήση ουσιών που κάνουν, είτε οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα που απορρέει από τη χρήση. Συνήθως, τα άτομα αυτά αποτελούν εκείνους που φεύγουν πολύ νωρίς από τη θεραπευτική διαδικασία.

Αυτοί που παραμένουν περισσότερο στη διαδικασία θεραπείας, φαίνεται να ανακαλύπτουν πεδία και να αντιλαμβάνονται με νέο τρόπο τη σύνδεση και τη σύνθεσή τους και να δίνουν αξία και νόημα σε στοιχεία που βρίσκουν στη θεραπευτική κοινότητα. Τέτοια στοιχεία είναι οι σχέσεις που αναπτύσσουν στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας, η ειλικρίνεια η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια του περιβάλλοντος που ευνοούν τη διαμόρφωση στενών σχέσεων με συναισθηματικό δέσιμο, αλλά, κυρίως, ένα τρόπος διαμόρφωσης στρατηγικής για την οργάνωση της ζωής τους. Μια προσωπική, δηλαδή στρατηγική, που αποτελεί επί της ουσίας και έναν μηχανισμό άμυνας με προβλέψεις πρακτικών ελιγμών σε καταστάσεις κρίσης. Αρκετοί αναφέρουν ότι εκπαιδεύτηκαν μέσα από το βιωματικό τρόπο που έζησαν τη διαδικασία στη θεραπευτική κοινότητα να συντάσσουν ένα προγραμματισμό για τη ζωή τους, που περιλαμβάνει οργάνωση στοχοθεσίας και ανεύρεσης τρόπων επίτευξης. Μέθοδο δηλαδή, που τους επιτρέπει να επινοούν τεχνικές επίτευξης.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ανοίγουν για τη θεραπευτική κοινότητα ένα μεγάλο δίλημμα. Κάποιο άνθρωποι αποχωρούν νωρίς χωρίς να προλάβουν να αντιληφθούν ότι η θεραπευτική κοινότητα μπορεί να αποτελεί μια ευκαιρία για την απεξάρτηση τους. Για αυτούς η θεραπευτική κοινότητα οφείλει να βρει τρόπους διαμόρφωσης νοήματος, ώστε να κατανοηθεί και με γνωστικό έκτος από βιωματικό τρόπο, τρόπο τον οποίο έτσι και αλλιώς υιοθετεί, ώστε να τους προστατέψει από την πρόωρη απομάκρυνση από το θεραπευτικό πρόγραμμα και έτσι να τους δώσει τη δυνατότητα να παραμείνουν περισσότερο στο σύστημα και να είναι σε θέση να αξιοποιήσουν περισσότερο τη θεραπεία. Και όταν ακόμα όμως κάποιος διακόπτει τη θεραπεία, είναι ανάγκη να παραμείνει σ΄ ένα πλαίσιο υποστήριξης υπό την έννοια ότι οφείλει να έχει την ευκαιρία αξιοποίησης παράλληλων δομών ή άλλων

υπηρεσιών που με κάποιο τρόπο θα τον προστατεύουν απέναντι στους σοβαρούς κινδύνους της υποτροπής. Στη βάση αυτή η θεραπευτική κοινότητα θα πρέπει να βρει εκτός από τα βιωματικά, συμπεριφορικού τύπου στοιχεία και τεχνικές που διαθέτει και εφαρμόζει στις πρώτες φάσεις της θεραπείας, την περίοδο δηλαδή που θεωρεί κάποιον ως οντότητα με συναισθηματική ανωριμότητα, και στοιχεία γνωστικού τύπου. Οφείλει, δηλαδή, να μελετήσει, να διαμορφώσει και να εφαρμόσει και γνωστικού τύπου διαδικασίες οι οποίες μπορούν να λειτουργήσουν εκπαιδευτικά για τους ανθρώπους κατά την πρώτη περίοδο, ώστε να κατανοούν αυτό που συμβαίνει, αυτό που βιώνουν και αυτό που ζουν στην καθημερινότητα τους στη θεραπευτική κοινότητα.

6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

6.3.1. Το πεδίο της κλινικής πρακτικής

Οι προοπτικές που διαμορφώνουν πεδία στα οποία μπορούν να συγκροτηθούν συγκεκριμένες προτάσεις που αφορούν στην κλινική πρακτική στη θεραπευτική κοινότητα, έχουν να κάνουν με τα θέματα που μένουν ανοικτά από τη παρούσα έρευνα. Ένα ζήτημα που προκύπτει παρά πολύ καθαρά είναι το γεγονός ότι πολύ σοβαρά το κλινικό περιβάλλον οφείλει να εστιάσει όχι μόνον στη χρήση παρανόμων ουσιών αλλά και στη χρήση αλκοόλ. Πολλοί από όσους διέκοψαν τη χρήση ουσιών κάνουν βαριά χρήση αλκοόλ για μια περίοδο αρκετά μεγάλη. Και από την άλλη, όμως μεριά, πολλοί από όσους υποτροπίασαν ξεκίνησαν την πορεία υποτροπής τους με τη χρήση αλκοόλ. Το αλκοόλ είναι ένα από τα σημαντικά πεδία που πρέπει να προσέξει η θεραπευτική διαδικασία στη θεραπευτική κοινότητα.

Ένα δεύτερο στοιχείο το οποίο προκύπτει από αυτή την έρευνα είναι ότι οι γυναίκες παρόλο που μένουν περισσότερο στη θεραπευτική κοινότητα τελικά παρουσιάζουν χαμηλότερους δείκτες αποτελεσματικότητας από ότι οι άνδρες. Οι γυναίκες που θα μείνουν στη θεραπευτική κοινότητα θα παραμείνουν γενικά περισσότερο. Από όσες όμως, φύγουν σπάνια κάποια θα επιστρέψει στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό ενδέχεται να συνδέεται με το γενικό κλίμα και τη ατμόσφαιρα στη θεραπευτική κοινότητα που μπορεί να θεωρηθεί ανδροκρατούμενο. Και μόνον από την ποσόστωση του φύλου στη θεραπευτική κοινότητα κατανοείται η δυσκολία επιβίωσης των γυναικών μέσα στο θεραπευτικό σύστημα. Οι ίδιες οι γυναίκες αναφέρθηκαν και στην παρούσα έρευνα για αποταυτοποίηση φύλου, για μη αναγνώριση της διαφορετικότητας και των ιδιαιτεροτήτων του φύλου. Σ΄ αυτό η θεραπευτική κοινότητα χρειάζεται να δώσει σημαντική προσοχή ώστε να βοηθήσει τη μειονοτική ομάδα που στην περίπτωση χαρακτηρίζεται από το φύλο και αφορά τις γυναίκες, σε άλλες όμως περιπτώσεις μπορεί είναι εθνική, σεξουαλικής προτίμησης ή ακόμα και ατόμων με φυσική αναπηρία. Κάθε μια από τις ομάδες αυτές υπόκειται σε αντίστοιχες συνθήκες πίεσης.

Από τα παραπάνω προκύπτει η προστιθέμενη αξία της θεραπείας. Οι γυναίκες εμφανίζονται με χαμηλότερους δείκτες αποτελεσματικότητας κυρίως γιατί δεν επιστρέφουν στη θεραπεία. Στη βάση αυτή το θεραπευτικό αποτέλεσμα όπως συχνά έχει υποστηριχθεί αποτελεί την έκβαση μιας σειράς θεραπευτικών επεισοδίων και δεν νοείται σαν το αποτέλεσμα της τελευταίας θεραπευτικής εμπειρίας. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό τα θεραπευτικά προγράμματα να μη λειτουργούν αποσπασματικά και αποκλειστικά αλλά να διαμορφώνουν συνθήκες ανοικτής πρόσβασης που επιτρέπουν την επιστροφή στο θεραπευτικό σύστημα όσων διακόπτουν τη θεραπευτική τους προσπάθεια.

Ένα επιπλέον στοιχείο αποτελεί το ζήτημα των νομικών προβλημάτων που έχουν οι εξυπηρετούμενοι στη θεραπευτική κοινότητα. Σημαντική και στοχευμένα προσεκτική οφείλει να είναι η υποστήριξη των συμμετεχόντων στη θεραπευτική κοινότητα σε θέματα νομικής φύσης δεδομένου ότι οι συχνές και αρκετές φορές σοβαρές νομικές εκκρεμότητες τους μπορεί να θέτουν σε διακινδύνευση το θεραπευτικό αποτέλεσμα με μια εκ νέου εμπλοκή τους με το ποινικό σύστημα. Η υποστήριξη αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση σε νομικά θέματα, ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης καθώς και τα μέτρα

που μπορεί να συνθέτουν ευεργετήματα για του θεραπευόμενους, όπως επίσης και η δικτύωση με τις δικαστικές υπηρεσίες ώστε να είναι ενήμερες για τα νέα δεδομένα αλλά και την πολλαπλή χρησιμότητα της θεραπείας.

Όπως, επίσης, οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα αναφέρουν, χρειάζεται πολύ προσοχή στο σχεδιασμό υποστήριξης επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης για τι αποτελεί ένα από τους κύριους μοχλούς ένταξης των ατόμων που παρακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επαγγελματικού τύπου χρειάζεται να βρίσκεται τρόπος να πιστοποιείται ώστε να διευκολύνονται στη διαδικασία ένταξης στην αγορά εργασίας αλλά με τρόπο που δεν θα συντηρεί το στιγματισμό των άτομα σε κατά την αναζήτηση απασχόλησης.

Τον πρώτο καιρό στη θεραπευτική κοινότητα χρειάζεται να αντιμετωπισθεί το φαινόμενο της πρόωρης διακοπής υπό την έννοια της διαμόρφωσης όρων που θα επιτρέπουν τη σταδιακή αλλαγή. Συχνά η θεραπευτική κοινότητα εφαρμόζει μεθόδους κατά την εισαγωγή των ατόμων που τα πιέζει να πάρουν πολύ σύντομα αποστάσεις από την προηγούμενη ζωή τους. Αυτή η σφοδρή απαιτούμενη μετατόπιση που συνδέεται με την έναρξη αλλαγών συμπεριφοράς, σε πολλές περιπτώσεις θέτει τα άτομα σε περαιτέρω αποδιοργάνωση καθώς μπορεί να εκλάβουν αυτή την υποχρέωση ως μια γενικευμένη απογύμνωση των προσωπικών τους εμπειριών και στοιχείων και να τα θέσει μπροστά σε σημαντικά – αν και συχνά στρεβλά – διλήμματα. Δεδομένου ότι αυτή αποτελεί μια πρώτη περίοδο στη θεραπευτική διαδικασία όταν, δηλαδή, ακόμα δεν έχει αποκατασταθεί μια σχέση ασφάλειας και εμπιστοσύνης με το θεραπευτικό σύστημα πολλά άτομα ενδέχεται να επιλέξουν την διακοπή από το πρόγραμμα ιδιαίτερα αν δεν διαθέτουν ισχυρό κίνητρο.

Σε ότι αφορά στις κεντρικές επιλογές της μεθόδου στη θεραπευτική κοινότητα τα άτομα αναφέρουν ότι θέλουν να είναι περισσότερο και νωρίτερα κοντά στην κοινωνική πραγματικότητα από την οποία προσωρινά απομακρύνονται για λειτουργικούς λόγους που συνδέονται με τη διακοπή της χρήσης ουσιών που κάνουν. Επιθυμούν, ενώ συνεχίζουν τη θεραπεία τους να είναι πολύ περισσότερο εμπλεκόμενοι και συμμέτοχοι μ΄ αυτό που συμβαίνει κοινωνικά εκτός κοινότητας και να μην εξαντλούν την κοινωνική τους σύνδεση και συναλλαγή με την ήδη περιορισμένη κοινωνικότητα που στη θεραπευτική κοινότητα υφίσταται. Οι θεραπευτικές κοινότητες οφείλουν να βασίζουν την παρέμβασή τους στην αλληλεπίδραση και την ανατροφοδότηση που η κοινωνία παρέχει.

Η ασφάλεια με την οποία επενδύει η θεραπευτική κοινότητα την απομάκρυνση των ατόμων από το περιβάλλον τους και την αποκοπή τους από το οικείο ή το κοινωνικό περιβάλλον τους γίνεται αντιληπτό από μια σημαντική μερίδα ατόμων ως μια βασανιστική διαδικασία και γίνεται αφορμή σε πολλές περιπτώσεις να διακόψουν τη θεραπεία. Η θεραπευτική κοινότητα αποκλείοντας συλλήβδην για μια περίοδο οποιαδήποτε σχέση ή επαφή των ατόμων με τον «έξω κόσμο» διαμορφώνει έναν νέο ιδιότυπο αποκλεισμό από το αρνητικό παρελθόν που από τη μια μεριά συνδέεται με τη χρήση ουσιών και από την άλλη συμβολίζει το πλαίσιο μιας ζωής που χρειάζεται να εγκαταλειφθεί. Η αντίφαση βρίσκεται στο ότι υποστηρίζει πως επιχειρεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να επανενταχθούν σε μια κοινωνία διαφορετική από την προηγούμενη υπονοώντας ότι έχει σημασία η επιλογή. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται να επανεξετασθεί ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται αυτό ο ιδιότυπος αποκλεισμός που επιβάλλεται με την ένταξη στη θεραπευτική διαδικασία.

Χρειάζεται, επιπλέον, οπωσδήποτε προσοχή ο τρόπος με τον οποίο εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες που απαρτίζουν το κλινικό, κυρίως, προσωπικό της θεραπευτικής κοινότητας. Το θεραπευτικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται είναι εύφορο στην ανάπτυξη συστηματικών όρους που σχηματοποιούν λειτουργικές φιγούρες εξουσίας επενδυμένες με ηθικού χαρακτήρα στοιχεία. Είναι σημαντικό στη διαδικασία της θεραπείας και του βιώματος μιας καθημερινότητας που την εσωκλείει το σύστημα να διαθέτει εγρήγορση, να αναζητά να εντοπίζει και να αντιμετωπίζει φαινόμενα κατάχρησης εξουσίας. Η εποπτεία χρειάζεται να

είναι μια διαρκής διαδικασία που εξασφαλίζει τρόπους ανάδειξης και λειτουργικής αντιμετώπισης ανάλογων φαινομένων (Tsibukli and Wolff, 2003a, 2003b).

Η αντιπαραθετική διαδικασία που αποτελεί ένα κύριο στοιχείο της θεραπευτικής κοινότητας προϋποθέτει την αντίθεση στο αρνητικό που ορίζεται από τις συνθήκες και τις αρχές που λειτουργούν στη θεραπευτική κοινότητα. Προϋποθέτει, όμως επίσης, την εστίαση στο αρνητικό με το οποίο αντιπαρατίθεται το σύστημα. Αν και η έλλειψη αντίστασης στο σύστημα μπορεί συχνά να θεωρηθεί αδόκιμη προσαρμογή και να τύχει ακυρώσεων η ίδια αντίσταση στην οποία επίσης αντιπαρατίθεται το σύστημα γίνεται όχι πάντα με όρους εκπαιδευτικής διαδικασίας που έχει ως αποτέλεσμα την ωρίμανση που αποτελεί προσδοκώμενο για το σύστημα, αλλά σύγκρουση και αμφισβήτηση και, ως εκ τούτου, από την αντιπαράθεση ενισχύεται το ίδιο το σύστημα. Αυτή, όμως, η αντιπαράθεση αρκετές φορές διαμορφώνει καταστάσεις σημαντικής συναισθηματικής ανασφάλειας που μπορεί να οδηγήσει αρκετά άτομα στη διακοπή. Τρόποι που μπορούν αν μειώσουν αυτή την πίεση, και μάλιστα να την θετικοποιήσουν υπό την έννοια της σηματοδότησης της ως πεδίου που συνδέεται με σημαντικές προσωπικές αλλαγές σε ότι αφορά συγκροτημένες επιλογές σχετίζεσθαι και κοινωνικής διαπραγμάτευσης, συνδέονται με την παράλληλη ενίσχυση του ατόμου και ανάδειξη θετικού του οποίου το ίδιο είναι φορέας αλλά και του θετικού που μπορεί να προσφέρει το σύστημα ακόμα και μέσω διαδικασιών αντιπαράθεσης. Παράλληλα η μείωση της πίεσης με τεχνικές που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα υποδεικνύουν και μπορούν να ενταχθούν στη θεραπευτική κοινότητα όπως ασκήσεις χαλάρωσης, περισσότερο διαχείριση ελεύθερου χρόνου, οργάνωση προσωπικού χρόνου εκτός διαδικασιών προγραμματισμού στο θεραπευτικό πρόγραμμα, οφείλουν να μελετηθούν ως προοπτική υιοθέτησης.

6.3.2. Το πεδίο της έρευνας

Οι αναδρομικού τύπου μελέτες παρουσιάζουν πολλούς περιορισμούς που συνδέονται με τις δυσκολίες χρήσης των πληροφοριών του παρελθόντος. Οι περιορισμοί που σχετίζονται με τον εντοπισμό των ατόμων που καλούνται να αποτελέσουν τα υποκείμενα της έρευνας, όσο όμως και τη σύγκριση των πληροφοριών μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών – από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την επανεξέταση- που όσο μεγαλύτερη είναι η απόστασή τους τόσο σημαντικότερες θα είναι διαφορές - αποτελεί ένα από τα βασικά σημεία της μεθοδολογίας των ερευνητικών ανάλογων σχεδίων. Ως εκ τούτου, είναι προτιμότερο τα θεραπευτικά συστήματα, και ιδιαίτερα οι θεραπευτικές κοινότητες, να χρησιμοποιούν από την αρχή της ένταξης των ατόμων συμβόλαια ένταξης σε ερευνητικά πρωτόκολλα ώστε να τους έχουν ευκαιρία στο μέλλον να παρακολουθούν με μεγαλύτερη ευκολία και πιστότητα ερωτήματα που θα ήθελαν να διερευνήσουν. Πολλές επιμέρους στοχευμένες μελέτες οι οποίες θα μπορούσαν γίνουν στο πλαίσιο μιας προοπτικής έρευνας δεν είναι δυνατό να γίνουν στην αναδρομική μελέτη. Η αναδρομική μελέτη εκ των πραγμάτων είναι περιορισμένη στη διερεύνηση του αποτελέσματος κυρίως.

Σημαντικά θέματα που αποτελούν θέματα διερεύνησης στο κλινικό επίπεδο και αφορούν την έρευνα είναι το πεδίο των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας ή τη διαμήκυνση της παραμονής. Χρειάζεται να έχει τη δυνατότητα το θεραπευτικό σχέδιο να περιλαμβάνει στοιχεία που οι παράγοντες αυτοί αναδεικνύουν ώστε να προλαμβάνει την πρόωρη αποχώρηση και να ενισχύει την παραμονή.

Απαιτείται, επίσης, ενδελεχής έρευνα στο μέρος των διαδικασιών ένταξης στη θεραπευτική κοινότητα για το κατά πόσο συμβάλλουν, είτε στην ομαλή ένταξη του εξυπηρετούμενου στη θεραπευτική κοινότητα και στην παραμονή του στη θεραπευτική διαδικασία είτε στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας.

Χρειάζεται, επιπροσθέτως, να διερευνηθεί με προσοχή ποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ατόμων ταιριάζουν σε ποια χαρακτηριστικά κοινότητας. Θα πρέπει οι θεραπευτικές

κοινότητες να προσαρμοσθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες των εξυπηρετουμένων – εργαζόμενοι έφηβοι, μητέρες και άλλες ιδιαιτερότητες - και να μην αποτελούν έναν ενιαίο μοντέλο για όλους.

Σε βάθος, χρειάζεται να εξετασθεί, επίσης, ο ρόλος του επαγγελματία στη θεραπευτική κοινότητα και να εξετασθεί κατά πόσο η συγκεκριμένη εκπαίδευση μπορεί να αξιοποιηθεί στη θεραπευτική κοινότητα. Είναι από την άλλη μεριά κεντρικής σημασίας η διερεύνηση της ίδιας της θεραπευτικής κοινότητας ως μεθόδου με την έννοια της αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας που η θεραπευτική κοινότητα υιοθετεί σε σχέση με το ρόλο του προσωπικού ως ειδικού.

Σε κάθε περίπτωση και κυρίως σε ότι αφορά την ελληνική πραγματικότητα στον τομέα της έρευνας υπάρχουν μερικά σημεία τα οποία οφείλουν προσοχής. Το πρώτο αφορά μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα στις διάφορες μεθόδους που εφαρμόζονται ώστε να υπάρχει ένα δείγμα αποτελεσματικότητας σε αντιστοιχία με την τυπολογία των υπηρεσιών. Η έρευνα αποτελεσματικότητας – ιδιαίτερα στο επίπεδο των πολιτικών αποφάσεων για την κοινωνική πολιτική – έχει μεγαλύτερη σημασία όταν δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων και συνδυαστικών αποτελεσμάτων.

Το δεύτερο συνδέεται με μια μελέτη κόστους ωφέλειας. Η συστηματική μελέτη του αποτελέσματος σε σχέση το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών σε όσο μεγαλύτερο εύρος είναι δυνατό και σε σύγκριση με το κοινωνικό όφελος που η θεραπεία παράγει, θα επιτρέψει μια ορθολογική προσέγγιση με πολλαπλή ωφέλεια.

6.3.3. Το πεδίο της πολιτικής

Η θεραπευτική κοινότητα εμφανίζεται ως ένα μοντέλο το οποίο παράγει αποτελέσματα. Όπως και σε άλλες σχετικές μελέτες στο εξωτερικό οι θεραπευτικές κοινότητες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές για περίπου τους μισούς που εισάγονται στη θεραπευτική κοινότητα και για τη μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που ολοκληρώνουν τον προτεινόμενο θεραπευτικό σχεδιασμό ως προς τα βασικά κριτήρια της αποτελεσματικότητας που περιλαμβάνουν την απόχή από τη χρήση ουσιών, αλλά και την κοινωνική ένταξη με όρους απασχόλησης και αποχής από παραβατική συμπεριφορά. Συγκρίνοντας μάλιστα αυτά τα αποτελέσματα με άλλες μελέτες που προαναφέρθηκαν, η αποτελεσματικότητα των ελληνικών θεραπευτικών κοινοτήτων εμφανίζεται να παράγει θετικότερα αποτελέσματα. Αποτελεί επομένως για το εθνικό δίκτυο υπηρεσιών ένα από τα μοντέλα άξονες στα οποία μπορεί η εθνική στρατηγική να επενδύσει και για τα οποία χρειάζεται να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε περισσότερους εξαρτημένους. Στη βάση αυτή, και δεδομένου ότι η ποικιλία των υπηρεσιών από τη μια μεριά και η διευκόλυνση πρόσβασης από την άλλη αποτελούν παράγοντες αποτελεσματικότητας του συνολικού συστήματος υπηρεσιών του εθνικού δικτύου, η ανάπτυξη υπηρεσιών σε περιοχές που δεν υπάρχουν, διαμορφώνουν συνθήκες αποτελεσματικότερης κοινωνικής πολιτικής.

Επιπλέον το γεγονός ότι οι θεραπευτικές κοινότητες φαίνεται να προκαλούν λιγότερες αντιδράσεις από τους κατοίκους στις περιοχές που οι νέες υπηρεσίες εγκαθίστανται, εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν, σε σύγκριση με υπηρεσίες άλλου τύπου (προγράμματα υποκατάστασης, ή συντήρησης) σε γενικές γραμμές φαίνεται να γίνονται ευκολότερα αποδεκτές από το κοινωνικό περιβάλλον. Το φαινόμενο της δημόσιας παρενόχλησης αποτελεί για πολλούς ένα από τα μείζονα κριτήρια, πλέον, για την ίδρυση και τη λειτουργία θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης. Με δεδομένο ότι τα ολιστικά θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή και κυρίως χωρίς υποκατάστασα μπορούν να εντάσσονται στον κοινωνικό ιστό με υψηλούς δείκτες αποδοχής είναι ένα σημείο που απαιτείται να λαμβάνεται υπόψη. Τόσο ο τρόπος προετοιμασίας της ευρύτερης κοινότητας, όσο και οι επαφές με το γειτονικό περιβάλλον αλλά και το γεγονός ότι δεν γίνεται χρήση ουσιών στη θεραπευτική κοινότητα, συμβάλλουν στην απροθυμία

διαμόρφωσης χώρων συγκέντρωσης χρηστών που δεν απευθύνονται για θεραπεία στην θεραπευτική κοινότητα. Αυτό αποσυμφορίζει από φόβους και αποστιγματίζει τη θεραπευτική κοινότητα επιφυλάσσοντας της περισσότερο φιλόξενη διάθεση από τους περιοίκους και της επιτρέπει να λειτουργήσει σε κεντρικές συνοικίες της πόλης. Αυτό διευκολύνει τη διαρκή κοινωνική συναλλαγή των εξυπηρετουμένων στη θεραπευτική κοινότητα με την κοινωνική πραγματικότητα και ενισχύει την κοινωνική τους ένταξη.

Ένα προκλητικό πεδίο με το οποίο χρειάζεται να αναμετρηθεί η εθνική στρατηγική είναι η δυνατότητα συνεργασίας των διαφόρων υπηρεσιών που αξιοποιούν διαφορετικές μεθόδους και ανήκουν σε διαφορετική τυπολογία. Η δικτύωση των υπηρεσιών των δύο διαφορετικών μοντέλων, των προγραμμάτων, δηλαδή, υποκατάστασης με τις θεραπευτικές κοινότητες κάτω από συγκεκριμένα ορισμένες συνθήκες μπορούν να μεγιστοποιήσουν τη δυνατότητα της θεραπείας. Τα προγράμματα υποκατάστασης ως γνωστό έχουν υψηλότερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία ενώ η θεραπευτική κοινότητα με μικτότερα ποσοστά παραμονής εμφανίζεται περισσότερο αποτελεσματική σε μελέτες μακροπρόθεσμης επανεξέτασης. Ως εκ τούτου χρειάζεται να διερευνηθεί ο συνδυασμός αυτών των μοντέλων και η αξιοποίηση τους από κοινού ενδεχομένως σ΄ ένα πιλοτικό ερευνητικό πρόγραμμα, είτε σε συνεργασία των φορέων μεταξύ τους.

Η εξασφάλιση της βιωσιμότητας των προγραμμάτων αποτελεί παράγοντα αποτελεσματικότητας. Ο τρόπος διοίκησης των θεραπευτικών προγραμμάτων, η χρηματοδότηση τους, ο τρόπος εκπαίδευσης του προσωπικού, οι διαδικασίες πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού διαμορφώνουν, όλα όρους αποτελεσματικής παρέμβασης. Η φροντίδα της πολιτείας θα πρέπει να μεριμνά για τη σταθερότητα των πολιτικών που θα διευκολύνουν την απρόσκοπτη λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων μέσω σταθερών αρχών οικονομικής πολιτικής που δεν θα επηρεάζονται από εξωγενής παράγοντες.

Σημαντικό μέρος της πολιτικής επεξεργασίας είναι η ανάπτυξη όρων που διευκολύνουν την ένταξη των ατόμων στην κοινωνία. Στοιχεία που ενισχύουν την συστηματική και δομική ένταξη των πρώην εξαρτημένων είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η επαγγελματική κατάρτιση και η προώθηση στην αγορά εργασίας. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να μειωθούν οι κίνδυνοι της υποτροπής και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα. Η κοινωνική πολιτική συνδέεται, επίσης, με πολιτικές διευθέτησης των υποθέσεων που από το παρελθόν βαραίνουν τους πρώην εξαρτημένους σε επίπεδο ποινικό ή νομικό. Οι πρώην εξαρτημένοι έχουν ένα φορτίο στιγματισμού ως κληρονομιά από την προηγούμενη τους εμπειρία που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη διεκδίκηση σημαντικών στοιχείων που συγκροτούν την κοινωνική τους ένταξη. Η νομικού τύπου πιστοποίηση της παραβατικής τους συμπεριφοράς συχνά τους αποκλείει από τη δυνατότητα εργασίας στο δημόσιο ή τον ευρύτερα δημόσιο τομέα όπου και η εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών και εφαρμογής ευεργετημάτων για μειονεκτούντες είναι πιθανότερη. Η πριμοδότηση των πρώην εξαρτημένων για την ένταξη τους στην αγορά εργασίας, η διασφάλιση συνθηκών διευκόλυνσης στη διαδικασία ένταξης με διάφορα διαμεσολαβητικού τύπου γραφεία ή υπηρεσίες αποτελεί έναν παράγοντα αποτελεσματικής κοινωνικής πολιτικής υπό την έννοια ότι ενισχύει τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Από την άλλη μεριά οι εργοδοτικοί φορείς χρειάζεται να τύχουν ενδελεχούς, πραγματικής και σύγχρονης ενημέρωσης ώστε να είναι σε θέση να υλοποιήσουν προγράμματα που προσφέρονται αποφεύγοντας στερεοτυπικές κοινωνικές συμπεριφορές.

Η θεραπευτική κοινότητα μπορεί να είναι αποτελεσματική είτε λειτουργώντας στο πλαίσιο της κοινότητας, είτε στο πλαίσιο των νοσοκομείων, είτε στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Ως, όμως, προϋπόθεση αποτελεσματικότητας παραμένει ή ηθελημένη από το άτομο συμμετοχή στο πρόγραμμα απεξάρτησης. Δεδομένου ότι η θεραπευτική κοινότητα συγκεντρώνει πολλά από τα χαρακτηριστικά ολοπαγών συστημάτων, χωρίς την ηθελημένη

συμμετοχή μπορεί εύκολα να εκπέσει σ΄ έναν μηχανισμό συμμόρφωσης και μόνον και να οδηγεί στον ιδρυματισμό ή στην περαιτέρω περιθωριοποίηση.

6.4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη μελέτη αυτή επιχειρήθηκε να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής κοινότητας ως μοντέλο στη διαδικασία ενίσχυσης της κοινωνικής ένταξης των ατόμων που είχαν προβλήματα με την εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες.

Το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας αναπτύχθηκε στην Αγγλία λίγο μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στο πλαίσιο των θεσμών ψυχιατρικής φροντίδας ενώ στις εφαρμόσθηκε ΗΠΑ στο τέλος της δεκαετίας του ’50. Αμερικανικές και Βρετανικές θεραπευτικές κοινότητες διαφέρουν ως προς την καταγωγή και τους στόχους και διαμόρφωσαν διαφορετικά χαρακτηριστικά κατά την ανάπτυξη του μοντέλου που συγκροτούν με συχνά αντιφατικές πτυχές.

Κύριο πληθυσμό στόχο των βρετανικών θεραπευτικών κοινοτήτων που ονομάζονται και «*δημοκρατικές*» (*democratic*) αποτελούν άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο ή τις παρυφές του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αξιοποιώντας κατά βάση επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Οι αμερικανικές θεραπευτικές κοινότητες που χαρακτηρίζονται και ως «*ιεραρχημένες*» (*concept based*) αναπτύχθηκαν σαν απάντηση στην επιδημική έκρηξη της κατάχρησης οπιωδών και εστίασαν σε πληθυσμούς που ήταν εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες. Στο πλαίσιο της λειτουργίας των αμερικανικών θεραπευτικών κοινοτήτων απασχολούνται πρώην χρήστες ουσιών και αναπτύχθηκαν στην περιφέρεια και ανεξάρτητα από το επίσημο δίκτυο υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.

Αν και η ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην υπόλοιπη Ευρώπη υιοθέτησε το αμερικανικό πρότυπο, δεν είναι λίγες οι ευρωπαϊκές θεραπευτικές κοινότητες που επηρεάστηκαν στην οργάνωση, τις μεθόδους και τη λειτουργία τους από το μοντέλο της βρετανικής εμπειρίας. Στην Ελλάδα το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του ’80 κάτω στη βάση ανάπτυξης των ολλανδικών θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένους χρήστες ουσιών Emilehoeve και Breegwestee και ως εκ τούτου φαίνεται να εντάσσεται – τουλάχιστον κατά την πρώτη φάση ανάπτυξης του - στην αμερικανική παράδοση των θεραπευτικών κοινοτήτων. Ανάλογου τύπου θεραπευτικές κοινότητες υπάρχουν στην Αγγλία (Phoenix House, Alpha House, Ley Community), στην Ιταλία (Koine-Ceis, Exodus-Opera Don Calambria, La Torre), στο Βέλγιο (Trempoline), στη Ισπανία (Projecto Hombre), στη Γερμανία (Step), στη Νορβηγία στη Σουηδία αλλά και σε όλες σχεδόν τις νέες – ανατολικές - χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ένα από τα βασικά θέματα στην αντιμετώπιση της εξάρτησης είναι η αποτελεσματικότητα των δομών που παρέχουν θεραπευτική φροντίδα για την απεξάρτηση και συνδράμουν στην κοινωνική ένταξη των (πρώην) εξαρτημένων. Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί μια από τις τρεις βασικές κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται οι υπηρεσίες απεξάρτησης και συχνά στις μελέτες αποτίμησης του αποτελέσματος της θεραπείας εξετάζεται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα αν και λειτουργούν μια εικοσαετία πλέον δεν έχει ενταχθεί σε ένα συστηματικό και σε βάθος σχέδιο έρευνας αποτελεσματικότητας.

Στην παρούσα μελέτη ο βασικός στόχος ήταν να μελετηθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας στις ελληνικές θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούσαν το 2000 ήδη για περισσότερο από πέντε χρόνια ώστε να εξετασθεί ο βαθμός κοινωνικής ένταξης των ατόμων που δέχθηκαν υπηρεσίες απεξάρτησης. Στη συνέχεια η μελέτη εστίασε στην ανάδειξη του ρόλου της χρήσης ουσιών μετά τη θεραπεία στη διαδικασία ένταξης καθώς και στην απομόνωση ομοιοτήτων και διαφορών που έχουν όσοι κάνουν χρήση ουσιών από όσους απέχουν και με ποια επίπτωση στην κοινωνική τους ένταξη. Τέλος σημαντικό στοιχείο αυτής της έρευνας

είναι η διερεύνηση της θεραπευτικής εμπειρίας όπως νοηματοδοτείται από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους ώστε να αποσαφηνισθεί το αν και πώς βοηθήθηκαν από τη θεραπευτική κοινότητα και ως προς τι οι ίδιοι μέσα από την εμπειρία τους θεωρούν ότι η θεραπευτική κοινότητα πρέπει ν΄ αλλάξει ώστε να είναι αποτελεσματικότερη.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που συμπεριλαμβάνεται στο αρχικό μέρος αυτής της μελέτης αποτελεσματικότητας εστίασε στην παρουσίαση και το σχολιασμό των σημαντικών ευρημάτων αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης απεξάρτησης ως προς τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και άλλων σημαντικών παραμέτρων που συνδέονται με την κατάχρηση και την αλλαγή των συνθηκών κοινωνικής ένταξης που βιώνουν τα άτομα που δέχθηκαν θεραπεία. Η συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέρχονται από την κάθε κατηγορία υπηρεσιών απεξάρτησης επιτρέπει την ανάδειξη των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις θεραπευτικές κοινότητες ώστε να μπορεί να υπάρχει μια απευθείας σύγκριση και με τα αποτελέσματα της παρούσα έρευνας. Από τη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν ζητήματα μεθοδολογίας που συγκροτούν βασικά στοιχεία στη διαμόρφωση των πορισμάτων ως προς την αποτελεσματικότητα που συνδέονται με το λειτουργικό ορισμό των εννοιών, την αποσαφήνιση των στόχων της θεραπείας, τη συνέπεια στη θεραπευτική αγωγή, το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία, τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται κατά τη αξιολόγηση, όπως επίσης και στοιχεία που επισημαίνουν οι εξυπηρετούμενοι και συμβάλλουν τόσο στην κατανόησης της εμπειρίας τους, όσο και στο περιβάλλον στο οποίο αυτή βιώθηκε: από τη μια το θεραπευτικό σύστημα – τη θεραπευτική κοινότητα με τις μεθόδους, τις αρχές και την προσέγγιση που ενστερνίζεται – και από την άλλη το γενικότερο περιβάλλον σε μια διαδικασία ένταξης.

Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα αποτελεσματικό μοντέλο για τη θεραπεία της εξάρτησης για όσα άτομα εισάγονται, συμμετέχουν και παρακολουθούν το πρόγραμμα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτά τα άτομα φαίνεται να έχουν σημαντικές πιθανότητες να βρουν πολλαπλές διεξόδους στις δυσκολίες που βίωσαν στο παρελθόν με τη συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών που είχαν αναπτύξει και το σπουδαιότερο, να επιστρέψουν – ή για κάποιους να επιτύχουν να φτάσουν για πρώτη φορά - σε μια κατάσταση πλήρους κοινωνικής αποδοχής και ένταξης.

Ωστόσο η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο έχει επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα: καταρχήν στα άτομα τα ίδια που συχνά επιστρέφουν στη χρήση· στους άλλους θεραπευμένους που βιώνουν το γεγονός ως αποδιοργάνωση του συλλογικής προσπάθειας και ανησυχία για τη συνέχεια της προσωπικής τους πορείας· στους γονείς και τους κοντινούς ανθρώπους τους που βιώνουν την αγωνία και τις δυσκολίες που συνοδεύει την κατάχρηση· και στο προσωπικό, όμως, της θεραπευτικής κοινότητας για το οποίο η αποχώρηση των μελών προκαλεί συναισθηματική ματαίωση και απογοήτευση· όπως επίσης, και στην κοινωνία γενικότερα που ενδέχεται αντιμετωπίζει με επιφυλακτικότητα όχι μόνο τη θεραπευτική κοινότητα αλλά το σύνολο της διαδικασίας απεξάρτησης.

Η πρόκληση για τη θεραπευτική κοινότητα στο μέλλον είναι να συνεχίσει να παραμένει ένας ζωντανός οργανισμός που συνεχώς θα βελτιώνεται, κατανοώντας τις νέες ανάγκες των θεραπευομένων θα αξιοποιεί τα αποτελέσματα της έρευνας ώστε να τα προσαρμόζει καθημερινά σε κλινική πρακτική.

Η παρούσα μελέτη, από ορισμένους μπορεί να θεωρηθεί αυστηρή για το σύστημα της θεραπευτικής κοινότητας, επικρίνοντας μεθόδους και διαδικασίες, κυρίως στην ελληνική εφαρμογή του. Ωστόσο, επιδιώκει να αναδείξει, εκτός από τα θετικά στοιχεία που υφίστανται και αναπτύσσονται στη θεραπευτική κοινότητα, και κάποιες δυσλειτουργίες και αδυναμίες που συχνά από αδράνεια διατηρούνται, δίνοντας αξία στο τυπικό και όχι το ουσιαστικό. Μέσω της ανάδειξης αυτών των αδυναμιών της επιχειρεί να ενισχύσει τους παράγοντες που

θα συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει. Σε κάθε περίπτωση το ζητούμενο είναι η βέλτιστη υπηρεσία προς τους εξαρτημένους.

Κι αυτό γιατί η θεραπευτική κοινότητα είναι ένα εργαλείο που βοηθά ανθρώπους – αποτελεσματικό όπως φάνηκε. Και κάθε εργαλείο όταν δεν χρησιμοποιείται με τον ορθό τρόπο μπορεί και να πληγώσει. Οι άνθρωποι που υποστηρίζει η θεραπευτική κοινότητα έχουν ανάγκη τη φροντίδα που τους παρέχει γιατί είναι ήδη αρκετά πληγωμένοι. Άλλωστε για όφελος αυτών και μόνον οι θεραπευτικές κοινότητες – τουλάχιστον στην Ελλάδα – λειτουργούν.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adesso, U.J. (1995). Cognitive factors in alcohol and drug use. In Galizio and A. Maisto (eds) Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors. New York Plenum Press, pp 179-208.

Allison, M, and Hubbard, R. L. (1985). Drug abuse treatment process: a review of the literature. The International Journal of the Addictions, 20, 1321-1345.

Alterman, A.I., and Cacciola J.S. (1991) The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. Journal of Nervous and Mental Disease,179, 401-9.

American Psychiatric Association - APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association - APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anglin, M.D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. NIDA Research Monographs, 86, 8-34.

Anglin, M.D., Almog, I.J, Fisher, D.G. and Peters K.R. (1989). Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15, 191-207.

Anglin, M.D. and Hser, Y.I. (1990) Treatment of drug abuse. In: Tonry, M., and Wilson, J.Q., (Eds.) Drugs and Crime. Chicago: University of Chicago Press,. pp. 393–460.

Anglin, M.D., Speckart, G.R., Booth, M.W. and Ryan, T.M. (1989). Consequences and costs of shutting off methadone. Psychology of Addictive Behaviors, 14, 307-326.

Anglin, M.D., Weisman, C.P. and Fisher, D.G. (1989). The MMPI profiles of narcotics addicts. I. A review of the literature. The International Journal of the Addictions, 24, 867-880.

Anglin, et al. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addiction, 11, 308 – 323.

Annis, H.M., and Liban, C.B. (1980). Alcoholism in women. In Kalant, O. J. (eds.), Alcohol and drug problem in women. New York: Plenum Press. 385-422.

American Psychiatric Association-APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association-APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aron, W.S. and Daily, D.W. (1976). Graduates and splittees from therapeutic community drug treatment programs: A comparison. International Journal of Addictions, 11, 1-18.

Aseltine, R.H. and Gore, S.L. (2000). The variable effect of stress on alcohol use from adolescence to early adulthood. Substance use and misuse, 35, 5, 643-668.

Babor, T.F., Brown, J., and DelBoca, F.K. (1990) Validity of self-reports inapplied research on addictive behaviors: Fact or fiction? Behavioral Assessment,12, 5-31.

Baekeland, F. and Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological Bulletin, 82, 738-783.

Baekeland, F., Lundwall, L. and Shanahan, T. J. (1973). Correlates of patient attrition in the outpatient treatment of alcoholism. Journal of Nervous and Mental Disease, 157, 99-107.

Baker, O and Mounteney, J (1999). Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA scientific monograph No.3.

Bale, R.N., Van Stone, W.W., Kuldau, J.M., Engelsing, T.M., Elashoff, R.M. and Zarcone, V.P. Jr. (1980). Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. Archives of General Psychiatry, 37, 179-193.

Ball, J.C.and Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment, New York: Springer-Verlag.

Batten, H. L., Horgan, C. M., Prottas, J. M., Simon, L. J., Larson, M. J., Elliott, E. A., Bowden, M. L., & Lee, M. T. (1993). Drug Services Research Survey, Phase I final report: Non-correctional facilities (revised; submitted to the National Institute on Drug Abuse). Waltham, MA: Institute for Health Policy, Brandeis University. [Available at http://www.oas.samhsa.gov/dsrs.htm]

Batten, H. L., Prottas, J. M., Horgan, C. M., Simon, L. J., Larson, M. J., Elliott, E. A., and Marsden, M. E. (1992). Drug Services Research Survey, final report: Phase II (submitted to the National Institute on Drug Abuse). Waltham, MA: Institute for Health Policy, Brandeis University. [Available at http://www.oas.samhsa.gov/dsrs.htm]

Bandura, A. (1977) Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Baukeland, F. and Lundwall, L. (1975) Dropping out of treatment: a critical review. Psychological Bulletin, 82, 738-783.

Bean P.T. and Nemitz T. (2004) Drug treatment: what works? London: Routledge.

Beck, A.T. (1972). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Becker, H.S. (1963). Outsiders. New York: Free Press, NY.

Beckman, L.J. and Barsdley, P. E. (1986). Individual characteristics, gender differences and dropout from alcoholism treatment. Alcohol and Alcoholism, 21, 213-224.

Bell, M. D. (1985). Three therapeutic communities for drug abusers: differences in treatment environments. International Journal of the Addictions, 20, 1523-1531.

Bell, M. D. (1983). The perceived Social environment of a therapeutic community for drug abusers. International Journal of Therapeutic Communities, 4, 262-270.

Biase, D. V. (1974). Phoenix Houses: Therapeutic Communities for drug addicts. In G. De Leon (ed.) Phoenix House: Studies in a Therapeutic Community (1968-1973). New York: MSS Information Corporation.

Biase, D. V. (1972). Phoenix Houses: therapeutic communities for drug addicts. A comparative study of residents in treatment. In W. Keup (ed) Drug abuse: current concepts and research. Springfield, Ill.: Thomas

Blanken, P. Hendriks, V. Pozzi, I.G., Tempesta, E., Hartgers, C. Koeter, M. Fahner, E.M., Gsellhofer, B., Kufner, H. Kokkevi, A. and Uchtenhagen, A. (1994) EuropASI. A Guide to Ttaining and Adinistering EuropASI Interviews. Cosst A-6 Project.

Bliss, F. H., Moos, R. H., and Bronet, E. J. (1976) Monitoring change in community-oriented treatment programmes. Journal of Community Psychology, 4, 315-326.

Blumenthal, S.J. (1998). Women and substance abuse: a new national focus. In Wetherington C.L., Roman A.B. (Eds.) Drug addiction research and the health of women. Rockville, MD: NIDA

Boardman, J. D., Finch, B. K., Ellison, C. G., Williams, D. R., and Jackson, J. S. (2001). Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. Journal of Health and Social Behavior, 42, 151-165.

Bray, R.M., Schlenger, W.E., Craddock, G.S., Hubbard, R.L., Rachal, J.V. (1982). Approaches to the assessment of drug use in the treatment outcome prospective study. Research Triangle Park, NC: Research Triangel Institute, 105p.

Bridger, H. (2001). Companionship with humans. In Amado, G. and Ambrose, A. (eds) The Transitional Approach to Change. Karnac Books, London/New York, pp 161-172.

Brook, R.C. (1980). Whitehead P.C. Drug-free Therapeutic Community. New York: Human Science Press.

Brook, R and Whitehead, P.C. (1980). Drug-free therapeutic community: an evaluation. New York: Human Sciences Press.

Brooner, RK, King, VL, Kidorf, M, Schmidt, CW, Bigelow, GE. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opiod abusers. Archives of General Psychiatry,54, 71-80.

Brown, B. S., Hickey, J. E., Chung, A. S., Craig, R. D., and Jaffe, J. H. (1989). The functioning of individuals on a drug abuse treatment waiting list. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15, 261-274.

Bryman, A. (1988). Quantity and Quality in Social Research. Contemporary Social Research (reprinted in 1992). London/New York: Routledge.

Burrell, G. and Morgan, G. (1979). Sociologiacal Paradigms and Organizational Analysis. Heinmann Educational Books, London.

Burus, D.D. (1989). The feeling-good handbook: Using new therapy in every day life. New York: William, Morrow and Co.

Butynski, W., Canova, D., and Rada, J., (1990). State Resources and Services Related to Alcohol and Other Drug Abuse Problems: Fiscal Year 1989, National Association of State, Alcohol and Drug Abuse Directors, Inc., Washington, D.C.

Cadoret, R.J; Thoughton, E; O'Gorman, T.W. and Heywood, E. (1986). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. Archives of General Psychiatry. 43, 1131-1136.

Caplehorn, J.R.M., McNeil, D.R. and Kleinbaum, D.G. (1993). Clinic policy and retention in methadone maintenance. International Journal of Addiction, 28,73-89.

Carroll, J.F.X. and Sobel, B.S., Integrating mental health personnel and practices into a therapeutic community. In DE Leon, G. and Ziegenfuss, J.T., eds. Therapeutic communities for addictions: Readings in Theory, Research and Practice. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1986.

Carlin, A. S., and Strauss, F.F. (1977). Descriptive and functional classification of drug abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 222-228

Carroll, K.M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. Addictive Behaviors, 22, 233-245.

Carroll, K.M. (1997). Enhancing Retention in Clinical Trials of psychological Treatments: Pratical Strategies. In Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J. (eds). Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph 165, Rocville, MD. p. 4-24.

Checinski, K. and Ghodse, H. (2004). Types of treatments for types of patients. In Bean, P. and Nemitz T. (Eds) Drug treatment: what works? London: Routledge, p.31-56.

Clark, J.A. (1965). Opiate addiction. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58, 412-414.

Clark, D.B., Lesnick, L. and Hegedus, A.M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1744 – 1751.

Clark, D.H. (1977). Therapeutic Community. British Journal of Psychiatry, 131, 553-564.

Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science, 236, 410-416.

Cloninger, C; Sigvardsson, S. and Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol use in young adults. Alcoholism, 12, 494-505.

Cloward, R.C. and Ohlin, L.E. (1960). Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs. Glencoe, Ill.: Free Press.

Cohen, A. K. (1966). Deviance and Control. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Cohen, A. K. (1955). Delinquent Boys: The Culture of the Gung. Free Press Glencoe, Ill.

Cohen, L. & Manion, L. (1992) Research methods in education. 3rd Edition. London: Routledge

Collier, W. V. (1973). A profile study on the residents of Daytop Vilage. Journal of Drug Issues, 3, 10-21.

Condelli, W. S. (1989). External pressure and retention in a therapeutic community. International Journal of Therapeutic Communities, 10, 21-33.

Conklin, E. J. (1977). Illegal But Not Criminal. Business Crime in America. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Cronbach, L., J.(1982): Designing Evaluations of educational and Social Problems; San Francisco: Jossey-Bass

Cummings, C., Gordon, J. and Marlatt, G.A. (1980). Relapse Strategies of Prevention and Prediction. In Miller, W.R. (ed) The Additive Behaviors, Oxford U.K. Pergamon Press.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. and Barnekow Rasussen, V. (2004). Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 4. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie, E. (1993). Reckoning: Drugs, the Cities and he American Future. New York: Hill and Wang.

Dawes, M.A., Antelman, S.M., Vanyukov, M.M., Giancola, P., Tarter, R.E., Sussman, E.J. et.al. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. Drug and Alcohol Dependence, 61, 3-14.

Dawson, D. A., Grant, B. F. (1998). Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM -IV alcohol dependence and major depression. J. Stud. Alcohol, 59, 97-106.

De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community. Theory, Model, and Method, New York, Springer Publishing Company

De Leon, G.(1997). Community as method. Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.

De Leon, G. (1994). The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In Tims, F.M., De Leon, G. and Jainchill, N. (Eds.) Therapeutic Community : Advances in research and Applications: National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph Series 144 (NIH Publication No 94-3633). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.

De Leon, G. (1994). Therapeutic communities. In Galanter, M. and Kleber, H.D. (Eds) Textbook of substance abuse treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

De Leon, G. (1991). Retention in drug free therapeutic communities. In Pickens, R.W., Leukefeld, C.G. and Schuster, C.R. (eds) Improving Drug Abuse Treatment. Research Monograph 106, Rockville:NIDA.

De Leon, G. (1991). Therapeutic community for substance abuse: Overview of approach and effectiveness. Psychology of Addictive Behaviors, 3, 140-147.

De Leon, G. (1990). The therapeutic community and behavioral science. The International Journal of the Addictions, 25, 1537-1557.

De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse: what is being learned from research in therapeutic communities. Journal of Psychoactive Drugs, 21,177-188.

De Leon, G. (1986). The therapeutic community for substance abuse: Perspective and approach. In F. De Leon and J. Ziegenfuss (eds.) Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 5-19.

De Leon, G. (1985). The therapeutic community status and evaluation. International Journal of the Addictions, 20, 823-84.

De Leon, G. (1984). The therapeutic community: study of Effectiveness. Research Monograph Series (ADM 84-1286). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

De Leon, G. and Jainchill N. (1986). Circumstances motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. Journal of Psychoactive Drugs, 18, 203-208.

De Leon, G. and Jainchill, N. (1981-1982). Male and female drug abusers: Social and psychological status after treatment in a therapeutic community. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 8, 465–497.

De Leon, G. and Rosenthal, M. S. (1979) Therapeutic Communities. In Dupont, R.L., Goldstein, D. and O' Donnel, J (eds) Handbook on drug abuse. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse, U.S. Government Printing Office.

De Leon, G. and Schwartz, S. (1984). The therapeutic community: What are the retention rates? American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10 (2), 267-284.

De Leon, G., Wexler, H.K.and Jainchill N. (1982). The therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment. International Journal of Addiction, 17, 707-747.

De Leon, G. et al. (1995). Residential drug-abuse treatment research: are conventional control designs appropriate for assessing treatment effectiveness? Journal of Psychoactive Drugs, 27, 85-91.

Deitch, D.A. (2000). Correctional treatment: Current issues and future concerns. Paper presented at the World Federation of Therapeutic Communities Conference, San Francisco, CA, September 2000.

Denzin, N.K. (1989). Interpretive Interactionism. Newbury Park and London: Sage.

Denzin, N.K. (1988). The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods, Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Denzin, N.K. (1970). The Research Act in Sociology: a theoretical introduction to sociological methods, The Butterworth Group, London.

Derogatis, L.R. (1975a). Brief Symptom Inventory. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L.R. (1975). Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Minneapolis, MN: NCS Assessments.

Desmond, P.D., Maddux F. G.; Johnson H. T. and Confer A. B. (1995). Obtaining Follow-up interviews for treatment Evaluation. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 95-102.

Di Clemente, C.C. (2003). Addiction and Change: How Addictions develop and Addicted People Recover. New York: The Guilford Press.

Di Clemente, C.C.; Fairhurst, S.K. and Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.) Self-efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application. New York: Plenum, pp. 109-141.

Dinwiddie, S. H. and Reich, T. (1991). Epidemiological perspectives on children of alcoholics. In Galanter, M. (ed) Recent Developments in Alcoholism: Children of Alcoholics. New York: Plenum Press,

Dole, V.P. (1989). Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic. Journal of the American Medical Association, 262, 1681-1682.

Dole, V.P. and Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. Journal of the American Medical Association, 193, 80-84.

Emmelkamp, M.G., P. and Vedel, E. (2006). Evidence-Based treatment For Alcohol and Drug Abuse: A practitioner's guide to Theory, methods, and Practice. New York and London: Routledge.

Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Dunteman, G.H. and Hubbard, R.L. (1995). Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. Journal of Substance Abuse, 7, 9-26.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2006). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2006, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2005). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2005, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2004). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2004, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2003). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2003 Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2002). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2002 Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2001). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2001, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2000). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2000, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (1999). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 1999, Lisbon

Farrell, M., Ward J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G.V., Des Jarlais, D., Gossop, M. and Strang, J. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. British Medical Journal, 309, 997-1001.

Fergusson, D.M (1993). Conduct problems and attention deficit behavior in middle childhood and cannabis use by age 15. Australian New Zealand Journal of Psychiatry, 27, 673-682.

Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and Behavior: An introduction to theory and research. U.S.A.: Addison Wesley.

Fletcher, B.W., Tims, F.M. and Brown, B.S. (1997). Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS): treatment evaluation research in the United States. Psychology of Addictive Behaviors, 11, 216-229.

Flynn, P. M., Craddock, S. G., Luckey, J. W., Hubbard, R. L. and Dunteman G. H. (1996). Comorbidity of antisocial personality and mood disorders among psychoactive substance-dependent treatment clients. Journal of personality disorders, 10, 56-67.

Flynn, P.M.; Luckey, J.W., Brown, B., Hoffman, J.A., Dunteman, G.H., Theisen, A.C., Hubbard, R.L., Needle, R., Schneider, S.J., Koman, J.J., Vahid, M., Karson, S., Palsgrove, G.L. and Yates, B.T. (1995) Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 21, 153-166.

Fosteri, M. and Papanastasatos, G. (2002). Family and Addiction: effectiveness in relation to family's involvement. In 21st World Conference, WFTC, 17-21 Feb 2002, Australia.

Foucault, M. (1982). Microfisica del Potere, Einaudi, 4a edizione, Torino.

Foucault, M. (1981). Storia della Follia nell' etá classica. Biblioteca Universale Rizzoli, 5a edizione, Milano.

Foucault, M. (1976). Sorvegliare e Punire. Nascita della Prigione. Einaudi, Torino.

Freudenberger, H. J. (1976) The therapeutic community revisited. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 3, 33-43.

Fridell, M. (1999). Evaluating Residential and Institutional Treatment. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Fry, C. and Dwyer, R. (2001) For lover money? An exploratory study of why injecting drug users participate in research. Addiction, 96: 1319-1325.

Gainey, R.R., Wells, E.A., Hawkins, J.D. and Catalano R.F. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. International Journal of Addiction, 28, 487-505.

Galai, N.; Safaeian, M.; Vishov, D.; Bolotin, A.; and Celentano, D. D. (2003). Longitudinal patterns of drug injection behavior in the alive study cohort, 1998-2000. American Journal of Epidemiology, 158, 695-704.

Gerstein, D. R., Datta, A. R., Ingels, J. S., Johnson, R. A., Rasinski, K.A., Schildhaus, S., Talley, K., Jordan, K., Phillips, D. B., Anderson, D. W., Condelli, W. G., and Collins, J. S. (1997). Final Report of the National Treatment Improvement Evaluation Survey (NTIES) SAMHSA, CCAT [και στο http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf].

Gerstein, D.R. and Harwood, H.J. (1990). Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems. Volume 1. Washington, D.C.: National Academy Press.

Gerstein, D.R., Johnson, R.A., Harwood, H., Fountain, D., Suter, N., and Malloy, K.(1994). Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA). Sacramento, CA: Department of Alcohol and Drug Programs.

Gerstley, L.J.; Altreman, A.I.; McLellan, A. T. et al. (1990). Antisocial personality disorders in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? American Journal of Psychiatry 147:173.

Giele, J.Z. and Elder. G.H. Jr. (1998). Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches. London: SAGE Publications.

Glaser, F., Adler F., Moffet, A.D. and Ball, J.C. (1974). The quality of treatment for drug abuse. American Journal of Psychiatry, 131, 598-601.

Goldapple, G.C. and Montgomery, D. (1993) Evaluating a behaviorally based intervention to improve client retention in therapeutic community treatment for drug dependency. Research on Social work Practice, 3, 21-39.

Goodwin, D. (1991). The etiology of alcoholism. In Pittman, D. J. and White, H. R. (Eds) Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined, Rutgers Center of Alcohol Studies: New Brunswick, NJ, 598-608.

Goodwin, D.W. (1984). Studies of familial alcoholism: A review. Journal of Clinical Psychiatry, 45,14-17.

Goodwin, D.W. (1981). Genetic Component of Alcoholism. Annual Review of Medicine. 32, 93-99.

Goodwin, D.W. (1979) Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. Archives of General Psychiatry, 36:57-61.

Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Moller, N. Hermansen, L., Winkur, G. and Guze, S. (1974). Drinking problems in adopted and non adopted sons of alcoholics. Archives of General Psychiatry, 31:164-169.

Gossop, M. (2004). Developments in the treatment of drug problems. In Bean P. and Nemitz T. (Eds) Drug treatment: what works? London: Routledge

Gossop M. (2001). A web of dependence. Addiction, 96, 677-678.

Gossop, M. (1990). Treatment research. In Berridge, V. (ed) Drug research and Policy in Britain: a review of the 1980s. Avebury: Aldershot.

Gossop, M., Mardsen, J. and Stewart, D. (2001). NTORS After Five Years. Changes in Substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake. National Addiction Centre, London.

Gossop, M., Mardsen, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. and Segar, G. (1999). Treatment Evaluation in the UK: The National Treatment Outcome Research Study. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Gossop, M., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A.and Segar, G. (1997). National treatment outcome research study: improvements in substance use problems at 6 months follow-up. Wetherby: Department of Health.

Grant, B.F. and Dawson, D. A. (1999). Alcohol and Drug Use, Abuse and Dependence: Classification, Prevalence and Comorbidity. In McGrady, B.S. and Epstein, E.E. (eds) Addictions, A comprehensive guidebook. Oxford University Press, New York/Oxford.

Green, G.S. (1990). Occupational Crime. Chicago: Nelson-Hall.

Gwinnell, E. and Adamec, C. (2006). The A to Z of Addictions and Addictive Behaviors. New York: Checkmark Books.

Hammersley, M. (1992). What's wrong with ethnography? London: Routledge

Hargreaves, W. A. (1983). Methadone dosage and duration for maintenance treatment. In Cooper, J.R., Altman, F. and Brown B.S. (Eds) Research on the treatment of narcotic addiction: state of the art. Rockville, Md: NIDA

Harrison, P.A. and Belille, C.A. (1987). Women in treatment: Beyond the Stereotype. Journal of Studies on Alcohol, 48, 574-578.

Hartgers, C. and Kokkevi, A. (1996). Psychosocial problems and psychiatric comorbidity among persons seeking treatment for substance abuse or dependence, (in: XXVI International Congress of Psychology, Montreal, 16-21 August 1996) International Journal of Psychology, 31, no.3-4.

Hartnoll, R. (1994). Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator: Definitive Protocol, Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group.

Hawks, R.L. and Chiang, C.N. (1986). Examples of Specific Drug Assays. In Hawks, R.L. and Chiang, C.N. (eds) Urine Testing for Drugs of Abuse. NIDA Research Monograph No.73:84-112

Hendriks, V. (1999). Evaluating Drug Abuse Treatment: Current and Futeture Perspectives. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Hesselbock, M.N. and Hesselbrock, V. (1992). Relationship of family history, antisocial personality disorder traits in young men at risk for Alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 53, 619-625

Hesselbrock, V., Meyer, R. and Hesselbrock, M. (1992). Psychopathology and Addictive Behaviors: The Specific Case of Antisocial Disorder. In O'Brien, C.P. and Jaffe, J.H. (eds) Addictive States. New York: Raven Press, Ltd.

Hibell, B.; Anderson, B. Bjarnason, T.; Ahlstrom, S.; Kokkevi, A. and Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003 – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm: The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hill, S.Y.; Cloninger, C.R.; and Ayre, F.R. (1977). Independent familial transmission of alcoholism and opiate abuse. Alcohol Clinical Experimental Research. 1, 335-342.

Hirschi, T. (1973). Procedural Rules and the Study of Deviant Behavior. Social Problems, 21, 166-171.

Hirschi, T. (1969). Causes of Delinquency. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Holland, S. (1983). Evaluating community-based programs: A model for strengthening inferences about effectiveness. International Journal of Therapeutic Communities, 4, 285-306.

Hough, M. (2000). Evaluation: a "realistic" perspective. In Greenwood, G and Robertson, K., Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. Luxemburg: EMCDDA Scientific Monograph Series No 4.

Hubbard, R.L., Bray, R.M., Craddock, S.G., Cavanaugh, E.R., Schlenger, W.E. and Rachal, J.V. (1986). Issues in the assessment of multiple drug use among drug treatment clients. In Braude, M.C. and Ginzburg H.M. (Eds) Strategies for research on the interactions of drugs of abuse. Rockville, Md.: NIDA

Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J. and Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behavior, 11, 261-278.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Canavaugh, E.R. and Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: A National study of effectiveness. Chapel Hill.: University of North Carolina Press

Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Craddock, S.G. and Cavanaugh, ER (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviours before, during and after treatment. In Tims, F., and Ludford, J. (eds.) Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects. Research analysis Utilization System, Research Monograph Series 31. Rockville: NIDA

Hughes, P.H., Coletti, S.D., Neri, R.L., Urmann, C.F., Stahl, S., Sicilian, D.M. and Anthony, J.C. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: the effect of a child live-in program. American Journal of Public Health, 85, 1149-1152.

Husak, D.N. (1992). Drugs and Rights. Cambridge: Cambridge University Press.

Hyde, K. (1988), Analytic group psychotherapies. Στο Avelin, M and Dryden, W.(eds). Group Therapy in Britain. Milton Keynes: Open University Press.

Inciardi, J. A. (1988). Compulsory treatment in New York: a brief narrative history of misjudgment, mismanagement, and misrepresentation. Journal of Drug Issues, 18, 547-560.

Institute of Medicine (IOM), Committee for the study of Treatment and Rehabilitation Services for Alcoholism and Alcohol Abuse (1990). Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press.

International Narcotics Control Board –INCB (2004) Annual Report of the International Narcotics Control Board for 2003. UNITED NATIONS New York,

International Narcotics Control Board –INCB (2005) Annual Report of the International Narcotics Control Board for 2004. UNITED NATIONS New York,

International Narcotics Control Board –INCB (2006) Annual Report of the International Narcotics Control Board for 2005. UNITED NATIONS New York,

International Narcotics Control Board –INCB (2007) Annual Report of the International Narcotics Control Board for 2006. UNITED NATIONS New York,

Inter-university Consortium for Political and Social Research - ICPSR (2004). California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA), 1991-1993: Methodology Report. Michigan: Ann Arbor,.

Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G. and Yagelka, J. (2000). Adolescents in therapeutic communities: One-year posttreatment outcomes. Journal of Psychoactive Drugs, 32, 81-94.

Joe, G.W. and Simpson, D.D. (1975). Retention in treatment of drug users: 1971-1872 DARP admissions. American Journal of Drug and Alcohol abuse, 2, 63-71.

Joe, G.W., Simpson, D.D. and Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93, 1177-1190.

Joe, G.W. and Simpson, D.D. (1975) Retention in treatment of drug users: 1971-1872 DARP admissions. American Journal of Drug and Alcohol abuse, 2, 63-71.

Jones, M. (1953). The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry. New York: Basic Books.

Jones, M. (1968a). Social Psychiatry in Practice. Harmondsworth: Penguin.

Jones, M. (1968b). Beyond the therapeutic community. New Haven, Conn.: Yale University Press.

Kaminer, Y. (1994). Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice. New York, NY: Plenum Press.

Kantor, G. K. and Strauss, M. A. (1989). Substance Abuse as a Precipitant of Family Violence Victimization. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15.

Kennard, D. (1983). An introduction to therapeutic communities. London: Rutledge and Kegan Paul.

Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Aronson.

Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. American Journal of Psychiatry, 142:1259.

Kiesler,, D. J. (1999). Beyond the Disease Model of Mental Disorder. Westpost, Ct: Praeger Publishers,.

Kleber, H.D. and Slobetz, F. (1979). Outpatient drug-free treatment. In Dupont R.L. (ed) Handbook of drug abuse. Rockville, Md: NIDA.

Klee, H., Jackson, M. and Lewis, S. (2002). Drug Use and Motherhood. London: Routledge.

Knight, K., Simpson, D. D., Chatham, L. R., and Camacho, L. M. (1997). An assessment of prison-based drug treatment: Texas' in-prison therapeutic community program. Journal of Offender Rehabilitation, 24(3/4), 75-100.

Kok, G.T., et.al. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. Health Education Research, 6, 2, 231-238.

Kokkevi, A. (1999). Workshop Summary. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Kokkevi, A. (1992). Follow-Up analysis of Drug Addicts in Greece. Agreement No. 91CVVE1257-0 (B3-4302-9191-1064), Final Report, October 1992, Athens.

Kokkevi, A. and Harters, C. (2005). EuropAsi: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. European Addiction Research, 1: 208-210.

Kokkevi, A., Loukadakis, M., Plagianakou, S., Politikou and K., Stefanis, C. (2000) Sharp increase in illicit drug use in Greece : trends from a general population survey on licit and illicit drug use, European Addiction Research, 6, 42-49.

Kokkevi, A. and Stefanis, C.N. (1988). Parental rearing pattrns and drug abuse. Preliminary report. Acta Psychiatrica Scandnavica Supplementum 344, 78:151.

Kooyman, M. (1992) The therapeutic community for addicts; intimacy, parent involvement and treatment outcome. Rotterdam: Erasmus University.

Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J.; Kosten, T.A.; and Merikangas, K. (1991). Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. Journal of Nervous Mental Disorders. 179, 392-400.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. and Kleber, H.D. (1985). Comparison of clinician ratings to self reports of withdrawal during clonidine detoxification of opiate addicts. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 11, 1-10.

Krystal, H. (1977). Aspects of affect theory. Bulletin of the Menninger Clinic, 41, 1-26.

Lerner, J.V. and Vicary, J.R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study. Journal of Drug Education, 14, 1-8.

Lescner, A.I. (1997). Addiction is a brain desease and it matters. Science, 278, 45-47.

Levine, D. (1978). The re-entry process - an overview (does treatment adversely affect re-entry?). Addiction Therapist, 2, 100-105.

Levy, S.J. and Doyle, K.M. (1974). Attitudes toward women in a drug abuse treatment program. Journal of Drug Issues, 4, 428-434.

Lexcin J. (1997) What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? Can Fam Physician, 43, 941-5.

Lexcin J. (1993) Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? Can Med Assoc Journal,149, 1401-7.

Lexchin, J. Bero, L.A. Cjulbegovic, B. and Clark, O. (2003). Pharmaceutical industry sponsoring outcome and quality: systematic review. BMJ 2003: 326: 1167-1170 (31 May).

Lowe, G. and Foxcroft, D.R. (1993). Young people, drinking and family life. Alcologia, 5, 3, 205-209.

Luthar, S.S.; Anton, S.F.; Merikangas, K.R.; and Rounsaville, B.J. (1992). Vulnerability to substance abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers. Journal of Nervous Mental Disorders. 180, 153-161.

Maddux, J.F. and Desmond, D.P. (1995) Rapid admission and retention on methadone. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10, 585-588.

Main, T. (1946). The hospital as therapeutic institution. Bulletin Of the Meninger Clinic, Vol.10, 16-17

Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and the validity of the Addiction Severity Index. Addiction, 99: 398-410.

Mäkelä, K. (1994) Rates of attrition among the membership of Alcoholic Anonymous in Finland. Journal f Studies in Alcohol, 55:91-95

Mariani, F. (1999). Methodological Aspects of Treatment Evaluation. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford.

Mason, J. (1996). Qualitative Researching. London: SAGE Publications.

Meller, W.H.; Rinehart, R.; Cadoret, R.J.; and Troughton, E. (1988). Specific familial transmission in substance abuse. International Journal of Addiction. 23, 1029-1039.

Martin, S.L., Clark, K.A., Lynch, S.R.and Kupper, L.L. (1999). Violence in the lives of pregnant teenage women: associations with multiple substance use. American Journal of Drug and Alcohol Abuse,425-440.

Mesoreno, J.E.; Arruebo, M.P. and Alcade, A.I. (1991). Study of the inhibitory effects of serotonin on sugar intestinal transport. Review of Esp. Fisiology. 46, 309-310.

Meuller, W.H. Rinehart, R. Caboret, R. and Toughton, E. (1988). Specific familial transmission in substance abuse. International Journal of Addictions, 23, 1029-1039

McDougall, J. (1989). Theaters of the body. New York: Norton.

McKeganey, N. (2001) To pay or not to pay: respondent's motivation for participating in research. Addiction, 96, 1237-1238.

McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Addiction, 97, 249-252.

McLellan, A. T. and Alterman, A. I. (1991). Patient Treatment Matching: A Conceptual and Methodological Review With Suggestions for Future Research. In Pickens, R. W., Leukefeld, C.G. Schuster, and Charles R. Improving Drug Abuse Treatment, NIDA Research monograph Series No. 106.

McLellan, A.T., Cacciola, J.S., and Fureman, I. (1996). Addiction Severity Index (ASI) and the Treatment Services Review (TSR). In L.I. Sederer and B.Dickey (Eds.), Outcomes Assessment in Clinical Practice (pp. 70-75).

McLellan, A.T., Childress, A.R., Griffith, J. and Woody, G.E. (1984). The Psychiatrically severe drug abuse patient: methadone maintenance or therapeutic community? American Journal of drug and alcohol abuse, 10, 77-95.

McLellan, A.T., and Druley, K.A. (1977) Responsiveness to treatment in court-referred as voluntary drug abuse patients. Hospital and Community Psychiatry, 28, 238-241.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. Journal of Nervous and Mental Disorders, 173, 412-422.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P., and Druley, K.A. (1983). Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching." Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 597–605.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody G.E., O'Brien, C.P., and Kron, R. (1981). Are the "Addiction Related" Problems of Substance Abusers Really Related? Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 232-239.

McLellan, A.T., Randall, M., Joseph, N., Alterman, A.I. (1991). Using the ASI to compare cocaine,alcohol, opiate and mixed substance abusers. In Harris, L. (ed.) Problems of Drug Dependence1989. NIDA Research Monograph, USGPO.

McLellan T. et al. (1992). "The fifth edition of the addiction severity Index". Journal of Substance Abuse Treatment, 9.

McLellan T. et al. (1980) "An improved diagnostic Instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index". Journal of Nervous and Mental Disease, 10.

Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G. and Beermann, B. (2003). Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. BMJ 2003: 326: 1171-1173 (31 May).

Merino, P.P. (1999). Treatment – Evaluation Literature, In Baker, O. And Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Merrill, J. (1999). Economic issues and substance abuse. In McCrady, B.S. and Epstein, E.E. (Eds) Addictions: a comprehensive guidebook. New York: Oxford University Press.

Merton, R.K. (1957). Social Theory and Social Structure. Revised edition, Free Press, New York.

Merton, R.K., Fisk, M. and Kendall, L.K. (1990). The Focused Interview. New York: The Free Press.

Merton, R.K. (1957). Social Theory and Social Structure. Revised edition. New York: Free Press.

Merton, R. K. and Kendall, P. (1946). The focused interview. American Journal Of Sociology, 51, 541-557

Messina, N., Wish, E. and Nemes S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, 207-227.

Meuller, W.H., Rinehart, R., Caboret, R. and Troughton, E. (1988). Specific familial transmission in substance abuse. International Journal of Addictions, 23, 1029-1039

Meyer, R.E. (1986). What treatments for the heroin addict? Journal of the American Medical Association,256(4), 511-512.

Miller, W. and Sanchez-Craig, M. (1996). How to have a high success rate in treatment: advice for evaluators of alcoholism programmes. Addiction, 91, 779-785.

Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989a). Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence. Psychiatry Research. 29, 113-121.

Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989b). The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families. British Journal of Addiction. 84, 1491-1498.

Mirin, S.M., Weiss, R.D., Griffin, M.I. and Michael, J.L. (1991). Psychopatholoy in drug abusers and their families. Comprhensive Psychiatry, 32, 36-51.

Mishler, E.G. (1986). Research Interviewing: Context and Narrative. Cambridge, Massachusetts and London England: Harvard University Press.

Moos, R.H. (1974). Evaluating treatment environments. New York: Wiley.

Moos, R.H. (1974a) Community Oriented Programme Environments Scale Manual.Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moras, K. (1998). Psychological and Behavioral Treatments for Women. In Wetherington, C.L. and Roman, A.B. (eds) Drug Addiiction Research and the Health of Women. NIDA, NIH Publication No. 98-4289, Rockville, MD.

Morral, A.R., McCaffrey, D.F. and Chien, S. (2003). Measurement of adolescent drug use. Journal of Psychoactive Drugs,35, 301-309.

Mosher, C.J. and Akins, S. (2007). Drugs and Drug Policy: The Control of Consciousness Alteration. London/New Delhi: Sage Publications.

Murdock, S..H.; McCoy, C.B.; McBride, D.C.; and Weppuer, R.S. (1980). The social ecology of drug treatment. Journal of Drug Education, 10, 49-62.

Musto D. (1973). The great American dilemma. Drugs and Society, 2, 13-16.

Musto, D. (1973). The American disease: origins o narcotic control. New Haven CT: Yale University Press

Nace, E.P., Davis, C.W. and Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. American Journal of Psychiatry, 148, 118.

Nace, EP, Saxon, JJ Jr and Shore N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment: a one-year follow-up study. J Stud Alcohol, 47, 196- 200.

Narcotics Anonymous (1988). Narcotics Anonymous. World Service Office, Inc., Van Nuys, Ca.

Nash, G., Waldorf, D., Foster, K. and Kyllingstad, A. (1974). The Phoenix House Program. In G. De Leon (ed), Phoenix House: Studies in a Therapeutic Community (1968-1973). New York: MSS Information Corporation

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2002). Therapeutic Community; What is a therapeutic community? NIDA Research Report Series, August 2002.

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2007). Understanding Drug Abuse and Addiction, NIDA InfoFacts, april. http://www.nida.nih.gov/Infofacts/understand.html

Nemes S., Wish E.D. and Messina N. (1999). Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community - Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. Journal of Substance Abuse Treatment,17 (4), 339-347.

O'Brien, C.P. and McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of Addiction. Lancet, Vol. 347, Issue 8996, p237.

O'Brian, C.P., Woody, G. E. and McLellan, A.T. (1995). Enhancing the Effectiveness of Methadone Using Psychotherapeutic Interventions. In Onken, L.S., Blaine, J.D. and Boren J.J. (eds) Integrating Behavioral Therapies with Medications in the Treatment of Drug Dependence. NIDA Research Monograph 150, Rockville, MD.

Onken L.S., Blaine J.D. and Boren J.J. (1997). Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug dependent individual in treatment. Rockville, Md.: NIDA.

Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J. (1997). Treatment for Drug Addiction: It Won't Work if They Don't Receive It. In Onken, L.S., Blaine, J.D. and Boren, J.J. (eds). Beyond the Therapeutic Alliance: keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph 165, Rocville, MD. p. 1-3.

Ovretveit, J. (1998) Evaluating Health Interventions. Buckingham: Open University Press.

Papanastasatos, G. (2000). Methodological Issues and Problems Conducting five years follow-up study in six Greek TCs. Paper presented at the World Federation of Therapeutic Communities Conference, San Francisco, CA, September 2000.

Papanastasatos, G. (1998). Treatment Evaluation of PAREMBASSI Alternative Community, Lecture to Center of Research on Therapeutic Communities of the National Development and Research Institutes, 23rd March 1998, New York.

Paterson, G.R. (1982). A Social Learning Approach. Vol. 3: coercive Family Process, Castalia Publishing Co, Eugene.

Patison, E.M., Sobel, M.B. and Sobel, L.C. (1977). Emerging concepts of alcohol dependence. New York: Springer.

Penk, W.E. and Robinowitz, R, (1978-1979) Drug users' views of psychosocial aspects of their treatment environment. Drug Forum, 7, 129-143.

Pham-Kanter, G. (2001). Substance abuse and dependence. In Longe, J.L. (ed), The Gale Encyclopedia of Medicine (2nd Edition). Farmington Hills, MI: Gale Group.

Pickens, R.W, Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L. and Clayton, P.J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. Archives of General Psychiatry, 48, 19-28.

Piko, B. (2001). Smoking in adolescence: Do attitudes matter? Addiction Behaviors, 26, 201-217.

Plewis, I. and Preston, J. (2001). Evaluating the Benefits of Lifelong Learning, A framework, The Wider Benefits Of Learning Papers, No. 2, Institute of Education, University of London, pp. 9-10.

Pollo, M. (2001). The narrow door path of social exclusion. Rome: CEIS.

Pompi, K. F. (1994). Therapeutic communities: Advances in research and applications. NIDA Research Monograph No. 144, Washington, DC.

Pompi, K.F. and Resnick, J. (1987). Retention of court-referred adolescents and young adults in the therapeutic community. American Journal of drug and alcohol abuse, 13, 309-325.

Poulopoulos, C. (1998). Dropout from Therapeutic Communities For Substance Abusers in Greece. Ph.D dissertation, University of Bradford, Department of Applied Social Studies, Bradford, U.K.

Poulopoulos, C. (1997) An Interview with Harold Bridger. EFTC Newsletter, 6, 10-11, p.11.

Poulopoulos, C., Papanastasatos, G. and Tsiboukli, A. (2001) The path of social exclusion: The Greek Case. In Pollo, M. (ed) The Narrow Door: Path of social exclusion. Rome: CEIS,.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1984). The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, Illinois: Dow-Jones Irwin.

Quigley, L. and Marlatt, A. (1999). Relapse prevention: maintenance of change after initial treatment. In McCrady, B. S. and Epstein, E. E. (eds) Addictions: A Comprehensive Guidebook. New York,: Oxford University Press, pp. 370–384.

Ravndal, E. and Vaglum, E. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. Acta Psychiatr. Scand., 83, 217-222.

Rawlings B. and Yates R. (2001). Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users. London: Jessica Kingsley Publishers.

Rawlings, B. (2001). Evaluative research in therapeutic communities. In Rawlings B. and Yates R. (eds) Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users. London, Jessica Kingsley Publishers, p. 209-223.

Reed, T. (1978). Outcome research on treatment and on the drug abuser: an exploration. International Journal of Addiction, 13, 149-171.

Rinsley, D.B. (1988). The dipsas revisited: Comments on addiction and personality. Journal of Substance Abuse Treatment, 5, 1-7.

Rhodes, J. and Jason, L. (1988). Preventing Substance Abuse among Children and Adolescents. New York: Pergamon Press.

Roberts, D.C.S. (1998). Sex Differences and Hormonal Effects on Dug Seeking. In Wetherington, C.L. and Roman, A.B. (eds) Drug Addiction Research and the Health of Women. NIDA, NIH Publication No. 98-4289, Rockville, MD.

Robinson, K. D. and Little, G. L. (1982). One day dropout from correctional drug treatment. Psychological Reports, 51, 409-410.

Robson, C. (1993), Real World Research. Oxford and Cambridge: Blackwell.

Rosenthall, M.S. (1984) Therapeutic communities: a treatment alternative for many but not at all. Journal of Substance Abuse Treatment, 1, 55-58.

Rounseville, B., Weissman, M., Kleber, H. et al. (1982) Heterogenity of psychi-atric diagnosis in treated opiate addicts. Archives of General Psychiatry, 39, 161

Salasnek, S., and Amini, F. (1971). The heroin addict in a therapeutic community for adolescents: A cultural "rip-off". Journal of Psychedelic Drugs, 4, 138-144.

SAMSHA (1997) Services Research Outcome Study (SROS), SAMSHA, Office of Applied Studies

Sansone, R.A. (1980). Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. The International Journal of the Addictions, 15, 711-736.

Schuckit, M.A. (1998). Educating Yourself about Alcohol and Drugs. A People's Primer. New York and London: Plenum Trade.

Schuckit, M.A. (1995) Educating Yourself About Alcohol and Drugs: A People Primer. New York/London: Plenum Trade.

Schuckit, M. A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42:1043.

Sells, S. B. (1981). Matching clients to treatments. Problems, preliminary results, and remaining tasks. In E. Gottheil, A. T. McLellan and K. A. Druley (Eds.), Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Sells S.B. (1979). Treatment effectiveness. In Dupont R. L.(ed) Handbook on drug abuse. Rockville, Md: NIDA

Sells, S. B.(1974). The effectiveness of drug abuse treatment: Vol. 2. Patient profiles, treatments, and outcomes. Cambridge, MA: Ballinger

Sells, S.B. and Simpson, D.D. (1980). The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. British Journal of Addiction, 75, 117-131.

Sells, S.B., Simpson, D.D. and Joe G.W. (1976). A national follow-up study to evaluate the effectiveness of drug abuse treatment: a report on cohort 1 of the DARP five years later. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 3, 545-556.

Sheffet, A.M., Quinones, M.A., Doyle, K.M., Lavenhar, M.A., Nakah, A.E. and Louria, D.B. (1980). Assessment of treatment outcomes in a drug abuse rehabilitation network: Newark, New Jersey. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 7, 141-173.

Shore, M. (1990). Correlates and Concepts: Are we chasing our tails? In Jones, C. and Battles R. (eds.), Etiology on drug abuse: implications for prevention. Research Monograph, 56. Rockville: NIDA.

Siegal, H.A., Rapp, R.C., Saha, P. and Kirk, K.D. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: An exploratory analysis. Journal of Drug Issues, 27, 821-831.

Siddall, J.W. and Conway, G.L. (1988). Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. The International Journal of the Addictions, 23, 1241-1254.

Simpson, D. D. (1997). A longitudinal study of inhalant use: Implications for treatment and prevention. Substance Use and Misuse, 32, 1889-1890.

Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. Archives of General Psychiatry, 38, 875-880.

Simpson, D.D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome. American Journal of Psychiatry, 136, 1449-1453.

Simpson, D.D., Brown, B.S. and Joe G.W. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11, 294-307.

Simpson, D.D. and Currie, S.J. (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, vol. 1, No. 4.

Simpson, D.D. and Friend, H.J. (1988). Legal Status and Long-term Outcomes for Addicts in the DARP Follow up Project. In Leukefld, C.G. and Tims, F.M. (eds) Compulsory Treatment of Drug abuse: Research and Clinical Practice. NIDA Research Monograph 86, Washington, DC.

Simpson, D.D. and Joe G.W. (1993).. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. Psychotherapy, 30, 357-368.

Simpson, D.D., Joe, G.W. and Brown, B.S. (1997) Treatment Retention and Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatent Outcome Study (DATOS). In Simpson, D.D. and Curry, S.J. (eds) Psychology of Addictive Behaviors, Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome (DATOS), Psychology of Addictive Behaviors, vol. 1, No. 4, pp. 308-323.

Simpson, D.D., Joe, G.W. and Broome K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. Archives of General Psychiatry, 59, 538-544.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Broome, K.M., Hiller, M.L., Knight, K. and Rowan-Szal, G.A. (1997). Program diversty and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11(4):279-293.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. and Anglin, M.D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. Archives of General Psychiatry, 56, 507-514.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K., and Sells, S. B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. Journal of Drug Issues, 16, 107-121.

Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G. and Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse, 7, 117-134.

Simpson, D.D., Savage, L.J. and Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. Archives of General Psychiatry, 36, 772-780.

Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1990). Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up. Malabar, FL: Krieger Publishing Co.

Simpson, D.D. and Sells, S. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research programme. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2, 7-29.

Simpson, D.D., Savage, L.J., Lloyd, M.R., and Sells, S.B. (1978) Evaluating of drug abuse treatments based on the first year after DARP: National Follow-up study of admissions to drug abuse treatments in the DARP during 1969-1972. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph no (ADM). Rockville: NIDA. 78-701.

Smart, R.G. (1976). Outcome studies of therapeutic communities and halfway house treatment for addicts. The International Journal of the Addictions, 11, 143-159.

Sobel, L.C and Sobel, M.B. (1992). Time-line follow back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In Litten, R. and Allen, J. (Eds): Measuring alcohol consumption: Psychological and biological methods. New Jersey: Humana Press,: 41-72.

Sobel, L.C.; Toneatto, T.; Sobell, M. B.; and Shillingford, J. (1992). Alcohol problems: Diagnostic Interviewing. In Hersen M. and Turner S.M. (Eds). Diagnostic interviewing (2nd edition) New York Plenum Press.

Sobell, M.B. and Ward, E.(1980). Evaluating Alcohol and Drug 32 Abuse Treatment effectiveness: Recent Advances. New York: Pergamon Press, 177-183.

Sorensen, H. J., Jepsen, P. W., Haastrup, S., and Juel, K. (2005). Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. Acta Psychiatrica Scandinavia, 111, 244-249.

Stanton, M. D. (1997). The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals. In Onken, L.S., Blaine, J.D. and Boren, F.J. (Eds.), Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug dependent individual in treatment (pp. 157-180). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Steinglaas, P. (1988). The Alcoholic Family: Drinking problems in a family context. USA: Hutchinson.

Stevens, S.J. and Glider, P. (1994). Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women. In F. Tims, G. De Leon and N. Jainchill (Eds) National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series; Therapeutic Community: Advances in Research and Application. Technical Review on Therapeutic Communities, NIDA Research Monograph 144, U.S. DHHS.

Stewart, D., Gossop, M., Mardsen, J. and Rolfe, A. (2000a) Drug Misuse and Acquisitive Crime among Clients Recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). Criminal Behavior and Mental Health, 10: 10-20.

Stewart, D. Gossop, M. Mardsen, J. and Strang, J. (2000a) Variations between and within Drug Treatment Modalities: Data from the National Treatment Outcome Research Study (UK). European addiction Research, 6: 106-114.

Sugarman B. (1986). Structure, variations, and context: a sociological view of the therapeutic community. In De Leon G. and Ziegenfuss J.T. Therapeutic communities for addictions: readings in theory, research and practice. Springfield, Ill: Charles D Thomas.

Sutherland, E.H. and Cressey, D.R. (1978). Criminology. 10th edition, Lipincott, Philadelphia.

Swan, N. (1993). Researchers Probe Which Come First: Drug Abuse or Antisocial Behavior?. National Institute on Drug Abuse – NIDA Notes, Vol. 8, May/June.

Tashakkori, A. and Teddlie, C. (1998). Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitave Approaches. Applied Social Research Method Series, Vol. 46, SAGE Publications, London.

Thio, A. (1999). Deviant Behavior, Fourth edition. Adison – Wesley/Pearson.

Thomas, A. & Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. American Journal of Psychiatry, 141, 1-9.

Tims, F.M., Fletcher, B.W., and Hubbard, R.L. (1991). Treatment outcomes for drug abuse clients. In R.W. Pickens, C.G. Leukefeld, & C.R. Schuster (Eds.), Improving drug abuse treatment, NIDA Research Monograph 106. Rockville, MD.

Tims, M.F.; Jainchill, N and De Leon, G. (1994), Therapeutic Communities and Treatment Research, NIDA Research Monograph, 144, NIH Publication No. 94-3633.

Toumbourou, J.W., Hamilton, M.and Fallon, B. (1998). Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. Addiction, 93, 1051-1064.

Tsiboukli, A. and Wolff, K. (2003). Staff Training in Greek Therapeutic Communities for Drug Addicts: an experiential approach. Therapeutic Communities, 24, 63-76.

Turner, J. F. (1974). Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches. London: The Free Press.

Turner, S. (1995). Family variables related to adolescent substance misuse: risks and resiliency factors. In Cullota, T.P., Adams, G.R. and Montemayor, R. (Eds). Substance misuse in adolescence. London: Sage Publications.

Tversky, A., and Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 185, 1124-1130.

United Nations International Drug control Programme –UN (2003) Investing in Drug Abuse Treatment; A discussion Paper for Policy Makers. United Nations, New York.

Uchtenhagen, A. (1999) COST A-6's Contribution to Treatment Evaluation. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. (2007) Annual Report 2007 Making the world safer from crime, drugs and terrorism. UN,New York.

United Nations International Drug Control Programme-UNDCP, (2003) Global Illicit Drug Trends, UN, Vienna

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention -UNODCCP (2001). Global Illicit Drug Trends 2001, UN, New York.

Waldorf, D. (1973). Careers in dope. New Jersey: Prentice-Hall.

Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, 243-248.

Webb, E.J. et al. (1966). Unobtrusive measures: Nonreactive research in social sciences. Chicago: Rand McNally.

Werner, E. and Smith, R.S. (1992). Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. Ithaka N.Y.: Cornell University Press.

Wexler, H.K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. and Peters, J. (1999). The Amity prison TC evaluation - Reincarceration outcomes. Criminal Justice and Behavior, 26, 147-167.

Wexler, H.K. and De Leon, G. (1977) The therapeutic community: Multivariate prediction of retention. American Journal of drug and alcohol abuse, 4, 145-151.

Wexler, H.K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., and Peters, J. (1999a). Amity Prison TC evaluation: Reincarceration outcomes. Criminal Justice and Behavior, 26, 147–167.

Wexler, H.K., Melnick, G., Lowe, L. and Peters, J. (1999b).Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. Prison Journal, 79, 321–336.

Whitten, L. (2006). Court-Mandated Treatment Works as well as voluntary. NIDA Notes, Vol. 20, No. 6, NIH Publication No. 06-3478.

Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A. and Stark K. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. American Journal of Public Health, 84, 215-221.

Wills, T.A., Sandy, J.M. and Yaeger, A. (2000). Temperament and adolescent substance use: An epigenetic approach to risk and protection. Journal of Personality, 68, 1127 – 1151.

Wilson, J.Q. (1995). Crime and Public Policy. In Wilson, J.Q. and Petersilia, J. (eds) Crime. Institute for Contemporary Studies, San Francisco.

Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support and problem behaviors. Journal of Clinical Psychology, 47, 310-315.

Winick, C. (1990) The counsellor in drug user treatment. The International Journal of the Addictions, 25, 1479-1502.

Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L. and O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. Archives of General Psychiatry, 42, 1081-1086.

World Health Organization-WHO (2006) The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva.

World Health Organization-WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders.

Wulfert, E., Greenway, D.E. and Dougher, M.J. (1996). A logical functional analysis of reinforcement-based disorders: alcoholism and pedophilia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1140-1115.

Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 10, 227-258.

Wurmser, L. (1985). Denial and split identity: Timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. Journal of Substance Abuse Treatment, 2, 89-96.

Yablonsky L. (1994). The Therapeutic Community. A successful approach for treating substance abusers. Gardner Press, Inc.,

Yablonsky, L. (1989) The therapeutic Community. New York: Gardner Press.

Zweben, A. and Li, S. (1981) The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8, 171-183.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Blumir, G. (1984). Ηρωίνη. Αθήνα, Νέα Σύνορα-Λιβάνης (Μικρή Βιβλιοθήκη / Κοινωνικά Προβλήματα: 9).

Deitch, D. (2007). Η Αντιπαράθεση ως Μέσο Βοήθειας. Στην Ημερίδα Εκπαίδευσης ΘΨΣΔ-ΚΕΘΕΑ, Τραύμα και Κατάχρηση Ουσιών, 24 Οκτωβρίου 2007 ΕΙΕ, Αθήνα.

Drummond, M.F., O'Brien B.J., Stoddart, G.L. και Torrance G.W. (2002). Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Foucault, M. (1976). Surviller et punir. Naissanse de la prison. Gallimard, Paris. Ελληνική μετάφραση: Επιτήρηση και Τιμωρία. Η Γεννηση της Φυλακής. Εκδόσεις Ράππα, 1989, Αθήνα.

Goffman, E. (1961) Asylums. Ελληνική έκδοση: Goffman, E. (1994). Άσυλα. Ευρύαλος, Αθήνα.

Mc Lellan, A.T. (2006). Κοινωνικές στάσεις απέναντι στην Κατάχρηση Ουσιών και στη Θεραπεία. Στην Εκπαιδευτική Ημερίδα ΚΕΘΕΑ-UCSD Στασεις και Αντιλήψεις της Κοινής Γνώμης για τα Ναρκωτικά και την Απεξάρτηση, ΕΙΕ, 16 Ιανουαρίου 2006, Αθήνα.

Mc Lellan, A.T. (2000). Ανασκόπηση θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: Παρακολούθηση και αποτελεσματικότητα. Κοινωνική Εργασία, τχ, 57, Αθήνα, σ. 39-48.

Schuckit, M. (2004) Οι Γενετικοί παράγοντες στις εξαρτητικές συμπεριφορές - DSM IV. Στην Εκπαιδευτική Ημερίδα ΚΕΘΕΑ-UCSD Χρήση Ουσιών και Σεξουαλικοτητα, ΕΙΕ, 27 Σεπτεμβρίου, Αθήνα.

Szasz, T. (1991). Η βιομηχανία της τρέλας. Μια συγκριτική μελέτη της Ιερής Εξέτασης και της Κίνησης Ψυχικής Υγείας. Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

World Health Organization-WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders. Ελληνική Μετάφραση: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. και Μαυρέας, Β. (ΕΠΙΨΥ) Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Αγραφιώτης, Δ. (2003). Υγεία, αρρώστια, κοινωνία: Τόποι και τρόποι σύμπλεξης. Αθήνα, Τυπωθήτω (Υγείας Κοινωνία: 2).

Αγραφιώτης, Δ. (2000). Το ζήτημα της αποτίμησης: Θεωρίες και Πρακτικές. Κοινωνική Εργασία, τχ.57, Αθήνα.

Αγραφιώτης, Δ. και Καμπριάνη, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσμαικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης. Εξαρτήσεις, τχ.2, σ 14-39.

Ανδριάκαινα, Ε. (2005). Παίζοντας με τα όρια. Θεραπευτικές κοινότητες και χρήστες ναρκωτικών. Βιβλιόραμμα, Αθήνα.

Γαζγαλίδης, Κ. (2006). Σκέψεις για την ελκυστικότητα της θεραπευτικής προσπάθειας. Διάλεξη στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για Στελέχη Τοξικοεξάρτησης του UCSD και ΚΕΘΕΑ, 25 Σεπτεμβρίου 2006, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα.

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). Ηρωίνη: Θεραπείες υποκαταστάτων και ανταγωνιστών. Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Γεωργάκας, Π. (2002). Εξαρτήσεις: Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας. Αθήνα, Παρατηρητής.

Γρίβας, Κ. (1990). Ναρκωτικά και εξουσία. Θεσσαλονίκη, Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Δασκαλάκης, Η. (1985α). Οι συνέπειες της θεσμικής αντίδρασης στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σύγχρονα Θέματα, τχ.13: 1981.

Δασκαλάκης, Η. (1985β). Η εγκληματολογία της Κοινωνικής Αντίδρασης, Αθήνα / Κομοτηνή.

Δασκαλάκης, Η.· Ανδρίτσου, Α.· Παπαδοπούλου, Π.· Παππάς, Π.· Περαντζακη, Ι.· Πατσαρλή, Δ. (1983) Απονομή της ποινικής Δικαιοσύνης στην Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Δεληολάνης, Δ. (1988). Για μια δημοκρατική Προσέγγιση του Προβλήματος της Ηρωίνης. Τετράδια Πολιτικού Διαλόγου Έρευνας και Κριτικής, Τετράδιο Εικοστό, Άνοιξη – Καλοκαίρι, Αθήνα.

Δεμερτζής, Ν. (1988). Υποκουλτούρα και Τοξικοφιλία. Τετράδια Πολιτικού Διαλόγου Έρευνας και Κριτικής, Τετράδιο Εικοστό, Άνοιξη – Καλοκαίρι, Αθήνα.

Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών για Έφηβους Χρήστες και τις Οικογένειες τους ΣΤΡΟΦΗ, (2004). Χαρακτηριστικά των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν τη Στροφή το 2003. ΚΕΘΕΑ-Στροφη, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΝ (2006) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΝ (2005) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2004. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΝ (2004) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2003. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΝ (1998) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 1997. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΝ (1996) Η Πρώτη Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Ζαραφωνίτου Χ. (2006). Εγκληματολογικές Προσεγγίσεις του φόβου του εγκλήματος και της (αν)ασφάλειας. Ποινική Δικαιοσύνη τχ. 8-9 ,έτος 9ο, Αθήνα.

Ζαραφωνίτου, Χ. (2006) Ο ρόλος των κοινωνικών αντιλήψεων στη διαμόρφωση πολιτικών για την αντιμετώπιση σημαντικών κοινωνικών προβλημάτων. Εξαρτήσεις, τχ. 10, Αθήνα.

Ζαφειρίδης, Φ. (2001). Ψυχική Υγεία και αυτοβοήθεια: το παράδειγμα των ανωνύμων ναρκομανών (ΝΑ) και αλκοολικών. Τετράδια Ψυχιατρικής, τχ. 73, σ. 22-29.

Ζαφειρίδης, Φ. (1998). Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα. Το ιστορικό της ίδρυσης, προβλήματα και προοπτικές. Δεκαπενθήμερη Πολιτική και Πολιτιστική Επιθεώρηση ΑΝΤΙ, τχ. 676, 12 Δεκεμβρίου 1998, Αθήνα.

Ιατρίδης, Δ. (2005). Οργανισμοί κοινωνικής φροντίδας: Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής για ανάπτυξη. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Ιατρίδης, Δ. (2000). Αξιολόγηση Υπηρεσιών από τους Πελάτες και την Κοινότητα: Επιπτώσεις στην Πολιτική. Κοινωνική Εργασία, τχ. 57, Αθήνα.

Ιατρίδης, Δ. και Παπαναστασάτος, Γ. (2002). Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων: επιπτώσεις στη χάραξη πολιτικής για οργανισμούς υγείας και πρόνοιας. Εξαρτήσεις, τχ. 1, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2007). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη 2000 έως και 2006. Διαχρονική μελέτη. ΚΕΘΕΑ, Σειρά Ερευνητικές Μονογραφίες, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2007). Απολογισμός Έργου 2006. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2006). Απολογισμός Έργου 2005. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2005). Απολογισμός Έργου 2004. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2004). Απολογισμός Έργου 2003. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2003). Τελική Έκθεση. Πανελλήνια Έρευνα για την απασχολησιμότητα των απεξαρτημένων ή/και υπό απεξάρτηση ατόμων. Κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL.Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2003). Απολογισμός Έργου 2002. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2002). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ το 2000 και το 2001. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2001). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ από 1995 έως το 1999:Διαχρονική Μελέτη. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2000). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στο ΚΕΘΑ το 1998: Συνοπτική Παρουσίαση. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (1998). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στο ΚΕΘΑ το 1997: Συνοπτική Παρουσίαση. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ και VPRC (2006). Στάσεις και Αντιλήψεις της Κοινής Γνώμης για τα Ναρκωτικά και την Απεξάρτηση. Παρουσίαση και σχολιασμός των αποτελεσμάτων της Έρευνας, Ημερίδα : Στάσεις και αντιλήψεις της Κοινής Γνώμης για τα Ναρκωτικά και την Απεξάρτηση, 16 Ιανουαρίου 2006. ΕΙΕ, Αθήνα.

Κοκκέβη, Α. και Ζαφειρίδης, Φ. (1996). Έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ. Κοινωνική Εργασία, τχ. 42, Αθήνα.

Κοτσαλής, Λ., Μαργαρίτης, Μ. και Φαρσεδάκης, Ι. (2007) Ναρκωτικά, Κατ' αρθρο ερμηνεία του ν 3459/2006. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Κουκουτσάκη, Α. (2002). Χρήση Ναρκωτικών, Ομοφυλοφιλία. Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Κρεμμύδας, Α, (2006). Δυσκολίες και προοπτικές στην κοινωνική ένταξη αποφυλακισμένων τοξικοεξαρτημένων ατόμων. Εξαρτήσεις, τχ. 10 Αθήνα.

Λαμπροπούλου Ε. (1994). Κοινωνικός Έλεγχος του Εγκλήματος. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Λιάππας, Ι. (2004α). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι, Β. (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑCΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Ι. (2004). Εξαρτησιογόνες ουσίες – χρήσιμοι ορισμοί. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι Βαλλέρια (επμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑCΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Α.Γ. (2003). Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση. Εκδοσεις Πατάκη, Ε΄ έκδοση, Αθήνα.

Λυδάκη, Α. (2001), Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας, Καστανιώτης Δοκίμια, Αθήνα.

Μαγανάς, Α. (2004) Θέματα Εγκληματολογικά και Ποινικού Δικαίου. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Μαρσέλος, Μ. (1997). Εξαρτησιογόνες ουσίες: Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία. Αθήνα, Τυπωθήτω (Ιατρική Βιβλιοθήκη: 1).

Μάτσα, Κ. (2004). Τοξικομανία, κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνική παθολογία . Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι, Β. (επμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

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

Μπαϊρακτάρης , Κ. (1994). Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές. Εναλλακτικές Εκδόσεις / Αντιπαραθέσεις, Αθήνα.

Νικολάου, Κ. και Μάτσα, Κ. (2004) Το φαινόμενο της συννοσυρότητας στις εξαρτήσεις. Στο Λιάππας, Ι και Πομίνι, Β. (Επιμ.) Ουσιοεξάρτηση: σύγχρονα θέματα. ΙΤΑΚΑ, Αθήνα, σ. 106-117.

Πανούσης, Γ. (1984). Τρεις προτάσεις για ανοικ΄το διάλογο σχετικά με τα «ναρκωτικά» και τους μαθητές. Φυσικός Κόσμος, τχ. 92, Απρίλιος, Αθήνα.

Πανούσης, Γ. (2004). Το «σκιάχτρο» της παγκοσμιοποίησης Ποινική Δικαιοσύνη, τχ. 10, έτος 7ο, Αθήνα.

Πανούσης, Γ. (2002). Το έγκλημα του φτωχού και η φτώχια ως «έγκλημα» (σε συνθήκες παγκοσμιοποίησης. Ποινική Δικαιοσύνη, τχ. 4, έτος 5ο, Αθήνα.

Παπαναστασάτος Γ. (2006). Η πρόωρη διακοπή του Σχολείου και η χρήση παρανόμων ουσιών. Παρουσίαση στη Ημερίδα Πρόληψης του Κέντρου Πρόληψης Κοζάνης, 27 Ιουνίου 2006, Κοζάνη.

Παπαναστασάτος Γ. (2006). Η εξάρτηση και οι μύθοι που τη συνοδεύουν: είναι η απεξάρτηση εφικτή; Τα Χρώματα της Πρόληψης, τχ. 38.

Παπαναστασάτος, Γ. (2004). Από τις Πολιτικές στην Εθνική Στρατηγική. Τα δεδομένα περιγράφουν ή κατασκευάζουν την πραγματικότητα; Στο Στρατηγικές για τα Ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το Πρίσμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πρακτικά από το Ελληνο-Ολλανδικό Σεμινάριο, Αθήνα.

Παπαναστασάτος, Γ. (2002). Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων. Πρακτικά ημερίδας «Η ουσιοεξάρτηση και η αντιμετώπισή της στο χώρο της υγείας». 8 Ιουνίου 2002, Βαθύ Σάμου, σ. 30-36.

Παπαναστασάτος, Γ. (2002). Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα. Νέα Υγεία, 37, σ. 10.

Παπαναστασάτος Γ. και Τσιμπουκλή Α. (1995) «Ποιοτικές και Ποσοτικές μέθοδοι στην Αξιολόγηση προγραμμάτων θεραπείας». Πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Η Ευρώπη κατά της χρήσης ουσιών. ΚΕΘΕΑ – Θεσσαλονίκη

Παρασκευόπουλος, Ν. (2003). Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Θεσσαλονίκη:Εκδόσεις Σάκκουλα

Παρασκευόπουλος, Ν. (2003). Οι πλειοψηφίες στο στόχαστρο. Τρομοκρατία και κράτος δικαίου. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Ποταμιάνος, Γ. και συνεργάτες (2002) Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική. Ελληνικά Γράμματα, 5η έκδοση, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2005) Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2004). Η θεραπευτική κοινότητα. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι, Β. (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑCA Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια. Κοινωνική Εργασία, τχ 57, Αθήνα. σ. 7-12.

Πουλόπουλος, Χ. (1999). Ιστορία και αγιογραφία των θεραπευτικών κοινοτήτων. Δεκαπενθήμερη Πολιτική και Πολιτιστική Επιθεώρηση ΑΝΤΙ, τχ. 679, 22 Ιανουαρίου 1998, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. και Παπαναστασάτος, Γ. (1995) Έρευνα με τα Χαρακτηριστικά των Εξαρτημένων Χρηστών που ζητούν Θεραπεία στις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Κοινωνική Εργασία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, Τχ. 42, Αθήνα,.

Ρήγα, Α.-Β. (2001), Μεθοδολογικός τριγωνισμός ή τριπλή προσέγγιση στην κοινωνική έρευνα πεδίου και στην έρευνα αξιολόγησης, στο Συλλογικό των Αντωνίου, Σ.· Κατερέλου, Ι.Δ.· Μαντόγλου, Α.· Προδρομίτη, Γ.· Ρήγα Α.-Β.· Σακκά, Μ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία, Επιστημολογικοί προβληματισμοί και μεθοδολογικές κατευθύνσεις, τόμος Α, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (1997) Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Στεφανής, Κ. (1996) Πρόλογος. Η Πρώτη Έκθεση για την Κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία- ΕΚΤΕΠΝ, (1996). Η Πρώτη Έκθεση για την Κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Στεφανής, Κ. (1993) Πρόλογος στην Ελληνική Έκδοση του World Health Organization-WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders. Ελληνική Μετάφραση: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. και Μαυρέας, Β. (ΕΠΙΨΥ) Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004). Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2005-2012. 22 Νοεμ. 2004, 10574/04, Βρυξέλλες.

Τερζίδου, Μ. (2004). Η επιδημιολογία της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι, Β. (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑCA Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Τζαννετάκη, Τ. (2006). Ο νεοσυντηρητισμός και η πολιτική της μηδενικής ανοχής. Μια κριτική θεώρηση των θέσεων του James Q. Wilson. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.

Τσαμπαρλή, Δ. (1983). Απονομή της ποινικής δικαιοσύνης στην Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Τσαούσης, Δ. (1980). Τα ναρκωτικά σαν κοινωνικό πρόβλημα. Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας, 52, σ. 81-92.

Τσίλη, Σ. (1995). Η Τοξικομανία ως Ιδεολογικό Διακύβευμα, Η Περίπτωση της Ελλάδας. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Τσιμπουκλή Α. (2002). Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης για τη διαχείριση της κρίσης. Ημερίδα Αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. ΚΕΘΕΑ, 2 Φεβρουαρίου 2002, ΕΙΕ, Αθήνα.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ, Συμπλήρωμα του Λειτουργικού της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ", Άξονας INTEGRA: ΕΛΛΑΔΑ, Αθήνα, Νοέμβριος 1996.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004). Το Εθνικό σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών 2007-2009, Αθήνα.

Φαρσεδάκης, Ι. (2004). Προς μια νέα εγκληματολογική προοπτική. Προϋποθέσεις και Επιταγές. Ποινική Δικαιοσύνη τχ.8-9, έτος 7ο, Αθήνα.

Φαρσεδάκης, Ι. και Συλίκος, Γ. (1996). Ναρκωτικά. Νομική και Εγκληματολογική Διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Αθήνα.

ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΊΔΑ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ 144, Τεύχος Νο. 1, 1987.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

EuropASI

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

(Προσαρμογή 5ετούς Επανεξέτασης)[1]

ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Ανάλογα με την περίπτωση χρησιμοποιήστε τους κωδικούς:
   X = η ερώτηση δεν απαντήθηκε
   N = η ερώτηση δεν τον / την αφορά
   Χρησιμοποιήστε ένα μόνο κωδικό για κάθε ερώτηση.
2. Ο χώρος στο τέλος κάθε ενότητας είναι για συμπληρωματικά σχόλια.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΕΘΙΣΜΟΥ

Βαθμός Βαρύτητας

Οι βαθμοί βαρύτητας αποτελούν μια προσωπική εκτίμηση του συνεντευκτή σχετικά με την ανάγκη του ασθενή για πρόσθετη θεραπεία σε κάθε ενότητα. Η κλίμακα εκτείνεται από το 0 (η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη) μέχρι το 9 (χρειάζεται η θεραπεία για παρέμβαση σε καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του ασθενή). Κάθε βαθμός βασίζεται στο ιστορικό των συμπτωμάτων που αποτελούν πρόβλημα για τον ασθενή στην παρούσα κατάσταση και στην υποκειμενική εκτίμηση της ανάγκης του για θεραπεία σε κάθε ενότητα (βλ. Εγχειρίδιο για λεπτομερή περιγραφή του τρόπου εξαγωγής του βαθμού βαρύτητας). Σημ.: Οι βαθμοί βαρύτητας είναι προαιρετικοί.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

0 – Καθόλου
1 – Λίγο
2 – Μέτρια
3 – Πολύ
4 – Πάρα πολύ

A. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

B1. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

B2. ΤΥΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. *Αποτοξίνωση-εξωτερικής παραμονής*
2. *Αποτοξίνωση-εσωτερικής διαμονής*
3. *Υποκατάσταση εξωτερικής παραμονής*
4. *Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής*
5. *Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής*
6. *Ημερήσια παραμονή*
7. *Ψυχιατρικό νοσοκομείο*
8. *Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/θάλαμος*
9. *Άλλο* _____
0. *Καμία Θεραπεία*

Γ1. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Γ2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Δ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Ε. Ώρα έναρξης :

Ζ. Ώρα λήξης :

Η. ΤΥΠΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ
1. *Αρχική*
2. *Επανεξέταση*

Θ. ΤΟΠΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ
1. *Σε Πρόγραμμα*
2. *Στο δρόμο*
3. *Σε γραφείο*
4. *Σε σπίτι*
5. *Αλλού*

Ι. ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΠΑΦΗΣ
1. *Κατά πρόσωπο*
2. *Τηλεφωνική*

Κ. ΦΥΛΟ
1. *Άνδρας*
2. *Γυναίκα*

Λ. ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

Μ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ
1. *Ο ασθενής διέκοψε τη συνέντευξη*
2. *Ο ασθενής αρνήθηκε τη συνέντευξη*
3. *Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να απαντήσει*

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ
   1. *Μεγάλη πόλη (> 100.000)*
   2. *Μεσαία (10- 100.000)*
   3. *Μικρή (αγροτική) (< 10.000)*
2. ΠΟΛΗ _____
3. Πόσο καιρό μένεις σ' αυτή τη διεύθυνση; *χρόνια* *μήνες*
4. Το σπίτι ανήκει σε σένα ή στην οικογένειά σου;
   0 = Όχι *1 = Ναι*
5. ΗΛΙΚΙΑ
6. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ _____
7. ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
   Ασθενή _____
   Πατέρα _____
   Μητέρας _____
8. Έχεις βρεθεί σε ελεγχόμενο (κλειστό) περιβάλλον μετά τη θεραπεία;
   1. *Όχι*
   2. *Φυλακή*
   3. *Θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά*
   4. *Ιατρική θεραπεία*
   5. *Ψυχιατρική θεραπεία*
   6. *Αποτοξίνωση (μόνο)*
   7. *Άλλο* _____
9. Για πόσους μήνες;

ΠΡΟΦΙΛ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

	ΥΓΕΙΑΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	ΝΟΜΙΚΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ							

1: Η προσαρμογή της 5ετούς επανεξέτασης βασίζεται στην 5η έκδοση του Αμερικανικού ASI (Mc Lellan, 1992) και στο EuropASI (Ευρωπαϊκή προσαρμογή από A. Κοκκέβη, C. Hartgers, P. Blanken, G. Gozzi, E. Tempesta, A. Uchtnhgen 1994) και έγινε από την Ερευνητική Ομάδα του Ερευνητικού Προγράμματος "Αποτίμηση των Υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α." (Ε.Σ.Δ.Υ.-ΚΕ.Θ.Ε.Α. υπό την εποπτεία του T. MacLellan).

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1α. Πόσες φορές στη ζωή σου έχεις μπει σε νοσοκομείο για προβλήματα σωματικής υγείας; *(συμπεριλάβετε υπερβολική δόση και τρομώδες παραλήρημα, αποκλείστε αποτοξίνωση)*

1β. Πόσες φορές έχεις μπει σε νοσοκομείο για προβλήματα σωματικής υγείας μετά τη θεραπεία;

2. Πριν πόσο καιρό νοσηλεύτηκες για τελευταία φορά για κάποιο σωματικό πρόβλημα; *χρόνια* *μήνες*

3. Έχεις κάποια χρόνια προβλήματα σωματικής υγείας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή σου;
0 – Όχι 1 – Ναι

(Προσδιορίστε)

4. Έχεις μολυνθεί από ηπατίτιδα; *πριν* *μετά*
0 – Όχι
1 – Ναι
2 – Δεν ξέρω
3 – Αρνείται να απαντήσει

5. Έχεις κάνει τεστ για AIDS; *πριν* *μετά*
0 – Όχι
1 – Ναι
2 – Δεν ξέρω
3 – Αρνείται να απαντήσει

6. Αν έχεις κάνει τεστ μετά τη θεραπεία, πριν πόσους μήνες;

7. Ποιο ήταν το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ;
0. Αρνητικό
1. Θετικό
2. Δεν ξέρω
3. Αρνείται να απαντήσει

8. Παίρνεις σε συστηματική βάση κάποιο φάρμακο με συνταγή γιατρού για πρόβλημα σωματικής υγείας;
0 – Όχι 1 – Ναι

9. Παίρνεις σύνταξη για σωματική αναπηρία; *(Όχι ψυχική)*
0 – Όχι 1 – Ναι

10. Έχεις υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρό για σωματικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες;
0 – Όχι 1 – Ναι

11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες είχες προβλήματα σωματικής υγείας;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

12. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα σωματικής υγείας;

13. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για αυτά τα προβλήματα;

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

14. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ιατρική θεραπεία;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

15. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0 – Όχι 1 – Ναι

16. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
0 – Όχι 1 – Ναι

Σχόλια

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Χρόνια Εκπαίδευσης

2. Χρόνια εκπαίδευσης μετά τη θεραπεία

3α. Ανώτερο πτυχίο εκπαίδευσης πριν τη θεραπεία

(Προσδιορίστε)

3β. Ανώτερο πτυχίο εκπαίδευσης μετά τη θεραπεία

(Προσδιορίστε)

4. Έχεις ισχύουσα άδεια οδήγησης;
0. Όχι 1. Ναι

5. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια δουλειά πλήρους ωραρίου μετά τη θεραπεία; *(Βλ. Εγχειρίδιο για ορισμό)*

6. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια περίοδος ανεργίας μετά τη θεραπεία;
χρόνια *μήνες*

7. Συνήθης (ή πιο πρόσφατη) απασχόληση μετά τη θεραπεία

(Προσδιορίστε λεπτομερώς)

8. Συνήθης επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 5 χρόνια:
1. Πλήρης απασχόληση
2. Μερική απασχόληση (τακτικό ωράριο)
3. Μερική απασχόληση (περιστασιακή, με την ημέρα)
4. Σπουδαστής / φοιτητής
5. Στρατιώτης
6. Σύνταξη / Αναπηρία
7. Άνεργος/η (συμπεριλάβετε τα οικιακά)
8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον

9. Πόσες μέρες δούλεψες τις τελευταίες 30 μέρες (αποκλείστε εμπορία/πορνεία ή άλλη παράνομη δραστηριότητα)

Πήρες χρήματα τις τελευταίες 30 μέρες από τις παρακάτω πηγές;

10. Δουλειά;
0. Όχι 1. Ναι

11. Επίδομα ανεργίας;
0. Όχι 1. Ναι

12. Προσφυγικό επίδομα;
0. Όχι 1. Ναι

13. Σύνταξη, επιδόματα, ή κοινωνική ασφάλιση;
0. Όχι 1. Ναι

14. Από το σύντροφό σου, την οικογένεια ή τους φίλους σου (για προσωπικά έξοδα);
0. Όχι 1. Ναι

15. Παράνομα;
0. Όχι 1. Ναι

16. Πορνεία;
0. Όχι 1. Ναι

17. Άλλες πηγές
0. Όχι 1. Ναι

18. Ποια είναι η κυριότερη πηγή εισοδήματός σου; *(Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 10-17)*

Σχόλια

19. Έχεις χρέη;
0 – Όχι 1 – Ναι

ποσό

20. Πόσα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από σένα για την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της στέγης τους, του φαγητού τους κλπ.

21. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες αντιμετώπισες προβλήματα με τη δουλειά ή προβλήματα ανεργίας;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22 & 23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

22. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα εργασίας;

23. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η συμβουλευτική βοήθεια για αυτά τα προβλήματα εργασίας;

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για συμβουλευτική σε θέματα εργασίας;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0 – Όχι 1 – Ναι

26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
0 – Όχι 1 – Ναι

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

		Χρήση (ναι-όχι)	Συχνότητα	Πόσο μετά το πρόγραμμα (μήνες)	Πόσο διάστημα συστηματικά	Πόσες από τις τελευταίες 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
01.	Αλκοόλ – κοινωνική χρήση (μέχρι 3 ποτά)						
02.	Αλκοόλ – βαριά χρήση (περισσότερο από 5 ποτά τη φορά)						
03.	Ηρωίνη						
04.	Μεθαδόνη / LAAM						
05.	Άλλα οπιούχα παυσίπονα						
06.	Φάρμακα χάπια (BZP,Barb, Sed, Hypn)						
07.	Κοκαίνη						
08.	Αμφεταμίνες						
09.	Κάνναβη						
10.	Παραισθησιογόνα						
11.	Εισπνεόμενα						
12.	Άλλα						
13.	Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (02-12)						

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- *Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.*

14. Έχεις κάνει ενέσιμη χρήση μετά τη θεραπεία; ☐
0. Όχι 1. Ναι

	Πόσους μήνες Μετά τη Θεραπεία	Χρόνια μετά	Ενέσιμη χρήση 6 μήνες	Ενέσιμη χρήση 30 μέρες
14A.	☐☐	☐	☐	☐☐
	μήνες	χρόνια	μήνες	μέρες

14B. Ενέσιμη χρήση μετά τη θεραπεία: ☐
1. *Δεν κάνει κοινή χρήση*
2. *Κάνει μερικές φορές κοινή χρήση με άλλους*
3. *Κάνει συχνά κοινή χρήση με άλλους*

15A. Πόσες φορές στη ζωή σου σου έχει συμβεί:

Να πάθεις τρομώδες παραλήρημα ☐☐

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών ☐☐

15B. Πόσες φορές μετά τη θεραπεία σου έχει συμβεί:

Να πάθεις τρομώδες παραλήρημα ☐☐

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών ☐☐

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία μετά την περίοδο της εξεταζόμενης θεραπείας:

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποτοξίνωση εξωτερικής Παραμονής	☐☐	☐☐
2. Αποτοξίνωση εσωτερικής Παραμονής	☐☐	☐☐
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής	☐☐	☐☐
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής	☐☐	☐☐
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής	☐☐	☐☐
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής	☐☐	☐☐
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/ Κλινική	☐☐	☐☐
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/ Θάλαμος	☐☐	☐☐
9. Άλλο	☐☐	☐☐

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
17. Πόσους μήνες διήρκησε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών;	☐☐	☐☐

18. Ποια ουσία θεωρείς ότι είναι τώρα το κύριο πρόβλημα; ☐☐
(Χρησιμοποιήστε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός εθισμός, 16. Πολλαπλός εθισμός, όπου υπάρχει αμφιβολία ρωτήστε τον ασθενή).

19. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεψες τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ _____ (ποσό) ☐☐☐☐☐☐

Ναρκωτικά _____ (ποσό) ☐☐☐☐☐☐

20. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έκανες θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξωτερικός ασθενής; ☐☐
(Συμπεριλάβετε τις ομάδες ΝΑ, ΑΑ)

21. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ ☐☐

Προβλήματα με τα ναρκωτικά ☐☐

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22 & 23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

22. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ ☐

Προβλήματα με τα ναρκωτικά ☐

23. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για:

Προβλήματα με το αλκοόλ ☐

Προβλήματα με τα ναρκωτικά ☐

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ ☐

Κατάχρηση ναρκωτικών ☐

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; ☐
0 – Όχι 1 – Ναι

26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; ☐
0 – Όχι 1 – Ναι

ΝΟΜΙΚΗ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Βρίσκεσαι υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση; ☐
   0. Όχι 1. Ναι

Πόσες φορές σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

	Πριν	*Μετά*
2. Κατοχή και εμπορία ναρκωτικών	☐☐	☐☐
3. Φθορά ξένης περιουσίας; *(διάρρηξη, κλοπή, απάτη, πλαστογραφία, εκβιασμό, παράνομη αποδοχή)*	☐☐	☐☐
4. Εγκλήματα βίας; *(ληστεία, επίθεση, εμπρησμό βιασμό, ανθρωποκτονία/φόνο)*	☐☐	☐☐
5. Άλλα εγκλήματα;	☐☐	☐☐
6. Πόσες από αυτές τις κατηγορίες κατέληξαν σε καταδίκες;	☐☐	☐☐

Πόσες φορές σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

	Πριν	*Μετά*
7. Ανάρμοστη συμπεριφορά, αλητεία, μέθη;	☐☐	☐☐
8. Πορνεία;	☐☐	☐☐

9. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ; ☐☐ ☐☐

10. Σοβαρές παραβιάσεις ΚΟΚ (επικίνδυνη οδήγηση, υπερβολική ταχύτητα, χωρίς άδεια οδήγησης κλπ.); ☐☐ ☐☐

11. Πόσους μήνες έχεις φυλακιστεί ☐☐ ☐☐

	μήνες	*μήνες*
12. Πόση διάρκεια είχε η τελευταία φυλάκισή σου;	☐☐	

	μήνες
13Α. Για ποια αδίκημα; *(Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 03-06, 08-11. Αν υπάρχουν πολλαπλά αδικήματα κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)*	☐☐

13Β. Πότε έγινε το αδίκημα αυτό; ☐
   1. Πριν τη θεραπεία
   2. Μετά τη θεραπεία

14. Περιμένεις τώρα απαγγελία κατηγορίας δίκη ή απόφαση δικαστηρίου; ☐
   0. Όχι 1. Ναι

15Α. Για ποιο αδίκημα; ☐☐
   (Αν υπάρχουν πολλαπλά κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)

15Β. Πότε έγινε το αδίκημα αυτό; ☐
   1. Πριν τη θεραπεία
   2. Μετά τη θεραπεία

16. Πόσες μέρες τις τελευταίες 30 ήσουν υπό κράτηση ή στη φυλακή; ☐☐

17. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έλαβες μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλεις λεφτά; ☐☐

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 18 & 19 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

18. Πόσο σοβαρά πιστεύεις ότι είναι τα τωρινά νομικά σου προβλήματα; ☐
   (Αποκλείστε τις αστικές υποθέσεις)

19. Πόσο σημαντική είναι <u>τώρα</u> για σένα η παροχή νομικών συμβουλών ή η παραπομπή για αυτά τα νομικά προβλήματα; ☐

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

20. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για παροχή νομικών συμβουλών ή υπηρεσιών; ☐

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

21. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; ☐
   0 – Όχι 1 – Ναι

22. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; ☐
   0 – Όχι 1 – Ναι

<u>Σχόλια</u>

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είχε κανένας από τους συγγενείς σου αυτό που θα λέγαμε σημαντικό πρόβλημα με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή ψυχιατρικό πρόβλημα – τέτοιο που να οδήγησε ή θα έπρεπε να είχε οδηγήσει σε θεραπεία;

<u>Από τη μητέρα</u>

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό
Γιαγιά	☐	☐	☐
Παππούς	☐	☐	☐
Μητέρα	☐	☐	☐
Θεία	☐	☐	☐
Θείος	☐	☐	☐
Άλλα σημαντικά Πρόσωπα	☐	☐	☐

<u>Από τον πατέρα</u>

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό
Γιαγιά	☐	☐	☐
Παππούς	☐	☐	☐
Πατέρας	☐	☐	☐
Θεία	☐	☐	☐
Θείος	☐	☐	☐
Άλλα σημαντικά πρόσωπα	☐	☐	☐

<u>Αδέλφια</u>

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό
Αδελφός #1	☐	☐	☐
Αδελφός #2	☐	☐	☐
Αδελφή #1	☐	☐	☐
Αδελφή #2	☐	☐	☐
Θετός Αδελφός/ ή	☐	☐	☐

Οδηγίες: Βάλτε «0» στη σχετική κατηγορία όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα <u>«όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία</u> των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα <u>«ναι» για οποιαδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία</u>, «Χ» όπου η απάντηση είναι <u>«δεν είμαι σίγουρος/η»</u> ή «δεν ξέρω» και «Ν» όταν <u>δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή</u>. Βάλτε τον κωδικό για τον/την πιο προβληματικό/ή αδελφό/ή σε περιπτώσεις που υπάρχουν περισσότερα από δύο αδέλφια σε κάθε κατηγορία.

1. Οικογενειακή κατάσταση ☐

1. Παντρεμένος/η *4. Σε διάσταση*
2. Ξαναπαντρεμένος/η *5. Διαζευγμένος/η*
3. Χήρος/α *6. Ανύπαντρος/η*

2. Πόσο καιρό είσαι σε αυτή την οικογενειακή κατάσταση; ☐☐ *χρόνια* ☐☐ *μήνες*
(Αν δεν έχει παντρευτεί ποτέ μετά την ηλικία των 18)

3. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτή την κατάσταση; ☐
0. Όχι
1. Αδιάφορο
2. Ναι

4. Τωρινές συνθήκες διαβίωσης ☐

1. Με ερωτικό σύντροφο και παιδιά
2. Με ερωτικό σύντροφο μόνοι
3. Μόνος/η με τα παιδιά
4. Με τους γονείς
5. Με την οικογένεια
6. Με φίλους
7. Μόνος/η
8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον
9. Όχι σταθερές συνθήκες

5. Πόσο καιρό ζεις κάτω από αυτές τις συνθήκες; ☐☐ *χρόνια* ☐☐ *μήνες*
(Αν ζει με τους γονείς ή με την οικογένεια μετά την ηλικία των 18)

6. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτές τις συνθήκες διαβίωσης; ☐
0. Όχι *1. Αδιάφορο* *2. Ναι*

Μένεις με κάποιον που: ☐
0. Όχι *1. Ναι*

6Α. Έχει πρόβλημα τώρα με το αλκοόλ; ☐

6Β. Παίρνει ψυχοδραστικά φάρμακα; ☐

7. Με ποιους περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο σου; ☐

1. Οικογένεια, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
2. Οικογένεια, με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
3. Φίλους, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
4. Φίλους με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
5. Μόνος/η

8. Σε ικανοποιεί να περνάς έτσι τον ελεύθερο χρόνο σου; ☐
0. Όχι *1. Αδιάφορο* *2. Ναι*

9. Πόσους στενούς φίλους έχεις; ☐

Οδηγίες: Βάλτε «0» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «ναι» για οποιοδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία, «Χ» όπου η απάντηση είναι «δεν είμαι σίγουρος/η» ή «δεν ξέρω» και «Ν» όπου δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή.

9Α. Θα έλεγες ότι είχες/έχεις στενές μακροχρόνιες προσωπικές σχέσεις με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα στη ζωή σου;

	Πριν	*Μετά*
Μητέρα	☐	☐
Πατέρα	☐	☐
Αδελφούς/Αδελφές	☐	☐
Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο	☐	☐
Παιδιά	☐	☐
Φίλους	☐	☐

Υπήρξαν σημαντικές περίοδοι κατά τις οποίες να είχες σοβαρά προβλήματα στη σχέση σου με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα;
0. Όχι *1. Ναι*

	Πριν	*Μετά*
10. Μητέρα	☐	☐
11. Πατέρα	☐	☐
12. Αδελφούς/Αδελφές	☐	☐
13. Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο	☐	☐
14. Παιδιά	☐	☐
15. Άλλους στενούς συγγενείς	☐	☐
16. Στενούς φίλους	☐	☐
17. Γείτονες	☐	☐
18. Συναδέλφους	☐	☐

Σε κακομεταχειρίστηκε κανένα από τα παραπάνω πρόσωπα (10 – 18):

0. Όχι *1. Ναι*

	Πριν	*Μετά*
18Α. Συναισθηματικά (με σκληρά λόγια);	☐	☐
18Β. Σωματικά (προκαλώντας σου σωματικές βλάβες);	☐	☐
18Γ. Σεξουαλικά (σεξουαλικές προτάσεις ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις);	☐	☐

19. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες σοβαρές συγκρούσεις:

Α. Με την οικογένειά σου ☐☐

Β. Με άλλους (εκτός οικογένειας) ☐☐

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 20-23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

20. Οικογενειακά προβλήματα ☐

21. Κοινωνικά προβλήματα ☐

Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία ή η συμβουλευτική για:

22. Οικογενειακά προβλήματα ☐

23. Κοινωνικά προβλήματα ☐

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για οικογενειακή ή/και κοινωνική συμβουλευτική; ☐

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; ☐
0 – Όχι *1 – Ναι*

26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; ☐
0 – Όχι *1 – Ναι*

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Πόσες φορές έχεις υποβληθεί σε θεραπεία για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

	Πριν	*Μετά*
Σε νοσοκομείο		
Ως εξωτερικός ασθενής ή σε ιδιώτη γιατρό		

2. Παίρνεις σύνταξη για ψυχική αναπηρία; ☐
0. Όχι 1. Ναι

Υπήρξε κάποια σημαντική περίοδος (που <u>δεν</u> ήταν άμεσα αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ (ναρκωτικών) που να είχες
(Βλ. Εγχειρίδιο για τους ορισμούς)

0. Όχι 1. Ναι

		Πριν	*Μετά*
3.	Σοβαρή κατάθλιψη		
4.	Σοβαρό άγχος ή Ένταση		
5.	Δυσκολίες στο να καταλαβαίνεις, να συγκεντρώνεσαι, να θυμάσαι		
6.	Ψευδαισθήσεις		
7.	Δυσκολία στο να Ελέγξεις τη βίαιη συμπεριφορά σου		
8.	Πάρει φάρμακα με Συνταγή γιατρού για ψυχολογικά/ συναισθηματικά προβλήματα		
9.	Σκεφτεί σοβαρά να Αυτοκτονήσεις		
10.	Αποπειραθεί να Αυτοκτονήσεις		

10A. Πόσες φορές έχεις αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις;

πριν	*μετά*

11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

12. Πόσο ενοχλήθηκες ή στεναχωρήθηκες από αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα μέσα στις τελευταίες 30 μέρες; ☐

13. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η θεραπεία για αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα; ☐

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ασθενής:

0. Όχι 1. Ναι

14. Ήταν φανερά καταθλιμμένος/ αποτραβηγμένος ☐

15. Ήταν φανερά εχθρικός ☐

16. Ήταν φανερά αγχωμένος/ Νευρικός ☐

17. Είχε πρόβλημα επαφής με την πραγματικότητα, διαταραχές της σκέψης, παρανοϊκή σκέψη ☐

18. Είχε δυσκολία στην κατανόηση, στη συγκέντρωση, στη μνήμη ☐

19. Έκανε σκέψεις αυτοκτονίας ☐

<u>Σχόλια</u>

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

20. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ψυχιατρική/ ψυχολογική θεραπεία; ☐

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι Διαστρεβλωμένες από:

21. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; ☐
0 – Όχι 1 – Ναι

22. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; ☐
0 – Όχι 1 – Ναι

ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σχετικά με την εμπειρία στο ΚΕΘΕΑ

1. *Όσο βρισκόσουν στο πρόγραμμα ποια θεωρείς ότι ήταν η μεγαλύτερη δυσκολία σου;*
2. *Πού αποδίδεις το γεγονός ότι παρέμεινες τόσο διάστημα στο πρόγραμμα;*
3. *Που αποδίδεις το γεγονός ότι έφυγες (διέκοψες) από το πρόγραμμα;*
4. *Ποια στοιχεία, δεξιότητες, γνώσεις και εμπειρίες που απέκτησες στο ΚΕΘΕΑ θεωρείς ότι ήταν τα σημαντικότερα για την αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων της ζωής σου;*

Προτάσεις για αλλαγή στη Θεραπευτική Κοινότητα

1. *Τι θα ήθελες να αλλάξει στο θεραπευτικό πρόγραμμα;*
2. *Τι θα ήθελες να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα;*

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ
ΑΡΧΙΚΗ ΒΑΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
(Συμπλήρωση από πηγές)[1]

ΓΕΝΙΚΑ

Α. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Β. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Γ. ΦΥΛΟ
1. Άνδρας
2. Γυναίκα

Δ ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Ε. ΠΗΓΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ
1. Ναι 0. Όχι

1. Αρχική Συνέντευξη FTDI
2. Ιατρικές Εξετάσεις
3. Βιογραφία
4. Ερωτηματολόγιο Νομικό
5. EuropASI Εισαγωγής

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ
1. Μεγάλη πόλη (> 100.000)
2. Μεσαία (10- 100.000)
3. Μικρή (αγροτική) (< 10.000)

2. ΠΟΛΗ

4. ΗΛΙΚΙΑ

5. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πόσες φορές στη ζωή σου έχεις μπει σε νοσοκομείο για προβλήματα σωματικής υγείας;
(συμπεριλάβετε υπερβολική δόση και τρομώδες παραλήρημα, αποκλείστε αποτοξίνωση)

2. Πριν πόσο καιρό νοσηλεύτηκες για τελευταία φορά για κάποιο σωματικό πρόβλημα;
χρόνια *μήνες*

3. Έχεις κάποια χρόνια προβλήματα σωματικής υγείας που επηρεάζουν τη ζωή σου;
0 – Όχι 1 – Ναι

(Προσδιορίστε)

4. Έχεις μολυνθεί από ηπατίτιδα;
0 – Όχι
1 – Ναι
2 – Δεν ξέρω
3 – Αρνείται να απαντήσει

5. Έχεις κάνει τεστ για AIDS;
0 – Όχι
1 – Ναι
2 – Δεν ξέρω

5α. Ποιο ήταν το αποτέλεσμα του τεστ;
0. Αρνητικό
1. Θετικό
2. Δεν ξέρω
3. Αρνείται να απαντήσει
8. Δεν έχει τεστ

6. Παίρνεις σε συστηματική βάση κάποιο φάρμακο με συνταγή γιατρού για πρόβλημα σωματικής υγείας;
– Όχι 1 – Ναι

7. Παίρνεις σύνταξη για σωματική αναπηρία; *(Όχι ψυχική)*
0 – Όχι 1 – Ναι

8. Έχεις υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρό για σωματικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες;
0 – Όχι 1 – Ναι

[1] Το ερωτηματολόγιο «Αρχική Βάση Πληροφοριών» βασίζεται στις αρχές του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI, EyropASI) και διαμορφώθηκε από το Τμήμα Έρευνας Αξιολόγησης Τεκμηρίωσης του ΚΕΘΕΑ για συμπλήρωση δεδομένων από πρωτογενείς πηγές χωρίς συνέντευξη

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Χρόνια Εκπαίδευσης

1α. Ανώτερο πτυχίο εκπαίδευσης πριν τη θεραπεία

_____

(Προσδιορίστε)

2. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια δουλειά πλήρους ωραρίου

χρόνια *μήνες*

βλ. Εγχειρίδιο για ορισμό)

3. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια περίοδος ανεργίας

χρόνια *μήνες*

4. Συνήθης (ή πιο πρόσφατη) απασχόληση

_____

(Προσδιορίστε λεπτομερώς)

4α. Εργάζεσαι τώρα *0 – Όχι* *1 – Ναι*

5. Ποια είναι η κυριότερη πηγή εισοδήματός σου; *(Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 10-17 ASI)*

6. Έχεις χρέη;
0 – Όχι *1 – Ναι*

ποσό _____

7. Πόσα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από σένα για την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της στέγης τους, του φαγητού τους κλπ.

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

	Χρήση (ναι-όχι)	Συχνότητα	Ηλικία έναρξης Χρήσης	Διάρκεια	Τρόπος χρήσης
01. Αλκοόλ – κοινωνική χρήση (μέχρι 3 ποτά)					
02. Αλκοόλ – βαριά χρήση (περισσότερο από 5 ποτά τη φορά)					
03. Ηρωίνη					
04. Μεθαδόνη / LAAM					
05. Άλλα οπιούχα παυσίπονα					
06. Φάρμακα χάπια (BZP,Barb, Sed, Hypn)					
07. Κοκαίνη					
08. Αμφεταμίνες					
09.Κάνναβη					
10. Παραισθησιογόνα					
11. Εισπνεόμενα					
12. Άλλα					
13. Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (02-12)					

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- *Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.*

14. Έχεις κάνει ενέσιμη χρήση
0. Όχι *1. Ναι*

14Α. Πόσο καιρό κάνεις ενέσιμη χρήση

Γενικά		6 μήνες	30 μέρες
μήνες	χρόνια	μήνες	μέρες

15Α. Πόσες φορές στη ζωή σου σου έχει συμβεί:

15α1. Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποτοξίνωση εξωτερικής Παραμονής		
2. Αποτοξίνωση εσωτερικής Παραμονής		
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής		
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής		
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής		
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής		
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/ Κλινική		
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/ Θάλαμος		
9. Άλλο		

17. Πόσους μήνες διήρκησε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών;

18. Ποια ουσία θεωρείς ότι είναι τώρα το κύριο πρόβλημα;

(Χρησιμοποιήστε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός εθισμός, 16. Πολλαπλός εθισμός).

ΝΟΜΙΚΗ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Βρίσκεσαι υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση; ☐
0. Όχι 1. Ναι

Πόσες φορές σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

2. Κατοχή και εμπορία ναρκωτικών ☐☐

3. Φθορά ξένης περιουσίας; ☐☐
(διάρρηξη, κλοπή, απάτη, πλαστογραφία, εκβιασμό, παράνομη αποδοχή)

4. Εγκλήματα βίας; ☐☐
(ληστεία, επίθεση, εμπρησμό βιασμό, ανθρωποκτονία/φόνο)

5. Άλλα εγκλήματα; ☐☐

6. Πόσες από αυτές τις κατηγορίες κατέληξαν σε καταδίκες; ☐☐

Πόσες φορές σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

7. Ανάρμοστη συμπεριφορά, αλητεία, μέθη; ☐☐

8. Πορνεία; ☐☐

9. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ; ☐☐

10. Σοβαρές παραβιάσεις ΚΟΚ (επικίνδυνη οδήγηση, υπερβολική ταχύτητα, χωρίς άδεια οδήγησης κλπ.); ☐☐

11. Πόσους μήνες έχεις φυλακιστεί; ☐☐ *μήνες*

12. Πόση διάρκεια είχε η τελευταία φυλάκισή σου; ☐☐ *μήνες*

13. Για ποια αδίκημα; ☐☐
(Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 03-06, 08-11. Αν υπάρχουν πολλαπλά αδικήματα κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)

14. Περιμένεις τώρα απαγγελία κατηγορίας δίκη ή απόφαση δικαστηρίου; ☐
0. Όχι 1. Ναι

15Α. Για ποιο αδίκημα; ☐☐
(Αν υπάρχουν πολλαπλά κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

1. Οικογενειακή κατάσταση ☐

1. Παντρεμένος/η
2. Ξαναπαντρεμένος/η
3. Χήρος/α
4. Σε διάσταση
5. Διαζευγμένος/η
6. Ανύπαντρος/η

2. Πόσο καιρό είσαι σε αυτή την οικογενειακή κατάσταση; ☐☐ *χρόνια* ☐☐ *μήνες*
(Αν δεν έχει παντρευτεί ποτέ μετά την ηλικία των 18)

3. Τωρινές συνθήκες διαβίωσης ☐

1. Με ερωτικό σύντροφο και παιδιά
2. Με ερωτικό σύντροφο μόνοι
3. Μόνος/η με τα παιδιά
4. Με τους γονείς
5. Με την οικογένεια
6. Με φίλους
7. Μόνος/η
8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον
9. Όχι σταθερές συνθήκες

4. Μένεις με κάποιον που:
0. Όχι 1. Ναι

4Α. Έχει πρόβλημα τώρα με το αλκοόλ; ☐

4Β. Παίρνει ψυχοδραστικά φάρμακα; ☐

5Α. Θα έλεγες ότι είχες/έχεις στενές μακροχρόνιες προσωπικές σχέσεις με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα στη ζωή σου;

5α1. Μητέρα ☐
5α2. Πατέρα ☐
5α3. Αδελφούς/Αδελφές ☐
5α4. Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο ☐
5α5. Παιδιά ☐
5α6. Φίλους ☐

6. Υπήρξαν σημαντικές περίοδοι κατά τις οποίες να είχες σοβαρά προβλήματα στη σχέση σου με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα;
0. Όχι 1. Ναι

6α. Μητέρα ☐
6β.Πατέρα ☐
6γ. Αδελφούς/Αδελφές ☐
6δ. Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο ☐
6ε. Παιδιά ☐
6στ.Άλλους στενούς συγγενείς ☐
6ζ. Στενούς φίλους ☐
6η. Γείτονες ☐
6θ. Συναδέλφους ☐

7. Σε κακομεταχειρίστηκε κανένα από τα παραπάνω πρόσωπα (6α – 6θ):

0. Όχι 1. Ναι

7Α. Συναισθηματικά (με σκληρά λόγια); ☐

7Β. Σωματικά (προκαλώντας σου σωματικές βλάβες); ☐

7Γ. Σεξουαλικά (σεξουαλικές προτάσεις ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις) ☐

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Πόσες φορές έχεις υποβληθεί σε θεραπεία για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

Σε νοσοκομείο ☐☐

Ως εξωτερικός ασθενής ή σε ιδιώτη γιατρό ☐☐

2. Παίρνεις σύνταξη για ψυχική αναπηρία; ☐
0. Όχι 1. Ναι

Υπήρξε κάποια σημαντική περίοδος (που <u>δεν</u> ήταν άμεσα αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ (ναρκωτικών) που να είχες
(Βλ. Εγχειρίδιο για τους ορισμούς)

0. Όχι 1. Ναι

3. Σοβαρή κατάθλιψη ☐
4. Σοβαρό άγχος ή Ένταση ☐
5. Δυσκολίες στο να καταλαβαίνεις, να συγκεντρώνεσαι, να θυμάσαι ☐
6. Ψευδαισθήσεις ☐
7. Δυσκολία στο να Ελέγξεις τη βίαιη συμπεριφορά σου ☐
8. Πάρει φάρμακα με Συνταγή γιατρού για ψυχολογικά/ συναισθηματικά προβλήματα ☐
9. Σκεφτεί σοβαρά να Αυτοκτονήσεις ☐
10. Αποπειραθεί να Αυτοκτονήσεις ☐

10Α. Πόσες φορές έχεις αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις; ☐☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

1. Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα μοντέλο θεραπείας που αποσκοπεί πρώτα από όλα στην απεξάρτηση από ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση (σε αυτές περιλαμβάνονται και φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα).
2. Τα μέλη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων καλούνται:
(α) Να αναγνωρίζουν σε όλα τα άτομα που σχετίζονται με τη θεραπευτική τους κοινότητα τα δικαιώματα που έχουν ως άνθρωποι και ως πολίτες και να δηλώνουν με σαφήνεια ποια είναι τα δικαιώματα, τα προνόμια και οι ευθύνες των μελών και του προσωπικού.
(β) Να αναγνωρίζουν σε κάθε άτομο που βρίσκεται στη θεραπευτική κοινότητα το δικαίωμα να μην απειλείται από κακή χρήση της εξουσίας, από οποιοδήποτε άτομο ή ομάδα κι αν προέρχεται αυτή.
(γ) Να δηλώνουν ποια είναι η φιλοσοφία και οι στόχοι του προγράμματος.
(δ) Να ορίζουν κανονισμούς για τη θεραπευτική τους κοινότητα οι οποίοι θα παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάργησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας.
0(ε) Να λειτουργούν σε περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη και το οποίο εγγυάται την ασφάλεια όλων.
(στ) Να διευκολύνουν τη συγκρότηση μιας κοινωνίας/κοινότητας που θα βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της και όπου η αξιοπρέπεια του ατόμου θα αποτελεί πρωταρχική αξία.
(ζ) Να παρέχουν εκπαίδευση και επαρκή εποπτεία στο προσωπικό.
(η) Να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό Διοικητικό Συμβούλιο που συγκαλείται ανά τακτά και προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα μέσα στο έτος, προκειμένου να έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.
(θ) Να παρουσιάζουν, ύστερα από λογιστικό έλεγχο, ετήσιο οικονομικό απολογισμό που θα επικυρώνεται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.
3. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων θα απαιτεί τη συμμόρφωση προς τις Προδιαγραφές και τους Στόχους, κάθε φορά που θα εξετάζει αιτήσεις απόκτησης ή ανανέωσης της ιδιότητας του μέλους. Θα απαιτεί επίσης ενεργό συμμόρφωση προς τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Παγκόσμια Ομοσπονδία στο Καταστατικό της, άρθρο ΙΙΙ με τίτλο "Ορισμός" και άρθρο VI με τίτλο "Ιδιότητα του μέλους" (με ιδιαίτερη αναφορά στις παραγράφους Α1, Α2, Β1, Β2 και Γ3).

ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Όλα τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων έχουν απόλυτο δικαίωμα στα ακόλουθα:
1. Υποστηρικτικό περιβάλλον, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες.
2. Θεραπεία ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, ιδιότητα στρατιωτικού ή βετεράνου πολέμου, πνευματική και σωματική αναπηρία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο ή καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας.
3. Αξιοπρέπεια, σεβασμό, υγεία και ασφάλεια συνεχώς.
4. Γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του προγράμματος.
5. Ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους τρέχοντες κανονισμούς του προγράμματος, καθώς επίσης και τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων.
6. Προσφυγή σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονά τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των κανονισμών, των κυρώσεων, των πειθαρχικών μέτρων και των τροποποιήσεων των δικαιωμάτων.
7. Καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών*, καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και

προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά την αποχώρηση από αυτό.
8. Απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας.
9. Πρόσβαση στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς.

* Στην Ελλάδα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους προς τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.
10. Αποχώρηση από το πρόγραμμα ανά πάσαν στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση.
11. Προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος, εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό.
12. Προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό.
13. Παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
14. Ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησής της.
15. Δυνατότητα να λαμβάνουν νομικές συμβουλές και να εκπροσωπούνται ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται.
16. Τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του/της.
17. Όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί για αυτό κατηγορία.
18. Καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής.
19. Προστασία από εκμετάλλευση (αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν.

ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

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

Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ

Τα μέλη του προσωπικού πρέπει:
1. Να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα.
2. Να τηρούν απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τα μέλη, σεβόμενα όλη τη σχετική νομοθεσία, καθώς και τους κανονισμούς του φορέα στον οποίο ανήκουν.
3. Να παρέχουν στα μέλη αντίγραφο του Χάρτη Δικαιωμάτων των Μελών και να βεβαιώνονται ότι όλα όσα αναγράφονται σε αυτόν γίνονται κατανοητά και εφαρμόζονται τόσο από το προσωπικό όσο και από τα μέλη.

4. Να σέβονται όλα τα μέλη και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική και μη τιμωρητική.
5. Να παρέχουν υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη φυλή, το δόγμα, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την ηλικία, τη σωματική αναπηρία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο και την οικονομική κατάσταση των μελών, σεβόμενα τη θέση των μελών σε περιπτώσεις ειδικών συνθηκών.
6. Να αναγνωρίζουν ότι μπορεί να είναι προς όφελος του μέλους η παραπομπή του/της σε άλλο φορέα ή επαγγελματία.
7. Να απαγορεύουν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, οποιουδήποτε τύπου, ανάμεσα στο προσωπικό και στα μέλη (καθώς και με πρόσωπα της οικογένειας των μελών).
8. Να ανταμείβουν επαρκώς το μέλος για οποιαδήποτε δουλειά κάνει το ίδιο για κάποιο μέλος του προσωπικού.*
9. Να εμποδίζουν την εκμετάλλευση του μέλους για προσωπικό όφελος.

* Στα προγράμματα απεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν επιτρέπεται η ανάθεση στα μέλη εργασιών που δεν αφορούν τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων.