



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΜΕ».

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ: «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟ-
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΙΝ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ».**

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΠΑΚΟΥΡΟΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ

(Α.Μ: 6207Μ015)

Αθήνα 2009 - 2010.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 4-5

- **Α' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**
(ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ).

Κεφάλαιο Α.1 : Η έννοια της «υγείας» και της «ασθένειας».

Παρουσίαση του βιο-ψυχοκοινωνικού και του βιοϊατρικού μοντέλου για την υγεία και την ασθένεια.

.....σελ. 6-9

Κεφάλαιο Α.2: Θεωρητική προσέγγιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες

(Ορισμός, Επιδημιολογία, Κυριότερες κλινικές μορφές, Αιτιοπαθογένεια,

Θεραπευτική

αντιμετώπιση).....σελ.10-15

Κεφάλαιο Α.3: Το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις ναρκωτικές ουσίες στην

Ελλάδα.....σελ.16-18

Κεφάλαιο Α.4: Κοινωνική νοηματοδότηση των ναρκωτικών ουσιών. Παρουσίαση

της ιστορικότητας του ψυχοθεραπευτικού

λόγου.....σελ.19-21

Κεφάλαιο Α. 5: Ψυχοδυναμική προσέγγιση της εξάρτησης από ναρκωτικές

ουσίες.....σελ.23-29

Κεφάλαιο Α. 6: Κοινωνικές διακρίσεις (Στίγμα) απέναντι στα εξαρτημένα από
ναρκωτικά άτομα.....σελ.30-36

▪ **Β' ΕΝΟΤΗΤΑ:** ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ («QUALITY OF LIFE»):

Κεφάλαιο Β.1: Ποιότητα ζωής: Ορισμός και θεωρητικές προσεγγίσεις.σελ.37-43

Κεφάλαιο Β.2: Παρουσίαση παρεμβάσεων αγωγής της υγείας(έκθεση σύγχρονων
επιστημονικών μελετών για την ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων από
ναρκωτικές ουσίες ατόμων).....σελ.44-49

▪ **Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ:** Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Κεφάλαιο Γ.1: Παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας και των ερευνητικών
υποθέσεων.....σελ.50-52

Κεφάλαιο Γ.2: Ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων.....σελ.53-63

Κεφάλαιο Γ.3: Συμπεράσματα.....σελ.64-68

▪ **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (ΑΝΤΙ
ΕΠΙΛΟΓΟΥ).....σελ.69-70

▪ **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

Παράρτημα 1: Τα δικαιολογητικά προς τον ΟΚΑΝΑ.....σελ.71-74

Παράρτημα 2: Το πρωτόκολλο των ημι-δομημένων συνεντεύξεων.....σελ.75-77

Παράρτημα 3: Οι συνεντεύξεις.....σελ.78-99

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.100-
105.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα ερευνητική μελέτη αφορά στην *ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων και των υπό-απεξάρτησιν από ναρκωτικές ουσίες ατόμων*. Το εν λόγω θέμα μελετάται υπό το πρίσμα αφενός του πολυπαραγοντικού φαινομένου της τοξικοεξάρτησης και αφετέρου της εννοιολογικής προσέγγισης της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, το **ερευνητικό ερώτημα** που αποτελεί τον θεωρητικό πυρήνα της παρούσας μελέτης είναι αν η ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων ή υπο-απεξάρτησιν ατόμων παρουσιάζει βελτίωση ως προς τρεις κύριες διαστάσεις: i) την συναισθηματική επικοινωνία με τους άλλους ii) την εμφάνιση ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας και iii) την επαγγελματική αποκατάσταση.

Ειδικότερα, η προκείμενη εργασία δομείται από τρεις κεντρικές ενότητες. Στην *πρώτη ενότητα* παρατίθενται στοιχεία που προσδιορίζουν το θεωρητικό υπόβαθρο για την χρήση ουσιών και την αγωγή υγείας. Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται το βιοϊατρικό και το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία και την ασθένεια, το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις ναρκωτικές ουσίες στην Ελλάδα, θεωρητικά ερμηνευτικά μοντέλα για την χρήση ουσιών και στοιχεία για την κοινωνική διάκριση και τον αποκλεισμό που υφίσταται η κοινωνική ομάδα των (πρώην) χρηστών τοξικών ουσιών. Επιπλέον, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται σε **ψυχοδυναμικά μοντέλα ερμηνείας** της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες και κυρίως στο πρόσφατο ανεπτυγμένο μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης που συνδέει ρητά την τάση εξάρτησης με συμπεριφορές υγείας και προβλέπει την συσχέτιση μεταξύ εξάρτησης και επιπέδου υγείας. Ακολούθως, στην *δεύτερη ενότητα* παρατίθενται θεωρητικά στοιχεία για την έννοια: «**ποιότητα ζωής**» (quality of life), για την οποία τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον και κυρίως για την εκτίμησή της στον χώρο της (ψυχικής) υγείας. Για τον λόγο αυτό, θα επιχειρήσουμε να προσδιορίσουμε το περιεχόμενο της έννοιας: «ποιότητα ζωής» (ορισμός), θα παρουσιάσουμε την διαχρονικότητά της, καθώς και τους δείκτες εκτίμησής της στον χώρο της ψυχολογίας. Στην *τρίτη ενότητα* της μελέτης, παρουσιάζεται η έρευνα καθεαυτή. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία που ακολουθήσαμε και έγκειται στην υλοποίηση **ημι-δομημένων συνεντεύξεων** στην **Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ** από την οποία προέρχεται και το δείγμα της έρευνας (άτομα που είτε έχουν απεξαρτηθεί από ναρκωτικές ουσίες είτε

βρίσκονται στην διαδικασία απεξάρτησης). Παράλληλα, στην ίδια ενότητα παρουσιάζονται οι μεταβλητές της έρευνας, οι ερευνητικές υποθέσεις που θελήσαμε να διερευνήσουμε , ενώ περιγράφεται και η *ανάλυση περιεχομένου* των ημι-δομημένων συνεντεύξεων από την οποία προκύπτουν τρεις κύριες θεματικές κατηγορίες: συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία, εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και χρήση ουσιών και επαγγελματική αποκατάσταση/ κοινωνική λειτουργικότητα. Καταλήγοντας, στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται τα ερευνητικά ευρήματα, επιχειρείται μια ερμηνευτική προσέγγιση σε αυτά, ενώ γίνεται συσχετισμός των παρόντων πορισμάτων με τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνών που αφορούν στο δι-επίπεδο γνωστικό αντικείμενο: χρήση ουσιών- ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων ατόμων.

Θα ήθελα, εν κατακλείδι, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) που ενέκρινε την αίτησή μου για την υλοποίηση της προκείμενης έρευνας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην θεραπευτική ομάδα της Μονάδας Κοινωνικής Επανένταξης του οργανισμού που με την προθυμία και το πνεύμα συνεργασίας που επέδειξε, διευκόλυνε και συνέβαλε σημαντικά στην υλοποίηση της εν λόγω εργασίας.

- **Α' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ (ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ).**

Κεφάλαιο Α.1 : Η έννοια της «υγείας» και της «ασθένειας».

Παρουσίαση του βιο-ψυχοκοινωνικού και του βιοϊατρικού μοντέλου για την υγεία και την ασθένεια.

Μελετώντας την τοξικοεξάρτηση υπό το πρίσμα της αγωγής της υγείας, κρίνεται αναγκαίο να παραθέσουμε πρωτίστως ορισμένες καίριες θεωρήσεις σχετικά με τις έννοιες: «υγεία» και «αγωγή υγείας» και να επισημάνουμε τις βασικότερες θέσεις από τα πλέον διαδεδομένα μοντέλα αγωγής της υγείας: το βιοϊατρικό και το βιο-ψυχοκοινωνικό.

Καταρχήν , ορίζοντας την υγεία να σημειώσουμε πως συνηθίζεται να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε θετικούς και αρνητικούς ορισμούς της υγείας, όσο και ανάμεσα σε λειτουργικούς και βιοματικούς ορισμούς (Calnan, 1987). Ο ορισμός της ιατρικής για την υγεία- η απουσία νόσου- είναι σαφώς αρνητικός. Αντιθέτως, παράδειγμα θετικού ορισμού είναι ο ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με τον οποίο η **υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας**. Η **δημόσια υγεία** στοχεύει στην πρόληψη μεταδιδόμενων ασθενειών. Η **αγωγή της υγείας** ως κλάδος της δημόσιας υγείας αποτελεί μια δυναμική δραστηριότητα που έχει στόχο την αντικατάσταση συμπεριφορών που θίγουν τη δημόσια υγεία με αυτές που την προάγουν. Συνεπώς, συμπεραίνουμε πως η **Αγωγή Υγείας** θα μπορούσε να οριστεί ως εξής: «είναι η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους» (Παυλοπούλου, 2006).

➤ **Βιοϊατρικό μοντέλο:**

Η σύγχρονη δυτική ιατρική έχει υιοθετήσει το αποκαλούμενο «βιοϊατρικό μοντέλο».

Το εν λόγω μοντέλο βασίζεται σε πέντε συγκεκριμένες παραδοχές:

-Πρώτον, στην αρχή που είναι γνωστή ως *δυϊσμός πνεύματος- σώματος* και σύμφωνα με την οποία το πνεύμα και το σώμα νοούνται ως δύο απόλυτα ξεχωριστές οντότητες.

-Δεύτερον, στην αρχή που πρεσβεύει ότι το σώμα μπορεί να «επισκευαστεί», με την έννοια που επισκευάζεται μια μηχανή. Συνεπώς, η ιατρική αποδέχεται ότι οι γιατροί μπορούν να δράσουν ως μηχανικοί , «επιδιορθώνοντας» την όποια σωματική/βιολογική δυσλειτουργία.

-Τρίτον, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, τα οφέλη από τις τυχόν τεχνολογικής φύσης ιατρικές παρεμβάσεις υπερτιμώνται, γεγονός που οδηγεί στην παραδοχή, εκ μέρους της ιατρικής, της επιτακτικής αναγκαιότητας της τεχνολογίας.

-Τέταρτον, το βιοϊατρικό μοντέλο είναι αναγωγικό (reductionist), δηλαδή εστιάζει αποκλειστικά στα βιολογικά αίτια των ασθενειών, παραβλέποντας κοινωνικούς ή ψυχολογικούς νοσογόνους παράγοντες.

-Τέλος, ο προαναφερθείς περιορισμός ενισχύθηκε κατά τον 19ο αι. με την υιοθέτηση της «θεωρίας μικροοργανισμών», σύμφωνα με την οποία, αιτία για την πρόκληση κάθε ασθένειας είναι ένας συγκεκριμένος, ανιχνεύσιμος παράγοντας, λεγόμενος «παθογόνος παράγοντας» (όπως, τα παράσιτα, οι ιοί και τα βακτήρια). Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως *δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας*.

Κύρια χαρακτηριστικά του εν λόγω μοντέλου είναι η μελέτη των οργάνων και των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας και η προσήλωση σε έναν *γραμμικό τρόπο σκέψης* (για κάθε αποτέλεσμα υπάρχει μια μόνο αιτία) που οδηγεί στην αναζήτηση αποκλειστικά και μόνο βιολογικών αιτιών, παραγνωρίζοντας τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών νοσογόνων παραγόντων. Όσον αφορά στην κλινική του εφαρμογή στηρίζεται στην συλλογιστική ότι οι αρρώστιες είναι διακριτές οντότητες που αποκαλύπτονται μέσω των συμπτωμάτων, ο δε ασθενής, περισσότερο ή λιγότερο, αποτελεί παθητικό δέκτη της ασθένειας (Atkinson, 1988). Στο εν λόγω μοντέλο έχει ασκηθεί κριτική τόσο από το χώρο της ιατρικής, όσο και από τον χώρο της κοινωνιολογίας. Οι σύγχρονες πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες , καθώς και τα δεδομένα από τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κατέδειξαν τις ελλείψεις και τις δυσχερείες του και έκαναν επιτακτική την υιοθέτηση ενός νέου τρόπου αντιμετώπισης του ανθρώπου που θα αποβεί αποτελεσματικότερος. Ως εκ τούτου, τα τελευταία χρόνια έχουμε την ανάδυση ενός νέου μοντέλου για την υγεία, του *βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου*.

➤ **Βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο:**

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 υιοθετήθηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο υγείας που έδωσε έμφαση στη σημασία του *κοινωνικού περιβάλλοντος*, της *ψυχολογίας* και της *ιδεολογίας*, ενώ προσέγγιζε τον άνθρωπο ως *ψυχοκοινωνική οντότητα*. Πιο συγκεκριμένα, η προσπάθεια ορισμένων ψυχιάτρων και ψυχολόγων στις αρχές του 20^{ου} αιώνα να επεκτείνουν τις ψυχολογικές γνώσεις τους σε θέματα υγείας και ασθένειας, οδήγησε στη σταδιακή ανάπτυξη του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας για την κατανόηση της συμμετοχής των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και στην εξέλιξη των διαταραχών της υγείας (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999).

Σύμφωνα με την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η *υγεία* ορίζεται ως μια *ολότητα*, όπου η *σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ταυτόχρονα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον*. Συγκεκριμένα, κύριο γνώρισμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου είναι ότι αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια ως τις δύο συμπληρωματικές όψεις ενός ενιαίου συστήματος, οι οποίες διαμορφώνονται και προσδιορίζονται κοινωνικά. Συνεπώς, καταργεί την προγενέστερη αντίληψη περί «διαχωρισμού» του ανθρώπου και ατενίζει τον άνθρωπο ολιστικά, δηλαδή σωματικά- συναισθηματικά- διανοητικά, εξαρτώμενο από το φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται, εγκαθιδρύοντας αμφίδρομες σχέσεις με αυτό (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1999). Η υγεία του ατόμου συσχετίζεται με τις κοινωνικές δομές, τις πολιτισμικές συντεταγμένες και ποικίλει ανάλογα με τη φυλή, το φύλο, την ηλικία και την κοινωνική τάξη. Από αυτό προκύπτει πως το εν λόγω μοντέλο εξετάζει μεταξύ των άλλων και τον ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Newttleton, 2002). Συμπερασματικά, σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, η ασθένεια αποτελεί ένα μήνυμα ή ένα σήμα κινδύνου, που δηλώνει την ύπαρξη δυσαρμονίας ή τη διατάραξη της ισορροπίας στα διάφορα επίπεδα λειτουργικότητας του ατόμου, ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα (Καλαντζή- Αζίζι, 1983). Η νέα, καταλήγοντας, τάση στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου- που διεκδικεί τη θέση της στο σύγχρονο γίνεσθαι του χώρου της υγείας- βασίζεται στην παραδοχή πως ο άνθρωπος δεν είναι ένα ορθολογικό αλλά ένα *ορθοψυχολογικό όν*, δηλαδή οι αποφάσεις που

λαμβάνει ακόμα και όταν αυτές αφορούν στη διαφύλαξη του πολύτιμου αγαθού της υγείας είναι συνυφασμένες με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ψυχισμού του και την βιογραφία του. Ο στόχος, συμπερασματικά, είναι να επέλθει μέσω της ενεργητικής συμμετοχής του ατόμου, η διαπαιδαγώγηση και επανεκπαίδευσή του ενταγμένη στην εκάστοτε ψυχοκοινωνική πραγματικότητά του.

Καταλήγοντας και κλείνοντας την εν λόγω θεματική ενότητα, αξίζει να επισημάνουμε τις διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων υγείας που συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- Το βιοϊατρικό μοντέλο δίνει σχεδόν αποκλειστικά έμφαση στην απουσία της νόσου, ενώ η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση προτείνει τη συνεχή προσπάθεια προσαρμογής σε βιολογικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα ως μέτρο για την μέγιστη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.
- Στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο, ο ασθενής έχει ενεργητικό ρόλο και συναποφασίζει με τον ειδικό για την αντιμετώπιση της ασθένειας του και την αποκατάσταση της υγείας του. Αντίθετα, στο βιοϊατρικό μοντέλο, ο ασθενής εφαρμόζει παθητικά τις συμβουλές του ειδικού.

Κεφάλαιο Α.2: Θεωρητική προσέγγιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες (Ορισμός, Επιδημιολογία, Κυριότερες κλινικές μορφές, Αιτιοπαθογένεια, Θεραπευτική αντιμετώπιση).

Θεωρούμε πως είναι ιδιαίτερα χρήσιμο- πριν αναφερθούμε με θεωρητικά και ερευνητικά στοιχεία στην ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων- να παραθέσουμε ορισμένα στοιχεία περί της τοξικοεξάρτησης και ιδιαίτερα έναν συνοπτικό ορισμό για την εξάρτηση¹. Η εξάρτηση, λοιπόν, θα μπορούσε να οριστεί ως *μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που περιλαμβάνει ένα σύνολο από σωματικά, συμπεριφοριστικά, γνωσιακά και ψυχικά συμπτώματα που συνδέονται με τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας* (Ζερβής, 2003). Αφορά ένα ευρύ φάσμα ουσιών (όπως το οινόπνευμα, η νικοτίνη κ.α) όμως στην παρούσα εργασία θα εστιάσουμε αποκλειστικά στα στοιχεία που αφορούν στην εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες: ινδική κάνναβη, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, οπιοειδή, ψευδαισθησιογόνα κ.α. Παρόλα αυτά οι ειδικοί δυσκολεύονται να συμφωνήσουν σε έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της εξάρτησης (White 2001:42-6, Robins et al. 1974:235-49, Paredes, Hood et al 1973: 1141-61) και με ομολογημένες τις δυσχέρειες της εργαστηριακής εξακρίβωσής της (Φαρσεδάκης- Συλίκος 1996:258), ο εξεταζόμενος χαρακτηρίζεται εξαρτημένος όταν πληροί τουλάχιστον τρία από τα κριτήρια στα οποία στηρίζεται η διάγνωση:

1. Καταναλώνει ουσίες σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο από αυτήν που είχε την πρόθεση.
2. Έχει την επίμονη επιθυμία ή έχει κάνει μία ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας.
3. Καταναλώνει μεγάλο μέρος του χρόνου του σε δραστηριότητες αναγκαίες για την προμήθεια της ουσίας (π.χ κλοπές), για χρήση ουσίας (επανειλημμένη χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια της ημέρας) ή για την αποκατάσταση από την επίδρασή της.
4. Εμφανίζει καταστάσεις μέθης ή στερητικά συμπτώματα, ενώ:

¹ Ο εν λόγω ορισμός είναι ένας από τους πολυάριθμους που υπάρχουν στην βιβλιογραφία και αναφέρονται στην έννοια της εξάρτησης και όπως και οι υπόλοιποι ορισμοί έτσι ακριβώς και ο προαναφερθείς είναι περιγραφικός και όχι αποκλειστικός για την συγκεκριμένη έννοια.

α) αναμενόταν να εκπληρώσει σημαντικές υποχρεώσεις στη δουλειά του, στο σχολείο, ή στο σπίτι (π. χ δεν πηγαίνει στη δουλειά γιατί βρίσκεται σε κατάσταση κακουχίας από την στέρηση, δεν πηγαίνει στο σχολείο ή δεν εργάζεται γιατί βρίσκεται υπό την άμεση επίδραση της ουσίας, είναι σε κατάσταση μέθης ενώ φροντίζει τα παιδιά).

β) αναλαμβάνει δραστηριότητες επικίνδυνες για τη σωματική του ακεραιότητα (π.χ οδήγηση μεταφορικού οχήματος).

5. Εγκαταλείπει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές ασχολίες εξαιτίας της χρήσης.

6. Συνεχίζει την χρήση της ουσίας παρά την επίγνωση ενός διαρκούς ή περιοδικού κοινωνικού, ψυχολογικού προβλήματος υγείας που το προκαλεί ή το επιδεινώνει η χρήση της.

7. Έχει ανάγκη για σημαντικά μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας (ανάπτυξη ανοχής- αύξηση της κατανάλωσης...) ή εμφανίζει σημαντικά μειωμένη επίδραση από τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας ναρκωτικής ουσίας.

8. Εμφανίζει χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα.

9. Χρησιμοποιεί την ουσία συχνά για να ανακουφιστούν ή να αποφευχθούν τα στερητικά συμπτώματα.

Η σχετική υπουργική απόφαση θέτει ως κριτήρια για τη διάγνωση της ασθένειας της εξάρτησης ένα σύνολο παραγόντων που δεν αφορούν άμεσα την οργανική και φυσική κατάσταση του χρήστη ναρκωτικών, αλλά δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην **κοινωνική παρουσία του δράστη**. Συνεπώς, το θεμελιώδες κριτήριο διάγνωσης της ιδιότυπης ασθένειας της εξάρτησης συνδέεται κατά κύριο λόγο με την απόσυρση του χρήστη από την άσκηση ενός συνόλου σημαντικών ρόλων. Αν εξαιρέσουμε τα τελευταία τρία κριτήρια, τα οποία αφορούν, τα οποία αφορούν τις φαρμακολογικές ιδιότητες της ουσίας, τα υπόλοιπα εστιάζουν στο κατά πόσο η συμπεριφορά του ατόμου ανταποκρίνεται σε ένα ορισμένο κοινωνικό πρότυπο. Έλλειψη αυτοελέγχου (κριτήρια 1 και 2), απουσία μέριμνας για την υγεία (κριτήριο 6), υιοθέτηση επικίνδυνων πρακτικών (κριτήριο 4β), ανορθολογική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (κριτήρια 3, 5), παραμέληση κοινωνικών υποχρεώσεων (κριτήρια 4^α, 5) ορίζουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα βάσει των οποίων στοιχειοθετείται το προφίλ του χρήστη που χαρακτηρίζεται ασθενής. Με βάση την ίδια λογική καθορίζεται και ο **σκοπός** της θεραπείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση, η θεραπεία απεξάρτησης αφορά στα ακόλουθα: «...τον περιορισμό των

παράνομων δραστηριοτήτων που προκύπτουν από την ανάγκη ανεύρεσης ναρκωτικής ουσίας, την κινητοποίηση του χρήστη για την ένταξή του στην κοινωνική διαδικασία και γενικότερα, την επίτευξη ενός κοινωνικά αποδεκτού τρόπου ζωής».²

Η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες- και γενικότερα η εξάρτηση- χαρακτηρίζεται από αναπτυσσόμενη ανοχή του οργανισμού του χρήστη απέναντι στην χρησιμοποιούμενη ουσία, με την έννοια ότι μεσοπρόθεσμα με την ίδια ποσότητα της χρησιμοποιούμενης ουσίας επιτυγχάνεται ένα μειωμένο πλέον αποτέλεσμα (ευχαρίστησης ή αντιμετώπισης του εκλυόμενου άγχους), κάτι που οδηγεί στην αύξηση της προσλαμβανόμενης δόσης ή στην μεταπήδηση σε άλλη, κατά κανόνα ισχυρότερη, ψυχοδραστική ουσία. **Το σύνδρομο στέρησης** είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό που συνθέτει την κλινική εικόνα της εξάρτησης και αφορά σε εκδηλώσεις/συμπτώματα σωματικής ή ψυχικής φύσης που εμφανίζονται όταν το άτομο δεν πάρει σε μια συγκεκριμένη δοσολογία την ουσία απέναντι στην οποία εμφανίζει εξάρτηση ή εμφανίζει ανοχή απέναντι στη συγκεκριμένη δόση ή στη συγκεκριμένη ουσία. Η εξάρτηση περιλαμβάνει μια απώλεια του ελέγχου εκ μέρους του ατόμου όσον αφορά την ποσότητα και τη διάρκεια λήψης της ψυχοδραστικής ουσίας, που τείνει να λαμβάνεται επί μακρότερον χρονικό διάστημα απ'ό,τι είχε υπολογιστεί αρχικά από το άτομο και αυτό παρά την ενδεχόμενη επιθυμία του ή τις ανεπιτυχείς προσπάθειές του να αναλάβει τον έλεγχο της κατάστασης. Η εξάρτηση οδηγεί τον χρήστη σε μια υπερβολική κατανάλωση δυνάμεων και χρόνου για να επιτύχει την προμήθεια της ψυχοδραστικής ουσίας κάτι το οποίο, συνεπικουρούμενο από τις άμεσες επιπτώσεις της λήψης της ουσίας επάνω στην ψυχική και σωματική ισορροπία του ατόμου, οδηγεί σε προβλήματα διατήρησης της κοινωνικής, επαγγελματικής και οικογενειακής ένταξης. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο σύγχρονος καταναλωτής ναρκωτικών ουσιών χαρακτηρίζεται από την **πολυτοξικομανία**, με την έννοια της ταυτόχρονης ή διαδοχικής κατανάλωσης διαφόρων ουσιών ή μιγμάτων ουσιών από νέα κυρίως άτομα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημάνουμε πως η *χρήση ναρκωτικών ουσιών θεωρούμενη στο σύνολό της δεν περιορίζεται σε ορισμένα κοινωνικά στρώματα αλλά αγγίζει, με κάποιες διαφορές όσον αφορά το είδος της καταναλισκόμενης ουσίας, όλους τους κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς χώρους* (Ζερβής, Χ. 2003).

² «Ενιαία Επιστημονικά Κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης...»6.π.: 29-30, στο Ανδριάκαϊνα, Ε., (2005). *Παίζοντας με τα όρια*. Αθήνα: Βιβλιόραμα.

Όσον αφορά στην **επιδημιολογία**, σύμφωνα με τα στοιχεία της αμερικάνικης έρευνας ECA (Epidemiologic Catchment Area) που διεξήχθη ανάμεσα στο 1980 και 1984 σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-3, στο σύνολο του πληθυσμού μια δεδομένη στιγμή το ποσοστό που έχει ήδη αντιμετωπίσει στη ζωή του προβλήματα κατάχρησης –εξάρτησης απέναντι στα παράγωγα της ινδικής κάνναβης είναι στο 4,4%, στα διεγερτικά στο 1,7%, στα οπιοειδή στο 0.7%, στα ψευδαισθησιογόνα στο 0.4% και στην κοκαΐνη στο 0,2%. Τα στατιστικά αυτά στοιχεία παρουσιάζουν δραματική αύξηση τα τελευταία χρόνια.

Κυριότερες **κλινικές μορφές εξάρτησης** από ναρκωτικές ουσίες αποτελούν τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης, οποιοειδή (στην κατηγορία αυτή υπάγονται περισσότερες από 20 ουσίες αλλά την πιο σημαντική θέση κατέχει η ηρωίνη), η κοκαΐνη/αμφεταμίνες και τα ψευδαισθησιογόνα.

Αναζητώντας την **αιτιοπαθογένεια** της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, πρέπει να επισημάνουμε πως οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ανάπτυξη της είναι πολλαπλοί κάθε φορά, επεμβαίνοντας είτε ταυτόχρονα είτε σε διαφορετικές φάσεις της διαδικασίας που καταλήγει στην εξάρτηση. Έρευνες ενοχοποιούν γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες. Επιπλέον, προϋπάρχουσες ψυχικές παθήσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια κ.α) θεωρείται ότι ευνοούν την εγκατάσταση απέναντι σε κάποια ναρκωτική ουσία. Επιπροσθέτως, ψυχαναλυτικές θεωρήσεις επικεντρώνονται στην ανεπαρκή λειτουργικότητα του Εγώ, ενώ γνωσιακά σχήματα εστιάζουν σε θετικούς (η ευεργετική δράση της φαρμακευτικής ουσίας) και αρνητικούς(εκδηλώσεις στέρησης) ενισχυτές που συνοδεύουν την εξάρτηση. Παράλληλα, αναγνωρίζεται ο κεντρικός ρόλος των κοινωνικών/οικογενειακών παραγόντων στην ανάπτυξη προβλημάτων εξάρτησης. Έχει αποδειχτεί πως καθοριστικοί παράγοντες για την πορεία της εξάρτησης είναι οι τρεις ακόλουθοι: α) *Η νομοθεσία*, β) *η διαθεσιμότητα ή όχι μιας ουσίας στο κοινό και γ) η τιμή της.*

Κεφάλαιο Α. 2.1: Προσεγγίσεις στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης:

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε σε ορισμένα γενικά στοιχεία που αφορούν στην θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Συγκεκριμένα, στην προσπάθεια αντιμετώπισης των τοξικοεξαρτημένων ατόμων θα πρέπει να προτείνονται από τον ερευνητή **βραχυπρόθεσμοι** και **μακροπρόθεσμοι στόχοι**. Ως άμεσοι θεραπευτικοί στόχοι ορίζονται: η εισαγωγή στο νοσοκομείο σε περίπτωση οξείας ψυχωσικόμορφης αντίδρασης ή έντονων στερητικών συμπτωμάτων, η άμεση παραπομπή του χρήστη σε θεραπευτική κοινότητα ή ξενώνα και η μείωση ή σταθεροποίηση της δόσης της ουσίας. Ως μακροπρόθεσμοι στόχοι ορίζονται: η απόλυτη και σταθερή αποχή από τις ναρκωτικές ουσίες, η κοινωνική επανένταξη, η εργασιακή αποκατάσταση και η σταθεροποίηση του χρήστη σε έναν λειτουργικό τρόπο ζωής. Αξίζει να σημειώσουμε πως το **κίνητρο του χρήστη**, αν και είναι σημαντικό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι ένας μόνο από τους παράγοντες που το καθορίζουν. Συνεπώς, *η θεωρία των κινήτρων* (στην οποία βασίζεται η λειτουργία του OKANA, ο οργανισμός από τον οποίο αντλήσαμε το δείγμα για την παρούσα ερευνητική μελέτη), *σε μεγάλο βαθμό δεν θεωρείται ότι έχει απόλυτη ισχύ*.

Γεγονός είναι πως στον χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, οι οποίες σε πολλά σημεία τους αλληλοκαλύπτονται. Το να τις εξετάσει κανείς απομονωμένα είναι λάθος-όπως δεν υπάρχει ένας τύπος χρήστη, έτσι και ένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δεν είναι αρκετό για να καλύψει τις ποικίλες ανάγκες όλων των χρηστών. Η θεραπευτική, λοιπόν, προσέγγιση δεν είναι μία απομονωμένη παρέμβαση στη ζωή των χρηστών, αλλά μάλλον αποτελεί μέρος των συνολικών εμπειριών τους. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται ότι διαμορφώνεται σε κάθε περίπτωση βάσει τριών κύριων παραγόντων (Simpson, D., 1979):

1. Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης: σύμφωνα με αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, την καλύτερη θεραπευτική έκβαση έχουν κατά σειρά οι θεραπευτικές κοινότητες, τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής βάσης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων, τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη (για τα ελληνικά δεδομένα, εδώ εντάσσεται ο OKANA) και οι

θεραπευτικές προσεγγίσεις σε εξωτερική βάση. Γενικά θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι –εξαιτίας του διαφορετικού βαθμού αντικοινωνικής συμπεριφοράς που εμφανίζει ο κάθε χρήστης- μία κοινή θεραπευτική προσέγγιση για όλους τους χρήστες είναι λανθασμένη τακτική.

2. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή: ο θεραπευτής φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να είναι συναισθηματικά ανεμεμειγμένος ή επικριτικός, θα πρέπει να είναι αποφασισμένος να εργαστεί με αντικειμενικότητα, να μην απορρίπτει χρήστες με χαμηλό κίνητρο και είναι προετοιμασμένος για υποτροπές και αποτυχίες. Γενικά ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το θεραπευτικό του αποτέλεσμα. Ο θεραπευτής δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητως ψυχίατρος ή ψυχολόγος- εκπαιδευμένοι γενικοί γιατροί, καθώς και πεπειραμένα άτομα σε παραιατρικά και μη επαγγέλματα είναι δυνατόν να φανούν πολύ χρήσιμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.
3. Τα χαρακτηριστικά του χρήστη: πέρα από τη νεαρή ηλικία του χρήστη, το μικρό διάστημα χρήσης, την απουσία ενέσιμης χρήσης, το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον και το χαμηλό δείκτη παράνομων δραστηριοτήτων, που φαίνεται να συνδέονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, υπάρχει η άποψη ότι είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς με σιγουριά άλλα χαρακτηριστικά του χρήστη τα οποία να έχουν προγνωστική αξία αναφορικά με το αποτέλεσμα-αυτό συμβαίνει γιατί τα ουσιοεξαρτημένα άτομα αποτελούν ετερογενή πληθυσμό.

Κεφάλαιο Α.3: Το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις ναρκωτικές ουσίες στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο Α. 3.1. Η εξελικτική πορεία του νομικού πλαισίου για την εξάρτηση: το πέρασμα από την ποινή στην θεραπεία.

Η φιλοσοφία της πολιτικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών με τη **θέσπιση ειδικού νομοθετικού πλαισίου (ν. 1729/87)** κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, εγκαινίασε την πραγμάτωση μιας συνολικότερης προσέγγισης του εν λόγω φαινομένου. Παράλληλα με την καταστολή **το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη μείωση της ζήτησης και στην επιεικέστερη ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων χρηστών και τη διάκρισή τους από τους εμπόρους**. Στον τομέα της μείωσης της ζήτησης, στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1990, έγιναν τρία μεγάλα βήματα στα πλαίσια των **τριών τομέων πρόληψης (πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς)** που ενίσχυσαν ακόμα περισσότερο την προσπάθεια της πολιτείας για συνολικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου: η έναρξη της λειτουργίας του θεσμού των Κέντρων Πρόληψης, η δημιουργία του προγράμματος υποκατάστασης με χορήγηση μεθαδόνης και η εφαρμογή δράσεων με στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση πρώην χρηστών. Παρόλο που ο **πρωτεύον στόχος** της ακολουθούμενης πολιτικής ήταν η **αποχή από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών** καθώς και η **σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση** από αυτές, εγκαινιάστηκε παράλληλα και η **εφαρμογή παρεμβάσεων** με στόχο τη μείωση της βλάβης προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες χρηστών που δεν προσέρχονται στα θεραπευτικά προγράμματα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην λειτουργία του Ο.ΚΑ.ΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών), σύμφωνα με τα οικονομικά στοιχεία του οργανισμού, οι δαπάνες για το έτος 1999 ανήλθαν στα 4.306.689.000 δρχ. Οι δαπάνες αυτές αφορούν τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ για πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, για τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων και για συμμετοχή σε διεθνείς δράσεις.

Σύμφωνα με το **Εθνικό Σχέδιο Δράσης Για τα Ναρκωτικά 2008-2012**,³ το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με την τοξικοεξάρτηση *απαρτίζεται* σήμερα από τις ακόλουθες νομοθετικές διατάξεις:

-Υπουργική απόφαση Φ.429.1/5/150045 (ΦΕΚ Β΄ 34/18.1.2006) του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας. Η υπουργική απόφαση αφορά στην αναβολή της κατάταξης λόγω θεραπευτικής αγωγής σε κέντρα θεραπείας εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες, του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

-Εγκύκλιος ΕΓΚ 2/2006/0-0 ΕΓΚ. ΣΣ. 2/2006: αρ. 4 νόμος 3424/2005: τροποποίηση νόμου 2331/1995 Περί νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες. Η εγκύκλιος αφορά στην τροποποίηση, συμπλήρωση και αντικατάσταση του νόμου 2331/1995 και προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2001/97/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος με σκοπό την νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και άλλες διατάξεις.

-ΠΟΛ 1131/2006/0-0 Π1131: Κοινοτικός νόμος 3424/2005 Περί νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματική δραστηριότητα. Αφορά στην κοινοποίηση των διατάξεων του νόμου 3424/2005 περί τροποποίησης και αντικατάστασης των διατάξεων του πρώτου κεφαλαίου του νόμου 2331/1995, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2001/97/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος, με σκοπό τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και άλλες διατάξεις και την παροχή οδηγιών για την εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων.

-Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/38075 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπαγωγή φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος στις διατάξεις του Ν3459/2006 περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αφορά στην υπαγωγή του

³ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά (2008-2012), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.

φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος SUBOXONE, που περιέχει την ουσία BUPRENORPHINE σε συνδυασμό με την ουσία NALOXONE, στον Πίνακα Δ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του νόμου 3459/2006. Η διάθεση αυτού θα γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 22 του νόμου 3459/2006.

-Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/52708 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπαγωγή φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων στις διατάξεις του νόμου 3459/2006 περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αφορά στην υπαγωγή των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων FENTADUR και MATRIFEN, που περιέχουν την ουσία FENTANYL, στον Πίνακα Γ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του νόμου 3459/2006.

-Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/80696 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπαγωγή φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος στις διατάξεις u964 του νόμου 3459/2006 Περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αφορά στην υπαγωγή του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος OXXALGAN, που περιέχει την ουσία TRAMADOL, στον Πίνακα Γ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του νόμου 3459/2006.

-Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/63672 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Καθορισμός τρόπου διάθεσης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν την ουσία ΦΑΙΝΤΑΝ, ύλη υπό μορφή διαδερμικών εμφλάστρων. Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/50153/06 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Καθορισμός μέγιστης ημερήσιας δόσης τραμαδόλης. Η υπουργική απόφαση ορίζει τη μέγιστη ημερήσια δόση για την ουσία ΤΡΑΜΑΔΟΛΗ (TRAMADOL) σε 400 mg.

Κεφάλαιο Α.4: Κοινωνική νοηματοδότηση των ναρκωτικών ουσιών. Παρουσίαση της ιστορικότητας του ψυχοθεραπευτικού λόγου.

Στο παρόν κεφάλαιο θα εξετάσουμε την κοινωνική νοηματοδότηση του ατόμου που κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Καταρχήν, να επισημάνουμε ότι η χρήση ναρκωτικών χαρακτηρίζεται ως **παρεκκλίνουσα συμπεριφορά**. Η έννοια της παρέκκλισης θεωρείται μια κοινωνική κατασκευή και είναι στενά συνδεδεμένη με την παραβατικότητα και την εγκληματική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον Η. Δασκαλάκη ο παράγοντας που συντελεί στη διαμόρφωση μιας «εγκληματικής» εικόνας στηρίζεται κυρίως στην ποινική αντίδραση της Πολιτείας, η οποία με τον τρόπο αυτό θεσπίζει «εγκληματική» τη χρήση των ναρκωτικών (Δασκαλάκης, Η. 1985). Κατά αυτόν τον τρόπο οριοθετείται και η σχέση μεταξύ ναρκωτικών και εγκλήματος. Κατά συνέπεια, η διαδικασία εγκληματοποίησης προηγείται της εγκληματικής συμπεριφοράς. Στο σημείο αυτό αξίζει να υπογραμμίσουμε πως **η κατάχρηση αλκοόλ συνιστά παρεκκλίνουσα συμπεριφορά**, ενώ **η χρήση κάνναβης αποτελεί ποινικό αδίκημα**. Επομένως, η πράξη ενδοφλέβιας χορήγησης ηρωίνης δεν είναι παρεκκλίνουσα εξαιτίας του τρόπου εφαρμογή της. Είναι σύμφωνη με τους κανόνες, αν για παράδειγμα, η χορήγησή της γίνει σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον κατόπιν ιατρικής συνταγής. Ο παρεκκλίνων χαρακτήρας μιας πράξης εδράζεται στον τρόπο με τον οποίο αυτή χαρακτηρίζεται σύμφωνα με τους δημόσιους κανονισμούς. Ως συνάρτηση των παραπάνω προσδίδεται ένα **συγκεκριμένο κοινωνικό νόημα** στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών το οποίο παράγει και τα αντίστοιχα **μοντέλα ερμηνείας κοινωνικής νοηματοδότησης της χρήσης ουσιών**. Τα κυριότερα μοντέλα, σύμφωνα με την **ιστορική συνέχεια**, είναι τα ακόλουθα:

- **Το ηθικό μοντέλο** : σύμφωνα με το οποίο η χρήση των ναρκωτικών είναι καταδικαστέα, καθώς οδηγεί στη διάπραξη αντικοινωνικών πράξεων, αλλά κυρίως επειδή δημιουργεί μια σχέση εξάρτησης του ατόμου από την ουσία, που έχει ως αποτέλεσμα την απόσυρση του από την κοινωνική και πιο συγκεκριμένα την παραγωγική πραγματικότητα.

Το ηθικό μοντέλο ερμηνείας- βάσει του οποίου συνοψίζουμε πως οι χρήστες θεωρούνταν ανήθικα άτομα- κυριάρχησε το χρονικό διάστημα 1920-1932 (η ιστορική συγκυρία αφορά στην διακοπή σύμβασης Ελλάδας- Αιγύπτου για την διακίνηση κρασιού και χασίς). Τα δημοσιεύματα της εποχής θεωρούν

υπαίτιους για την επικράτηση του συγκεκριμένου μοντέλου ερμηνείας για την χρήση ναρκωτικών, την «ξένη επιρροή». Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε πως η από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως το 1920, η χρήση, καλλιέργεια και διακίνηση ναρκωτικών ήταν ελεύθερη, αποτελούσε στοιχείο γοήτρου και αφορούσε στις παρυφές της ελληνικής κοινωνίας (χαρακτηριστικό στοιχείο είναι η κουλτούρα των ρεμπέτικων τραγουδιών).

- **Το ιατρικό μοντέλο:** σύμφωνα με το οποίο η χρήση των ναρκωτικών προσδιορίζεται ως ασθένεια, διότι συνδέεται με την εκδήλωση σωματικών και ψυχικών διαταραχών.

Η ιατροποίηση του φαινομένου έχει τις απαρχές της στα 1932 και στην διακυβέρνηση του Ε. Βενιζέλου. Η ιατροποίηση των ναρκωτικών αποτελεί συνάρτηση του διάχυτου ιατρικού ιμπεριαλισμού. Να σημειώσουμε πως κατά την δικτατορία του Ι. Μεταξά, στην ερμηνεία της τοξικοεξάρτησης επικράτησαν *συνδυαστικά το ιατρικό και το ηθικό μοντέλο* (δηλαδή οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών αντιμετωπίστηκαν ταυτόχρονα ως ασθενείς και ως ανήθικοι και θεωρήθηκε ότι είναι έρμαιο της ουσίας). Αξιοσημείωτο είναι πως το χρονικό διάστημα: 1932-1970 επικράτησε αμηχανία στο νομικό πλαίσιο και η χρήση ουσιών αντιμετωπιζόταν εναλλακτικά είτε ως πταίσμα είτε ως κακούργημα, γεγονός που συνέβαλλε στην εξάπλωση των ναρκωτικών.

- **Το ρομαντικό μοντέλο:** σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο ερμηνείας, η χρήση ουσιών εξιδανικεύτηκε και απέκτησε μία ρομαντική προοπτική. Το ρομαντικό μοντέλο εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70, αποτέλεσε αποκύημα της ισχύουσας ιδεολογίας που πρέσβευαν οι απαλλαγμένοι από συμβάσεις και φορείς της επανάστασης νέοι (η ιδεολογία της εποχής συνοψίζεται στο πρίπτυχο: "Sex- Drugs- Rock & Roll"). Ως συνάρτηση των παραπάνω, στην δεκαετία του '70 ανοίγει ένας μεγάλος *δημόσιος διάλογος* για τα ναρκωτικά που εξελίσσεται υπό την αιγίδα της ανάπτυξης του *κοινωνικού κράτους*. Ορόσημο για την συγκεκριμένη εποχή αποτελεί η *θέσπιση του Νόμου του 1987* για τα ναρκωτικά που σηματοδοτεί τον διαχωρισμό ανάμεσα στις έννοιες: «απλός χρήστης» και «εξαρτημένος διακινητής». Επιπλέον, τώρα εμφανίζεται για πρώτη φορά στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, η έννοια της «θεραπευτικής» κοινότητας (εντούτοις, η

αντίληψη πως η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί μια νέα μορφή κεκαλυμμένου κοινωνικού ελέγχου, είναι υπαρκτή). Χαρακτηριστικό είναι εξάλλου πως το χρονικό διάστημα 1987- 1990 τριπλασιάζεται ο αριθμός των θεραπευόμενων χρηστών, ενώ το 70% των χρηστών παρουσιάζει προβλήματα με την αστυνομία.

- **Το κοινωνιοθεραπευτικό μοντέλο:** όπου η χρήση ναρκωτικών αποδίδεται σε ένα συγκεκριμένο *ψυχολογικό υπόβαθρο* των χρηστών ναρκωτικών ουσιών. Αναλυτικότερα, μέσα από το πρίσμα του κοινωνιοθεραπευτικού μοντέλου ερμηνείας, οι χρήστες ουσιών αντιμετωπίζονται ως άτομα αποπροσανατολισμένα, ανώριμα, μη επαρκώς κοινωνικοποιημένα και έχοντες μια εσφαλμένη εικόνα εαυτού και των άλλων. Κατά την δεκαετία του 1990, το μοντέλο αυτό συνέβαλλε στον ημι-έλεγχο από το κράτος και στον καλοπροαίρετο κρατικό πατερναλισμό.

Εν συνεχεία, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε πως **κανένα από τα προαναφερθέντα μοντέλα ερμηνείας δεν είναι απόλυτα επαρκές**, καθώς η **ανθρώπινη συμπεριφορά είναι πολύσημη**. Τις τελευταίες δεκαετίες το ηθικό και κοινωνιοθεραπευτικό μοντέλο ερμηνείας τείνουν να υποχωρούν έναντι του ιατρικού. Επιπλέον, σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημάνουμε ότι τα **στερεότυπα** καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το είδος όσο και την ένταση της κοινωνικής αντίδρασης απέναντι στη χρήση ναρκωτικών. Τα στερεότυπα τα συναντάμε στις διάφορες εκστρατείες ενημέρωσης γύρω από τα ναρκωτικά και στον τρόπο που προβάλλεται το θέμα από τον τύπο. Πιο συγκεκριμένα, τα στερεότυπα που διαχέονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) συγκροτούνται από *φορείς του επίσημου κοινωνικού ελέγχου* στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης καθώς επίσης και μέσα από τον *επιστημονικό λόγο των ειδικών* οι οποίοι ασχολούνται με το έγκλημα σε θεωρητικό, εμπειρικό και εφαρμοσμένο επίπεδο εντός και εκτός των θεσμών του επίσημου κοινωνικού ελέγχου της παρέκκλισης και του εγκλήματος. Η σύνδεση της χρήσης ναρκωτικών συνδέεται κατά διαδεδομένες αντιλήψεις με την εγκληματικότητα και αποτελεί το βασικό επιχείρημα για τη θέσπιση νόμων που απαγορεύουν τη χρήση. Εντούτοις, στις συναφείς ερευνητικές μελέτες παραβλέπεται μία βασική παράμετρος: *η χρήση ναρκωτικών προηγείται της εγκληματικότητας*. Συμπερασματικά, οι προαναφερθείσες διαδικασίες οδηγούν στην περιθωριοποίηση των χρηστών αλλά και

των απεξαρτημένων ατόμων (αναλυτική αναφορά για το στίγμα απέναντι σε μια κοινωνική ομάδα- και ειδικότερα στους χρήστες τοξικών ουσιών- γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο).

Κεφάλαιο Α. 5: Ψυχοδυναμική προσέγγιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες.

Κεφάλαιο Α. 5.1 Παρουσίαση ψυχοδυναμικών μοντέλων για την εξάρτηση (το κλασικό ψυχαναλυτικό μοντέλο/ το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων/ το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης).

Όσον αφορά στην έννοια της εξάρτησης στην ψυχαναλυτική θεώρηση⁴, θα πρέπει να σημειωθεί συνοπτικά πως ακολουθείται η εξέλιξη από τη στοματική καθήλωση (κλασική ψυχανάλυση) στις αντικειμενότροπες σχέσεις. Συγκεκριμένα, η εξέλιξη της έννοιας της εξάρτησης στην ψυχαναλυτική θεωρία, μπορεί να διαιρεθεί στις τρεις ακόλουθες φάσεις:

- ***Το κλασικό ψυχαναλυτικό μοντέλο***
- ***Την προσέγγιση των αντικειμενότροπων σχέσεων***
- ***Το μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και αλληλεπίδρασης*** (είναι πρόσφατα ανεπτυγμένο και πρόκειται για μία σύνδεση της προσέγγισης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων με την σύγχρονη εμπειρική έρευνα στην έννοια της εξάρτησης).

➤ ***Το κλασικό ψυχαναλυτικό μοντέλο:***

Στην κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, η εξάρτηση έχει συνδεθεί κατ' έναν απροσδιόριστο τρόπο με γεγονότα του στοματικού σταδίου της βρεφικής ανάπτυξης, το οποίο διαρκεί τους πρώτους 12-18 μήνες της ζωής (Freud, 1905/1955). Η ματαίωση ή υπερεπένδυση κατά τη διάρκεια του στοματικού σταδίου ανάπτυξης θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει σε καθήλωση στο στοματικό στάδιο και σε ανικανότητα επίλυσης των αναπτυξιακών δυσκολιών που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτήν (π.χ. εσωτερικές συγκρούσεις σχετικά με την τάση εξάρτησης και την αυτονομία). Επομένως, η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία σύμφωνα με τον Freud θεωρεί ως δεδομένο ότι ένα άτομο καθηλωμένο στο στοματικό στάδιο (ή εξαρτώμενο από στοματικές λειτουργίες):

⁴ Οι θεωρήσεις που παρουσιάζονται αφορούν στην ψυχαναλυτική σκέψη γενικά περί των εξαρτήσεων, συμπεριλαμβανομένης, ως εκ τούτου, και της ουσιοεξάρτησης.

- Θα παραμείνει εξαρτώμενο από του άλλους για τροφή, προστασία και υποστήριξη και
- Θα συνεχίσει κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής να εμφανίζει συμπεριφορές που θα παραπέμπουν στο βρεφικό στοματικό στάδιο ανάπτυξης (π. χ εμμονή με ασχολίες που έχουν σχέση με το στόμα, εξάρτηση από το φαγητό ως μέσο αντιμετώπισης του υπερβολικού άγχους).

Πολλοί μεταγενέστεροι μελετητές ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης (Abraham, 1927 Fenichel, 1945 Glover, 1925) έχουν εμπλουτίσει το κλασικό ψυχαναλυτικό μοντέλο, προτείνοντας ότι υπάρχουν δύο εκδοχές στις πρώιμες διατροφικές εμπειρίες του βρέφους που μπορούν να οδηγήσουν στην στοματική καθήλωση και στην ανάπτυξη χαρακτηριστικών προσωπικότητας εξαρτημένης από στοματικές λειτουργίες:

- α) Ματαίωση κατά τον θηλασμό και τον απογαλακτισμό του βρέφους και
- β) Υπερέπενδυση κατά την περίοδο θηλασμού και απογαλακτισμού.

Σύμφωνα με μία μεταγενέστερη έρευνα της Goldman-Eisler (1950, 1951), η στοματική ματαίωση και η στοματική επένδυση οδηγεί σε μάλλον διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας. Η εν λόγω υπόθεση της «**ματαίωσης-επένδυσης**» που πρότεινε η **Goldman-Eisler** είχε σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της ψυχαναλυτικής θεωρίας περί στοματικής εξάρτησης κατά τις δεκαετίες του 1950, 1960, 1970 (παρόλο που θα πρέπει να σημειώσουμε πως η προαναφερθείσα έρευνα είχε συγκεκριμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς (π.χ βασίστηκε χωρίς μεθοδολογικές επιφυλάξεις σε ατομικές αναφορές στο προσωπικό παρελθόν).

Το προαναφερθέν κλασικό ψυχαναλυτικό μοντέλο οδήγησε στην πραγματοποίηση εκατοντάδων εμπειρικών μελετών και αρχικά είχε σημαντική ευρετική αξία, αν και σταδιακά η επιρροή του άρχισε να εξασθενεί εντός των ορίων της ψυχαναλυτικής κοινότητας, για δύο κυρίως λόγους. Καταρχήν, ο πρώτος λόγος είναι πως οι εμπειρικές έρευνες δεν κατάφεραν να καταδείξουν συσχετισμό μεταξύ των υψηλών επιπέδων εξάρτησης και της εμμονής με τη διατροφή, τις τροφές και άλλες στοματικές λειτουργίες (Borstein, 1996). Ο δεύτερος σημαντικός λόγος είναι πως η ψυχαναλυτική σκέψη εστίασε σταδιακά το ενδιαφέρον της σε μια προσέγγιση που αφορούσε περισσότερο στις αντικειμενότερες σχέσεις (μετατοπίζοντας δηλαδή από την

μεταψυχολογία που βασιζόταν κυρίως στην θεωρία των ορμών). Για να γίνουμε πιο σαφείς, η εστίαση στις αντικειμενότητες σχέσεις συνεπάγεται πως οι δυναμικές διαδικασίες αντιμετωπίζονται θεωρητικά με όρους διάδρασης μεταξύ του εαυτού και των άλλων και εσωτερικευμένων γνωστικών αναπαραστάσεων του εαυτού και σημαντικών άλλων προσώπων (Galatzer-Levy & Cohler, 1993 , Greenberg J.R & Mitchell, 1983). Συμπερασματικά, **τα μοντέλα της διαπροσωπικής εξάρτησης** που βασίζονται στη **θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων**, αντικατέστησαν τα μοντέλα της στοματικής εξάρτησης που βασίζονται στη θεωρία των ορμών.

➤ ***Την προσέγγιση των αντικειμενότητων σχέσεων:***

Στην συγκεκριμένη ψυχαναλυτική προσέγγιση, η εξάρτηση εξετάζεται κυρίως σε σχέση με την ανάπτυξη των παιδιών από τη φάση της σχεδόν πλήρους εξάρτησης από το άτομο που έχει την ευθύνη της παροχής φροντίδας, τροφής και υποστήριξης σε μία πιο αυτόνομη κατάσταση, στην οποία τα παιδιά βρίσκονται πλέον στην θέση να καλύψουν από μόνα τους τις φυσιολογικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Ειδικότερα, ορισμένοι ερευνητές που υποστηρίζουν την **ψυχολογία του Εαυτού** επιμένουν στη σημασία της σχέσης του βρέφους με τον φροντιστή του για την ανάπτυξη συνεκτικής αίσθησης του εαυτού και της επακόλουθης ικανότητας για αυτονόμηση και δημιουργία υγιών σχέσεων με τους άλλους (Kohut, 1971'1977). Αναλυτικότερα, στο ίδιο πλαίσιο ερμηνείας ο Jacobson (1964) και οι Mahler και οι συνεργάτες (1975) κατέληξαν σε κοινά συμπεράσματα και συγκεκριμένα υποστήριξαν ότι τα βρέφη και τα παιδιά μικρής ηλικίας βιώνουν συνεχή αγωνία που αφορμάται από δύο αντικρουόμενους παράγοντες: α) αφενός από τον αγώνα για αυτονόμηση και β) αφετέρου από την επιθυμία τους για να συνενωθούν ξανά με τον παντογνώστη και παντοδύναμο φροντιστή της βρεφικής τους ηλικίας. Η προαναφερθείσα αντιφατική συνύπαρξη στον ψυχισμό του ατόμου, σηματοδοτεί κατά την ενηλικίωση (σύμφωνα με έρευνες των Galatzer- Levy & Cohler 1993 και Silverman, Lachmann & Milich 1982) ένα πλήθος ψυχολογικών φαινομένων που περιλαμβάνουν μεταξύ των άλλων, **τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων με σκοπό την καταστολή του άγχους**, το βίωμα της ρομαντικής αγάπης και την ισχυρή ταύτιση που

αναπτύσσουν πολλά άτομα με μέλη διάφορων θρησκευτικών και κοινωνικών ομάδων.

Από όλα τα μοντέλα των αντικειμενότροπων σχέσεων που αφορούν στην εξάρτηση, τα τελευταία χρόνια την μεγαλύτερη επιρροή ασκεί το **θεωρητικό μοντέλο του Blatt (1974, 1991)**. Συγκεκριμένα, οι Blatt και συνεργάτες, ενσωματώνοντας στην θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων ερευνητικά ευρήματα από πολλαπλά γνωστικά πεδία, όπως η γνωστική ανάπτυξη και η ψυχολογία του Εαυτού, υποστήριξαν ότι τα χαρακτηριστικά της **εξαρτητικής προσωπικότητας** σε παιδιά και ενήλικες προέρχονται κυρίως από την εσωτερίκευση της **γνωσιακής αναπαράστασης του εαυτού ως ευπαθούς και ανίσχυρου**. Οι περισσότερες έρευνες ήταν αναπτυξιακής φύσης και οδήγησαν στο συμπέρασμα πως τα παιδιά που εσωτερικεύουν μία γνωσιακή αναπαράσταση του εαυτού τους ως ευπαθούς και ανίσχυρου, παρουσιάζουν τα τέσσερα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) στρέφονται στους άλλους αναζητώντας προστασία και υποστήριξη β) αποκτούν έμμονους φόβους εγκατάλειψης γ) αναπτύσσουν συμπεριφορές εξάρτησης κατά τις οποίες αναζητούν συνεχώς βοήθεια και δ) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, σχολικής φοβίας και άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με την εξάρτηση. Αξιοσημείωτο είναι πως η επίδραση αυτήν παραμένει κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή, αρκετό χρόνο αφότου οι εξαρτητικές συμπεριφορές, που συνήθως συναντώνται στην παιδική ηλικία, θα έπρεπε να έχουν υποχωρήσει.

➤ **Το μοντέλο αντικειμενότροπων σχέσεων και αλληλεπίδρασης.**

Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελεί ένα ενοποιημένο μοντέλο για την εξάρτηση που βασίζεται στις θεωρίες των αντικειμενότροπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης (Bornstein, 1992, 1993, 1995) και συνδέει ρητά την τάση εξάρτησης με συμπεριφορές υγείας και προβλέπει την συσχέτιση μεταξύ εξάρτησης και επιπέδου υγείας.

Σύμφωνα με το ενοποιημένο αυτό μοντέλο, η ερμηνεία της εξάρτησης έγκειται σε δύο κυρίως σημεία:

α) την υπερπροστατευτική, αυταρχική γονεϊκή συμπεριφορά : οι

υπερπροστατευτικοί, αυταρχικοί γονείς καλλιεργούν τάση εξάρτησης, όταν δεν

επιτρέπουν στο παιδί τους να αναπτύξει την αίσθηση κυριαρχίας και αυτονομίας που έπεται των επιτυχημένων εμπειριών μάθησης (Sroufe, Fox & Pancake, 1983).

β) την κοινωνική ενσωμάτωση σύμφωνα με το φύλο: οι πρακτικές κοινωνικής ενσωμάτωσης σύμφωνα με το φύλο υποθάλπουν ακόμη περισσότερο την ανάπτυξη μιας αναπαράστασης εξαρτώμενου εαυτού στα κορίτσια, με τρόπο πιο ισχυρό από ότι συμβαίνει στα αγόρια, με την έννοια ότι οι παραδοσιακές πρακτικές κοινωνικής ενσωμάτωσης ενθαρρύνουν την παθητικότητα, τη συγκαταβατικότητα και άλλα χαρακτηριστικά εξάρτησης.

Το μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης μας βοηθά να εξηγήσουμε γιατί η εξάρτηση σχετίζεται με ενεργητική, διεκδικητική συμπεριφορά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Εμπειρικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι τα εξαρτώμενα άτομα συμπεριφέρονται με διεκδικητικό τρόπο όταν πιστεύουν ότι με αυτόν τον τρόπο συμπεριφοράς μπορούν να ενδυναμώσουν τους δεσμούς με πιθανούς κηδεμόνες και υποστηρικτές (Borstein 1997, 1998). Οι μελέτες υποδεικνύουν, επίσης, ότι πίσω από την συμπεριφορά του εξαρτώμενου ατόμου εντοπίζεται μία βασική επιδίωξη: η δημιουργία και η διατήρησης σχέσεων παροχής και υποστήριξης. Αυτή η επιδίωξη έχει περιγραφεί ως το **«κεντρικό κίνητρο»** του εξαρτώμενου ατόμου (Bornstein, 1992' 1993) και αναπαριστά τη σύνδεση της ενεργητικής και παθητικής συμπεριφοράς που σχετίζονται με την εξάρτηση. Αναλυτικότερα, τα εξαρτώμενα άτομα παρουσιάζουν συμπεριφορές που μεγιστοποιούν τις πιθανότητες να αναπτύξουν και να διατηρήσουν υποστηρικτικές σχέσεις. Στην περίπτωση της παθητικής συμπεριφοράς, κατά την οποία είναι πιο πιθανό η επιδίωξη να επιτευχθεί μέσω ενδοτικής συμπεριφοράς, το άτομο επιλέγει να συμπεριφέρεται παθητικά. Στην περίπτωση της ενεργητικής συμπεριφοράς, η επιδίωξη των υποστηρικτικών σχέσεων, είναι πιο πιθανό να επιτευχθεί μέσω διεκδικητικής συμπεριφοράς, συνεπώς το εξαρτητικό άτομο γίνεται ενεργητικό και διεκδικητικό.

Αξιοσημείωτο είναι ότι εφόσον το **κεντρικό κίνητρο** του **εξαρτητικού ατόμου** είναι η ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων φροντίδας και υποστήριξης, ο βαθμός στον οποίο το άτομο αυτό παρουσιάζει αποδεκτές κοινωνικές δεξιότητες παίζει σημαντικό ρόλο στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της εξάρτησης, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι μεταβολές της κατάστασης της υγείας. Οι επαρκείς κοινωνικές δεξιότητες συσχετίζονται με την δυνατότητα κάποιου να αποκτά κοινωνική υποστήριξη και την ικανότητα να καλλιεργεί σχέσεις φροντίδας και

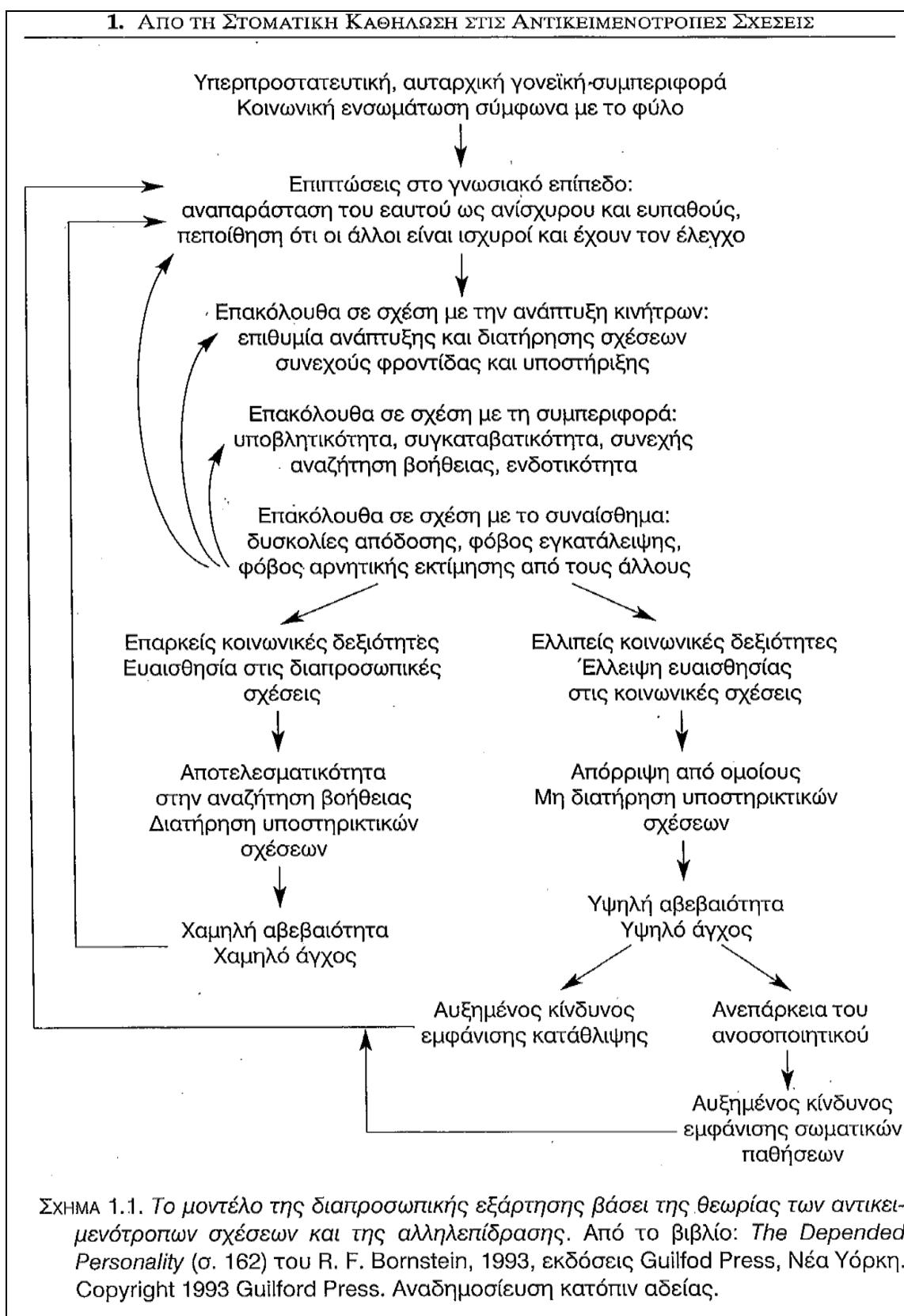
υποστήριξης. Στο βαθμό που το εξαρτώμενο άτομο είναι σε θέση να αναπτύσσει και να διατηρεί τέτοιες σχέσεις, το άγχος και η ένταση πρέπει να ελαχιστοποιούνται και ως εκ τούτου το ποσοστό νοσηρότητας θα είναι σχετικά χαμηλό.

Ένα εξαρτητικό άτομο με λιγότερο αποτελεσματικές κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι το ίδιο ικανό στο να καλλιεργεί σχέσεις φροντίδας και υποστήριξης. Η έλλειψη υποστηρικτικών δεσμών οδηγεί σε αυξημένο άγχος και ένταση, με επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στις ψυχολογικές και σωματικές διαδικασίες προσαρμογής του ατόμου. Όσον αφορά στις ψυχολογικές λειτουργίες, τα υψηλά επίπεδα άγχους και έντασης οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε ένα εξαρτητικό άτομο. Σχετικά με τις σωματικές λειτουργίες, υψηλά επίπεδα άγχους και έντασης υποτίθεται ότι οδηγούν σε μείωση της ανοσοποιητικής επάρκειας στο εξαρτητικό άτομο.

Το εν λόγω ερμηνευτικό μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης παρουσιάζεται σχηματικά ⁵(Σχήμα 1.1) στην ακόλουθη σελίδα:

⁵ Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος, σελ: 61.

Σχήμα 1.1: Το μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της αλληλεπίδρασης.



Κεφάλαιο Α. 6: Κοινωνικές διακρίσεις (Στίγμα) απέναντι στα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα.

Κεφάλαιο Α.6.1. Γενικά στοιχεία για τις στερεοτυπικές αντιλήψεις απέναντι σε μία κοινωνική ομάδα (Goffman) και το στίγμα ως προς έναν κοινωνικά αποκλίνοντα πληθυσμό: επεξηγηματικά θεωρητικά μοντέλα και μέθοδοι αλλαγής του.

Θέλοντας να μελετήσουμε κατά πόσο τα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα αποτελούν «αντικείμενο» στιγματισμού, κρίνεται αναγκαίο να παραθέσουμε ορισμένες καθοριστικές θέσεις που αφορούν στις στερεοτυπικές αντιλήψεις που αναπτύσσονται απέναντι σε μία κοινωνική ομάδα.

Καταρχήν, θα πρέπει να τονίσουμε πως σύμφωνα με τον Goffman- του οποίου η μελέτη σχετικά με το στίγμα και την διαχείριση του εαυτού άσκησε μεγάλη επιρροή- (Goffman, E., 2001), *το στίγμα εμφανίζεται όταν υπάρχει ανακολουθία ανάμεσα στη δυννητική και την καθεαυτό κοινωνική ταυτότητα*. Το στίγμα ορίζεται ως **«ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης ανάμεσα στο γνώρισμα και στο στερεότυπο»** (Goffman, 1968: 14), είναι η διαδικασία λόγω της οποίας η αντίδραση των άλλων *«φθείρει» την κανονική ταυτότητα*.

Συγκεκριμένα, ορισμένες κοινωνικές ομάδες όπως παραμορφωμένοι, νάνοι, ομοφυλόφιλοι, μέλη φυλετικών ή θρησκευτικών μειονοτήτων έχουν ένα κρίσιμο και διαφοροποιό χαρακτηριστικό: είναι κοινωνικά «μη φυσιολογικοί» και κινδυνεύουν να θεωρηθούν «λειψοί» ως άνθρωποι. Όταν οι (αυτό)αποκαλούμενοι κανονικοί άνθρωποι τους αντιμετωπίζουν απορριπτικά, πολύ συμπονετικά ή απλώς αμήχανα, στόχος τους(συνειδητός ή λιγότερο συνειδητός) είναι απλώς η απόκλιση αυτών των ανθρώπων. Αναλυτικότερα, το στίγμα δεν αφορά τόσο ένα σύνολο συγκεκριμένων ατόμων που χωρίζονται σε δύο σύνολα- τους στιγματισμένους και τους φυσιολογικούς-όσο μια **διάχυτη κοινωνική διαδικασία διπλών ρόλων**, στην οποία κάθε άτομο μετέχει και στους δύο, τουλάχιστον σε κάποιες συναρτήσεις ή φάσεις της ζωής. **Το φυσιολογικό και το στιγματισμένο δεν αφορούν πρόσωπα αλλά περισσότερο προοπτικές**. Αυτές γεννιούνται σε κοινωνικές περιστάσεις κατά τη διάρκεια μικτών επαφών χάρη σε απραγματοποίητα κανονιστικά πρότυπα που ενδέχεται να διέπουν τη συνάντηση. Τα «ισόβια» χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου μπορεί να τον αναγκάσουν να τυποποιηθεί. Όμως, τα συγκεκριμένα στιγματικά

χαρακτηριστικά δεν καθορίζουν τη φύση των δύο ρόλων- του φυσιολογικού και του στιγματισμένου- αλλά περισσότερο την συχνότητα με την οποία την ερμηνεύει καθένας τους: δηλαδή σε πολλές περιπτώσεις, αυτός που είναι στιγματισμένος κατά ένα τρόπο εκδηλώνει απροκάλυπτα όλες τις συνηθισμένες προκαταλήψεις εις βάρος εκείνων που είναι στιγματισμένοι κατά άλλον τρόπο. Οι στιγματικές διαδικασίες φαίνεται να διέπονται από μια γενική κοινωνική λειτουργία, δηλαδή την εξασφάλιση υποστήριξης προς την κοινωνία από εκείνους που δεν υποστηρίζονται από αυτήν και σε συνάρτηση με αυτό οι εν λόγω διαδικασίες ανθίστανται ιδιαίτερα στην αλλαγή. Πρέπει, όμως, να επισημάνουμε παράλληλα ότι επιπρόσθετες λειτουργίες φαίνεται να εμπλέκονται, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο του στίγματος. Έτσι θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως ο **στιγματισμός** εκείνων που χαρακτηρίζονται ως «**ναρκομανείς**», είναι ένας τρόπος για να αποδοθεί η οποιαδήποτε έννοια αιτιότητας στο ίδιο το (πάσχον) άτομο, να *αποσιωπηθεί η «ευθύνη» της κοινωνίας, να διατηρηθεί το υπάρχον status-quo και να νομιμοποιηθεί ο κοινωνικός έλεγχος*. Συμπερασματικά, το **στίγμα** συνδέεται στενά με το **στερεότυπο** και κατά αιτιατή σχέση υπόκειται σε **ασυνείδητες προσδοκίες και νόρμες**, που λειτουργούν ως αόρατοι ρυθμιστές στις κοινωνικές συναντήσεις.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να σημειώσουμε πως στην σημερινή εποχή η ρατσιστική στάση και ο στιγματισμός χαρακτηρίζονται από το ότι δεν εκδηλώνονται ανοιχτά. *Η ρατσιστική στάση στις σύγχρονες κοινωνίες μοιάζει με μια αρρώστια που προκαλεί ντροπή και κατά συνέπεια πρέπει να αποκρύψουμε*. Το γεγονός αυτό φαίνεται να συνθέτει ένα λανθάνοντα ρατσισμό, μη έκδηλο (Χρυσόχοου, Ξ., 2005). Η ίδια η εσωτερίκευση της λογοκρισίας της ρατσιστικής στάσης στο συνειδητό επίπεδο, εμποδίζει τα άτομα να συνειδητοποιήσουν τον **λανθάνοντα/ άδηλο⁶ ρατσισμό**. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να μην θεωρούν του εαυτού τους φορέα στιγματικών αντιλήψεων, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στην αλλαγή της στάσης τους και συντελεί στο να «νομιμοποιούν» οι ίδιοι την διάκριση που εκδηλώνουν. Συνοψίζοντας, σύμφωνα με το **μοντέλο της αποσύνδεσης (Devine, 1989)**, ο

⁶ «Ο άδηλος ρατσισμός είναι έμμεσος και εκδηλώνεται μέσω του υπερτονισμού των πολιτισμικών διαφορών, της υπεράσπισης των παραδοσιακών αξιών και της άρνησης των θετικών συναισθημάτων στις φυλετικές εξωομάδες» Pettigrew & Meertens, 1995, στο Χρυσόχοου, Ξ. (2005). *Πολυπολιτισμική πραγματικότητα*, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, σελ. 140.

ρατσισμός (που απορρέει από την λειτουργία της κατηγοριοποίησης και της στερεοτυπικής συμπεριφοράς) λειτουργεί ασυνείδητα και στην σημερινή εποχή εκφράζεται με άδηλες μορφές προκατάληψης, καθώς η έκδηλη έκφραση στερεοτυπικών αντιλήψεων στιγματίζει (και) το πρόσωπο που τις εκφράζει.

Κεφάλαιο Α.6.2: Το στίγμα ως προς την ψυχική διαταραχή, επεξηγηματικά θεωρητικά μοντέλα και μέθοδοι αλλαγής του.

Στην παρούσα ενότητα, θα παραθέσουμε τα κυριότερα ερμηνευτικά μοντέλα που αφορούν στην *δημιουργία*, στην *λειτουργία* στην *διάδοση* και στην *αλλαγή* των στιγματικών αντιλήψεων (Corrigan, P., 2005).

Συγκεκριμένα, θα παραθέσουμε πληροφορίες για τα **ερμηνευτικά μοντέλα**, τα οποία αφορούν στον **στιγματισμό** απέναντι στα άτομα που εμφανίζουν κάποια **ψυχική διαταραχή** (και εν προκειμένω, για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, στα άτομα που είναι εθισμένα σε τοξικές ουσίες). Η πλειοψηφία των μοντέλων αυτών είναι συμπεριφορικής κατεύθυνσης και χωρίζεται σε τρεις κύριες κατευθύνσεις:

- 1) τα ερμηνευτικά μοντέλα που εξηγούν το στίγμα με όρους που αφορούν στις ανθρώπινες γνωστικές διεργασίες,
- 2) τα ερμηνευτικά μοντέλα που ως πυρήνα τους έχουν τα κίνητρα βάσει των οποίων οι άνθρωποι εκφράζουν στιγματικές αντιλήψεις, και
- 3) τα κοινωνιολογικής οπτικής ερμηνευτικά μοντέλα που αποδίδουν το στίγμα σε κοινωνικές δομές και κατασκευές.

1) Ερμηνευτικά μοντέλα που αποδίδουν το στίγμα σε γνωστικές διεργασίες:

Οι ψυχολόγοι συμφωνούν πως ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι ιδιοποιούνται τον κόσμο εξαρτάται από τους περιορισμούς των γνωστικών τους δομών. Τα συγκεκριμένα ερμηνευτικά μοντέλα εστιάζουν στον τρόπο με τον οποίο οι διαδικασίες που σχετίζονται με την δημιουργία στιγματικών αντιλήψεων σχηματίζονται σε ψυχολογικό επίπεδο. Τρία στοιχεία υποδεικνύουν τα εν λόγω μοντέλα ως καταλυτικά για την δημιουργία στιγματικών αντιλήψεων: **τα**

στερεότυπα, η προκατάληψη και η διάκριση. Αναλυτικότερα:

- **Στερεότυπα:** είναι μαθημένες γνωστικές δομές που απευθύνονται σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Τα στερεότυπα θεωρούνται κοινωνικά καθώς αντιπροσωπεύουν συλλογικές ιδέες για ορισμένες ομάδες ανθρώπων. Είναι αποτελεσματικά ως προς την δράση τους, γιατί οι άνθρωποι μπορούν γρήγορα να γενικεύσουν τις εντυπώσεις τους και τις προσδοκίες τους για τα άτομα που ανήκουν στην στιγματισμένη ομάδα.

- **Προκατάληψη:** θεμελιώδης γνωστική απάντηση που ενδέχεται να έχει ως συμπεριφορικό αποτέλεσμα την διάκριση. Η προκατάληψη μπορεί να εμπεριέχει θυμό ή φόβο.
- **Διάκριση:** η αντιμετώπιση ενός ατόμου ή μιας ομάδας ανθρώπων με άδικο ή διαφορετικό τρόπο, επειδή ανήκουν στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα (Χρυσόχοου, Ξ., 2005).

2) Ερμηνευτικά μοντέλα που εξηγούν το στίγμα ως απόρροια κινήτρων:

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για τα κίνητρα επιδιώκουν να εξηγήσουν γιατί οι άνθρωποι τείνουν να στιγματίζουν άλλους ανθρώπους ή την λειτουργικότητα που διαδραματίζει το στίγμα για αυτόν που το απευθύνει. Τρία είναι τα κυριότερα **κίνητρα** που ενοχοποιούνται για τα προαναφερθέντα: **αυτοπραγμάτωση, διομαδική αιτιολόγηση και αιτιολόγηση του (κοινωνικού) συστήματος.**

- **Αυτοπραγμάτωση:** οι ψυχαναλυτές πρώτοι μίλησαν για το κίνητρο της αυτοπραγμάτωσης θεωρώντας ότι ο εαυτός προστατεύεται όταν οι εσωτερικές του συγκρούσεις προβάλλονται στην στιγματισμένη ομάδα. Υπάρχουν, επίσης, και μη ψυχαναλυτικές θεωρήσεις που ερμηνεύουν το στίγμα ως αντίδραση προστασίας της ψυχολογικής οντότητας του ατόμου, που το ίδιο θεωρεί ότι διακυβεύεται από την επικίνδυνη συμπεριφορά της στιγματισμένης ομάδας.
- **Διομαδική αιτιολόγηση:** σύμφωνα με την διάσταση αυτή, ο στιγματισμός ατόμων που ανήκουν στην εξωομάδα- όπως εν προκειμένω οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών- αποβλέπει στην διαφύλαξη και προάσπιση των στόχων της ενδοομάδας.
- **Αιτιολόγηση του (κοινωνικού) συστήματος:** σύμφωνα με την διάσταση αυτή, τα στερεότυπα παράγονται για διατήρηση της καθεστηκυίας τάξης των πραγμάτων.

3) Ερμηνευτικά μοντέλα που αποδίδουν το στίγμα σε κοινωνικές δομές: Σύμφωνα με τα συγκεκριμένα ερμηνευτικά μοντέλα το να επιχειρήσουμε να εξηγήσουμε την παραγωγή στιγματικών αντιλήψεων αποκλειστικά με γνωστικούς όρους ή βάσει της θεωρία των κινήτρων, είναι ημιτελές και θα πρέπει να εστιάσουμε στους ιστορικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες που επιδρούν στην κατασκευή των κοινωνικών δομών και τον σχηματισμό των κοινωνικών ομάδων. Τα εν λόγω

ερμηνευτικά μοντέλα πρεσβεύουν ότι η διάκριση που βασίζεται στην δομή των κοινωνικών ομάδων απορρέει από την πρόθεση του ατόμου που κατέχει κοινωνική δύναμη ή της κοινωνικής ομάδας που συγκεντρώνει την κοινωνική εξουσία. Ειδικότερα, *η κοινωνική διάκριση είναι το άμεσο αποτέλεσμα στιγματισμού ορισμένων συμπεριφορών και στάσεων των λιγότερο προνομιούχων- με κοινωνιολογικούς όρους- ανθρώπων*. Όσον αφορά πιο συγκεκριμένα την επεξήγηση του εν λόγω μοντέλου για τον στιγματισμό που αναφέρεται σε **εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες άτομα**, πρεσβεύει πως ο στιγματισμός προκύπτει από τον κοινωνικό διαχωρισμό στον οποίον υποβάλλονται τα άτομα αυτά και ο οποίος συνοδεύεται από **περιορισμένα κοινωνικά δικαιώματα**, όπως είναι ορισμένες νομοθετικές διακρίσεις (για παράδειγμα μη δικαίωμα στην πολιτική ψήφο). Επιπλέον, θεμελιώδες είναι πως οι χρήστες δεν χαίρουν ισότητας ως προς τα δικαιώματα ιατρικής ασφάλισης (υπό την έννοια ότι δεν υπάρχει κοινωνική και οικονομική ενίσχυση των απαιτούμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών).

Ακολούθως, σημαντικό είναι να παρουσιάσουμε τις **μεθόδους** μέσω των οποίων θα μπορούσε να **εξαλειφθεί** ή να **περιοριστεί η παραγωγή στιγματικών αντιλήψεων** (Corrigan, 2005). Αρχικά, όσον αφορά, στο **δημόσιο στίγμα** τα τελευταία χρόνια καταβάλλονται οργανωμένες προσπάθειες καταπολέμησης του στιγματισμού, οι οποίες επικεντρώνονται στο κοινό και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τρεις είναι οι κυριότερες μέθοδοι στις οποίες βασίζονται οι προσπάθειες αυτές: α) οι *διαδηλώσεις*, β) η *ενημέρωση*, ως μια προσέγγιση που στοχεύει στην αποκατάσταση των διαστρεβλωτικών αντιλήψεων για την ψυχική νόσο και στην ανάδειξη των πραγματικών διαστάσεων του θέματος και γ) η *επαφή με μέλη της στιγματισμένης ομάδας*, που συντελεί στην μείωση των διομαδικών προκαταλήψεων.

Κατά δεύτερον, όσον αφορά στον **αυτο-στιγματισμό** πολλές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν για την μείωσή του. Οι μέθοδοι αυτές περιλαμβάνουν **γνωστική αναδιάρθρωση των στιγματικών πεποιθήσεων** που το άτομο έχει ενστερνιστεί για τον εαυτό του και υιοθέτηση μιας αντίληψης για προσωπική εσωτερική ενδυνάμωση. Πιο συγκεκριμένα, γνωσιακού τύπου θεραπείες ενδείκνυται για περιορισμό του αυτό- στιγματισμού, καθώς βοηθούν το άτομο να κατανοήσει ότι οι στιγματικές του αντιλήψεις προέρχονται από την υιοθέτηση κατά τη διαδικασία

της κοινωνικοποίησης εσφαλμένων γνωστικών σχημάτων που μπορούν μέσω της θεραπείας να τροποποιηθούν.

Τέλος, όσον αφορά στο στίγμα που ως έρρισμα έχει **κοινωνικές δομές**, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι θεωρούν πως η ολοκληρωμένη μόρφωση κοινωνικών ομάδων με καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική διάρθρωση, ενδέχεται να αποφέρει ορισμένα αποτελέσματα στην μείωση των ρατσιστικών αντιλήψεων. Για παράδειγμα, ενδέχεται οι δικαστικοί λειτουργοί να χρειάζονται πιο εξειδικευμένη γνώση για το πώς συσχετίζονται οι «παραβατικές» πράξεις των χρηστών ουσιών με την ιδιαίτερη ψυχολογική τους κατάσταση.

▪ **Β' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ («QUALITY OF LIFE»):**

Κεφάλαιο Β.1: Ποιότητα ζωής: Ορισμός, θεωρητικές προσεγγίσεις και δείκτες προσέγγισης στον χώρο της ψυχολογίας.

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και της ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας, διαπιστώνουμε πως τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής και ειδικότερα την εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον χώρο της (ψυχικής) υγείας (Νάκου, Σ., 2001). Συγκεκριμένα, οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον **ορισμό** και τη **μέτρηση** της ποιότητας ζωής και με την πρακτική αξία των διαφόρων **δεικτών** της.

Επιχειρώντας μια σύντομη **ιστορική αναδρομή** για την συγκεκριμένη έννοια, διαπιστώνουμε πως η σημασία της ποιότητας ζωής για τον άνθρωπο αναγνωρίζεται και προωθείται από τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) μέσα από διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις. Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, ήδη από το 1948, μολοντί δεν περιέχει τον όρο «ποιότητα ζωής», καλύπτει την έννοια, κυρίως στο άρθρο 3 και το άρθρο 25, που αφορούν αντίστοιχα «...ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και «...επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του ΠΟΥ το 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας. Το 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ ξεκίνησε μια εκστρατεία για «Υγεία για όλους», η οποία βασίζεται σε τέσσερις ευρύτερους στόχους, που εκφράζονται με τους εξής σκοπούς: α) προσθέτοντας χρόνια στη ζωή β) ισότητα στην υγεία γ) δίνοντας υγεία στη ζωή και δ) προσθέτοντας ζωή στα χρόνια. Στη συνέχεια, η τροποποιημένη δήλωση του ΠΟΥ σχετικά με τους στόχους του προγράμματος «Υγεία για Όλους», που εκδόθηκε το 1991, συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής: «...όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά».

Αξιοσημείωτο είναι πως η έννοια της ποιότητας ζωής *απασχολεί διαχρονικά τον άνθρωπο*. Από την εποχή του **Αριστοτέλη** έγινε συζήτηση για τον ορισμό της ποιότητας ζωής (Αριστοτέλης: Ηθικά Νικομάχεια Α., κεφ.4. Μετάφραση: Μεταφραστική ομάδα Κάκτου): « οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το

πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία». Η έννοια της ποιότητας ζωής αφορά στην έκταση της κάλυψης των συνολικών αναγκών ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου. Η τάση αναζήτησης μιας καλύτερης ζωής είναι ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό. Το ζήτημα του τι είναι «καλύτερο» έχει υποκειμενική χροιά, αλλά εξαρτάται επίσης από τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες. Η έλλειψη συμφωνίας για το τι ακριβώς είναι ποιότητα ζωής περιγράφεται από τον Αριστοτέλη: « Διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι εκείνοι την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως είναι η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί την θεωρούν κάτι άλλο».

Η συζήτηση για τον ορισμό και τους συντελεστές της ποιότητας ζωής συνεχίζεται και σήμερα, όπως και η διαφορά απόψεων μεταξύ επιστημόνων και των απλών ανθρώπων.

Αναλυτικότερα, η ποιότητα ζωής αποτελεί **πολυδιάστατο ζήτημα** που περιλαμβάνει τη **σωματική, κοινωνική και ψυχική λειτουργία** και για διάστημα πολλών ετών ο ακριβής ορισμός της παρέμενε δύσκολος. Παρότι δυσχερής, στη βιβλιογραφία υπάρχουν απόπειρες ορισμού αυτής της **υποκειμενικής έννοιας**. Παρότι υπάρχει αυξημένη τεκμηρίωση σχετικά με την αξία του προσδιορισμού της ποιότητας ζωής, ένα από τα πιο δύσκολα ζητήματα είναι η εκτίμησή της λόγω ακριβώς της υποκειμενικότητας που ο όρος εμπεριέχει. Η διαδικασία εκτίμησης της ποιότητας ζωής αντλεί στοιχεία από πολλά πεδία, όπως η ψυχολογία και η στατιστική. Μερικοί **κοινοί ορισμοί** της ποιότητας ζωής, παρατίθενται ακολούθως:

Ποιότητα ζωής:

- Είναι η κατάσταση καλής ζωής ως συνισταμένης δύο παραγόντων: της ικανότητας να επιτελεί ο ασθενής καθημερινές δραστηριότητες που αντανakλούν σωματική, κοινωνική, και ψυχική ευρωστία και της ικανοποίησής του σε ό, τι αφορά τη λειτουργικότητά του και τον έλεγχο της ασθένειας.
- Είναι η υποκειμενική αξιολόγηση του ικανοποιητικού τρόπου ζωής ως συνόλου.
- Είναι το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των επιτευγμάτων του ασθενούς. Όσο μικρότερο το χάσμα τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής.

- Αντιπροσωπεύει το λειτουργικό αποτέλεσμα μιας ασθένειας και της θεραπείας της, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή.

Ένας ολοκληρωμένος ορισμός για την ποιότητα ζωής, που στηρίζεται σε επιστημονικά κριτήρια, έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και παρατίθεται ακολούθως:

Ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ):

«Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (WHO, 1995).

Μεθοδολογικά εργαλεία και δείκτες εκτίμησης της ποιότητας ζωής.

Μέχρι την αρχή της δεκαετίας του '90 είχε εμφανιστεί πλήθος εργαλείων που είχαν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο Hollandsworth το 1988 ανέφερε 83 εργαλεία, ενώ οι Gill και Feinstein, σε μια κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 1994, μέτρησαν 159 εργαλεία. Σημαντικό είναι πως τόσο οι συγκεκριμένοι μελετητές όσο και άλλοι αναλυτές της βιβλιογραφίας, υπογράμμισαν την **έλλειψη αξιοπιστίας της μεθοδολογίας** στις περισσότερες μελέτες για την ποιότητα ζωής, ακόμη και την απουσία καθορισμού των στόχων. Ακολούθησαν προσπάθειες για την αναβάθμιση της μελέτης της ποιότητας ζωής, με στόχο την εξακρίβωση των στόχων και των σκοπών των μελετών, τη βελτίωση των εργαλείων ως προς την καταλληλότητα, την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, καθώς και τη σωστή επιλογή και χρήση των εργαλείων. Μερικά εργαλεία είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων συγκεκριμένων νοσημάτων στη ζωή των ασθενών (disease-specific) και έχουν στενό πεδίο εφαρμογής. Για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού ή την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά, σημειώνεται μια τάση να χορηγηθεί ένα από τα πιο γνωστά, δοκιμασμένα εργαλεία, όπως το SF-36 με 36 ερωτήσεις σε οκτώ ενότητες (φυσική δραστηριότητα, σωματικοί περιορισμοί, αισθηματικοί περιορισμοί, ψυχική υγεία, ενέργεια/ζωντάνια, γενική αντίληψη για την υγεία). Πιο πρόσφατα, ο ΠΟΥ ανέλαβε να συντονίσει το σχεδιασμό και τη δοκιμή σε πληθυσμούς με διάφορες πολιτισμικές συνήθειες και αρχές ενός νέου εργαλείου, του

WHOQOL. Λαμβάνοντας υπόψιν τον *πολυδιάστατο χαρακτήρα* της *ποιότητας ζωής*, το WHOQOL χωρίστηκε σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία: α) σωματική υγεία β) ψυχολογική σφαίρα γ) βαθμός αυτονομίας δ) κοινωνικές σχέσεις ε) περιβάλλον στ) πνευματική σφαίρα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις.

Η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα, με *αντικειμενική διάσταση* που εκφράζεται ως «*ανάγκες*» και *υποκειμενική διάσταση* που αφορά τις *επιθυμίες* των ανθρώπων (*Πίνακας 2*). Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες ποιότητας ζωής καλύπτουν μέρος της αντικειμενικής διάστασης, αλλά δεν αρκούν στο χώρο της υγείας, όπου σχεδιάστηκαν ειδικοί δείκτες και ειδικά εργαλεία εκτίμησης. Η αντίληψη των ίδιων των ατόμων που υποβάλλονται σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση (εν προκειμένω σε πρόγραμμα απεξάρτησης) για την κατάσταση της υγείας τους και το πώς αυτήν επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σημαντικά από τις παρατηρήσεις των ειδικών της (ψυχικής) υγείας και για τον λόγο αυτόν χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά και εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την (ψυχική) υγεία ποιότητας ζωής. Στο επίπεδο του πληθυσμού, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής εφαρμόζεται στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών διάφορων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και για την ανίχνευση ατομικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, που μπορούν να εμποδίζουν τη θεραπευτική ανταπόκριση. Η επιλογή των εργαλείων εξαρτάται από το στόχο της εκτίμησης και η επιτυχία συναρτάται με τη λειτουργικότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία τους, σε συνδυασμό με την καταλληλότητα για τη συγκεκριμένη ομάδα και τη γνώση των πιθανών σφαλμάτων και προβλημάτων εφαρμογής. Τα εργαλεία, συμπληρούμενα είτε από τον συνεντευκτή είτε από τον ασθενή, πρέπει να αναγνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητες των ασθενών και να είναι ευαίσθητα στις αλλαγές.

Πίνακας 2. Οι διαστάσεις του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής.

<i>Δείκτες</i>		
Διάσταση	<i>Αντικειμενικοί δείκτες</i> (ανάγκες)	<i>Υποκειμενικοί δείκτες</i> (επιθυμίες)
Υλική δυσανεπάρκεια	Βιοτικό επίπεδο:	Ικανοποίηση/
	Αντικειμενικές κλίμακες	Εκτίμηση της αντίληψης
Κοινωνική, προσωπική	Ποιότητα της ζωής:	Ευτυχία/ δυστυχία:
	Αντικειμενική εκτίμηση των σχέσεων με :	Εκτίμηση της διάθεσης.
	α) άλλους ανθρώπους	
	β) κοινωνία	
	γ) φύση.	

Όσον αφορά στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αποδίδεται στην βιβλιογραφία με τον όρο: *health-related quality of life, HRQL* (Νάκου, Σ., 2001). Μέχρι την αρχή της δεκαετίας του '90 είχε εμφανιστεί πλήθος εργαλείων που είχαν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο Hollandsworth το 1988 ανέφερε 83 εργαλεία, ενώ οι Gill και Feinstein σε μια κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 1994, μέτρησαν 159 εργαλεία. Αυτοί οι συγγραφείς, όπως και άλλοι αναλυτές της βιβλιογραφίας, υπογράμμισαν την έλλειψη αξιοπιστίας της μεθοδολογίας στις περισσότερες μελέτες για την ποιότητα ζωής, ακόμα και την απουσία καθορισμού των στόχων. Ακολούθησαν προσπάθειες για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, με έμφαση στην εξακρίβωση των στόχων και των σκοπών των μελετών, τη βελτίωση των εργαλείων ως προς την καταλληλότητα, την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, καθώς και τη σωστή επιλογή και χρήση των

εργαλείων. Μερικά εργαλεία είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων συγκεκριμένων νοσημάτων στη ζωή των ασθενών και έχουν στενό πεδίο εφαρμογής. Για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού ή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γενικά, σημειώνεται μια τάση να χορηγηθεί ένα από τα πιο γνωστά , δοκιμασμένα εργαλεία, όπως π.χ το Notting Health Profile με 38 ερωτήσεις ή το SF-36 με 36 ερωτήσεις σε οκτώ ενότητες: φυσική δραστηριότητα, κοινωνική δραστηριότητα, σωματικοί περιορισμοί, ψυχική υγεία, ενέργεια/ζωντάνια, γενική αντίληψη για την υγεία. Πιο πρόσφατα, ο ΠΟΥ ανέλαβε να συντονίσει το σχεδιασμό και τη δοκιμή σε πληθυσμούς με διάφορες πολιτισμικές συνήθειες και αρχές ενός νέου εργαλείου, του WHQOQOL σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία ή ενότητες: α) σωματική σφαίρα β) ψυχολογική σφαίρα γ) βαθμός αυτονομίας δ) κοινωνικές σχέσεις ε) περιβάλλον στ) πνευματική σφαίρα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις.

Όσον αφορά στον *χώρο της ψυχολογίας*, τη δεκαετία του 1950, στα πλαίσια του καθορισμού των κριτηρίων για την καλή ψυχική υγεία, η **Jahoda** τόνισε ότι, όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για την καλή ψυχική υγεία, οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Ως καλύτερα κριτήρια για την ψυχική υγεία θεωρήθηκαν τα εξής:

- θετική αυτοαντίληψη
- δυνατότητα δραστηριότητας και ανάπτυξης
- ολοκληρωμένη προσωπικότητα
- ικανότητα λήψης ατομικών αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων (χωρίς, όμως, κοινωνική απομόνωση)
- αίσθηση πραγματικότητας
- εμπάθεια
- ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων με άλλους ανθρώπους.

Ακολούθως, αναπτύχθηκε η έννοια της «*εσωτερικής ποιότητας ζωής*» σύμφωνα με την οποία, στο ατομικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής είναι καλή όταν το άτομο:

- Είναι δραστήριο, με την έννοια ότι απασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες (π.χ εργασία, άθληση, πολιτική, καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.α) που δίνουν σημασία στη ζωή του.

- Έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (με φίλους, συνεργάτες, οικογένεια, σεξουαλικό σύντροφο), που του εξασφαλίζουν την αίσθηση ότι συμμετέχει στην κοινωνία, ότι κάπου ανήκει
- Νοιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του
- Είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Αυτές οι παράμετροι εξαρτώνται από την εσωτερική διάθεση του ατόμου, αλλά επηρεάζονται και από εξωτερικούς παράγοντες. Τα πιο πρόσφατα μοντέλα συνδυάζουν τους *ψυχολογικούς* και τους *κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες* σε τρεις σφαίρες:

- α) εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη)
- β) διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και
- γ) εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση).

Κεφάλαιο Β.2: Παρουσίαση παρεμβάσεων αγωγής της υγείας που αφορούν στην ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων.

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, διαπιστώνουμε ότι η έννοια της ποιότητας ζωής έχει μελετηθεί κυρίως σε συνάρτηση με παραμέτρους που αφορούν στην σωματική υγεία (για παράδειγμα, μελέτες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από καρκίνο βάσει ειδικά σχεδιασμένων μεθοδολογικών εργαλείων⁷) και περιορισμένες έρευνες καταπιάνονται με την ψυχική υγεία.

Η επιλογή και παρουσίαση των ακόλουθων ερευνών κρίθηκε σκόπιμη, καθόσον αφορούν στην ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία και την απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και θεωρήθηκε από μέρους μας ότι πληρούν σε ικανοποιητικό βαθμό τα εξής αντιπροσωπευτικά κριτήρια:

- Καταρχήν, η **μεθοδολογία** που χρησιμοποιείται σε καθεμιά ξεχωριστά από τις έρευνες που θα μελετήσουμε είναι ενδεικτική των σύγχρονων στρατηγικών που ακολουθούν οι εκστρατείες αγωγής της υγείας, σε παγκόσμια εμβέλεια, με θέμα τις ναρκωτικές ουσίες.
- Κατά δεύτερον, οι εν λόγω μελέτες αφορούν σε **σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα** του προς μελέτη γνωστικού αντικείμενου, καθώς έχουν πραγματοποιηθεί την **τελευταία τριετία** και συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα **από το 2006 έως και το 2009**.
- Επιπλέον, οι μελέτες που θα παραθέσουμε στη συνέχεια εστιάζουν στην ποιότητα ζωής υπό το πρίσμα των ψυχοπαθολογικών παραγόντων και της μετέπειτα κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης των απεξαρτημένων ατόμων.
- Τέλος, κρίθηκε απαραίτητο να παρουσιαστεί η **ψυχαναλυτική θεώρηση** σχετικά με την αγωγή υγείας και τα ναρκωτικά και για αυτόν ακριβώς τον λόγο παρατίθεται η μελέτη: «Les psychanalystes et la prise en charge des consommateurs de cannabis».

⁷ Ενδεικτικά αναφέρουμε το ερωτηματολόγιο: QLQC-30 που αφορά γενικά στην κατάσταση της υγείας, καθώς και τα εξής εργαλεία εκτίμησης που χρησιμοποιούνται στην ογκολογία: Short Form 36 και Rotterdam Symptom Checklist (λίστα συμπτωμάτων Rotterdam).

Follow up of cannadis users by psychoanalysts» του Hachet, P. (2006) που είναι ενδεικτική της ψυχαναλυτικής σκέψης.

Μία έρευνα βαρύνουσας σημασίας στο εν λόγω γνωστικό πεδίο, είναι εκείνη των **Batki, S.L. et al. (2009)** που αφορά στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) σε άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης με την χορήγηση μεθαδόνης και πάσχουν από ηπατίτιδα C. Ο ερευνητικός στόχος της προκείμενης έρευνας είναι διττός καθώς αναφέρεται αφενός στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) των ασθενών που τους χορηγείται μεθαδόνη και αφετέρου στον καθορισμό των κλινικών παραγόντων που προσδιορίζουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Όσον αφορά στην μεθοδολογία της έρευνας αυτής, το δείγμα της αποτελείτο από 100 άτομα, κατά πλειοψηφία άντρες (σε ποσοστό 61%) , με μέσο όρο ηλικίας τα 43 έτη. Σε ποσοστό 57% οι ασθενείς είχαν εκδηλώσει μία πρόσφατη ψυχιατρική διαταραχή που δεν σχετιζόταν με την χρήση ουσιών, ενώ το 44% των συμμετεχόντων είχε παρουσιάσει (τους τελευταίους 12 μήνες) μία ψυχιατρική διαταραχή που αποδιδόταν στην πρόσφατη χρήση και εξάρτηση από κοκαΐνη ή οπιοειδή. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των υποκειμένων εκτιμήθηκε ως προς 4 παράγοντες α)τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά β)τις κλινικές παραμέτρους γ) τον βαθμό εξάρτησης από τις τοξικές ουσίες και δ)την σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τα **πορίσματα** της εν λόγω έρευνας, το επίπεδο της ποιότητας ζωής (βάσει των μεθοδολογικών εργαλείων με τα οποία μετρήθηκε η εν λόγω έρευνα) είναι χαμηλότερο για το δείγμα της μελέτης (άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα C και βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης με την χορήγηση μεθαδόνης) συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επιπροσθέτως, από τα **αποτελέσματα** προέκυψε πως η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς συσχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα ως προς την ποιότητα ζωής της ψυχικής υγείας. Το εύρημα αυτό είναι ενδεικτικό για το ότι η **καταθλιπτική συμπτωματολογία** είναι ένας καίριος και **ανεξάρτητος παράγοντας πρόβλεψης** για την **σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής** που ενδέχεται να έχει μία ουσιώδη επίδραση στην θεραπεία ασθενών που λαμβάνουν μεθαδόνη. Σημαντικά, επίσης, είναι τα **πορίσματα** που αφορούν στην εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής που συσχετίζεται με την πρόσφατη χρήση τοξικών ουσιών. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος είχε παρουσιάσει μια πρόσφατη ψυχική διαταραχή συσχετιζόμενη με την χρήση (ανεξάρτητα από την χορήγηση ή μη μεθαδόνης). Από

την μελέτη προέκυψε πως η πρόσφατη χρήση ηρωίνης (αποδεδειγμένη βάσει τεστ) δεν αποτελεί έναν ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα για την ψυχική/πνευματική υγεία. Συμπερασματικά, δεν κατέστη σαφές για ποιους λόγους η θετική ένδειξη για χρήση ηρωίνης στα αντίστοιχα τεστ δεν είχε ένα σημαντικό αντίκτυπο στην πρόβλεψη υποτροπών ή/και στο μοντέλο που αφορούσε στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής .

Επιπροσθέτως, αξιολογικά ευρήματα προκύπτουν από την έρευνα των **DuPont, R., McLellan, T., White, W., Merlo, L., Gold, M. (2009)** βάσει των οποίων η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των απεξαρτημένων από ουσίες ατόμων και συνδέεται με την κοινωνική επανένταξή τους. Όσον αφορά στην συγκεκριμένη έρευνα, το **δείγμα** της αποτελείτο από 904 γιατρούς 16 διαφορετικών χωρών της Αμερικής που συμμετείχαν στο Physicians' Health Programs (PHPs και μελέτησαν για διάστημα μεγαλύτερο μιας πενταετίας τα αποτελέσματα από εκστρατείες αγωγής της υγείας και επιχείρησαν να αναδείξουν τα στοιχεία εκείνα που θα μπορούσαν να βελτιωθούν και να χρησιμοποιηθούν γενικά στην νοσοκομειακή φροντίδα εξαρτημένων ατόμων από ναρκωτικές ουσίες ή/και αλκοόλ. Η **ερευνητική διαδικασία** πραγματοποιήθηκε σε 2 φάσεις: κατά την πρώτη φάση οι γιατροί αξιολόγησαν το πρόγραμμα: Physicians' Health Programs και την αποτελεσματικότητα του συστήματος νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ η δεύτερη φάση αφορούσε στην περιγραφή των συμπερασμάτων, όπως αυτά είχαν καταγραφεί από το δείγμα στα πρακτικά του προγράμματος PHPs. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα απαιτούσε από τους γιατρούς να απέχουν από την χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, γεγονός για το οποίο υπήρχε έλεγχος με την συχνή επιβολή τεστ καθόλη την διάρκεια της πενταετίας. Τα εν λόγω τεστ ήταν σταθμισμένα ώστε να καταδεικνύουν υποτροπή στην χρήση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ, η οποία επέφερε σημαντικές συνέπειες. Σύμφωνα με τα **αποτελέσματα της μελέτης**, το 78% των συμμετεχόντων δεν είχε παρουσιάσει κάποια υποτροπή στο αλκοόλ ή τις ναρκωτικές ουσίες για το διάστημα αυτό των 5 ετών, ενώ μελέτες τύπου «follow-up» κατέδειξαν ότι το 72% των γιατρών συνέχιζαν να εξασκούν το επάγγελμα. Κατά συνέπεια, η συνέχιση της εργασίας, εμφανίζεται ως **διευκολυντικός παράγοντας** στην **απ-εξάρτηση** από ναρκωτικές ουσίες και στην κοινωνική επανένταξη.

Επιπλέον, ενδεικτική για την παράμετρο της κοινωνικής επανένταξης είναι η μελέτη των **Kimber, J., et al.(2008)**, η οποία πραγματοποιήθηκε στην περιοχή **Kings Cross, Sydney, Australia** (η εν λόγω περιοχή βρίσκεται στο κέντρο της πόλης Sydney και είναι γνωστή για την διακίνηση ναρκωτικών ουσιών και τις εμπορεύσιμες σεξουαλικές δραστηριότητες) και τα ερευνητικά δεδομένα συλλέχθηκαν κατά το χρονικό διάστημα: Νοέμβριος 2001- Οκτώβριος 2002. Ο **σκοπός** της προκειμένης έρευνας ήταν διττός: α) αρχικός ερευνητικός σκοπός ήταν να γίνει σύγκριση των μεθόδων αξιολόγησης που αφορούν στα άτομα που κάνουν «ενέσιμη χρήση» ναρκωτικών ουσιών και να γίνει εκτίμηση του ποσοστού των ατόμων αυτών στον προαναφερθέντα καθορισμένο γεωγραφικό πληθυσμό (περιοχή King Cross) και β) δευτερεύων ερευνητικός στόχος ήταν να χρησιμοποιηθεί αυτή η αξιολόγηση των μεθόδων ώστε να υπολογισθεί το ακριβές ποσοστό των ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση και να σχεδιαστεί για τα άτομα αυτά ένα κατάλληλο νοσοκομειακό σύστημα ιατρικής φροντίδας/ υποστήριξής τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν χρήστες ναρκωτικών ουσιών από την περιοχή Kings Cross που είχαν προσέλθει στο κέντρο αποτοξίνωσης: Sydney Medically Supervised Injecting Centre κατά την χρονική περίοδο Νοέμβριος 2001- Οκτώβριος 2002. Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα στηρίχτηκε στην εφαρμογή πολυπαραγοντικών μεθόδων αξιολόγησης, καθώς ένα σημαντικός παράγοντας που θα έπρεπε να ληφθεί υπόψιν ήταν η μεταβλητή: «**σκοτεινός αριθμός**» των ατόμων που κάνουν «ενέσιμη χρήση». Κατά συνέπεια, η αξιόπιστη και ακριβής συλλογή δεδομένων που αφορούσαν στους χρήστες που έκαναν «ενέσιμη» πρόσληψη της ουσίας, στηρίχτηκε στα ακόλουθα: στα πρακτικά του συγκεκριμένου κέντρου απεξάρτησης: «Sydney Medically Supervised Injecting Centre», στους θανάτους που βάσει στατιστικών δεδομένων αποδόθηκαν στην χρήση οπιοειδών, στα πρακτικά φαρμακείων σχετικά με την ζήτηση και χρήση ενέσεων, στον στατιστικό διαχωρισμό των δεδομένων από το κέντρο απεξάρτησης σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο, σε ερωτηματολόγια κλειστού και ανοικτού τύπου που συμπλήρωσαν οι χρήστες που νοσηλεύτηκαν στο συγκεκριμένο κέντρο απεξάρτησης (συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά μοντέλα: Poison regression, truncated Poisson και Jolly- Seber), στον υπολογισμό της θνησιμότητας που προήλθε από την υπερβολική δόση οπιοειδών και στην 12μηνη παρακολούθηση του πληθυσμού που έκανε ενέσιμη χρήση και της ιατρικής περίθαλψης που τους προσέφερε το συγκεκριμένο κέντρο αποτοξίνωσης. Τα **αποτελέσματα** και τα **ερευνητικά συμπεράσματα** που προέκυψαν από την παραπάνω μελέτη έχουν μεγάλη

σημασία και συγκεκριμένα ανέδειξαν ότι το μέγεθος του πληθυσμού που έκανε ενέσιμη χρήση ανερχόταν σε 1103 άτομα, ηλικίας μεταξύ 15-54 ετών και το ποσοστό των ατόμων αυτών που προσαρμόζονταν στον γενικό πληθυσμό ανερχόταν στο 8,8%. Κατά προσέγγιση, το **11,3% των ατόμων** που συνήθιζαν να κάνουν ενέσιμη χρήση αξιολογήθηκε ότι **θα (επα)εντάσσεται** σε συχνότητα ενός μήνα στον γενικό πληθυσμό, μετά την 12μηνη παραμονή στο κέντρο αποτοξίνωσης (το γεγονός της προοπτικής **κοινωνικής επανένταξης** λειτουργεί καθοριστικά ως **διευκολυντικός παράγοντας**). Η σπουδαιότητα της έρευνας αφορά και στο γεγονός ότι έγινε εφικτό να συλλεχθούν αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με την «ενέσιμη χρήση», καθώς προέρχονταν από τα πρακτικά ενός κέντρου αποτοξίνωσης. Επιπλέον, απεδείχθη πως το εν λόγω κέντρο αποτοξίνωσης (Sydney Medically Supervised Injecting Centre) που βασίζεται στην φαρμακευτική επίβλεψη των χρηστών (αποτελεί δηλαδή μονάδα εξωτερικής παρακολούθησης) εμφανίζεται να είναι η πλέον δημοφιλής διαδικασία απεξάρτησης που επιλέγει η πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση. Παρόλα αυτά, περαιτέρω μελλοντική ερευνητική προσπάθεια είναι αναγκαία, ώστε να αποσαφηνιστεί η δυναμική και η εν εξελίξει «φύση» (χαρακτηριστικά) του πληθυσμού των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών. Συνοπτικά, ως **ανασταλτικός παράγοντας** εμφανίζεται να είναι **η μη ενδεδειγμένη μελέτη των (ψυχολογικών) χαρακτηριστικών των χρηστών** ενδοφλέβιων ουσιών και η **συνακόλουθη επιλογή του κατάλληλου** κάθε φορά **θεραπευτικού πλαισίου**.

Συνεχίζοντας, εστιάζοντας σε σύγχρονα ερευνητικά πορίσματα για την χρήση ουσιών και την ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων ατόμων, αξίζει να γίνει εκτενής αναφορά στην έρευνα των **Hachet, P. (2006)**. Η προκείμενη έρευνα χρήζει ιδιαίτερου ενδιαφέροντος εφόσον αποτελεί μία από τις ελάχιστες έρευνες- από αυτές που παρουσιάζονται τουλάχιστον στην σύγχρονη βιβλιογραφία- η οποία μελετά την **ψυχαναλυτική θεώρηση** για την χρήση ουσιών και συγκεκριμένα επικεντρώνεται στην θεραπευτική παρακολούθηση μιας εξειδικευμένης ομάδας: των χρηστών κάνναβης. Η μελέτη επικεντρώνεται στην διερεύνηση των παραγόντων που ανέστειλλαν το θεωρητικό ενδιαφέρον της ψυχαναλυτικής κοινότητας να επικεντρωθεί στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και ειδικότερα στην χρήση κάνναβης και διατυπώνει τις ακόλουθες τέσσερις **ερευνητικές υποθέσεις**:

- η σημασία της χρήσης κάνναβης τείνει να υποβαθμιστεί από τους «ειδικούς» στον εθισμό «πιο σκληρών» ναρκωτικών ουσιών,

- το πολιτικό/ιδεολογικό ενδιαφέρον για το ψυχολογικό υπόβαθρο της συμπεριφοράς των χρηστών κάνναβης, είναι μειωμένο,
- η ψυχοδυναμική όψη των χρηστών κάνναβης είναι κεκαλυμμένη από ιδεολογικές και νομοθετικές φιλονικίες και
- το ενδιαφέρον των ψυχαναλυτών- με εξαίρεση όσους εργάζονται σε μονάδες απεξάρτησης- δεν προσανατολίζεται σε ασθενείς που καταναλώνουν κάνναβη.

Εντούτοις, τα ερευνητικά πορίσματα της μελέτης, καταρρίπτουν τις άνωθεν υποθέσεις και αποδεικνύουν ότι η ενσωμάτωση της ψυχαναλυτικής σκέψης στην επικρατούσα κοινωνική θεώρηση, κρίνεται αναγκαία για την πρόληψη και την θεραπεία στην χρήση της κάνναβης, και αφορμάται κυρίως από τους εξής δύο παράγοντες:

α) Η χρήση κάνναβης από εφήβους παρουσιάζει συνεχή αύξηση και παρατηρούνται φαινόμενα όπου η χρήση πραγματοποιείται ακόμη και μέσα σε σχολικούς ή οικιακούς χώρους (για παράδειγμα μέσα στις σχολικές τουαλέτες). Η χρήση δεν επιχειρείται να αποκρυφθεί, αλλά αντιθέτως γίνεται εύκολα αντιληπτή από τους καθηγητές (ή λοιπές κοινωνικές αρχές) και γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο είναι αναγκαία η ψυχαναλυτική προσέγγιση που θα αποσαφηνίζει τις πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις των εφήβων. Ενδεικτικό είναι πως η αυστηρή παρέμβαση (για παράδειγμα, η παρέμβαση της αστυνομίας), φάνηκε πως δεν αποτρέπει τους εφήβους από την χρήση κάνναβης (δηλαδή, η αυστηρή παρέμβαση λειτουργεί ως **ανασταλτικός παράγοντας**).

β) Η χρήση κάνναβης σε άτομα ηλικίας 15-25 ετών αποτελεί, επίσης, ένα φαινόμενο με σταθερά αυξανόμενη παρουσία και καθιστά απαραίτητη την μελέτη το μέσα από το ψυχαναλυτικό πρίσμα. Σε αυτήν τη περίπτωση, συγκριτικά με τους εφήβους χρήστες, η ίδια **η ηλικία** φαίνεται να λειτουργεί ως **διευκολυντικός παράγοντας**. Παράλληλα, στους **διευκολυντικούς παράγοντες**, εντάσσεται ο **αυξημένος βαθμός κοινωνικοποίησης των χρηστών κάνναβης, η φροντίδα τους να περιορίσουν τις ρισκίνδυνες συμπεριφορές** που ενδέχεται να συνεπάγεται η χρήση , καθώς και **η ικανότητα για φυσική άσκηση και δραστηριότητα** (να επισημάνουμε πως οι παραπάνω παράγοντες μελετώνται συγκριτικά με τους χρήστες άλλων ουσιών, όπως η ηρωίνη ή τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ).

▪ **ΕΝΟΤΗΤΑ Γ:**

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Κεφάλαιο Γ.1: Παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας και του δείγματος της έρευνας.

▪ **Η ερευνητική διαδικασία.**

Η έρευνα διεξήχθη με την πραγματοποίηση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

Πραγματοποιήθηκαν 9 **ημι-δομημένες συνεντεύξεις** σε άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης στην Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Το **μεθοδολογικό εργαλείο** που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων, είναι μία τροποποιημένη εκδοχή της **κλίμακας: SCHALLING- SIFNEOS (αναθεωρημένη)**. Η τροποποιημένη κλίμακα⁸ αποτελείται από ορισμένες ερωτήσεις (αναδιατυπωμένες) της αυθεντικής κλίμακας και είναι ενδεικτικές της ποιότητας ζωής των απεξαρτημένων ατόμων και συγκεκριμένα της συναισθηματικής τους κατάστασης και της δυνατότητας επικοινωνίας με τους άλλους (ερωτήσεις 1-13, *παράρτημα 2*). Επιπλέον, στην κλίμακα έχουν προστεθεί δύο ερωτήσεις σύμφωνα με την τρίτη ερευνητική υπόθεση (οι ερευνητικές υποθέσεις αναφέρονται στο επόμενο κεφάλαιο Γ.2) και αφορούν στην λειτουργικότητα και την επαγγελματική αποκατάσταση των συμμετεχόντων (ερωτήσεις 14-15, *παράρτημα 2*). Η προαναφερθείσα κλίμακα «SCHALLING- SIFNEOS» είναι δομημένη με την μορφή ενός κλειστού ερωτηματολογίου που επιδέχεται είτε θετική «ναι» είτε αρνητική απάντηση «όχι» από τους συμμετέχοντες. Στην τροποποιημένη εκδοχή της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, υπήρξε αναδιατύπωση των ερωτήσεων και διαμόρφωσή τους ως ανοικτού τύπου.

Χώρος και χρόνος διεξαγωγής: Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στις 28 Απριλίου και 4 Μαΐου 2010 στον χώρο όπου στεγάζεται η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ, κατόπιν έγκρισης που πάρθηκε από την κεντρική υπηρεσία του οργανισμού και συγκεκριμένα το τμήμα Έρευνας (τα δικαιολογητικά

⁸ Παράρτημα 2.

έγγραφα που χρειάστηκε να κατατεθούν για την εκχώρηση άδειας διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας παρατίθενται στο παράρτημα 1).

Η εν λόγω μονάδα επελέγη για την πραγματοποίηση της έρευνας διότι το δείγμα των ατόμων που παρακολουθούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα θεωρήθηκε ως το πλέον αντιπροσωπευτικό για την μελέτη των ερευνητικών μας στόχων, οι οποίοι αφορούν στην εξέταση της ποιότητας ζωής των υπό-απεξάρτησιν ατόμων. Συνοπτικά αναφέρουμε πως η Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης του OKANA ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της με οργανωμένο θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο το Σεπτέμβριο του 2000. Ο **κύριος στόχος** της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι που συνεχίζουν να λαμβάνουν μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας. Στη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης, τα μέλη κινητοποιούνται και ενισχύονται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιεί το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του OKANA. Επίσης, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων».

▪ Το δείγμα της έρευνας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 9 συμμετέχοντες και συγκεκριμένα από 9 άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες και παρακολουθούν το πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης του O.KA.NA.

Όσον αφορά στα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, αυτό αποτελείται από 8 άνδρες και 1 γυναίκα, ενδεικτικό στοιχείο του γεγονότος πως τα περισσότερα άτομα που παρακολουθούν το πρόγραμμα της Μονάδας είναι άνδρες (το γεγονός θα πρέπει να θεωρηθεί συμπτωματικό, καθώς δεν υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που να υποστηρίζουν ότι οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι χρήστες αποτελούν

ετερογενή πληθυσμό⁹). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι Μ.Ο= 44, 5 έτη (χαμηλότερη ηλικία= 30 ετών και υψηλότερη ηλικία= 54 ετών). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι άγαμοι (N=4). Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ατόμων στην πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (N=5), ενώ 2 άτομα έχουν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του δημοτικού σχολείου, 1 άτομο είναι απόφοιτος του Οικονομικού Πανεπιστημίου Πειραιά και 1 άτομο είναι τελειόφοιτος της Γυμναστικής Ακαδημίας (έχει παρακολουθήσει τα τρία πρώτα έτη). Τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Άτομα υπό-απεξάρτησιν	
<i>N=9</i>	
Ηλικία	
Μέσος όρος (Μ.Ο)	44,5
Φύλο	
<i>Άνδρες</i>	8
<i>Γυναίκα</i>	1
Οικογενειακή κατάσταση	
<i>Άγαμος</i>	4
<i>Εγγαμος</i>	3
<i>Διαζευγμένος</i>	2
Μορφωτικό επίπεδο	
<i>Πρωτοβάθμια εκπαίδευση</i>	2
<i>Δευτεροβάθμια εκπαίδευση</i>	5
<i>Τριτοβάθμια εκπαίδευση</i>	2

⁹ Simpson, D. 1979.

Κεφάλαιο Γ.2: Ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων.

Όσον αφορά στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, επιλέξαμε την **μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου**¹⁰ (και συγκεκριμένα της **κατηγοριακής ανάλυσης**), διότι πιστεύουμε ότι είναι η πλέον κατάλληλη για την ανάλυση των συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, η χρησιμότητα της μεθόδου έγκειται κυρίως στις ευρηματικές και επαληθευτικές της λειτουργίες και στις δυνατότητες που παρέχει για συναγωγή συμπερασμάτων ως προς τις συνθήκες παραγωγής αλλά και αποδοχής του επικοινωνιακού μηνύματος.

Ι) ΠΡΟΑΝΑΛΥΣΗ

- **Οι μεταβλητές και οι ερευνητικές υποθέσεις.**

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης κατόπιν διαδικασίας απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες και συγκεκριμένα, οι μεταβλητές της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- **Οι μεταβλητές της έρευνας.**

Εξαρτημένη μεταβλητή: βελτίωση της ποιότητας ζωής των υπο-απεξάρτηση ατόμων, η οποία έχει τις ακόλουθες τιμές:

- I. Συναισθηματική επικοινωνία
- II. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα
- III. Συνέχιση της εργασίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή: η αποτοξίνωση και η παρουσία των ατόμων στην διαδικασία/πρόγραμμα της κοινωνικής επανένταξης.

¹⁰ ...η ανάλυση περιεχομένου είναι μια πολύμορφη μέθοδος ελεγχόμενης και συστηματικής περιγραφής και ερμηνείας του γραπτού λόγου (Παπαστάμου Σ., 2001:477).

▪ **Οι ερευνητικές υποθέσεις:**

Συγκεκριμένα, οι *υποθέσεις* που θελήσαμε να διερευνήσουμε με την παρούσα έρευνα είναι οι εξής:

- I. Η συναισθηματική επικοινωνία με τους άλλους βελτιώνεται κατά την διάρκεια απεξάρτησης των ατόμων από τα ναρκωτικά.
- II. Τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα των ατόμων παρουσιάζουν μείωση κατά την διαδικασία απεξάρτησή τους από τα ναρκωτικά.
- III. Η συνέχιση της εργασίας, είναι διευκολυντικός παράγοντας στην απ-εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και στην κοινωνική επανένταξη.

II) ΦΑΣΗ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ.

▪ **Η κωδικοποίηση του υλικού/ κατηγοριοποίηση:**

Το υλικό που προέκυψε από την ερευνητική διαδικασία/ημιδομημένες συνεντεύξεις, προκειμένου να υποβληθεί σε ανάλυση περιεχομένου, κωδικοποιήθηκε και προέκυψαν ορισμένες θεματικές κατηγορίες που παρουσιάζονται ακολούθως.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην κωδικοποίηση του ερευνητικού υλικού, αυτήν προέκυψε κατόπιν *διαδικασίας ομαδοποίησης* των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν στις συνεντεύξεις. Για την ομαδοποίηση των συνεντεύξεων, ο *δείκτης ανάλυσης* που χρησιμοποιήθηκε είναι η *σημασιολογική και εννοιολογική συνάφεια* που παρουσιάζουν κατά ομάδες μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, σχηματίστηκαν οι εξής τρεις θεματικές κατηγορίες:

❖ **Συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία:**

Σε αυτήν την θεματική κατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 2, 3, 4, 10, 11 και 13 οι οποίες αναφέρονται στην δυνατότητα των συμμετεχόντων να εκφράζουν τα συναισθήματά τους απέναντι στον εαυτό τους και τους «άλλους». Σύμφωνα με το ερευνητικό υλικό που προέκυψε από τις συνεντεύξεις- απαντήσεις των συμμετεχόντων- σχηματίστηκαν για την εν λόγω θεματική κατηγορία, οι εξής τρεις υποκατηγορίες:

1) Διαδραστική συναισθηματική επικοινωνία: οι πιο χαρακτηριστικές προτάσεις που συνθέτουν αυτήν την κατηγορία είναι οι ακόλουθες:

- «Συμφωνώ. Όλα τα συναισθήματα- και ο πόνος- δίνουν αξία στην ζωή. Όχι μόνο η χαρά, αλλά και ο πόνος» (5^{ος} συμμετέχων).
- «Συμφωνώ, τα αισθήματα δίνουν αξία ειδικά δεν είσαι άνθρωπος» (7^{ος} συμμετέχων).
- «Ναι, προτιμώ τους ανθρώπους, θα γελάσω με έναν άλλο άνθρωπο, μού αρέσει να γελάω, με ένα αντικείμενο δεν μπορώ» (7^{ος} συμμετέχων).

2) Συναισθηματική απόσυρση: αντιπροσωπευτικές για την δεύτερη αυτήν υπο-κατηγορία είναι οι εξής προτάσεις:

- «Ναι προτιμώ καμιά φορά να είμαι μόνος μου. Αλλά για διαφορετικούς λόγους από αυτούς από όταν βρισκόμουν σε χρήση...τότε αναγκαστικά έπρεπε να είμαι μόνος» (9^{ος} συμμετέχων).
- «Δυσκολεύομαι, γιατί ήμουν πολλά χρόνια στην χρήση, είχα συνηθίσει να είμαι μόνος μου, να μην συναναστρέφομαι πολύ με άλλους» (1^{ος} συμμετέχων).
- «Όχι, δεν μού αρέσουν περισσότερο...χωρίς άλλους ανθρώπους μπορώ να ζήσω, χωρίς όμως κάποια υλικά αγαθά δεν μπορώ να ζήσω» (3^η συμμετέχουσα).
- «Προτιμώ να είμαι μόνος μου ή να μιλώ με την θεραπεύτριά μου» (4^{ος} συμμετέχων).
- «Ναι, είναι δύσκολο να περιγράψω τα συναισθήματά μου. Δυσκολεύομαι ακόμη και να τα προσδιορίσω, τα μπερδεύω πολλές φορές» (6^{ος} συμμετέχων).

3) Άλλα: αυτήν η υπο-κατηγορία αφορά σε απόψεις μεμονωμένες, που αποκλίνουν από τη κύρια θεματική, στην παρούσα κατηγορία, όμως, δεν διατυπώνεται κάποια ανάλογη.

Ως **μονάδα καταγραφής** (η οποία ισούται με την αριθμητική μονάδα) επιλέξαμε για την έρευνά μας το κεντρικό σημείο αναφοράς, δηλαδή καταγράψαμε για κάθε θεματική κατηγορία τις λεκτικές αναφορές που την προσδιορίζουν. Σχηματικά, οι απαντήσεις που αναφέρονταν στην υποκατηγορία «διαδραστική συναισθηματική επικοινωνία» αποδόθηκαν με την τιμή 1, όσες αναφέρονταν στην υποκατηγορία «συναισθηματική απόσυρση» με την τιμή 2 και τέλος όσες αφορούσαν στην υποκατηγορία «Άλλα» αποδόθηκαν με την τιμή 3 (*Πίνακας 1, Διάγραμμα 1*).

Να σημειώσουμε, επίσης, πως ο **κανόνας μέτρησης** που χρησιμοποιήθηκε για το υλικό μας είναι η **συχνότητα**. Δηλαδή όσο συχνότερη ήταν η μονάδα καταγραφής τόσο σημαντικότερη θεωρήσαμε πως είναι, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψιν και αν υπήρχε απουσία κάποιας μονάδας καταγραφής.

Πίνακας 1.

Θεματική κατηγορία :Συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία.

Κατηγορία	Διαδραστική συναισθηματική επικοινωνία	Συναισθηματική απόσυρση	Άλλα
1ος συμμετέχων			2
2ος συμμετέχων	1		
3ος συμμετέχων	1		
4ος συμμετέχων			2
5ος συμμετέχων	1		
6ος συμμετέχων	1		
7ος συμμετέχων	1		
8ος συμμετέχων	1		
9ος συμμετέχων			2
Συχνότητα	6		3 0

Διάγραμμα 1:



❖ **Εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και χρήση ουσιών:**

Στην δεύτερη θεματική κατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 1, 5, 6, 7, 8, 9, 12 οι οποίες αφορούν στην ύπαρξη κάποιων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που είτε αποδίδονται σε κάποια προϋπάρχουσα της χρήσης ψυχικής διαταραχής είτε απορρέουν από την ίδια την μακροχρόνια χρήση.

Σύμφωνα με το ερευνητικό υλικό που προέκυψε για την εν λόγω κατηγορία, σχηματίστηκαν οι εξής τρεις υποκατηγορίες:

1) Συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης: σε αυτήν την υποκατηγορία εντάχθηκαν οι φράσεις που υποδηλώνουν διαταραχές της διάθεσης των υποκειμένων και κυρίως καταθλιπτικές διαταραχές, τα κυριότερα χαρακτηριστικά των οποίων είναι η καταθλιπτική διάθεση, η ανηδονία, η κοινωνική απόσυρση, η έλλειψη κινήτρων και ορισμένα φυτικά συμπτώματα (Kaplan& Sadocks, 2004). Οι πιο χαρακτηριστικές απαντήσεις που αναφέρονται σε αυτήν την υποκατηγορία είναι οι εξής:

- «Όχι δεν βρίσκω την ζωή βαρετή. Μονότονη, ότι γίνονται δηλαδή συνεχώς τα ίδια πράγματα» (6^{ος} συμμετέχων).
- «Ναι, είναι πιο εύκολο να μιλάω για τα σωματικά ενοχλήματα. Ήμουν 25 χρόνια χρήστης ουσιών, έτσι έμαθα από μικρός, να εκφράζομαι με το να μην εκφράζομαι» (6^{ος} συμμετέχων).
- «Ναι, ονειροπολώ συχνά, με βοηθά να βάζω στόχους, να ξεφεύγω από την πραγματικότητα» (8^{ος} συμμετέχων).
- «Σπάνια θα περιγράψω και τις λεπτομέρειες, γενικά δεν μου αρέσει να μιλάω πολύ» (1^{ος} συμμετέχων).

2) Απουσία ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας: στην δεύτερη αυτήν υποκατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις που δεν υποδηλώνουν κάποια εμφανή καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην συναισθηματική και κοινωνική έκφραση των συμμετεχόντων. Ενδεικτικά είναι τα ακόλουθα λεγόμενα:

- «Όχι, δεν ονειροπολώ πολύ. Κάποιες φορές ξεφεύγω από την πραγματικότητα, αλλά δεν μου αρέσει να ονειρεύομαι συνέχεια, θέλω να είμαι και προσγειωμένος» (2^{ος} συμμετέχων).
- «Όχι, η ζωή δεν είναι βαρετή, έχω ενδιαφέροντα» (3^η συμμετέχουσα).
- «Η λογική και η ομιλία. Αυτά είναι που χρησιμοποιώ, δεν μου αρέσει να τσακώνομαι. Τώρα βρίσκομαι στο μεσοδιάστημα, παλιότερα που ήμουν στην χρήση συναναστρεφόμουν άτομα, άλλου επιπέδου...καταλαβαίνετε, αλλά και τότε δεν τσακωνόμουν» (7^{ος} συμμετέχων).

3) Άλλα: στην τρίτη υπο-κατηγορία ενσωματώνονται απαντήσεις που διαφοροποιούνται από τις δύο προηγούμενες υπο-κατηγορίες, παρουσιάζουν, όμως ιδιαίτερο ενδιαφέρον και συνοψίζονται ακολούθως:

- «Προτιμώ τις έξυπνες ταινίες (για παράδειγμα, της Αγκάθα Κρίστι), δεν με ενδιαφέρει πολύ η υπόθεση, να είναι έξυπνη η ταινία» (7^{ος} συμμετέχων).
- «Όλες οι ταινίες μου αρέσουν, η ομορφιά υπάρχει παντού» (8^{ος} συμμετέχων)
- «Είναι πρωτόγνωρο να περιγράψω τα συναισθήματά μου. Στον OKANA είχα πρώτη φορά επαφή με ψυχολόγους και έμαθα να περιγράψω τα συναισθήματά μου» (9^{ος} συμμετέχων)

- «Αναλόγως, κάποιες φορές την βρίσκω βαρετή τη ζωή, κάποιες άλλες φορές όχι» (9^{ος} συμμετέχων).

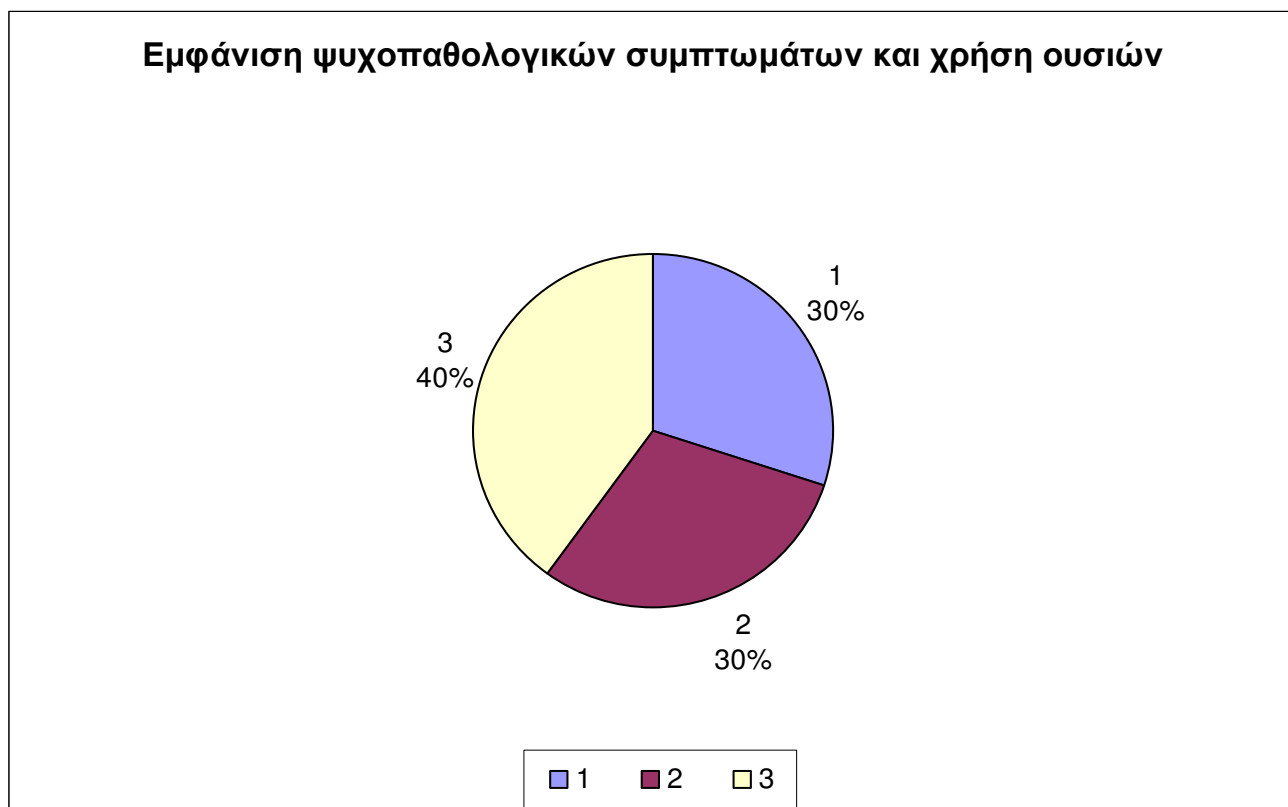
Σχηματικά, οι απαντήσεις που αναφέρονταν στην υποκατηγορία «συμπτώματα διαταραχών διάθεσης» αποδόθηκαν με την τιμή 1, όσες αναφέρονταν στην υποκατηγορία «απουσία συμπτωμάτων» με την τιμή 2 και τέλος όσες αφορούσαν στην υποκατηγορία «Άλλα» αποδόθηκαν με την τιμή 3 (Πίνακας 2, Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2.

Θεματική κατηγορία: Εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και χρήση ουσιών.

Κατηγορία	Συμπτώματα διαταραχών διάθεσης	Απουσία συμπτωμάτων	Άλλα	
1ος συμμετέχων				3
2ος συμμετέχων	1		2	
3ος συμμετέχων	1			
4ος συμμετέχων	1			
5ος συμμετέχων				3
6ος συμμετέχων			2	
7ος συμμετέχων			2	
8ος συμμετέχων				3
9ος συμμετέχων				3
Συχνότητα	3		3	4

Διάγραμμα 2:



❖ **Επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική λειτουργικότητα:**

Στην τρίτη και τελευταία θεματική κατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων 14 και 15, οι οποίες αναφέρονται στην δυνατότητα των ατόμων να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους (κοινωνικές, επαγγελματικές). Επίσης, η εν λόγω κατηγορία αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η παραμονή τους στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης θα επηρεάσει την μελλοντική τους εργασιακή πορεία.

Σύμφωνα με το ερευνητικό υλικό που προέκυψε για την εν λόγω κατηγορία, σχηματίστηκαν οι εξής τρεις υποκατηγορίες:

1) Συνέχιση της εργασίας: σε αυτήν την υποκατηγορία ομαδοποιήθηκαν οι απόψεις των ατόμων που παρουσιάζουν λειτουργικότητα στον επαγγελματικό τομέα, και είναι οι εξής:

-«Όχι, δεν επηρεάζεται. Δεν το καταλαβαίνω αυτό, γιατί να επηρεάζεται, μετά το πρόγραμμα πιστεύω για εμένα θα είναι και πιο εύκολα στην δουλειά. Αν και δεν πρέπει να ησυχάζεις, αυτό με τις ουσίες είναι “πόλεμος”, πρέπει συνέχεια να το πολεμάς» (1^{ος} συμμετέχων).

- «Είμαι χειροτέχνης, φτιάχνω πράγματα με τα χέρια μου, είναι πολύ δημιουργικό» (3^η συμμετέχουσα).

2) Μη επαγγελματική αποκατάσταση: στην δεύτερη υποκατηγορία εντάσσονται απόψεις των συμμετεχόντων που στην παρούσα χρονική περίοδο δεν εργάζονται και διαβλέπουν κάποια δυσκολία στην εξεύρεση εργασίας. Χαρακτηριστική είναι η πρόταση:

- «Ναι, ασφαλώς επηρεάζεται. Επηρεάζεται σε δύο τομείς. Σε ένα πρακτικό κομμάτι: κάποιες ώρες πρέπει να βρίσκομαι στο πρόγραμμα και σε ένα άλλο κομμάτι, υπάρχει κοινωνικό στίγμα. Αυτήν είναι και η σημαντικότερη δυσκολία: θα το δεχτούν θεωρητικά οι συνάδελφοι, λένε ότι είναι ευαισθητοποιημένοι, στην πράξη όμως είναι δύσκολο, στιγματίζεσαι...» (6^{ος} συμμετέχων).

3) Άλλα: στην τρίτη και τελευταία υποκατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις που αφορούν στην έννοια της επαγγελματικής αποκατάστασης, την συσχετίζουν όμως εμφανώς με τον κοινωνικό ρατσισμό και τον στιγματισμό που αποδέχονται εξαιτίας της χρήσης ουσιών. Ενδεικτικές είναι οι προτάσεις:

-«Είναι δύσκολη η επαγγελματική αποκατάσταση, όχι μόνο εξαιτίας του προγράμματος αλλά παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες: η γλώσσα, η υπηκοότητα (δεν έχω ελληνική υπηκοότητα), νομικά θέματα και άλλα...» (3^η συμμετέχουσα).

-«Θεωρώ ότι θα είναι δύσκολη, αλλά εξαιτίας της ηλικίας μου, γι’ αυτό θα είναι δύσκολη» (4^{ος} συμμετέχων).

-«Έχω μάθει να είμαι αυτεξούσιος. Τώρα έχω χρηματικές δυσκολίες...τώρα δεν εργάζομαι, αλλά εγώ κάνω όλες τις δουλειές στο σπίτι, πλύσιμο, σκούπισμα, μαγείρεμα» (7^{ος} συμμετέχων)

- «Δεν το αναφέρω, δεν το αναφέρω...Είναι σαν να δίνεις στους άλλους ένα «όπλο», θα το χρησιμοποιήσουν αν πάει κάτι στραβά. Και γι’ αυτό δεν το αναφέρω, δεν μου αρέσει να δίνω στους άλλους ‘όπλα’» (8^{ος} συμμετέχων).

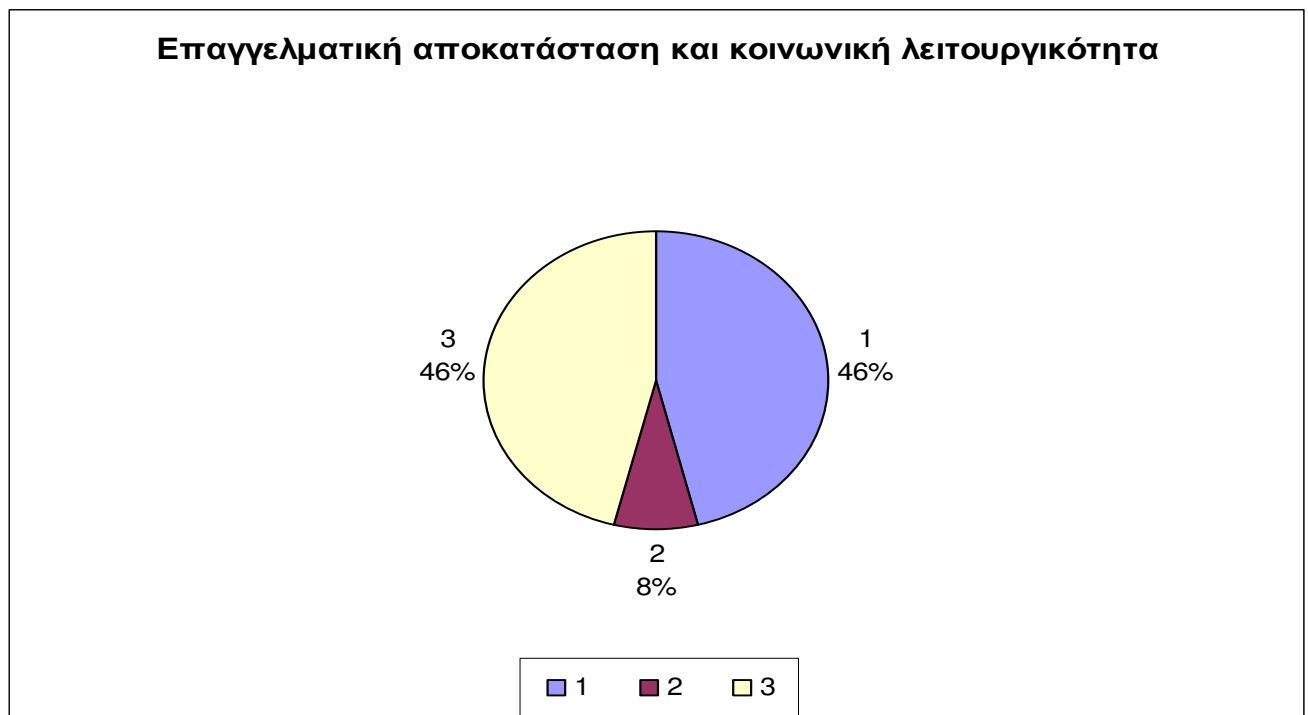
Σχηματικά, οι απαντήσεις που αναφέρονταν στην υποκατηγορία «συνέχιση της εργασίας» αποδόθηκαν με την τιμή 1, όσες αναφέρονταν στην υποκατηγορία «μη επαγγελματική αποκατάσταση» με την τιμή 2 και τέλος όσες αφορούσαν στην υποκατηγορία «Άλλα» αποδόθηκαν με την τιμή 3 (Πίνακας 3, Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3.

Θεματική κατηγορία: Επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική λειτουργικότητα.

Κατηγορία	Συνέχιση εργασίας	Μη επαγγελματική αποκατάσταση	Άλλα	
1ος συμμετέχων	1			
2ος συμμετέχων	1			3
3ος συμμετέχων	1			3
4ος συμμετέχων	1			3
5ος συμμετέχων	1			
6ος συμμετέχων			2	
7ος συμμετέχων				3
8ος συμμετέχων				3
9ος συμμετέχων				3
Συχνότητα	6		1	6

Διάγραμμα 3:



Κεφάλαιο Γ.4: Ερμηνεία των αποτελεσμάτων και συναγωγή συμπερασμάτων.

Από την ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων προέκυψαν ορισμένα ευρήματα τα οποία θα παραθέσουμε συγκεντρωτικά και θα αναλύσουμε στην παρούσα ενότητα.

Καταρχήν, όσον αφορά στην **περιγραφή των αποτελεσμάτων** που προέκυψαν, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε σε καθεμιά από τις τρεις ερευνητικές υποθέσεις ξεχωριστά. Σύμφωνα με την **πρώτη ερευνητική υπόθεση**, η συναισθηματική επικοινωνία των συμμετεχόντων παρουσιάζει βελτίωση κατά την διαδικασία απεξάρτησης. Τα πορίσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με την εν λόγω πρόταση, καθώς το **67% των συμμετεχόντων** παρουσιάζει **διαδραστική συναισθηματική επικοινωνία**, η οποία προσδιορίζεται από αναγνώριση των εκάστοτε συναισθημάτων αφενός και την επιδίωξη συναισθηματικής επικοινωνίας με τους άλλους αφετέρου. Αναλυτικότερα, ενδεικτικές είναι οι διατυπώσεις:

- «Συμφωνώ. Όλα τα συναισθήματα- και ο πόνος- δίνουν αξία στην ζωή. Όχι μόνο η χαρά, αλλά και ο πόνος» (5^{ος} συμμετέχων) και
- «Ναι, προτιμώ τους ανθρώπους, θα γελάσω με έναν άλλο άνθρωπο, μου αρέσει να γελάω, με ένα αντικείμενο δεν μπορώ» (7^{ος} συμμετέχων).

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα ερευνητικά ευρήματα, η διαδραστική συναισθηματική επικοινωνία προκύπτει ως απόρροια της «εσωτερικής» ποιότητας ζωής¹¹, μία έννοια που αναφέρεται στους *ψυχολογικούς* και τους *κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες* και ειδικότερα αφορά στην υλοποίηση των ακόλουθων:

- α) εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη)
- β) διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και
- γ) εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση).

Από την άλλη, ένα μικρότερο ποσοστό, το **33%** των συμμετεχόντων, εμφάνισε **ενδείξεις συναισθηματικής απόσυρσης** και συγκεκριμένα τάσεις

¹¹ Στο: Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), σελ.257.

απομόνωσης από τους άλλους καθώς και δυσκολία αναγνώρισης και ταυτοποίησης των συναισθημάτων. Το αποτέλεσμα αυτό στοιχειοθετείται κυρίως από τις ακόλουθες φράσεις:

- «Δυσκολεύομαι, γιατί ήμουν πολλά χρόνια στην χρήση, είχα συνηθίσει να είμαι μόνος μου, να μην συναναστρέφομαι πολύ με άλλους» (1^{ος} συμμετέχων),
- «Όχι, δεν μου αρέσουν περισσότερο...χωρίς άλλους ανθρώπους μπορώ να ζήσω, χωρίς όμως κάποια υλικά αγαθά δεν μπορώ να ζήσω» (3^η συμμετέχουσα) και
- «Ναι, είναι δύσκολο να περιγράψω τα συναισθήματά μου. Δυσκολεύομαι ακόμη και να τα προσδιορίσω, τα μπερδεύω πολλές φορές» (6^{ος} συμμετέχων).

Στην παρούσα ενότητα, δεν παρουσιάστηκαν απόψεις που να αποκλίνουν από την κύρια θεματική και ως εκ τούτου καμιά απάντηση δεν εντάχθηκε στην κατηγορία: «Άλλα».

Η *δεύτερη ερευνητική υπόθεση*, δεν φαίνεται να επαληθεύεται βάσει των πορισμάτων. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας (και ειδικότερα, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας) δεν επιβεβαιώνεται να παρουσιάζει μείωση κατά την διαδικασία απεξάρτησης, καθώς το ποσοστό των συμμετεχόντων που **εμφανίζουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα** και εκείνων που **δεν εμφανίζουν**, ταυτίζεται ποσοτικά και ανέρχεται στο **30%**. Ενδεικτικές για την απουσία ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας στην παρούσα χρονική περίοδο είναι οι ακόλουθες προτάσεις:

- «Όχι, δεν ονειροπολώ πολύ. Κάποιες φορές ξεφεύγω από την πραγματικότητα, αλλά δεν μου αρέσει να ονειρεύομαι συνέχεια, θέλω να είμαι και προσγειωμένος» (2^{ος} συμμετέχων) και
- «Όχι, η ζωή δεν είναι βαρετή, έχω ενδιαφέροντα» (3^η συμμετέχουσα).

Σχετικά με το εν λόγω εύρημα, αρκετές έρευνες έχουν εστιάσει στην εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερα κατάθλιψης σε πρώην χρήστες τοξικών ουσιών που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης (με την χορήγηση μεθαδόνης ή βουμπρεμορφίνης). Χαρακτηριστικά, τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας των *Schaner., A. (2008)* συνάδουν με τα παρόντα αποτελέσματα, καθώς δεν κατέδειξαν αυξημένο κίνδυνο για παρουσίαση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε απεξάρτηση (και λαμβάνουν υποκατάστατη ουσία). Αναλυτικότερα, οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα (συνολικά 2414) δεν εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, χαμηλότερα

ποσοστά ως προς την ποιότητα ζωής ή μειωμένη αποτελεσματικότητα ως προς την διαδικασία απεξάρτησης.

Όσον αφορά στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χαρακτηριστικές είναι οι εκφράσεις:

- «Ναι, είναι πιο εύκολο να μιλάω για τα σωματικά ενοχλήματα. Ήμουν 25 χρόνια χρήστης ουσιών, έτσι έμαθα από μικρός, να εκφράζομαι με το να μην εκφράζομαι»(6^{ος} συμμετέχων) και
- «Ναι, ονειροπολώ συχνά, με βοηθά να βάζω στόχους, να ξεφεύγω από την πραγματικότητα».

Τα αποτελέσματα της έρευνά μας συνάδουν με τα πορίσματα πρόσφατων ερευνών (*Batki et al., 2009*) σύμφωνα με τα οποία η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς συσχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα ως προς την ποιότητα ζωής της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ένας καίριος και ανεξάρτητος παράγοντας πρόβλεψης για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής που ενδέχεται να έχει μία ουσιώδη επίδραση στην θεραπεία ασθενών που λαμβάνουν μεθαδόνη. Επιπλέον, να σημειώσουμε πως σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής συσχετίζεται με την πρόσφατη χρήση τοξικών ουσιών (ανεξάρτητα από την χορήγηση ή μη μεθαδόνης).

Αξιοσημείωτο είναι πως στην εν λόγω ενότητα το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων, **40%**, διαφοροποιείται από τις δύο βασικές υπο-κατηγορίες (εμφάνιση ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας και απουσία της). Αναλυτικότερα, στην συγκεκριμένη κατηγορία οι συμμετέχοντες φαίνεται να εμφανίζουν συμπτώματα καταθλιπτικής συμπεριφοράς ανάλογα με τις συνθήκες και τα συνακόλουθα βιώματα και αυτό αποτυπώνεται περιγραφικά από τα ακόλουθα λεγόμενα:

- «Όλες οι ταινίες μου αρέσουν, η ομορφιά υπάρχει παντού» (8^{ος} συμμετέχων), «είναι πρωτόγνωρο να περιγράψω τα συναισθήματά μου, στον OKANA είχα πρώτη φορά επαφή με ψυχολόγους και έμαθα να περιγράψω τα συναισθήματά μου» (9^{ος} συμμετέχων) και
- «Αναλόγως, κάποιες φορές την βρίσκω βαρετή τη ζωή, κάποιες άλλες φορές όχι» (9^{ος} συμμετέχων).

Όσον αφορά στην **τρίτη ερευνητική υπόθεση** της παρούσας μελέτης, τα ευρήματα την επιβεβαιώνουν. Η συνέχιση της εργασίας και η επαγγελματική αποκατάσταση αποδεικνύεται ως διευκολυντικός παράγοντας στην διαδικασία

απεξάρτησης, καθώς το **46%** των συμμετεχόντων συμφώνησε σε αυτό. Χαρακτηριστικά είναι τα εξής λεγόμενα:

- «Όχι, δεν επηρεάζεται. Δεν το καταλαβαίνω αυτό, γιατί να επηρεάζεται, μετά το πρόγραμμα πιστεύω για εμένα θα είναι και πιο εύκολα στην δουλειά. Αν και δεν πρέπει να ησυχάζεις, αυτό με τις ουσίες είναι “πόλεμος”, πρέπει συνέχεια να το πολεμάς» (1^{ος} συμμετέχων), όπως επίσης:

-«Είμαι χειροτέχνης, φτιάχνω πράγματα με τα χέρια μου, είναι πολύ δημιουργικό» (3^η συμμετέχουσα).

Τα ερευνητικά πορίσματα που προέκυψαν από την τρέχουσα έρευνα συμφωνούν με πορίσματα σύγχρονων μελετών και συγκεκριμένα σύμφωνα με τον **Kimber, J., et al.(2008)**, περίπου το 11,3% των ατόμων που συνήθιζαν να κάνουν ενέσιμη χρήση αξιολογήθηκε ότι θα (επα)εντάσσεται σε συχνότητα ενός μήνα στον γενικό πληθυσμό, μετά την 12μηνη παραμονή στο κέντρο αποτοξίνωσης (το γεγονός της προοπτικής κοινωνικής επανένταξης λειτουργεί καθοριστικά ως διευκολυντικός παράγοντας). Αξιοσημείωτο είναι ότι βάσει της εν λόγω έρευνας το μέγεθος του πληθυσμού που έκανε ενέσιμη χρήση ανερχόταν σε 1103 άτομα, ηλικίας μεταξύ 15-54 ετών και το ποσοστό των ατόμων αυτών που προσαρμόζονταν στον γενικό πληθυσμό ανερχόταν στο 8,8%. Επιπλέον, η συνέχιση της εργασίας εμφανίζεται στην έρευνά μας ως διευκολυντικός παράγοντας στην απ-εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και στην κοινωνική επανένταξη, ένα ερευνητικό εύρημα που συνάδει με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης των **DuPont, R., et al. (2009)**.

Αντιθέτως, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ατόμων, της τάξης του **2%** αναγνωρίζουν την πρότερη εξάρτηση και την συνακόλουθη απεξάρτηση ως ανασταλτικό παράγοντα για την επαγγελματική αποκατάσταση. Η εν λόγω δυσκολία αποτυπώνεται στην εξής πρόταση ενός συμμετέχοντα:

- «Ναι, ασφαλώς επηρεάζεται. Επηρεάζεται σε δύο τομείς. Σε ένα πρακτικό κομμάτι: κάποιες ώρες πρέπει να βρίσκομαι στο πρόγραμμα και σε ένα άλλο κομμάτι, υπάρχει κοινωνικό στίγμα. Αυτήν είναι και η σημαντικότερη δυσκολία: θα το δεχτούν θεωρητικά οι συνάδελφοι, λένε ότι είναι ευαισθητοποιημένοι, στην πράξη όμως είναι δύσκολο, στιγματίζεσαι...»(6^{ος} συμμετέχων).

Να επισημανθεί, επίσης, πως σε αυτήν την ενότητα ένα αρκετό υψηλό ποσοστό (**46%**) καταλαμβάνει η υπο-κατηγορία: «**Άλλα**» που συνοψίζει απαντήσεις που αφορούν στην έννοια της επαγγελματικής αποκατάστασης, την οποία, όμως, οι

ερωτώμενοι την συσχετίζουν εμφανώς με τον κοινωνικό ρατσισμό και τον στιγματισμό που αποδέχονται εξαιτίας της χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με την έρευνα μας, ο «άδηλος» ρατσισμός¹² επιδρά και συγκεκριμένα αναστέλλει την επαγγελματική αποκατάσταση των απεξαρτημένων ατόμων. Χαρακτηριστικά είναι για αυτόν τον τομέα, τα λόγια του 6^{ου} συμμετέχοντα:

- «Επηρεάζεται σε δύο τομείς. Σε ένα πρακτικό κομμάτι: κάποιες ώρες πρέπει να βρίσκομαι στο πρόγραμμα και σε ένα άλλο κομμάτι, υπάρχει κοινωνικό στίγμα. Αυτήν είναι και η σημαντικότερη δυσκολία: θα το δεχτούν θεωρητικά οι συνάδελφοι, λένε ότι είναι ευαισθητοποιημένοι, στην πράξη όμως είναι δύσκολο, στιγματίζεσαι...». Επίσης, ενδεικτική του άδηλου ρατσισμού που υφίστανται στον χώρο εργασίας οι συμμετέχοντες, είναι και η φράση:

- «Δεν το αναφέρω, δεν το αναφέρω...Είναι σαν να δίνεις στους άλλους ένα «όπλο», θα το χρησιμοποιήσουν αν πάει κάτι στραβά. Και γι' αυτό δεν το αναφέρω, δεν μου αρέσει να δίνω στους άλλους 'όπλα'», που διατύπωσε ο 8^{ος} συμμετέχων.

Καταλήγοντας, αξίζει να σημειώσουμε πως η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Συγκεκριμένα, το δείγμα αφενός αντλήθηκε από μία συγκεκριμένη μονάδα, την Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ και αφετέρου αποτελείται κατά πλειοψηφία από άντρες (συμμετείχαν 8 άντρες και 1 γυναίκα), καθώς η ομάδα από την οποία προέρχεται τυχαίνει να απαρτίζεται ως επί το πλείστον από άντρες συμμετέχοντες. Ως εκ τούτου, παρά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να θεωρηθούν ενδεικτικά και μόνο και η γενικευσιμότητά τους σε έναν ευρύτερο πληθυσμό απεξαρτημένων ατόμων προϋποθέτει επιπρόσθετη ερευνητική δραστηριότητα προς αυτήν την κατεύθυνση.

¹² Devine, 1989.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ (ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ)

Συνοψίζοντας, στα πλαίσια της προκείμενης έρευνας θελήσαμε να μελετήσουμε την πιθανή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης μετά από μακρόχρονη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η βιβλιογραφία (κυρίως η ελληνική) περιορίζεται στην θεωρητική προσέγγιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες και συγκεκριμένα στον ορισμό, στην επιδημιολογία, στις κυριότερες κλινικές της μορφές, στην αιτιοπαθογένεια, στην θεραπευτική αντιμετώπιση και τα ερμηνευτικά μοντέλα για την εξάρτηση και το ερευνητικό ενδιαφέρον για την απεξάρτηση και την ζωή «μετά την χρήση» είναι περιορισμένο. Ανακεφαλαιώνοντας, σύμφωνα με τα πορίσματα της προκείμενης έρευνας, η συναισθηματική επικοινωνία των συμμετεχόντων παρουσιάζει βελτίωση κατά την διαδικασία απεξάρτησης, ενώ παράλληλα η επαγγελματική τους αποκατάσταση ευνοείται. Αντιθέτως, όσον αφορά στην εμφάνιση της ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας (δίνοντας έμφαση κυρίως στην καταθλιπτική συμπτωματολογία), δεν επηρεάζεται κατά την διάρκεια της διαδικασίας απεξάρτησης.

Μία διάσταση του πολύσημου ζητήματος της τοξικοεξάρτησης που θελήσαμε να διερευνήσουμε- βάσει της τρίτης ερευνητικής υπόθεσης- είναι κατά πόσο η επανένταξη των απεξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων επιτυγχάνεται στην πράξη ή παρεμποδίζεται από την επικράτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων που ενδέχεται να επηρεάζουν κοινωνικές πρακτικές όπως η εκπαίδευση και η άσκηση δικαιοσύνης. Η ερευνητική γνώση που προκύπτει μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον **έλεγχο των υπάρχουσών θεωριών** για τον **στιγματισμό ή/και την κοινωνική περιθωριοποίηση** και για την **διατύπωση νέων ερμηνειών** των ερευνητικών στοιχείων που προκύπτουν με αυξανόμενο ρυθμό. Εν συνεχεία, οι θεωρητικές αυτές ερμηνείες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στον **σχεδιασμό της λειτουργικής αντιμετώπισης ειδικά για τα απεξαρτημένα άτομα**, στις ψυχοθεραπευτικές μονάδες, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και γενικά στις κοινωνικές δομές.

Ως κατακλείδα για το παρόν πόνημα να σημειώσουμε πως στο μέλλον, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής θα αποτελέσει πιο συχνό αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας και των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Θα πρέπει να επισημανθεί πως η αξία των πληροφοριών για την ποιότητα ζωής εξαρτάται από την προσοχή με την οποία γίνεται η επιλογή των εργαλείων ανάλογα με το στόχο της εκτίμησης. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να δίνεται έμφαση στη λειτουργικότητα, την

εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία των εργαλείων, με γνώση των πιθανών σφαλμάτων. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής στον ευρύτερο κλάδο της ψυχολογίας και ειδικότερα στον χώρο της τοξικοεξάρτησης πρέπει να επιτρέπει την **αναγνώριση ατομικών χαρακτηριστικών και προτιμήσεων** και να είναι **ευέλικτη στις αλλαγές** που αφορούν στην διαδικασία της απεξάρτησης, όσο και στις προτεραιότητες του εκάστοτε ατόμου/ πρώην χρήστη τοξικών ουσιών.

- **Παράρτημα 1: Τα δικαιολογητικά έγγραφα για την έγκριση της έρευνας από τον ΟΚΑΝΑ.**

Τα δικαιολογητικά έγγραφα που κατατέθηκαν στον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να εγκριθεί η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα και αναφέρονται: Α) στον σκοπό της έρευνας και την χρήση των αποτελεσμάτων της Β) στην παρουσίαση της μεθοδολογίας που θα ακολουθηθεί και Γ) σε επιστολές προς τους συμμετέχοντες στην έρευνα:

Α) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΣΚΟΠΟΥ:

Καταρχήν, όσον αφορά στον **σκοπό** μέσα στον οποίο θα διεξαχθεί η εν λόγω ερευνητική μελέτη, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι είναι αμιγώς επιστημονικός και αφορά στην διεκπεραίωση μίας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Συγκεκριμένα, πρόκειται για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ψυχολογίας του Παντείου πανεπιστημίου: «Ψυχολογία και ΜΜΕ» και ο τίτλος της διπλωματικής εργασίας είναι ο ακόλουθος: «Ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων και υπο-εξάρτησιν από ναρκωτικές ουσίες ατόμων».

Κατά δεύτερον, σχετικά με την **χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας**, επισημαίνουμε πως η χρήση τους αφορά αποκλειστικά στα πλαίσια πραγματοποίησης της προαναφερθείσας διπλωματικής εργασίας, περιορίζεται δηλαδή σε αυστηρώς ακαδημαϊκά όρια.

Επιπλέον, ως προέκταση των προαναφερθέντων, να σημειώσουμε ότι η χρήση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Οργανισμού θα πραγματοποιηθεί μόνο για τους σκοπούς και στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμιά άλλη περίπτωση.

Ακολούθως, να υπογραμμίσουμε ότι η προσέγγιση των υποκειμένων του δείγματος (των απεξαρτημένων ή υπο-εξάρτησιν ατόμων) αφορά σε ημι-δομημένες συνεντεύξεις που θα πραγματοποιηθούν από την εν λόγω φοιτήτρια (Μπακούρου Γιαννούλα), κατόπιν της συγκατάθεσης των ατομικών θεραπειών των ερωτώμενων.

Η προσέγγιση των ερωτώμενων θα γίνεται εντός των Μονάδων, ενώ η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός του ωραρίου εργασίας τους. Το μέγεθος του δείγματος αποτελείται από 9 άτομα που βρίσκονται στην διαδικασία απεξάρτησης.

Όσον αφορά στις πληροφορίες που θα προκύψουν από την ερευνητική διαδικασία, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι θα διασφαλιστεί το **απόρρητο των πληροφοριών**, καθώς η χρήση και η επεξεργασία τους αφορά αποκλειστικά στην διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Επιπροσθέτως, να υπογραμμίσουμε ότι ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών θα αναφέρεται ως **πηγή** σε κάθε **σχετική δημοσίευση ή ανακοίνωση**, ενώ παράλληλα το τελικό κείμενο της ερευνητικής μελέτης θα κατατεθεί και στον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών.

.....

B) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:

Η μεθοδολογία της παρούσας ερευνητικής μελέτης με τίτλο: «Ποιότητα ζωής των απεξαρτημένων και υπο-εξάρτησιν ατόμων» είναι η ακόλουθη:

- **Ημι-δομημένες συνεντεύξεις**, έχοντας ως μεθοδολογικό εργαλείο την κλίμακα: SCHALLING- SIFNEOS (αναθεωρημένη). Συγκεκριμένα, θα πραγματοποιηθούν στους συμμετέχοντες 2κατηγορίες ερωτήσεων . Αρχικά, η πρώτη κατηγορία ερωτήσεων αφορά σε δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και ειδικότερα στην ηλικία τους, το μορφωτικό/κοινωνικό τους επίπεδο, την χρονική περίοδο κατά την οποία έκανα χρήση ουσιών και την χρονική περίοδο κατά την οποία βρίσκονται στο πρόγραμμα απεξάρτησης.

Η δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων αφορά στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων και είναι ορισμένες ερωτήσεις από όσες υπάρχουν στην προαναφερθείσα κλίμακα «SCHALLING- SIFNEOS» (η απάντηση είναι ανάλογα «ΝΑΙ- ΟΧΙ»):

- 1) Μού είναι πιο εύκολο να περιγράψω τα σωματικά μου συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράψω τα συναισθήματά μου.
- 2) Είναι σημαντικό να ανακαλύπτει κανείς το πώς νοιώθει για τους άλλους.
- 3) Δυσκολεύομαι να βρω λόγια προκειμένου να περιγράψω τα συναισθήματά μου.
- 4) Όταν είμαι πολύ θυμωμένος δεν σκέπτομαι, αλλά ενεργώ.
- 5) Όταν βρίσκομαι σε σύγκρουση με τον εαυτό μου ή με κάτι άλλο, τότε προτιμώ να ενεργώ γρήγορα παρά να το σκέπτομαι.
- 6) Δυσκολεύομαι να επικοινωνήσω με τους άλλους.
- 7) Προτιμώ να είμαι μόνος , παρά να συναναστρέφομαι με άλλα άτομα.
- 8) Μου αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι από τα άψυχα αντικείμενα.

- **Ανάλυση περιεχομένου** των προαναφερθέντων συνεντεύξεων.

Κρίνεται αναγκαίο στο σημείο αυτό να αναφερθούμε εκτενέστερα στην **μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου (και συγκεκριμένα της κατηγοριακής ανάλυσης)**, ώστε να καταστεί ευκρινής ο λόγος για τον οποίο την επιλέξαμε ως την πλέον κατάλληλη για την ανάλυση των ανοικτού τύπου ερωτήσεων/ συνεντεύξεων. Συνοπτικά, **η ανάλυση περιεχομένου είναι μια πολύμορφη μέθοδος ελεγχόμενης και συστηματικής περιγραφής και ερμηνείας του γραπτού λόγου** (Παπαστάμου Σ., 2001). Η χρησιμότητα της μεθόδου έγκειται κυρίως στις ευρηματικές και επαληθευτικές της λειτουργίες και στις δυνατότητες που παρέχει για συναγωγή συμπερασμάτων ως προς τις συνθήκες παραγωγής αλλά και αποδοχής του επικοινωνιακού μηνύματος.

.....

Γ) ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ:

Κρίνεται αναγκαίο να διευκρινίσω πως θα διασφαλιστεί στο ακέραιο αφενός το απόρρητο των πληροφοριών που θα προκύψουν από την ερευνητική διαδικασία

και αφετέρου τα προσωπικά σας δεδομένα. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η χρήση και η επεξεργασία τους αφορά αποκλειστικά στην διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Στα πλαίσια της εν λόγω διπλωματικής εργασίας αλλά και σε πιθανές συνακόλουθες δημοσιεύσεις/ ανακοινώσεις, θα διατηρηθεί η ανωνυμία σας και η αναφορά στα λεγόμενά σας θα γίνεται με την χρήση της φράσης: «ο συμμετέχων/ η συμμετέχουσα».

.....

(Υπογραφή).

.....

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ:

Δηλώνω ότι ως συμμετέχων στην προκείμενη ερευνητική μελέτη, έχω ενημερωθεί πλήρως για το σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα προκύψουν από την διαδικασία. Έχοντας γνώσιν πως η χρήση και η επεξεργασία των πληροφοριών αφορά αποκλειστικά στην διεκπεραίωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Ποιότητα ζωής των ανεξαρτημένων και υπο-εξάρτησιν από ναρκωτικές ουσίες ατόμων», συμφωνώ να λάβω μέρος στην ερευνητική διαδικασία.

.....

(Υπογραφή).

Παράρτημα 2: Το πρωτόκολλο των ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ¹³:

- **Εισαγωγή:** παρουσίαση και εξήγηση του σκοπού της συνέντευξης, διαβεβαίωση περί του εμπιστευτικού της χαρακτήρα.

Ευχαριστώ που δεχθήκατε να λάβετε μέρος σε αυτήν την έρευνα. Θα ήθελα να σας βεβαιώσω ευθύς εξαρχής ότι θα παραμείνετε ανώνυμος και ότι δεν θα κρατήσουμε οποιαδήποτε μορφή αρχείου με το όνομά σας (σε αυτό το σημείο παρουσιάζεται στους συμμετέχοντες το έντυπο «Αίτημα προς τον Ο.ΚΑ.ΝΑ για την πραγματοποίηση της ερευνητικής μελέτης και συγκεκριμένα η επιστολή προς τον συμμετέχοντα στην έρευνα).

- **Δημογραφικά στοιχεία:**

Φύλο:.....

Ηλικία:.....

Εκπαίδευση: Πρωτοβάθμια.....

Δευτεροβάθμια.....

Τριτοβάθμια.....

Εργασία: «Εργάζεστε κάπου αυτήν την περίοδο»

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος.....

Άγαμος.....

- **Κυρίως σώμα ερωτήσεων:**

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

¹³ Σύμφωνα με το υπόδειγμα πρωτοκόλλου (από Cliff et al., 1994) στο Παπαστάμου, Σ., (2001). *Εισαγωγή στη κοινωνική ψυχολογία*.

- 2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?
- 3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?
- 4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?
- 5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?
- 6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?
- 7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?
- 8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?
- 9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?
- 10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?
- 11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?
- 12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?
- 13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?
- 14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

- **Κλείσιμο της συνέντευξης:** ευχαρίστηση και χαιρετισμός του συμμετέχοντα:

Σας ευχαριστώ πολύ που μας βοηθήσατε και μας αφιερώσατε λίγο από τον χρόνο σας. Θα ήθελα να σας ρωτήσω μήπως υπάρχει κάποιο σημείο το οποίο δεν καλύφθηκε από την συνέντευξη και είναι σημαντικό για εσάς.

Παράρτημα 3: Οι συνεντεύξεις.

1ος συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 30ετών

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια

Εργασία: ιδιωτικός υπάλληλος (υπάλληλος σε οβελιστήριο)

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος.

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Ναι, γιατί είναι δύσκολο όταν μιλάς για τα συναισθήματά σου.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πολύ σημαντικό.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Δυσκολεύομαι συχνά, δεν μπορώ, δεν θέλω να πω απευθείας αυτό που νοιώθω.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Ναι, βέβαια συμφωνώ. Τα αισθήματά μας είναι σημαντικά.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Όχι. Δεν ονειρεύομαι, παλιότερα στην χρήση, αρκετές φορές... Τώρα ζω στην πραγματικότητα, έχω την δουλειά μου....

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Δεν λειτουργώ πάντα το ίδιο, ανάλογα με την περίπτωση.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Αναλόγως με την περίπτωση, άλλες φορές λειτουργώ γρήγορα, άλλες φορές θέλω πρώτα να το σκεφτώ...

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Όλες οι ταινίες μου αρέσουν, ανάλογα με την διάθεσή μου.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Σπάνια θα περιγράψω και τις λεπτομέρειες, γενικά δεν μού αρέσει να μιλάω πολύ.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Δυσκολεύομαι, γιατί ήμουν πολλά χρόνια στην χρήση, είχα συνηθίσει να είμαι μόνος μου, να μην συναναστρέφομαι πολύ με άλλους.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Αναλόγως με την περίπτωση. Παλιότερα, προτιμούσα να είμαι μόνος (ήταν εξαιτίας της χρήσης), τώρα ανάλογα με την περίσταση.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Όχι, δεν την βρίσκω βαρετή, μερικές φορές είναι δύσκολα τα πράγματα, αλλά πρέπει να συνεχίζεις.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Άλλες φορές προτιμώ τους ανθρώπους, άλλες φορές όμως δεν μού λείπουν.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Ναι, συνεχίζω να δουλεύω, και παλιότερα εργαζόμουν, μόνο ένα μικρό διάστημα είχα σταματήσει με την δουλειά.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Όχι, δεν επηρεάζεται. Δεν το καταλαβαίνω αυτό, γιατί να επηρεάζεται, μετά το πρόγραμμα πιστεύω για εμένα θα είναι και πιο εύκολα στην δουλειά. Αν και δεν πρέπει να ησυχάζεις, αυτό με τις ουσίες είναι «πόλεμος», πρέπει συνέχεια να το πολεμάς.

.....

2ος συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 44ετών

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια (έχει παρακολουθήσει έως την Β' Λυκείου)

Εργασία: απουσία εργασίας

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος.

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πιο εύκολο να περιγράψω ένα πρόβλημα, μια ενόχληση στο σώμα μου... με τα συναισθήματα μού είναι πιο δύσκολο.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Είναι σημαντικό να ξέρεις πώς νοιώθεις, σε βοηθά και έπειτα πράττεις ανάλογα.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Τις περισσότερες φορές δεν δυσκολεύομαι.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Εξαρτάται...δεν είναι το μόνο που δίνει αξία στην ζωή.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Όχι, δεν ονειροπολώ πολύ. Κάποιες φορές ξεφεύγω από την πραγματικότητα, αλλά δεν μου αρέσει να ονειρεύομαι συνέχεια, θέλω να είμαι και προσγειωμένος.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Ναι, θα αντιδράσω εκείνη την στιγμή, σπασμωδικά πολλές φορές, αλλά δύσκολα μπορώ να συγκρατήσω τον εαυτό μου.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Ναι, όπως είπα και πριν, συνήθως θα αντιδράσω γρήγορα.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Εξαρτάται...ανάλογα με τη διάθεσή μου κάθε φορά.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Προτιμώ να είμαι ακριβής, αλλά δεν θα μπω σε πολλές λεπτομέρειες.
Είναι αναλόγως και το θέμα.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Με τους φίλους μου όχι, με άλλους ναι...με όσους δεν αισθάνομαι οικεία.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Δεν μου αρέσει η μοναξιά...

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Είναι στάσιμη η ζωή μου τώρα, έτσι νοιώθω, ίσως επειδή δεν εργάζομαι.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ανάλογα με την περίπτωση, δεν θα προτιμήσω πάντα τους ανθρώπους...

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Είμαι λειτουργικός, ασχολούμαι με τις δουλειές στο σπίτι, αυτά τα ρυθμίζω όλα...αλλά αυτήν την περίοδο δεν εργάζομαι, έχω δώσει προτεραιότητα εδώ, στο πρόγραμμα.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Θεωρώ ότι θα είναι δύσκολη, αλλά εξαιτίας της ηλικίας μου, γι' αυτό θα είναι δύσκολη.

.....

3^η συμμετέχουσα. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 45ετών

Εκπαίδευση: τριτοβάθμια (έχει παρακολουθήσει 3έτη στην Γυμναστική Ακαδημία)

Εργασία: χειροτέχνης.

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμη.

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πιο δύσκολο να μιλάω για τα συναισθήματά μου. Δεν έχω εξετάσει μέσα μου το «γιατί» το έκανα, συγκριτικά με τα ναρκωτικά, γιατί έπαιρνα ουσίες...

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πολύ σημαντικό. Δεν ξέρω ακριβώς το «γιατί», αλλά ναι είναι.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Δυσκολεύομαι...δεν διαθέτω πλούσιο λεξιλόγιο...τώρα με απασχολούν τα συναισθήματά μου, παλιότερα -όταν ήμουν στην χρήση- δεν με αφορούσαν.

Προτιμώ την έκφραση με χειρονομίες, μέσω εκφράσεων του προσώπου, του σώματος. Η μητρική μου γλώσσα δεν είναι η ελληνική και δυσκολεύομαι να βρω τι σωστές λέξεις για να πω αυτό που θέλω.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ...είναι σημαντικά τα συναισθήματα.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Ναι, για να αισθάνομαι καλύτερα.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Ναι, θα δράσω εκείνη την στιγμή, γρήγορα.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Ναι, όπως είπα και πριν...θα δράσω εκείνη την στιγμή.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Εκτός από τα θρίλερ, μου αρέσουν όλες οι ταινίες.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Όχι, όχι δεν περιγράφω τις λεπτομέρειες.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Ναι και έγκειται σε μένα αυτό, στον χαρακτήρα μου, δεν είμαι πολύ κοινωνική.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Ανάλογα με τη διάθεση μου.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Όχι, δεν είναι βαρετή, έχω ενδιαφέροντα.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Όχι, δεν μου αρέσουν περισσότερο...χωρίς άλλους ανθρώπους μπορώ να ζήσω, χωρίς όμως κάποια υλικά αγαθά δεν μπορώ να ζήσω...

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Είμαι χειροτέχνης, φτιάχνω πράγματα με τα χέρια μου, είναι πολύ δημιουργικό...

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Είναι δύσκολη η επαγγελματική αποκατάσταση, όχι μόνο εξαιτίας του προγράμματος αλλά παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες: η γλώσσα, η υπηκοότητα (δεν έχω ελληνική υπηκοότητα), νομικά θέματα και άλλα...

.....

4^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 47ετών

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια

Εργασία: απουσία εργασίας.

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος.

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Όχι. Γενικά μου είναι δύσκολο να μιλάω και για τα συναισθήματά μου και για τα σωματικά ενοχλήματα. Είναι δύσκολα και τα δύο.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Βέβαια, βέβαια, είναι πολύ σημαντικό.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Ναι, μού είναι δύσκολο, τα να εκφράζομαι μού είναι δύσκολο.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ απόλυτα. Τα αισθήματα είναι σημαντικά...

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Ναι, το έχω αυτό... με βοηθά να ξεχνιέμαι, να ξεφεύγω.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Όχι, δεν πράττω γρήγορα.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Όχι, όχι. Πρώτα θα το σκεφτώ, μετά θα πράξω, ίσως να μην αντιδράσω και καθόλου.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Γενικά δεν παρακολουθώ πολλές ταινίες, προτιμώ να δω ειδήσεις ή ντοκιμαντέρ.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Ναι, θέλω να είμαι ακριβής σε αυτά που λέω, σε αυτά που περιγράφω.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Εξαρτάται από το άτομο...με τη θεραπεύτρια μου εδώ (στην Μονάδα), όλα πολύ καλά, ναι τα συζητώ με τη θεραπεύτριά μου όλα, επικοινωνώ πολύ καλά μαζί της.

Συντονίστρια: Με την οικογένειά σας, τους φίλους σας?

Συμμετέχων: ...με την οικογένεια...τα πράγματα εκεί είναι δύσκολα, είναι δύσκολα, όχι δεν επικοινωνώ (σιωπή...).

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Προτιμώ να είμαι μόνος μου ή να μιλώ με την θεραπεύτριά μου.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Μονότονη μπορεί να είναι, δεν κάνω πολλά πράγματα.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Δεν προτιμώ πάντα τους ανθρώπους...

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Τώρα που βρίσκομαι στο πρόγραμμα τα πράγματα είναι καλύτερα, μπορώ πιο εύκολα να ανταπεξέλθω σε ό, τι κάνω...Δουλειά δεν έχω, δεν εργάζομαι αυτήν την περίοδο.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Επηρεάζεται προς το καλύτερο. Θα είναι πιο εύκολο μετά το πρόγραμμα να βρω μια δουλειά, θα έχω «λύσει» κάποια πράγματα με τον εαυτό μου.

.....

5^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 47ετών

Εκπαίδευση: πρωτοβάθμια

Εργασία: διανομέας φαγητού

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος (χωρίς παιδιά).

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Όχι, είναι το ίδιο. Δεν μιλάω πολύ γενικά.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Τι εννοείτε «να ανακαλύπτετε»? Μπορείτε να μου το εξηγήσετε?

Συνεντευκτής: Ναι, εννοώ, να κατανοείτε ποια είναι τα συναισθήματά σας απέναντι σε άλλα άτομα, αν είναι, για παράδειγμα, χαρά, απογοήτευση...?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πολύ σημαντικό, να ξέρω τα συναισθήματά μου.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Ναι, (δυσκολεύομαι) εξαιτίας της χρήσης. Ήμουν μόνος μου σε ένα δωμάτιο για πολλά χρόνια, δεν έχω συνηθίσει να μιλάω με τους άλλους.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ. Όλα τα συναισθήματα- και ο πόνος- δίνουν αξία στην ζωή.

Όχι μόνο η χαρά, αλλά και ο πόνος,

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Ναι, με αυτόν τον τρόπο ξεφεύγω.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Αναλόγως την περίπτωση.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Πρώτα θα το σκεφτώ...αναλόγως την περίπτωση.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Όλες τις ταινίες. Και όσες έχουν δραματική και όσες έχουν συναισθηματική υπόθεση.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Όχι, τις λεπτομέρειες μπορεί να μην τις συζητήσω καθόλου.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Εξαρτάται από το άλλο άτομο...αλλά ήμουν χρόνια στην χρήση, για αυτό δυσκολεύομαι.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Ανάλογα με τη διάθεσή μου.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Όχι βαρετή. Μονότονη, ότι γίνονται δηλαδή συνεχώς τα ίδια πράγματα.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ναι...προτιμώ τους ανθρώπους.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Όχι με ευκολία, αλλά μπορώ να ανταπεξέλθω.

15) Η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Όχι, γιατί να επηρεάζεται? Τώρα που είμαι εδώ, είμαι σε ένα πρόγραμμα μπορώ να εργάζομαι.

.....

6^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 54ετών

Εκπαίδευση: τριτοβάθμια (απόφοιτος Πανεπιστημίου Πειραιά)

Εργασία: απουσία εργασίας

Οικογενειακή κατάσταση: διαζευγμένος (με δύο παιδιά).

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Ναι, είναι πιο εύκολο να μιλάω για τα σωματικά ενοχλήματα. Ήμουν 25 χρόνια χρήστης ουσιών, έτσι έμαθα από μικρός, να εκφράζομαι με το να μην εκφράζομαι.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, ναι βέβαια, είναι πολύ σημαντικό.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Ναι, είναι δύσκολο να τα περιγράψω. Δυσκολεύομαι ακόμη και να τα προσδιορίσω, τα μπερδεύω πολλές φορές.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ, ειδάλλω δεν είσαι άνθρωπος.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Όχι πολύ...

Συνεντευκτής: Σας βοηθά αυτό σε κάτι?

Συμμετέχων: Ναι, να ξεφεύγω από την πραγματικότητα.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Ανάλογα με την περίπτωση.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Ναι, ενεργώ γρήγορα αλλά είναι και ανάλογα την περίπτωση.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Ανάλογα με τη διάθεσή μου, άλλοτε τις δραματικές και άλλοτε αυτές με γρήγορη δράση.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Ναι, μου αρέσει να είμαι πολύ συγκεκριμένος. Περιγράφω και τις λεπτομέρειες.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Όχι, επικοινωνώ πολύ εύκολα, αλλά αυτό σε πρώτο βαθμό, η πιο βαθιά επικοινωνία είναι πιο δύσκολη.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Με άλλα άτομα, να είμαι με άλλα άτομα.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Βαρετή όχι, όχι. Μερικές φορές μονότονη, επαναλαμβάνονται τα ίδια πράγματα.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ναι, ναι βέβαια οι άνθρωποι.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Δεν εργάζομαι αυτήν την περίοδο, αλλά στα υπόλοιπα, ναι είμαι λειτουργικός.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Ναι, ασφαλώς επηρεάζεται. Επηρεάζεται σε δύο τομείς. Σε ένα πρακτικό κομμάτι: κάποιες ώρες πρέπει να βρίσκομαι στο πρόγραμμα και σε ένα άλλο κομμάτι, υπάρχει κοινωνικό στίγμα. Αυτήν είναι και η σημαντικότερη δυσκολία: θα το δεχτούν θεωρητικά οι συνάδελφοι, λένε ότι είναι ευαισθητοποιημένοι, στην πράξη όμως είναι δύσκολο, στιγματίζεσαι...

.....

7^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 48ετών

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια (έχει παρακολουθήσει έως την Β' Γυμνασίου)

Εργασία: απουσία εργασίας

Οικογενειακή κατάσταση: διαζευγμένος (με ένα παιδί).

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Όχι, υπάρχει αλληλεπίδραση. Δεν είναι πιο εύκολο να περιγράψω τα σωματικά συμπτώματα, γιατί υπάρχει αλληλεπίδραση με αυτό που νιώθεις.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, γιατί είμαι μέλος της κοινωνίας.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Όχι, όχι...θα επικοινωνήσω εύκολα με τους άλλους.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ, ναι.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Όχι, δεν το κάνω συχνά.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Το ζυγίζω πρώτα. Θα το σκεφτώ και μετά θα πράξω.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Η λογική και η ομιλία. Αυτά είναι που χρησιμοποιώ, δεν μου αρέσει να τσακώνομαι. Τώρα βρίσκομαι στο μεσοδιάστημα, παλιότερα που ήμουν στην χρήση συναναστρεφόμουν άτομα, άλλου επιπέδου...καταλαβαίνεις, αλλά και τότε δεν τσακωνόμουν.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Προτιμώ τις έξυπνες ταινίες (για παράδειγμα, της Αγκάθα Κρίστι), δεν με ενδιαφέρει πολύ η υπόθεση, να είναι έξυπνη η ταινία.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Ναι, είναι στοιχείο του χαρακτήρα μου.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Όχι, όχι όπως είπα και πριν που με ρωτήσατε επικοινωνώ εύκολα με τους άλλους.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Στην παρούσα φάση να είμαι μόνος μου...Φροντίζω την μητέρα μου που έχει Alzheimer...είναι καταναγκαστική δουλεία...η αδελφή μου που ζει στα Γιάννενα δεν έρχεται, δεν με βοηθά, της λέω, την παίρνω τηλέφωνο, αλλά δεν με βοηθά...

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Ρουτίνα ναι, όχι, όμως ότι είναι βαρετή.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ναι, προτιμώ τους ανθρώπους, θα γελάσω με έναν άλλο άνθρωπο, μού αρέσει να γελάω, με ένα αντικείμενο δεν μπορώ.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Έχω μάθει να είμαι αυτεξούσιος. Τώρα έχω χρηματικές δυσκολίες...τώρα δεν εργάζομαι, αλλά εγώ κάνω όλες τις δουλειές στο σπίτι, πλύσιμο, σκούπισμα, μαγείρεμα...

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Η εργασία θα προκύψει μέσω επαφών, πρέπει να κάνεις δημόσιες σχέσεις...Δυσκολία αποτελεί η ηλικία μου, είμαι 48 χρονών, δεν είναι εύκολο τώρα...

.....

8^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 47ετών

Εκπαίδευση: πρωτοβάθμια (έχει παρακολουθήσει έως την Γ' Δημοτικού)

Εργασία: ιδιωτικός υπάλληλος (εργάζεται σε δικηγορικό γραφείο)

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος.

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Όχι, είναι το ίδιο...

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, είναι σημαντικό να τα αναγνωρίζεις, αλλά και να τα εκφράζεις, αυτό είναι πιο σημαντικό...

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Έχω δυσκολία στη διατύπωση.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Ναι, τα πάντα μπορεί να αλλάξουν...τα αισθήματα μπορούν να αλλάξουν τα πάντα.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Ναι, με βοηθά να βάζω στόχους, να ξεφεύγω από την πραγματικότητα.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Εκρηκτικά...ενεργώ εκρηκτικά.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Θέλω να έχω ευκαιρία για δεύτερη σκέψη.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Όλες οι ταινίες μου αρέσουν, η ομορφιά υπάρχει παντού.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το καθετί με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Ανάλογα με τον συνομιλητή μου. Μπορεί να μην πω πάντα λεπτομέρειες.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Δυσκολεύομαι να διατυπώνω αυτά που θέλω να πω.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Στην χρήση δεν μου άρεσε ο πολύς ο κόσμος...ήθελα να είμαι μόνος μου. Τώρα επιζητώ να συναναστρέφομαι με τους άλλους.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Έχει να κάνει με το πόσο εκτιμάς αυτό που κάνεις...Από εμάς εξαρτάται, όχι η ζωή δεν είναι βαρετή, μπορείς να κάνεις πολλά πράγματα για να μην είναι βαρετή...έχει να κάνει με το πόσο εκτιμάς αυτό που κάνεις...

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ναι, προτιμώ τους ανθρώπους.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Όταν ήμουν σε χρήση ήταν πιο δύσκολο.

Συνεντευκτής: Γιατί πιστεύετε ότι ήταν πιο δύσκολο όταν ήσαστε σε χρήση?

Συμμετέχων: Κυρίως ψυχολογικά ήταν πιο δύσκολο. Δεν ήξερα τις δυνατότητές μου όταν ήμουν σε χρήση. Τώρα μπορώ να ανταπεξέλθω και σωματικά και ψυχολογικά.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Δεν το αναφέρω, δεν το αναφέρω...Είναι σαν να δίνεις στους άλλους ένα «όπλο», θα το χρησιμοποιήσουν αν πάει κάτι στραβά. Και γι' αυτό δεν το αναφέρω, δεν μού αρέσει να δίνω στους άλλους «όπλα».

.....

9^{ος} συμμετέχων. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: άνδρας

Ηλικία: 39ετών

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια

Εργασία: ιδιωτικός υπάλληλος (εργάζεται σε δικηγορικό γραφείο)

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος (με ένα παιδί).

1) Σας είναι πιο εύκολο να περιγράφετε τα σωματικά σας συμπτώματα ή ενοχλήματα από το να περιγράφετε τα συναισθήματά σας? Αν ναι, σε ποιους λόγους θεωρείτε ότι οφείλεται αυτό?

Συμμετέχων: Είναι πρωτόγνωρο να περιγράψω τα συναισθήματά μου. Στον ΟΚΑΝΑ είχα πρώτη φορά επαφή με ψυχολόγους και έμαθα να περιγράψω τα συναισθήματά μου.

2) Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να ανακαλύπτετε/ αναγνωρίζετε το πώς νοιώθετε για τους άλλους?

Συμμετέχων: Ναι, είναι καλό...πρέπει να δοκιμάζει κάποιος...Ναι, σίγουρα.

3) Δυσκολεύεσθε να βρείτε λόγια προκειμένου να περιγράψετε τα συναισθήματά σας?

Συμμετέχων: Καμιά φορά στερεύεις, δεν έχεις την ανάγκη να μιλήσεις, δεν είναι ωραίο να σε πιέζουν να μιλήσεις.

4) Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το ότι τα αισθήματα είναι αυτά που δίνουν αξία στην ζωή?

Συμμετέχων: Συμφωνώ, είναι το πρώτο πράγμα στον άνθρωπο.

5) Πιστεύετε ότι ονειροπολείτε πολύ?

Συμμετέχων: Ναι, με βοηθά, για να ξεφεύγω από την πραγματικότητα.

6) Όταν βρίσκεστε σε σύγκρουση με τον εαυτό σας ή με κάτι/κάποιον άλλο, τότε προτιμάτε να ενεργείτε γρήγορα ή να το σκέπτεστε πρώτα και μετά να πράττετε?

Συμμετέχων: Είναι αμφιλεγόμενο...μερικές φορές λειτουργώ παρορμητικά, άλλες φορές θα το σκεφτώ πρώτα.

7) Σας αρέσει να ενεργείτε γρήγορα όταν βρίσκεστε σε δύσκολη θέση?

Συμμετέχων: Θα προτιμούσα, αλλά καμιά φορά δεν το κάνω.

8) Προτιμάτε τις ταινίες με γρήγορη δράση ή αυτές που έχουν δραματική ή συναισθηματική υπόθεση?

Συμμετέχων: Ανάλογα με τις καταστάσεις, τι έχω ανάγκη να δω σε κάθε περίπτωση.

9) Προτιμάτε να είστε ακριβής και να περιγράφετε το κάθε τι με αρκετές λεπτομέρειες?

Συμμετέχων: Με παραδείγματα, με παραστατικότητα, με εικόνες...έτσι μου αρέσει να περιγράψω κάτι.

10) Δυσκολεύεστε συχνά να επικοινωνείτε με τους άλλους? Αν ναι, σε ποιους λόγους το αποδίδετε αυτό?

Συμμετέχων: Νομίζεις ότι επικοινωνείς, αλλά συχνά αυτό δεν γίνεται.

11) Προτιμάτε να είστε μόνος ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα?

Συμμετέχων: Ναι, προτιμώ καμιά φορά να είμαι μόνος μου. Αλλά για διαφορετικούς λόγους από αυτούς από όταν βρισκόμουν σε χρήση...τότε αναγκαστικά έπρεπε να είμαι μόνος.

12) Βρίσκετε τις περισσότερες φορές ότι η ζωή σας είναι βαρετή?

Συμμετέχων: Αναλόγως, κάποιες φορές την βρίσκω βαρετή, κάποιες άλλες φορές όχι.

13) Σας αρέσουν πιο πολύ οι άνθρωποι συγκριτικά με τα άψυχα αντικείμενα?

Συμμετέχων: Ναι, αν και μπορεί από τους ανθρώπους να απογοητευτώ.

14) Θεωρείτε ότι μπορείτε να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας/ εκπαιδευτικές σας υποχρεώσεις/ ασχολίες στο σπίτι?

Συμμετέχων: Με δυσκολία, λόγω του κοινωνικού ρατσισμού.

15) Η μελλοντική σας επαγγελματική σας αποκατάσταση ή η υπάρχουσα εργασία σας πιστεύετε ότι επηρεάζεται από την παραμονή σας στο πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης?

Συμμετέχων: Ναι, επηρεάζεται από όλες τις σκοπιές. Και πρακτικά, γιατί κάποιες ώρες είμαι στο πρόγραμμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

-Ανδριάκαινα, Ε. (2005). *Παίζοντας με τα όρια. Θεραπευτικές κοινότητες και χρήστες ναρκωτικών*. Αθήνα: Βιβλιόραμα.

- Ανδρουλάκη, Ν., Μαγκάκη, Α., Σπινέλλη, Δ., Σταμάτη, Κ., Ψαρούδα- Μπενάκη, Α. (1993). *Συστηματική ερμηνεία του ποινικού κώδικα*. Αθήνα: Εκδοτικός οίκος αφοί Σάκκουλα.

- Βακαλιού, Θ. (1984). *Ποιότητα ζωής: προβληματισμοί- κατευθύνσεις*. Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και οικονομικών Ερευνών.

-Δασκαλάκης, Ηλίας. (1985). *Η εγκληματολογία της κοινωνικής αντίδρασης*, Αθήνα: Σάκκουλα.

- Ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (2004). *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οίονοπνευματοδών στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εθνικό κέντρο τεκμηρίωσης και πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία.

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά (2008-2012), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.

-Ζερβής, Χ. (2003). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα :Ηλεκτρονικές Τέχνες.

- ΚΕΘΕΑ, Εξαρτήσεις, Επιστημονική και περιοδική έκδοση για Θέματα εξαρτήσεων.

- Καλαντζή- Αζίζι. (1983) στο: Παυλοπούλου, Ι. (2006). *Αγωγή υγείας και κλινικές εφαρμογές (φάκελος πανεπιστημιακών σημειώσεων)*. Αθήνα.

- Κονταξής, Α. (1997). *Ποινικό δίκαιο και ναρκωτικά*. Αθήνα: Σάκκουλας.
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 254-266.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.(1999) στο: Παυλοπούλου, Ι. (2006). *Αγωγή υγείας και κλινικές εφαρμογές (φάκελος πανεπιστημιακών σημειώσεων)*. Αθήνα.
- Παυλοπούλου, Ι. (2006). *Αγωγή υγείας και κλινικές εφαρμογές (φάκελος πανεπιστημιακών σημειώσεων)*. Αθήνα.
- Παπαστάμου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία. Επιστημολογικοί Προβληματισμοί και Μεθοδολογικές κατευθύνσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τσαλίκoglου, Φ. (1989). *Σχιζοφρένεια και φόνος*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τσαλίκoglου,Φ.(1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τζινιέρη- Κοκκώση (2010). Η ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Χαρτοκόλλης, Π. (1986). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Χρυσόχοου, Ξ. (2005). *Πολυπολιτισμική πραγματικότητα: οι κοινωνιοψυχολογικοί προσδιορισμοί της πολιτισμικής πραγματικότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ξενόγλωσση:

- American Psychiatric Association, DSM-4 (1994). Washington.
- Atkinson (1988) στο: Παυλοπούλου, Ι. (2006). *Αγωγή υγείας και κλινικές εφαρμογές (φάκελος πανεπιστημιακών σημειώσεων)*. Αθήνα.

- Batki, S. L., Canfield, K. M., Smyth, E., Ploutz-Snyder, R. (2009). Health- related quality of life in methadone maintenance patients with untreated C virus infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 176-182.
- Blatt (1974, 1991). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.
- Bornstein (1992’ 1993). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.
- Borstein (1997, 1998). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.
- Calnan (1987). Στο: Calafat, A. (2001). Risk and control in the recreational drug culture. Valencia: Irefrea.
- Calnan (1987). Στο: Sarah Nettleton (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω , Γιώργος Δαρδανός.
- Corrigan, P. W., Kerr A., Knudsen, L. (2005).The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive psychology*, 11,179-190.
- Dughiero, G., Schifano, F. and Forza, G., (2001). Personality dimensions and psychopathological profiles of Ecstasy users. *Human Psychopharmacology*, 16, 635-639.
- DuPont, R., McLellan, T., White, W., Merlo, L., Gold, M. (2009).Setting the standard for recovery: Physicians’ Health Programs. *Journal of substance abuse treatment*, 36, 159- 171.

-Fallowfield, L. (1990). The quality of life. The missing Measurement in Health Care, Great Britain: Human Horizons Series.

- Freud (1905/1955). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007).

Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

- Galatzer-Levy & Cohler (1993). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos

(2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

- Greenberg J.R & Mitchell (1983). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M.

Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

-Goffman, E. (2001). *Στίγμα*. Αθήνα :Αλεξάνδρεια.

- Golidman-Eisler (1950, 1951). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos

(2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

- Hachet, P. (2006). Les psychanalystes et la prise en charge des consommateurs de cannabis. Follow up of cannabis users by psychoanalysts. *Annales Medico Psychologiques*, 164, 225- 229.

-Homer, J. F & French, M. I. (2008). Economic Evaluation of Adolescent Addiction Programs: Methadologic challenges and Recommendations, *Journal of Adolescent Health*, 43: 529-539.

- Kimber, J., Hickman M., Degenhardt L., Coulson, T. & Beek, I. (2008).Estimating the size and dynamics of an injecting drug user population and implications for health service coverage: comparison of indirect prevalence estimation methods. *Addiction*, 103, 1604-1613.

- Kohut, (1971'1977). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

- Kylie V.,& Fraser, S. (2007). *Trauma, damage and pleasure: Rethinking problematic drug use*. International Journal of Drug Use, 19 , 410- 416.

- Michels, I.I. (2009). Practice, problems and perspectives of opioid substitution treatment in Germany, Bundesgesundheitsbl, 52: 111-121.

- Nestler, E. (1994). Molecular neurobiology of drug addiction, in *Neuropsychopharmacology*, 11:77.

- Ramkrishna, Mukherjee. (1989). *The quality of life, valuation in social research*. India: Sage Publications India Pvt Ltd.

- Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

- Pettigrew & Meertens (1995) στο Χρυσόχοου, Ξ.(2005).*Πολυπολιτισμική πραγματικότητα, οι κοινωνιοψυχολογικοί προσδιορισμοί της πολιτισμικής πολλαπλότητας* (σ.140-145). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Sarah Nettleton (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω , Γιώργος Δαρδανός.

- Schafer, A. (2009). Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioid- dependent patients during maintenance therapy. *Addiction*, 104: 603-640.

- Simpson D. D (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome. *American Journal Psychiatry* 136:1449.

- Sroufe, Fox & Pancake (1983). Στο Raphael, P., Duberstein & Joseph M. Maslinos (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην υγεία και την αρρώστεια*, Αθήνα : Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.
- Wahl, O.F (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.