

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ :
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΗΡΩΙΝΗΣ
ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ
ΚΕΘΕΑ -ΝΟΣΤΟΣ

Διδακτορική Διατριβή

Βασίλειος Γκιτάκος

Αθήνα 2012

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων :

Καθηγητής Γρηγόρης Ποταμιάνος

Μέλη:

Καθηγήτρια Φωτεινή Τσαλίκουλου

Καθηγητής Θεόδωρος Μπεχράκης

Αθήνα, 2012

στη Βέτα, με αγάπη

« Η απλότητα δεν είναι απλώς ένα στυλ, δεν είναι μινιμαλισμός ή η απουσία της αταξίας. Απαιτεί να σκάψεις μέχρι τα βάθη της πολυπλοκότητας. Για να είναι κάτι αληθινά απλό, πρέπει να φθάσεις πολύ βαθιά, να κατανοήσεις σε βάθος την απλότητα, την ουσία του φαινομένου, ώστε να μπορέσεις να απαλλαγείς από τα μέρη που είναι επουσιώδη»

(Jony Ive, Επικεφαλής Σχεδιασμού της Apple)

Ευχαριστίες

Μια διατριβή αντίθετα από αυτό φαίνεται με τη πρώτη ματιά είναι ένα συλλογικό έργο. Ο συγγραφέας της συλλέγει, επιλέγει και συνθέτει τις αφηγήσεις των συνομιλητών του σχετικά με το αντικείμενο που διερευνά για να δημιουργήσει την δική του, νέα αφήγηση. Οι συνομιλητές του είναι είτε φυσικά πρόσωπα είτε τα κείμενα αυτών. Οι συναντήσεις του όμως, είναι περισσότερες από όσες μπορούσε να φανταστεί όταν σχεδίαζε την έρευνά του. Καμία από αυτές, βεβαίως, δεν είναι τυχαία όπως και το αντικείμενο της έρευνας του δεν επιλέγεται τελικά συμπτωματικά. Αναζητά και για τον ίδιο μια εξήγηση ή έστω μία ευλογοφανή ερμηνεία στο θέμα που προσεγγίζει και στο οποίο αφιερώνει το χρόνο του. Το λιγότερο που οφείλει στους συνοδοιπόρους αυτής της προσωπικής διαδρομής είναι οι ευχαριστίες του και σε αυτούς θα ήθελα να απευθύνω το κείμενο που ακολουθεί.

Καταρχήν θέλω να ευχαριστήσω αυτούς στους οποίους οφείλω την κλινική μου εμπειρία. Όσους συνάντησα στα σχεδόν είκοσι χρόνια που εργάζομαι στον χώρο των εξαρτήσεων και μου δίδαξαν με επώδυνο πολλές φορές τρόπο τι σημαίνει θεραπευτική σχέση.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, την Πίτσα, το Γιώργο, την Τζένη, το Παναγιώτη τον Αντώνη και βεβαίως την Αθηνά. Μια ομάδα που έχει ένα ιδιαίτερο, αλλά αποτελεσματικό τρόπο, να είναι υποστηρικτική.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω προς τον Διευθυντή του ΚΕΘΕΑ Χ. Πουλόπουλο ο οποίος με τιμά με την εμπιστοσύνη του και με υποστήριξε σταθερά και διακριτικά όλη αυτή τη περίοδο.

Ανάλογες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον Γ. Παπαναστασάτο Υπεύθυνο του Τομέα Τεκμηρίωσης και Αξιολόγησης του ΚΕΘΕΑ, για τη διαρκή διαθεσιμότητα και τις καίριες διδαχές και συμβουλές του σε κρίσιμα σημεία της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας.

Τέλος, ιδιαιτέρως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή Γ. Ποταμιάνο για τον διδακτικό, γενναιόδωρο, δημιουργικό και κεφάλτο τρόπο με τον οποίο επέπτευσε την εργασία μου δίνοντας μου ταυτόχρονα ένα σημαντικό μάθημα ζωής.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : Οι έννοιες της χρήσης και της υποτροπής	
1.1.Ιστορικά στοιχεία για τα οπιούχα	15
1.1.1.Από την αρχαιότητα ως το 19 ^ο αιώνα	15
1.1.2. Από το 19 ^ο αιώνα ως σήμερα	18
1.2. Ορισμοί της εξάρτησης	21
1.2.1.Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή	21
1.2.2. Οι ερευνητικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	27
1.2.3.Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	32
1.3.Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	39
1.3.1. Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής	39
1.3.2. Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης	42
1.4.Η έννοια της υποτροπής στις εξαρτήσεις	46
1.4.1. Οι σημασιοδοτήσεις της υποτροπής	46
1.4.2. Οι ορισμοί της υποτροπής	49
Συμπεράσματα Πρώτου Κεφαλαίου	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	
2.1.Οι παράγοντες της υποτροπής (triggers)	59
2.1.1. Η συναισθηματική κατάσταση (Affective State)	59
2.1.2. Δεξιότητες διαχείρισης καταστάσεων (coping)	61
2.1.3. Η αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy)	62
2.1.4.Τα Προσδοκώμενα αποτελέσματα (outcome expectancies)	64
2.1.5. Η σφοδρή επιθυμία (craving)	65
2.1.6. Η κοινωνική υποστήριξη (social support)	66

2.1.7. Η συνοσηρότητα (comorbidity)	68
2.1.8. Ο ρόλος του φύλου στην υποτροπή	69
2.2. Η μετάβαση από την ποσοτική στην ποιοτική έρευνα	71
2.2.1 Οι ταξινομήσεις των αιτιολογικών παραγόντων της υποτροπής	71
2.2.2 Η ποιοτική έρευνα για την υποτροπή	74
2.3. Οι θεωρίες και τα κλινικά μοντέλα για την υποτροπή στις εξαρτήσεις	82
2.3.1. Το Γνωσιοσυμπεριφοριστικό μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής	82
2.3.2. Το μοντέλο Cernars για την θεραπεία της Υποτροπής	90
2.3.3. Η Κλασσική Θεωρία της Εξαρτημένης Σφοδρής Επιθυμίας (Craving)	93
Συμπεράσματα Δευτέρου Κεφαλαίου	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : Η μεθοδολογία της έρευνας

3.1. Η συνδυαστική μεθοδολογία (mixed methods)	99
3.1.1. Ένα νέο ερευνητικό παράδειγμα	99
3.1.2. Κριτήρια επιλογής της συνδυαστικής μεθοδολογίας	102
3.2. Η ποσοτική έρευνα	106
3.2.1. Οι υποθέσεις και το δείγμα της έρευνας	106
3.2.2. Η ανάλυση δευτέρου βαθμού (secondary data analysis)	110
3.2.3. Το ερωτηματολόγιο ASI	112
3.2.4. Η προσαρμογή του ASI για την Ευρώπη. Το EuroASI	116
3.3. Η ποιοτική έρευνα	118
3.3.1. Οι ερωτήσεις και το δείγμα της έρευνας	118
3.3.2. Η grounded theory	122
3.3.3. Η εστιασμένη συνέντευξη (focused interview)	125
4. Η δεοντολογία της έρευνας	129
Συμπεράσματα τρίτου κεφαλαίου	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Η ανάλυση των δεδομένων

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

4.1..Η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων	137
4.1.1. Οι εννοιολογικές παραδοχές της ποσοτικής ανάλυσης	137
4.1.2. Το σχέδιο ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων	139
4.1.3. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	141
4.1.4. Σωματική - ψυχική υγεία και υποτροπή	144
4.1.5. Ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς - ποινική εμπλοκή και υποτροπή	146
4.1.6. Οικογενειακές - κοινωνικές σχέσεις και υποτροπή	147
4.1.7. Ιστορικό - χαρακτηριστικά χρήσης και υποτροπή	149
4.1.8. Η καμπύλη της υποτροπής	151
Συμπεράσματα ποσοτικής έρευνας	153

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

4.2. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων	155
4.2.1. Οι μεθοδολογικές παραδοχές της ποιοτικής ανάλυσης	155
4.2.2. Το σχέδιο ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων	157
4.2.3. Η μορφή των αφηγήσεων υποτροπής	160
4.2.4. Επεισόδιο 1 ^ο - Προσπαθώ να γεμίσω το κενό	163
4.2.5. Επεισόδιο 2 ^ο - Βάζω την ομάδα απέναντι	167
4.2.6. Επεισόδιο 3 ^ο - Συναντώ ένα παλιό γνωστό	172
4.2.7. Επεισόδιο 4 ^ο - Ξαναπίνω	177
4.2.8. Η διαδρομή προς την υποτροπή	181
Συμπεράσματα της ποιοτικής ανάλυσης	182
Συμπεράσματα τέταρτου κεφαλαίου	184

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : Η συζήτηση

5.1. Όρια και περιορισμοί της έρευνας	187
---------------------------------------	-----

5.1.1. Οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων	187
5.1.2. Οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων	190
5.2. Ευρήματα της έρευνας	193
5.2.1 Ένα υποθετικό - επεξηγηματικό μοντέλο για την υποτροπή	193
5.2.2. Ένα ερμηνευτικό μοντέλο για την υποτροπή	200
5.3. Προτάσεις	212
5.3.1. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	212
5.3.2. Προτάσεις για κλινική πρακτική	214
Συμπεράσματα πέμπτου κεφαλαίου	216
Αντί επιλόγου	218
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	221
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Παράρτημα 1 : Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ	253
Παράρτημα 2 : Κώδικας Δεοντολογίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων	268
Παράρτημα 3 : Οδηγός συνέντευξης	274
Παράρτημα 4 : Ερωτηματολόγιο EuroorAsi	275

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη διερευνά το φαινόμενο της υποτροπής στις εξαρτήσεις. Το «αίνιγμα», σύμφωνα με τη Witkiewitz (2010) της επιστροφής κάποιου στην συστηματική χρήση μίας ψυχοδραστικής ουσίας, στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά την απεξάρτησή του από την ουσία αυτή (Marlatt, 2008).

Παρά το γεγονός ότι το φαινόμενο έχει μελετηθεί διεξοδικά, κυρίως, εντός της γνωσιο-συμπεριφοριστικής προσέγγισης, η περίπτωση της υποτροπής στα οπιούχα και ειδικότερα στην ηρωίνη μοιάζει να αποτελεί εξαίρεση (Donovan & Witkiewitz, 2012). Παρατηρείται περιορισμένος αριθμός σχετικών ερευνών ενώ είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου το φαινόμενο της υποτροπής προσεγγίζεται μέσω ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων (Maisto et al., 2003, 2006 ; McKay, 2006). Επίσης, το κυρίαρχο μοντέλο, για την υποτροπή στο χώρο των εξαρτήσεων, παρά την αναμφίβολη κλινική χρησιμότητα του εστιάζει, κατά κύριο λόγο, ακριβώς στη στιγμή κατά την οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει μία κατάσταση που ενέχει μεγάλο κίνδυνο να τον οδηγήσει σε υποτροπή αλλά δεν δίνει στοιχεία για τη διαδρομή του μέχρι εκεί (Brownell et al., 1986).

Λαμβάνοντας υπόψη τις προηγούμενες παρατηρήσεις, η τρέχουσα έρευνα εντοπίζεται αποκλειστικά σε μακροχρόνιους χρήστες ηρωίνης. Επιπλέον επιλέγει ως πεδίο της ένα πρόγραμμα απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), το ΚΕΘΕΑ-Νόστος και ένα σχετικά πρόσφατο χρονικό ορίζοντα την πενταετία 2006 -2010. Για την περίοδο αυτή συλλέγονται τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα και διατυπώνονται δύο ερωτήματα,

1. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;
2. Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010.

Η διαδικασία επεξεργασίας των προηγούμενων ερωτημάτων, παρουσιάζεται αναλυτικά στη συνέχεια. Ειδικότερα, περιγράφεται καθένα από τα πέντε κεφάλαια που συνθέτουν την τρέχουσα ερευνητική πρόταση.

Το πρώτο κεφάλαιο θέτει τα όρια του ερευνητικού πεδίου, εντός του οποίου αναπτύσσεται η παρούσα μελέτη. Σκοπός του είναι η συνοπτική καταγραφή των επιμέρους θεωρητικών προσεγγίσεων, η παρουσίαση των υιοθετούμενων ορισμών καθώς και οι συνακόλουθες ερευνητικές και θεραπευτικές πρακτικές.

Αναλυτικά, τα οπιούχα, στα οποία περιλαμβάνεται και η ηρωίνη, έχουν μία τόσο παλαιά ιστορία όσο και το αλκοόλ. Τα στοιχεία που καταγράφονται αποτυπώνουν , συνοπτικά , τις ιστορικές και πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες κατασκευάζονται οι αντιλήψεις για τα οπιοειδή. Δύο, τουλάχιστον, στοιχεία αξίζει να υπογραμμισθούν, αφού φαίνεται να παραμένουν σχετικά σταθερά στο χρόνο. Πρώτον, ότι αποτελούν τα ισχυρότερα αναλγητικά και δεύτερον, ότι συνιστούν το μέτρο σύγκρισης για τις υπόλοιπες ψυχοδραστικές ουσίες, των οποίων η χρήση είναι παράνομη.

Επίσης, ο ορισμός της εξάρτησης αποτελεί μία ανοικτή συζήτηση. Η παρούσα εργασία υιοθετεί την κοινώς αποδεκτή πρόταση, όπως αυτή

καταγράφεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) στην πρόσφατη, ανανεωμένη έκδοση του (*DSM-IV-TR*)

Άλλωστε, οι επιμέρους προσεγγίσεις της εξάρτησης όπως για παράδειγμα η ιατροκεντρική, η ψυχοκοινωνική απηχούν διαφορετικές όψεις της ίδιας πραγματικότητας. Κατ' αναλογία, το ίδιο παρατηρείται και στις ερευνητικές επιλογές της καθεμίας από τις δύο προηγούμενες. Όμως, το σύνολο των ερευνών, τελικώς, φαίνεται να ενισχύει την άποψη ότι η εξάρτηση αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Δηλαδή, οι παράγοντες που συμμετέχουν (βιολογικοί, γενετικοί, ψυχιατρικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την εμφάνιση της εξάρτησης και κατά συνέπεια η επιλεκτική μελέτη τους οδηγεί σε αποσπασματικά συμπεράσματα.

Επιπλέον, περιγράφονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την εξάρτηση οι οποίες διακρίνονται σε προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Παρά τις διαφορές τους στην κλινική πρακτική που ακολουθούν, οι κύριοι θεραπευτικοί τους στόχοι παραμένουν ίδιοι. Εξάλλου, η πρόγνωση για όσους συμμετέχουν σε οποιαδήποτε παρέμβαση απεξάρτησης είναι καλύτερη από όσους δεν συμμετέχουν σε καμία.

Η έννοια της υποτροπής, από την άλλη, αν και συνδέεται με τις εξαρτήσεις και την ασθένεια, μπορεί να συμπεριλάβει κάθε ημιτελή προσπάθεια αλλαγής της ανθρώπινης δράσης, εκούσια ή ακούσια. Επομένως, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σημασιών και ορισμών οι οποίοι μπορούν να αποδοθούν στην υποτροπή, τόσο εκτός αλλά κυρίως εντός του ερευνητικού

πεδίου των εξαρτήσεων από τις ψυχότροπες ουσίες. Με αφορμή την τελευταία παρατήρηση η παρούσα μελέτη:

1. αποδέχεται την αντίληψη ότι η υποτροπή δεν συνιστά μόνο ένα απομονωμένο γεγονός αλλά και μία διαδικασία, αφού αποτελεί συστατικό μέρος μιάς «δυναμικής», στην οποία συμπεριλαμβάνεται τόσο η διαδικασία της εξάρτησης όσο και αυτήν της απεξάρτησης
2. υιοθετεί τον ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η υποτροπή «λαμβάνει χώρο» μετά το πέρας της Θεραπείας ως επιστροφή σε προηγούμενη προβληματική συμπεριφορά ενώ η εκτροπή ή διολίσθηση αφορά 1-2 φορές χρήσης

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται ομαδοποιημένες, κυρίως οι πλέον πρόσφατες έρευνες, που διερευνούν την διαδικασία της υποτροπής, ανάλογα του παράγοντα που θεωρείται, κάθε φορά, ως ο κατεξοχήν επεξηγηματικός του φαινομένου.

Καταρχήν, παρά το γεγονός ότι η απαρχή της σύγχρονης έρευνας για την υποτροπή σηματοδοτείται με μία έρευνα που μελετά ποιοτικά δεδομένα (συνεντεύξεις), η συνέχεια έχει να επιδείξει κυρίως ποσοτικές έρευνες αυξανόμενης πολυπλοκότητας, σε ότι αφορά τα αναλυτικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται. Η ποσοτική προσέγγιση της έρευνας συνιστά την κυρίαρχη ερευνητική τάση.

Η ποιοτική έρευνα από την άλλη πλευρά μοιάζει να κατέχει ένα περιορισμένο χώρο στην όλη προσπάθεια. Ο κύριος όγκος της μελετά μία σειρά διαδικασιών που αφορούν την εξάρτηση - είσοδο, παραμονή, απεξάρτηση -, συσχετίζοντας την, συστηματικά, με τους μετασχηματισμούς στους οποίους υπόκειται η ταυτότητα των συμμετεχόντων ατόμων,

Σημειώνεται ότι η μελέτη της υποτροπής στην περίπτωση της εξάρτησης από οπιούχα και ειδικότερα την ηρωίνη κατέχει ένα μάλλον περιορισμένο χώρο.

Στο ερευνητικό πεδίο καταγράφονται μία σειρά παράλληλων στην πράξη ενεργειών εκ μέρους των επιμέρους μελετητών. Αυτές κυρίως είναι α) η αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων της υποτροπής, β) η ομαδοποίηση των παραγόντων αυτών ώστε να προκύψουν θεωρίες και κατ' επέκταση κλινικά μοντέλα και γ) παρατηρείται η αντίστροφη διαδικασία κατά την οποία συγκεντρώνεται ένας ικανός αριθμός μελετών και η θεωρία «μεταφέρεται» στην κλινική πράξη. Η έρευνα, δηλαδή, χρησιμεύει για την επιβεβαίωση των θέσεων ενός θεωρητικού/κλινικού μοντέλου.

Το κυρίαρχο μοντέλο σε επίπεδο θεωρίας, έρευνας και κλινικής πρακτικής έλκει την καταγωγή του από τον γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση και είναι αυτό της Πρόληψης της Υπότροπής. Δύο άλλες εξίσου αξιόπιστες αλλά λιγότερο διαδεδομένες προτάσεις αποτελούν το μοντέλο του Gorski και το μοντέλο της Εξαρτημένης Σφοδρής Επιθυμίας

Ανεξάρτητα από τις επιμέρους διαφορές και την αδιαμφισβήτητη προσφορά τους στην θεραπεία των εξαρτήσεων και στην υποστήριξη όσων υποτροπιάζουν, δεν παύουν να συνιστούν κυρίως την άποψη των ειδικών για ένα φαινόμενο που συμβαίνει πέραν αυτών. Φαίνεται να αγνοείται ή διερευνάται ελάχιστα

α) πως φθάνει κάποιος στην υποτροπή, υπάρχουν διακριτές φάσεις σε αυτή τη διαδρομή ;

β) πώς βιώνουν την διαδικασία της υποτροπής όσοι υποτροπιάζουν ;

Τις ερωτήσεις αυτές, μεταξύ άλλων, επιχειρεί να απαντήσει η παρούσα έρευνα, λαμβάνοντας υπόψη της και τις παρατηρήσεις που προηγήθηκαν σχετικά με την βιβλιογραφία. Για το σκοπό αυτό εστιάζει στην μελέτη όσων υποτροπιάζουν, εντός του πρώτου τριμήνου, μετά την απεξάρτησή τους από την ηρωίνη στη θεραπευτική κοινότητα του προγράμματος ΚΕΘΕΑ - Νόστος¹, την περίοδο 2006 έως και 2010.

Στη τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μεθοδολογικές επιλογές τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα τα εργαλεία συλλογής και ανάλυσης καθώς και περιορισμοί της προτεινόμενης έρευνας,

Η πρωτοτυπία του ερευνητικού σχεδίου έγκειται στη χρήση της συνδυαστικής μεθοδολογίας ή μεθοδολογίας των μικτών μεθόδων (*mixed methods*). Κι αυτό γιατί αξιοποιεί την ποσοτική σε συνδυασμό με την ποιοτική μέθοδο. Ειδικότερα, το χρησιμοποιούμενο ερευνητικό μοντέλο, στη παρούσα μελέτη, είναι γνωστό ως «ισότιμη χρήση μικτής μεθόδου» (*equal status mixed method design*). Στη περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται ταυτόχρονα και ισότιμα η ποσοτική και η ποιοτική προσέγγιση ώστε αμφότερες, από κοινού, να συμβάλουν στην κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου (Tashakkori et al., 1998). Η προηγούμενη μεθοδολογία εφαρμόζεται στην μελέτη του φαινομένου της υποτροπής στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Ειδικότερα, μελετώνται οι υποτροπές που συμβαίνουν την περίοδο από 1.1.2006 έως 31.12.2010, στη φάση της κοινωνικής επανένταξης του Προγράμματος απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ-Νόστος. Η επιλογές του χρόνου και τόπου, με την ευρεία έννοια του όρου, καθορίζονται μεταξύ άλλων από:

1) την πρόθεση της προτεινόμενης μελέτης να επεξεργαστεί, στο μέτρο του δυνατού, ικανό όγκο σχετικά πρόσφατων δεδομένων και

¹ Για μία αναλυτική περιγραφή της δομής, και της λειτουργίας του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος βλ, Παράρτημα 1

2) το γεγονός ότι σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία, η πλειονότητα των υποτροπών παρατηρείται μετά το πέρας της Θεραπείας απεξάρτησης στην Θεραπευτική κοινότητα (βλ. Πρώτο Κεφάλαιο). Τότε που ο απεξαρτημένος πλέον χρήστης, ανακαλύπτει ότι η μετακίνησή του από τη Θεραπευτική κοινότητα στη φάση της κοινωνικής επανένταξης «σημαίνει να βρεθεί από την κορυφή ενός μικρόκοσμου, στον πυθμένα ενός ευρύτερου» (Goffman, 1994, σ.82).

Η υποτροπή στις εξαρτήσεις ορίζεται με ένα διττό, μάλλον, συμπληρωματικό τρόπο. Συνιστά τόσο γεγονός όσο και διαδικασία (Brownell, 1986). Στις επιμέρους δε διαστάσεις της υποτροπής θεμελιώνεται αντίστοιχα η ποσοτική και ποιοτική ανάλυση της παρούσας διατριβής.

Εντός του προηγούμενου πλαισίου, η κύρια υπόθεση γύρω από την οποία αρθρώνεται η ποσοτική έρευνα είναι:

- ✓ Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;

Τα απαιτούμενα στοιχεία για την επαλήθευση ή τη διάψευση της παραπάνω υπόθεσης εργασίας, συλλέγονται μέσω της ημοδομημένης συνέντευξης που προβλέπει η συμπλήρωση του σταθμισμένου, στα ελληνικά δεδομένα, ερωτηματολογίου EuroAsi (Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης - *European Addiction Severity Index*). Στη συνέχεια, μέσω διαδικασιών που αφορούν την δευτερογενή ανάλυση ποσοτικών δεδομένων (*secondary analysis data*) προκύπτει ένα δείγμα 177 ατόμων (N = 177),

πρόκειται για όλους τους άνδρες που παραπέμπονται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, την δεδομένη περίοδο. Η δημιουργία τέλος μίας διχοτόμου μεταβλητής με τιμές, 0 για την περίπτωση που το άτομο δεν υποτροπιάζει και 1 στην περίπτωση που το άτομο υποτροπιάζει, επιτρέπει τον εντοπισμό δύο υπο-ομάδων, της υπο-ομάδας όσων δεν υποτροπιάζουν $n = 117$ άτομα και της υπο-ομάδας όσων υποτροπιάζουν $n = 60$ άτομα. Η σύγκριση των υπο-ομάδων αυτών, σε μία σειρά πεδίων μέσω των μεταβλητών που ορίζουν το κάθε πεδίο, αποτελεί το αντικείμενο της ποσοτικής ανάλυσης.

Από την άλλη, η κύρια ερώτηση της ποιοτικής έρευνας είναι:

- ✓ Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010.

Το ιδιαίτερο μεθοδολογικό πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας είναι αυτό της «grounded theory» και ειδικότερα η κονστρουκτιβιστική παραλλαγή του (Charmaz, 2006). Αυτή, φαίνεται να συμπληρώνει την ποσοτική ανάλυση η οποία προσεγγίζει την υποτροπή ως γεγονός καθώς εξ ορισμού έχει τη δυνατότητα να εστιάζει ταυτόχρονα α) στην διαδικασία, στη προκειμένη περίπτωση της υποτροπής β) στο βίωμα των συμμετεχόντων, στους υποτροπιάζοντες, με τρόπο ανάλογο με την φαινομενολογική ανάλυση (Willing, 2008, p.45) Η εστιασμένη συνέντευξη (focused interview, Merton et al., 1946) επιλέγεται ως το κατάλληλο μέσο για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας μελέτης αφού πέραν της επικέντρωσης της σε μία διαδικασία, που αποτελεί και τη βάση της ιδιαιτερότητας της συνδυάζει, κυρίως, τα πλεονεκτήματα της μη-κατευθυνόμενης συνέντευξης και της συνέντευξης βάθους (Robson, 1993, p.240; Mishler, 1996, σ.148 κ.ε). Για τη συλλογή των απαιτούμενων ποιοτικών δεδομένων διενεργούνται 42

συνεντεύξεις με ισάριθμους συμμετέχοντες (N = 42), σύμφωνα με τα κριτήρια της εμπρόθετης στρατηγικής δειγματοληψίας (purposeful sampling strategy, Creswell, 2007, p.125 -129). Κάθε συνέντευξη διενεργείται σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 30 ημερών, από τη στιγμή της υποτροπής, διαρκεί 45 έως 60 λεπτά, μαγνητοφωνείται και στην συνέχεια μεταγράφεται σε ψηφιακή μορφή, με αυτό τον τρόπο προκύπτει το υλικό της ποιοτικής ανάλυσης.

Τέλος, οι δεοντολογικές συνιστώσες τόσο της ποσοτικής όσο και της ποιοτικής έρευνας καθορίζονται από το κώδικα δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ, και τις αρχές που θέτει για την διεξαγωγή ψυχολογικών ερευνών σε ανθρώπους η Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία (British Psychological Society - BPS, Robson, 1993, p.470 κ.ε).

Στη τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται η διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων, η διαδικασία νοηματικής κατάτμησης και κατηγοριοποίησης των ποιοτικών δεδομένων καθώς και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από το κάθε είδος ανάλυσης..

Στο επίπεδο της ποσοτικής ανάλυσης, το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι 177 άτομα, εκ των οποίων οι 117 (66%) είναι σε πλήρη αποχή και οι 60 (34%) σε υποτροπή. Σκοπός της ανάλυσης είναι η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των προηγούμενων ομάδων, Σημειώνεται ότι τα δεδομένα της έρευνας συλλέγονται από τους συμμετέχοντες με την είσοδο τους στη Θεραπευτική κοινότητα, δηλαδή την έναρξη της Θεραπείας απεξάρτησής τους,

Στο σύνολό τους είναι άνδρες, ανύπαντροι, με ελληνική υπηκοότητα και δηλώνουν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.

Στα πεδία της σωματικής, της ψυχικής υγείας, των νομικών προβλημάτων και της εμπλοκής με το νόμο δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό σύγκριση ομάδων

Αντίθετα στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται σε μία σειρά μεταβλητές που αντιστοιχούν στα υπόλοιπα πεδία της έρευνας. Ειδικότερα, για $p < 0,05$, παρατηρούνται τα εξής, μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή και όσων απέχουν από τη χρήση ηρωίνης,

1. ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης όσων είναι σε υποτροπή είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν, 9,4 έτη έναντι 10,3 αντίστοιχα
2. ο μέσος όρος της διάρκειας της ανεργίας σε έτη όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,05 έτη έναντι 1,26 αντίστοιχα
3. η οικογένεια αναφέρεται ως κύρια πηγή εισοδήματος, από μικρότερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 66,6% έναντι 79,5% μεταξύ όσων απέχουν
4. σοβαρά προβλήματα με σύντροφο δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό όσοι είναι σε υποτροπή 58,3% έναντι 49,6% μεταξύ όσων απέχουν
5. ο μέσος όρος των ετών χρήσης ηρωίνης όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ετών όσων απέχουν, 8,10 έτη έναντι 6,79 αντίστοιχα

6. ο μέσος όρος των περιπτώσεων υπερδοσολογίας (overdose) όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,22 περιπτώσεις υπερδοσολογίας (overdose) έναντι 1,32 αντίστοιχα
7. η ενδοφλέβια χρήση δηλώνεται ως κύριος τρόπος χρήσης από μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 70% έναντι 51,3% μεταξύ όσων απέχουν

Τέλος, η καμπύλη που περιγράφει την εξέλιξη των υποτροπών μέσα στο χρόνο, αποτυπώνει το γεγονός ότι η πλειονότητα των υποτροπών συμβαίνουν κυρίως το πρώτο τρίμηνο, του πρώτου έτους μετά το πέρας της Θεραπείας. Η προηγούμενη στατιστική καμπύλη, απαντά στο ερώτημα, πως *μία ομάδα* ατόμων αλλάζει την συμπεριφορά της ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την Θεραπεία. Δεν απαντά όμως στο ερώτημα, πως *το άτομο*, αλλάζει την συμπεριφορά του ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την Θεραπεία του

Μια απάντηση στη τελευταία ερώτηση επιχειρεί η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που ακολουθεί.

Η ποιοτική ανάλυση εστιάζει σε δύο κυρίως επίπεδα α) στο επίπεδο της μορφής και β) στο επίπεδο του περιεχομένου.

Στο πρώτο επίπεδο, οι αναλυόμενες αφηγήσεις των 42 συμμετεχόντων, φαίνεται να αποτελούνται από τέσσερις διακριτές, διαδοχικές νοηματικές ενότητες ή επεισόδια. Όλες μαζί διαμορφώνουν μια διαρκώς επιδεινούμενη αφήγηση, μέχρι τη στιγμή της υποτροπής.

Στο επίπεδο του περιεχομένου, κάθε ενότητα αναλύεται στις κατηγορίες που την διατρέχουν. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται αποσπάσματα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων και διαμέσου αυτών αναδύεται για κάθε

ενότητα η αντίστοιχη μετα-αφήγησή της. Το σύνολο των επιμέρους κατηγοριών και οι μεταξύ τους σχέσεις καταγράφονται με τη μορφή δενδρογραμμάτων. Από τον συνδυασμό όλων των προηγούμενων μοιάζει να αναδύεται μία δυναμική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει,

α) τις φάσεις της διαδρομής προς την υποτροπή και

β) εντός των προηγούμενων φάσεων, το βίωμα των συμμετεχόντων στη παρούσα έρευνα, όπως διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και του δεδομένου κάθε φορά περιβάλλοντός τους .

Στο πέμπτο κεφάλαιο ερμηνεύονται τα ποσοτικά και ποιοτικά ευρήματα της παρούσας έρευνας, προτείνεται μία συνθετική ανάγνωση αυτών καθώς και πιθανές εφαρμογές τους στην ερευνητική και κλινική πρακτική εντός και εκτός του χώρου των εξαρτήσεων.

Ειδικότερα, στα πλαίσια των διαδικασιών συλλογής και ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας διαπιστώνονται μία σειρά στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο υπο-ομάδων της, τη δεδομένη περίοδο, αυτών που απέχουν από τη χρήση ουσιών και αυτών που υποτροπιάζουν. Αντίστοιχα από την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων αναδύεται μία σειρά ενοτήτων οι οποίες τελικά συγκροτούν την διαδρομή προς την υποτροπή, σύμφωνα με την εμπειρία των συμμετεχόντων.

Η ερμηνεία των ευρημάτων που ακολουθεί προτείνει στο επίπεδο των ποσοτικών δεδομένων, ένα υποθετικό-επεξηγηματικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό η μακρόχρονη χρήση ηρωίνης αποτελεί μία ισχυρή ένδειξη του ρόλου που φαίνεται να διαδραματίζει στην υποτροπή, ο τρόπος ζωής που είναι συνυφασμένος με τη συστηματική χρήση της ηρωίνης.

Η αντίστοιχη ερμηνεία των ποιοτικών στοιχείων εισηγείται ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο στο σημείο έναρξης της υποτροπής, ακριβώς μετά την ολοκλήρωση της απεξάρτησής, υπάρχει μία ανεπεξέργαστη, άρρητη μία λανθάνουσα απώλεια. Η τελευταία αφορά, καταρχήν, το παρόν του υποκειμένου και σχετίζεται με τον τρόπο που τη δεδομένη στιγμή αντιλαμβάνεται τον προηγούμενο τρόπο ζωής του, πριν την απεξάρτηση του. Πιθανώς δε, συνδέεται και με άλλες παρελθούσες απώλειες ή/και με το μοτίβο διαχείρισης της απώλειας που χαρακτηρίζει κάθε φορά το δρών υποκείμενο.

Οι δύο προσεγγίσεις ποσοτική και ποιοτική φαίνεται να αλληλοσυμπληρώνονται. Η πρώτη ορίζει το σημείο στο οποίο χρειάζεται να εμβαθύνει η δεύτερη. Οι παρατηρήσεις για την ομάδα όσων υποτροπιάζουν συμπληρώνονται από τα ατομικά βιώματα όσων συμμετέχουν αυτή.

Η θεωρία πεδίου σχετικά με την υποτροπή που φαίνεται να στοιχειοθετείται απαιτεί δοκιμές, έλεγχο τόσο στο πεδίο της έρευνας όσο και στο πεδίο της κλινικής πρακτικής. Προς την κατεύθυνση αυτή αποβλέπουν οι κατατιθέμενες προτάσεις σχετικά με αυτές.

Γενικεύοντας, και στο βαθμό που η απεξάρτηση και η ένταξη στην κοινωνία αποτελούν διαδικασίες αλλαγής μπορεί να ειπωθεί πως αυτό που διδάσκει το φαινόμενο της υποτροπής είναι ότι, ίσως, στην αρχή κάθε αλλαγής υπάρχει μία απώλεια. Αν μείνει ανεπεξέργαστη μοιάζει να έχει την ισχύ να καθηλώσει την ίδια τη διαδικασία της αλλαγής και το φορέα της το δρών υποκείμενο σε μία προγενέστερη, παρελθούσα αλλά ενεργή, εφόσον επιλεγεί, μορφή δράσης.

Επιπλέον, η υποτροπή ως φαινόμενο φαίνεται να εντοπίζεται στις εξαρτήσεις ή/και στην ιατρική. Η πραγματικότητα όμως είναι μάλλον

διαφορετική αν ληφθεί υπόψη ότι, κάτω από αυτή την έννοια μπορεί να συμπεριληφθεί κάθε ημιτελής προσπάθεια αλλαγής της ανθρώπινης δράσης, εκούσια ή ακούσια. Από τους στόχους που τίθενται στην αρχή του νέου έτους μέχρι τις ψυχολογικές διαταραχές. «Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσπαθούν να αλλάξουν κάποια συμπεριφορά τους βιώνουν την εμπειρία της παροδικής ή παρατεταμένης υποτροπής και συχνά την μετασχηματίζουν σε πλήρη υποτροπή» (Polivy, J., & Herman, C. P., 2002, p.677)

Με αφορμή όλα τα προηγούμενα, τίθενται το ερώτηματα,

η διαδικασία της αλλαγής συντίθεται από μία σειρά διαδοχικών επιτευγμάτων τα οποία τελικώς οδηγούν στην επίτευξη του επιθυμητού στόχου ή τα επιμέρους επιτεύγματα συνοδεύουν κάθε φορά απώλειες οι οποίες στο βαθμό που παραμένουν λανθάνουσες καθλώνουν την ίδια τη διαδικασία της αλλαγής :

Άραγε είναι «μακάριος όποιος λησμονεί² ότι δεν μπορεί να αλλάξει;»
(R.Strauss, Νυχτερίδα)

² Η παπαρούνα (μήκων η υπνοφόρος) από την οποία παράγεται η ηρωίνη, θεωρείται το φυτό της λήθης, «αγαπιόμαστε σαν μήκων και μνήμη» (Celan, 2008, σ.,99) Η «επανάληψη αντικαθιστά την ανάμνηση» ("repetition replace remembering", Freud, 1924, p.151)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : Οι έννοιες της χρήσης και της υποτροπής

1.1. Ιστορικά στοιχεία για τα οπιούχα

1.1.1. Από την αρχαιότητα ως το 19^ο αιώνα

Η ιστορία του οπίου, παράγωγο του αποτελεί και η ηρωίνη, είναι τόσο παλιά όσο και του αλκοόλ, ίσως και παλαιότερη. Παράγεται, από τις εκκρίσεις που προκαλούν οι τομές στο σώμα της λευκής παπαρούνας (*Papaver somniferum* ή Μήκων υπονοφόρος). Το έκκριμα αποξηραίνεται, συλλέγεται και συμπιέζεται σε καφέ ή μαύρους κύβους εμπορεύσιμου οπίου. Εκτός από τα οπιούχα που παράγονται από την παπαρούνα υπάρχουν και συνθετικές ουσίες με ανάλογη δράση (οπιοειδή).

Σύμφωνα με τους ερευνητές δείγματα χρήσης οπίου χρονολογούμενα από το 4200 π.χ. βρίσκονται στην νεολιθική περιοχή Αλμπουνιόλ της νότιας Ισπανίας(Edwards, 2010, σ.150) αλλά και στο νότιο Ιράκ στην περιοχή που κατοικήθηκε από τους Σουμέριους. Τα γραπτά μνημεία των τελευταίων σχετικά με το όπιο χρονολογούνται μεταξύ του 6000 και 4000 πχ (Lindesmith, 1965, p.207). Η χρήση του σε αμφότερες τις περιπτώσεις φαίνεται να αφορά, τις θρησκευτικές τελετουργίες αλλά την διασκέδαση. Μία άλλη χρηστική διάσταση του οπίου καταγράφεται στον αιγυπτιακό πάπυρο Ebers, 1500 πχ, : «κατευνάζει το έντονο κλάμα των παιδιών» (Ray, 1978, p.300). Ο Όμηρος με την σειρά του, 8^{ος} αιώνας π.Χ. παραθέτει στην Οδύσσεια τις ιδιότητες του νηπενθούς, της ουσίας δηλαδή που ανακουφίζει από τον ψυχικό πόνο :

»..... γιατρικό που διώχνει τη θλίψη , μαλακώνει το θυμό και κάνει να λησμονηθούν όλα τα ντέρτια. Όποιος θα το κατάπινε ανακατεμένο στο

κρασί, ολόκληρη τη μέρα δεν θα έχυνε δάκρυα στα μάγουλά του ακόμα και αν πέθαινε η μητέρα του και ο πατέρας του, είτε αν σκότωναν μπροστά του με μαχαίρι αδελφό ή γιο αγαπημένο κι αυτός έβλεπε με τα ίδια του τα μάτια. Η κόρη του Δία είχε τέτοια φάρμακα καλά και αποτελεσματικά, που της τα έδωσε η γυναίκα του Θύνα η Πολυδάμνα η Αιγύπτια, γιατί εκεί η σιτοδότρα η γη βγάζει βοτάνια άφθονα, που πολλά σου κάνουν καλό όταν τα ανακατέψεις κι άλλα σου φέρνουν βάσανα, όλοι τους είναι εκεί γιατροί με πείρα μεγαλύτερη από όση έχουν οι άλλοι άνθρωποι..... «

(Ραψωδία Δ΄ στίχοι 219-232, μτφ. Γρυπάρης, Αθήνα,ΧΧΧ.)

Οι θεραπευτικές ιδιότητες του οπίου καταγράφονται από τον Θεόφραστο, 300 π.Χ. και αναγνωρίζονται από τον Ιπποκράτη παρόλο που συνιστά την αποφυγή του. Αντίθετα, ο Γαληνός θεωρεί το όπιο «πανάκεια», ένα φάρμακο που έχει αποτελέσματα σε όλες τις ασθένειες τις οποίες καλείται να θεραπεύσει, χωρίς να παραγνωρίζει τις ευφορικές δυνατότητες του. (Scott J.M., 1969 p.111; Szaz, 1974, p.171,). Η ελληνική γνώση για τις ιδιότητες του οπίου χάνεται με την πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Η Ευρώπη συναντά ξανά το όπιο χίλια χρόνια αργότερα.

Το 600 μ.Χ. οι Άραβες εισβάλουν στην Ινδία και μεταφέρουν εκεί το όπιο. Εκατό χρόνια αργότερα, τον 7^ο αιώνα μ.Χ., οι Ινδοί το εμπορεύονται με την Κίνα όπου και χρησιμοποιείται ως φάρμακο μέχρι τον 17^ο αιώνα. « Το όπιο περιλαμβάνεται στα φορτία μπαχαρικών που εισάγονται στην Ευρώπη από Βενετούς εμπόρους την περίοδο του Μεσαίωνα. Είχε περιορισμένη απήχηση [...] Ωστόσο, αποτελούσε ένα από τα προϊόντα που ελπίζει να βρει στις Ινδίες ο Χριστόφορος Κολόμβος» (Scott, J.M., 1969, p.11).

Το 1500 μ.Χ. ο Ελβετός αλχημιστής γνωστός ως Παράκελσος παρασκευάζει από το όπιο, «την λίθο της αθανασίας» όπως το ονομάζει, το λάβδανο, ένα βάμμα που αποτελεί μίξη οπίου και οινοπνεύματος. Το 17^ο

αιώνα το λάβδανο θεωρείται απαραίτητο εργαλείο της ιατρικής, χρησιμοποιείται ως παυσίπονο και καταπραϋντικό μαζί και αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για τη διάρροια, το βήχα, τους πόνους περιόδου και τους κωλικούς. Επίσης δίνεται από τις μητέρες στα βρέφη για να απαλύνεται ο πόνος από την οδοντοφυΐα.

Την ίδια εποχή αρχίζει να διαδίδεται στην Κίνα η συνήθεια να ζεσταίνουν μπαλάκια οπίου στη φλόγα του κεριού και να εισπνέουν τον καπνό. Το 1729 ο αυτοκράτορας της Κίνας απαγορεύει την εισαγωγή οπίου χωρίς άδεια - η Κίνα δεν είχε δική της παραγωγή - όμως το διάταγμα ουσιαστικά αγνοείται και το όπιο συνεχίζει να εισάγεται στη χώρα κυρίως μέσω των Πορτογάλων που έχουν αποικία στο Μακάο (Musto, 1973, p.69).

Η χρήση οπίου διαδίδεται στην ιατρική ενώ χρησιμοποιείται και για τις ευφορικές του ιδιότητες, ως «κοινωνικό ναρκωτικό», σε περιορισμένους κοινωνικούς κύκλους στην Ευρώπη και κυρίως στην Κίνα. Ωστόσο, μέχρι τις αρχές του 18^{ου} αιώνα δεν καταγράφεται κάποια σαφώς παρατηρούμενη συσχέτιση μεταξύ της σταθερής χρήσης οπίου και της εμφάνισης συμπτωμάτων που οφείλονται σε αυτό. Μόλις το 1700, ο John Jones στο έργο του *Mysteries of Opium* προειδοποιεί για τα αποτελέσματα που προκαλεί η ξαφνική διακοπή της χρήσης του οπίου μετά από μία μακρά, συστηματική περίοδο κατανάλωσής του σημειώνοντας μεταξύ άλλων »... τον ανυπόφορο πόνο, την αγωνία και την κατάθλιψη του πνεύματος, τα οποία συνήθως οδηγούν (τον χρήστη) στον πιο άθλιο θάνατο [...] εκτός και αν αυτός επιστρέψει στην χρήση του οπίου... « (Musto, 1973, ο.π).

Η προηγούμενη άποψη δεν είναι κυρίαρχη στην ιατρική κοινότητα. Άλλωστε με εξαίρεση την Κίνα δεν μπορεί να γίνει λόγος για ένα κοινωνικό

φαινόμενο. Επίσης, ακόμα και αν υπάρχουν σωματικά εξαρτημένοι από το όπιο η κατάσταση αυτή είναι συνακόλουθο της ιατρικής θεραπείας στην οποία εκτίθενται, ανακουφίζοντας με αυτό τον τρόπο την πάθησή τους. Οι διαφωνίες που αφορούν το όπιο δεν αρχίζουν πριν το 19^ο αιώνα (ο.π).

1.1.2. Από το 19^ο αιώνα ως σήμερα

Η ιστορία των οπιούχων αρχίζει τον 19^ο αιώνα με την ανακάλυψη της μορφίνης. Συγκεκριμένα, το 1805 ο γερμανός χημικός Friederich Serturner απομονώνει ένα ενεργητικό συστατικό του οπίου και το ονομάζει μορφίνη, από τον αρχαίο ελληνικό θεό του ύπνου και των ονείρων τον Μορφέα. Το 1843 ο Alexander Woodin εφευρίσκει την υποδερμική βελόνα, την σύριγγα. Η επινόηση αυτή σε συνδυασμό με μία σειρά πολέμων ανοίγει το δρόμο για ένα χαρακτηριστικό κοινωνικό πρόβλημα του 20^{ου} αιώνα, την εξάρτηση από τα οποιοειδή (Gossop 2000, p.137).

Η πρώτη μαζική καταγραφή εξαρτημένων από την μορφίνη αφορά 45.000 αμερικάνους στρατιώτες μετά το τέλος του Αμερικάνικου Εμφυλίου Πολέμου το 1865. Μέχρι την πρώτη δεκαετία του επόμενου αιώνα, η διάδοση του οπίου και των παραγώγων του λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις. Η Αμερική φαίνεται να καταναλώνει 12 φορές περισσότερο όπιο από οποιαδήποτε άλλη χώρα του κόσμου ενώ οι καταγεγραμμένοι χρήστες μορφίνης υπερβαίνουν τις 200.000 (Gossop, 2000, p.138).

Ιδιαίτερο επίσης ρόλο διαδραματίζουν και οι συρράξεις μεταξύ Αγγλίας - Κίνας γνωστές ως Πόλεμοι του Οπίου. Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα η Εταιρεία Ανατολικών Ινδιών, βρετανικών συμφερόντων, εμπορεύεται το όπιο που

παράγεται στην Βεγγάλη ως μονοπωλιακός διακινητής. Αναζητώντας ανταλλάξιμα προϊόντα ώστε να εξασφαλίζει τσάι, μετάξι και άλλα προϊόντα επιλέγει το όπιο, προϊόν σε αφθονία και με χαμηλή τιμή. Στη συνέχεια αρχίζει την πώλησή του στην Κίνα. Νόμιμα αλλά και παράνομα ένα μεγάλο μέρος της ινδικής παραγωγής οπίου, κατευθύνεται στην κινεζική αγορά των 300 εκατομμυρίων ανθρώπων. Σημειώνεται ότι το εμπόριο αυτό καλύπτει τα μισά έξοδα συντήρησης του στέμματος και των δημοσίων υπηρεσιών της Μ. Βρετανίας. Οι σκληρές νομοθετικές ρυθμίσεις στις οποίες καταφεύγει συστηματικά η Κίνα δεν μειώνουν την κοινωνική διάδοση του οπίου. Το 1839 φαίνεται να έχει διαβρώσει το στρατό και τους γόνους των αριστοκρατικών οικογενειών, περιλαμβανομένων και των γιών του αυτοκράτορα. Η θεαματική καταστροφή μίας μεγάλης ποσότητας εισαγόμενου οπίου, δίνει την αφορμή στην Αγγλία - η οποία στο μεταξύ είχε αποκτήσει και τον έλεγχο της παραγωγής οπίου της Μογγολίας - για ένοπλη παρέμβαση (Conrad & Schneider, 1985, p.110-120).

Το 1840 λοιπόν ξεσπάει ο «Πρώτος Πόλεμος του Οπίου». Δύο χρόνια αργότερα λήγει με την άνευ όρων παράδοση της Κίνας. Η τελευταία υποχρεώνεται να αυξήσει την εισαγωγή ινδικού οπίου από 15 τόνους που εισάγονταν ετησίως πριν τον πόλεμο σε 2000 τόνους ετησίως την περίοδο μετά τη λήξη του. Παράλληλα οι βρετανοί αποκτούν εμπορικά και οικιστικά δικαιώματα σε πολλά λιμάνια, τους παραχωρείται το νησί του Χονγκ Κονγκ και η Κίνα υποχρεώνεται να καταβάλλει αποζημίωση 60 εκατομμυρίων λιρών για τις απώλειες σε όπιο και το κόστος διεξαγωγής του πολέμου.

Το 1850, με αφορμή την αιχμαλώτιση ενός βρετανικού πλοίου, φορτωμένου με όπιο από τις κινεζικές αρχές, η Βρετανία κηρύττει, το «Δεύτερο Πόλεμο του Οπίου». Η Κίνα ηττάται και υποχρεώνεται να

συμπεριλάβει το όπιο στα προϊόντα του ελευθέρου εμπορίου. Σύμφωνα με τους μετριοπαθέστερους υπολογισμούς το 1880 υπάρχουν στην Κίνα πάνω από 15 εκατομμύρια εθισμένοι στο όπιο.

Στα επόμενα χρόνια αλλάζει : α) η τακτική των κινεζικών αρχών : επιτρέπεται η καλλιέργεια οπίου στην Κίνα, με αποτέλεσμα η εγχώρια παραγωγή να υπερβεί σε μεγάλο βαθμό τις εισαγωγές και β) η εμπορική διαδρομή που ακολουθεί το όπιο, κατευθύνεται πλέον προς τις αγορές της Δύσης. Το 1898 στο νοσοκομείο St' Mary's στο Λονδίνο ο χημικός μετασχηματισμός της μορφίνης, δίνει το νέο θαυματουργό φάρμακο την ηρωίνη. Όπως και η προκάτοχος του η μορφίνη θεωρείται ότι δεν προκαλεί εξάρτηση, είναι ικανό να χρησιμοποιηθεί στην απεξάρτηση από την μορφίνη και διαθέτει όλες τις εξαιρετικές αναλγητικές ιδιότητες που χαρακτηρίζουν τα παράγωγα του οπίου. Ο ενθουσιασμός για την νέα ουσία αντικατοπτρίζεται στην ονομασία της. Η τελευταία προέρχεται από την αρχαιοελληνική λέξη ήρωσ (heros - heroine).

Η επόμενη σημαντική εφεύρεση σχετικά με τα οπιούχα είναι η παρασκευή της μεθαδόνης. Αυτή κατασκευάζεται από γερμανούς χημικούς κατά την διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ώστε να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες του μετώπου σε αναλγητικά. Το αρχικό της όνομα είναι Δολοφίνη, προς τιμήν του Αδόλφου Χίτλερ. Η ανακάλυψη της έλαβε χώρα από τις αμερικάνικες αρχές μετά το τέλος του πολέμου και χρησιμοποιείται στην μέχρι σήμερα στην θεραπεία των εξαρτήσεων. Μορφίνη, Ηρωίνη και Μεθαδόνη αποτελούν τα τρία κυριότερα και πλέον γνωστά οπιούχα. Παρ' όλες τις διαφορές στην χημική τους σύνθεση προκαλούν ανάλογα κατά κάποιο τρόπο αποτελέσματα αλλά διαφορετικής εντάσεως και διάρκειας. Η νόμιμη χρήση τους εστιάζει στις εξαιρετικές

αναλγητικές ιδιότητες τους . Ωστόσο, η δράση τους δεν οφείλεται στο ότι εμποδίζουν τον άνθρωπο που υποφέρει να πονέσει, αλλά, μάλλον, ότι τον ανακουφίζουν από την αγωνία και τον φόβο που συνοδεύουν τον πόνο (Gossop, 2000, p.140).

Τα οπιοειδή φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Υποστηρίζεται, εξάλλου, ότι αποτελούν μέτρο σύγκρισης για όλες τις υπόλοιπες εξαρτήσεις (Gossop, 2000, ο.π).

Τι ορίζεται, όμως, ως εξάρτηση ; από ποιόν και ποια είναι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό; υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός ;

1.2. Ορισμοί της εξάρτησης

1.2.1. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή

Οι ψυχότροπες ουσίες, και ειδικότερα τα οπιούχα που ενδιαφέρουν εδώ, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερες φαρμακολογικές ιδιότητες. Οι επιδράσεις, τα αποτελέσματα τους στον ανθρώπινο σώμα δεν αμφισβητούνται. Ωστόσο, ένας ορισμός της εξάρτησης βασιζόμενος αποκλειστικά στις αλλαγές ή/και τις αλλοιώσεις που προκαλούνται στην φυσιολογία του οργανισμού, από την έκθεση του ατόμου σε μία ουσία φαίνεται να παραλείπει δύο σημαντικές συνιστώσες : τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες.

Αυτούς τους παράγοντες, κυρίως, λαμβάνει υπόψη της η ψυχοκοινωνική προσέγγιση. Σύμφωνα με αυτήν η εξάρτηση αποτελεί ένα

σύνολο ιδεών που έχουν ιστορία και πολιτισμική προέλευση (Room,2004, p.221). Η εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως σύμπτωμα κοινωνικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών. « Η εγκατάστασή της [...] προϋποθέτει τη συνάντηση μιας προσωπικής ψυχολογικής κρίσης με την κοινωνική [...] αν αποσπαστεί από την κοινωνικοπολιτισμική μεταβλητή της δεν είναι παρά ένα πρόβλημα φαρμακοεξάρτησης, μια σχέση ατόμου-ουσίας, χάνοντας ένα μεγάλο μέρος του νοήματός της» (Μάτσα,2004, σ.65 κ.ε). Η αποθεραπεία (recovery) συνιστά κεντρική έννοια σε αυτή την περίπτωση. Το άτομο μετά από μία μακρόχρονη προσπάθεια είναι εφικτό να απεξαρτηθεί. Διακριτά στάδια αυτής της δυναμικής διαδικασίας αποτελούν η σωματική αποτοξίνωση, η ψυχική απεξάρτηση και η κοινωνική επανένταξη. Η υποτροπή θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της των προηγούμενων διαδικασιών. Απώτερος στόχος είναι η σταθεροποίηση και η βελτίωση της ζωής του πρώην - εξαρτημένου και η διαμόρφωση μίας νέας ταυτότητας.

Στον αντίποδα της προηγούμενης τοποθετείται η ιατροκεντρική προσέγγιση. Αυτή απηχεί, καταρχήν, την φαρμακολογική διάσταση και συνδέεται άμεσα με βιολογικές και γενετικές θεωρήσεις (Πουλόπουλος, 2005, σ.55 κ.ε). Η εξάρτηση θεωρείται «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος» η ασθένεια του εγκεφάλου (brain disease). Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή ο εξαρτημένος είναι ασθενής και επομένως χρήζει μακρόχρονης - αν όχι ισόβιας - φαρμακευτικής αγωγής. Στην περίπτωση αυτή εκτιμάται ότι δεν υπάρχει οριστική ίαση για την εξάρτηση, η παρεχόμενη θεραπεία αναβάλλει την υποτροπή. Η έννοια της συντήρησης, επίσης, κατέχει κεντρική θέση στο μοντέλο αυτό. Η χρήση μίας η περισσότερων ουσιών υποκαθίσταται με μία νόμιμη, συνήθως λιγότερο επικίνδυνη ώστε το άτομο να απομακρυνθεί από το παράνομο περιβάλλον διακίνησης των ουσιών και να προστατευθεί τόσο το

ίδιο όσο και η κοινωνία στην οποία ανήκει. Απώτερος στόχος είναι η σταθεροποίηση και η βελτίωση της ζωής του εξαρτημένου.

Σημειώνεται ότι οι προηγούμενες κατασκευές, με την σημασία που δίνουν στον όρο οι Berger & Luckman (1966) και Gergen (1985) βρίσκονται σε μόνιμη αντιδιαστολή. Αυτό άλλωστε προκύπτει από τους ορισμούς που προτείνουν από την δεκαετία του 1950 μέχρι τις μέρες μας τα διάφορα θεσμικά όργανα που ασχολούνται με την ψυχική υγεία αναζητώντας κάθε φορά τον ορισμό εκείνο που καλύπτει αφενός όσο το δυνατόν πληρέστερα τις διαστάσεις του φαινομένου της εξάρτησης και αφ' ετέρου είναι συμβατός με την κοινωνική πολιτική η οποία είναι εφικτή την δεδομένη στιγμή (βλ. ενδεικτικά Marecek et al, 2003; Reinarman, 2004; Parker 2007).

Μέσα στα πλαίσια της ιατροκεντρικής προσέγγισης, κατά κύριο λόγο, αναπτύσσεται η διαδικασία της διάγνωσης της εξάρτησης και καταγράφεται στα δύο κοινώς αποδεκτά ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς:

1. στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (*American Psychiatric Association - APA*) και
2. σε αυτό της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (*International Classification of the Diseases - ICD*) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (*World Health Organisation*).

Ειδικότερα, η τρίτη έκδοση του DSM το 1983 (DSM-III) για πρώτη φορά αναγνωρίζει τη διάκριση μεταξύ κατάχρησης ουσιών και εξάρτησης σαν δύο διαφορετικά διαγνωστικά αντικείμενα περιλαμβάνοντας κοινωνικούς και

πολιτισμικούς παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση ο ορισμός της εξάρτησης δίνει έμφαση στην ανοχή¹ στις ουσίες και στο στερητικό σύνδρομο² σαν δύο κεντρικές συνιστώσες της διάγνωσης. Η κατάχρηση ορίζεται ως προβληματική χρήση με κοινωνικές και επαγγελματικές βλαπτικές δυσλειτουργίες η οποία όμως δεν συνοδεύεται από ανοχή του οργανισμού και συμπτώματα στέρησης. Το DSM-IV (APA, 1994, 2000) ορίζει την εξάρτηση ως σύνδρομο που συνδυάζει την καταναγκαστική χρήση με ή χωρίς ανοχή και στερητικά συμπτώματα ενώ την κατάχρηση ουσιών ως προβληματική χρήση χωρίς καταναγκασμό, σημαντική ανοχή ή στερητικά συμπτώματα.

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

Οι Grant και Dawson (1999) στην ανασκόπηση και τη σύγκριση των δύο ταξινομικών συστημάτων παρουσιάζουν μια συνθετική ανάγνωση των

¹ «Η ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων μίας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ή το σημαντικό ελαττωμένο αποτέλεσμα μετά από σταθερή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας» (Λιάππας, 2003, σ.19)

² «Η ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που μία ουσία στην οποία υπάρχει σημαντικός σωματικός εθισμός διακόπτεται ή ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό με απότομο τρόπο» (Λιάππας, 2003, σ20)

κριτηρίων διάγνωσης της εξάρτησης και της κατάχρησης ή επιβλαβούς χρήσης. Αρχικά, σε ότι αφορά την εξάρτηση σημειώνουν ότι ως προς τις κατηγορίες που συγκροτούν τη διάγνωση της εξάρτησης υπάρχουν ελάχιστονες διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων. Επισημαίνουν δε ότι και στις δύο ταξινομήσεις δεν περιλαμβάνονται κριτήρια που αναφέρονται στην αδυναμία εκπλήρωσης ρόλων στην επιβλαβή χρήση (Grant και Dawson, 1999).

Παράλληλα, οι Grant και Dawson εντοπίζουν τη διαφορά προσέγγισης στην οριοθέτηση της επιβλαβούς χρήσης ανάμεσα στο DSM-IV και την ICD-10. Παρατηρούν ότι η επιβλαβής χρήση στην ICD-10 χαρακτηρίζεται από ενεργά προβλήματα φυσιολογίας ή ψυχολογικής κατάστασης. Αντίστοιχα στο DSM-IV η κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνει κοινωνικές, νομικές και επαγγελματικές συνέπειες. Καταλήγουν δε ότι

1. το πολιτισμικό πλαίσιο φαίνεται να καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την προσέγγιση για την εξάρτηση
2. και τα δύο συστήματα επιχειρούν, στα πλαίσια του κλινικού εμπειρισμού, μια περιγραφή βασισμένη σε ουδέτερα διαγνωστικά κριτήρια
3. και οι δύο ταξινομήσεις δεν φαίνεται, να υπερβαίνουν την ιατροκεντρική αντίληψη στη διάγνωση της εξάρτησης
4. καμία από τις δύο κατηγοριοποιήσεις δεν λαμβάνει υπόψη της εναλλακτικές θεωρήσεις όπως αυτή της κοινωνικής μάθησης (Grant και Dawson, 1999; Στεφανής, 1993).

Η τελευταία αποτελεί την κύρια πρόταση όσων ερευνητών αντιτίθενται στην ιατροκεντρική λογική των προαναφερθέντων ταξινομικών συστημάτων (Adesso, 1995, Pattison, Sobel και Sobel, 1977). Η θεώρηση αυτή αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση ως εμπέδωση

συνήθειας που προκύπτει από βιολογικούς, φαρμακολογικούς και παράγοντες προσαρμογής. Κατά συνέπεια δίνει έμφαση σε περιβαλλοντικά στοιχεία, σε συναισθηματικά ελλείμματα και σε γνωστικούς προϋπάρχοντες παράγοντες που ενδυναμώνουν τις επιπτώσεις της χρήσης. Ταυτόχρονα εκτιμά ότι μία ταξινόμηση της προβληματικής χρήσης χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τις αρχές, τους κανόνες και τις διαδικασίες που αφορούν τα φαινόμενα της ανθρώπινης κινητοποίησης και μάθησης (Wufert, Greenway και Dougher, 1996, West, 2010).

Η αποδοχή ενός ιατροκεντρικού ή ενός ψυχοκοινωνικού ορισμού για την εξάρτηση και συνακόλουθα της αντίστοιχης συμπτωματολογίας κατευθύνει και την έρευνα. Ειδικότερα, αυτήν που αναζητά τους αιτιολογικούς, ερμηνευτικούς παράγοντες της χρήσης, της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης. Η οργάνωση των παραγόντων αυτών είναι δυνατή σε τρεις διακριτούς άξονες :

1. παράγοντες που συνδέονται με τη γενετική και τη βιολογία,
2. παράγοντες που συνδέονται με την ιδιαιτερότητα της προσωπικότητας
3. και παράγοντες κοινωνικοπολιτισμικοί.

(Hesselbrock, Hesselbrock και Epstein, 1999; Λιάππας, 2003; Πουλόπουλος, 2011).

Με την απλοποίηση της παραπάνω ταξινόμησης, όπως προτείνεται, (Πουλόπουλος, 2005, σ.58) προκύπτουν δύο δέσμες παραγόντων και συμβατές με αυτούς ερευνητικές προσεγγίσεις : οι βιολογικές και οι ψυχοκοινωνικές. Τι είδους έρευνες περιλαμβάνονται στην καθεμία ; ποια είναι τα συμπεράσματά τους ;

1.2.2. Οι ερευνητικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Μια από τις πρώτες υποθέσεις που διερευνούν οι ερευνητές με ιατροκεντρική αφετηρία είναι αυτή της κληρονομικότητας. Αναζητούν γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες που καθορίζουν την εξάρτηση. Δύο, τουλάχιστον, είναι τα χαρακτηριστικά του δείγματος των μελετών αυτών :

1. Το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής έρευνας προέρχεται από μελέτες που συνδέονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ ενώ πολύ λιγότερο έχει ερευνηθεί η εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.
2. Η διερεύνηση της συμβολής των γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της εξάρτησης στηρίχθηκε για αρκετά χρόνια σε μελέτες οικογενειών με δίδυμα ή υιοθετημένα παιδιά.

Οι μελετητές διαθέτουν αρκετές ενδείξεις που επιτρέπουν την υπόθεση ότι οι πιθανότητες να εμπλακεί κάποιος με τις ουσίες αυξάνονται όταν οι βιολογικοί του γονείς έχουν επίσης πρόβλημα κατάχρησης. Ωστόσο, στο βαθμό που δεν υπάρχει γονιδιακή απομόνωση δεν αποδεικνύεται κάποιου είδους αιτιακή σχέση (Goodwin 1979; Hesselbrock, 1992; Hesselbrock και Hesselbrock, 1992; Hesselbrock, Meyer and Hesselbrock 1992).

Ωστόσο, οι γενετικοί παράγοντες, πιθανώς, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον. Το τελευταίο μοιάζει να ενισχύει ή να περιορίζει την προδιάθεση για κατάχρηση ουσιών (Cloninger, 1987· Goodwin, 1981). Παράγοντες που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον, όπως το διαζύγιο ή οι ψυχιατρικές διαταραχές στην οικογένεια συνδέονται με την αυξημένη κατάχρηση ουσιών (Cadoret et al, 1986; (Pickens et al, 1991).

Ο ίδιος συνδυασμός παραγόντων φαίνεται να επαληθεύει την υπόθεση της παράλληλης κατάχρησης ουσιών. Το ποσοστό παράλληλης εμφάνισης

αλκοολισμού και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι ιδιαίτερος υψηλό. Ποσοστό που κυμαίνεται από 30% ως το 51% των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες κάνουν παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ ή είναι εξαρτημένοι από αυτό (Dinwiddie και Reich, 1991; Mirin et al., 1991). Μεταξύ άλλων, αναφέρεται ότι οι συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού αλκοολικών η εξαρτημένων από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες έχουν συχνά προβλήματα κατάχρησης άλλων ουσιών (Miller, 1989a, 1989b; Luthar et al., 1992; Mesoreno et al., 1991). Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι η συχνότητα κατάχρησης ουσιών σε συγγενείς εξαρτημένων από ουσίες είναι συχνότερη από ότι σε συγγενείς εξαρτημένων από αλκοόλ. Η προτεινόμενη ερμηνεία στην περίπτωση αυτή είναι ότι, πιθανώς, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες σχετίζεται με ένα διαφορετικό γενετικό υπόστρωμα (Hill et al., 1977· Kosten et al., 1991· Meller et al. 1988). Μία σχετική υπόθεση εισηγούνται οι Hill, et al (1977) υποστηρίζοντας ότι η μεταφορά της εξάρτησης από οποιοδήποτε διαφέρει από τον τρόπο που φαίνεται ότι μεταφέρεται η εξάρτηση από το αλκοόλ.

Παρά τον αποσπασματικό χαρακτήρα της η διερεύνηση των γενετικών παραγόντων υποδεικνύει δύο τουλάχιστον διαδρομές προς την κατάχρηση των ουσιών α) μέσα από βιολογικούς γονείς με ψυχικές διαταραχές και β) βιολογικούς γονείς με προβλήματα χρήσης, κατάχρησης οι οποίοι όμως δεν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή.

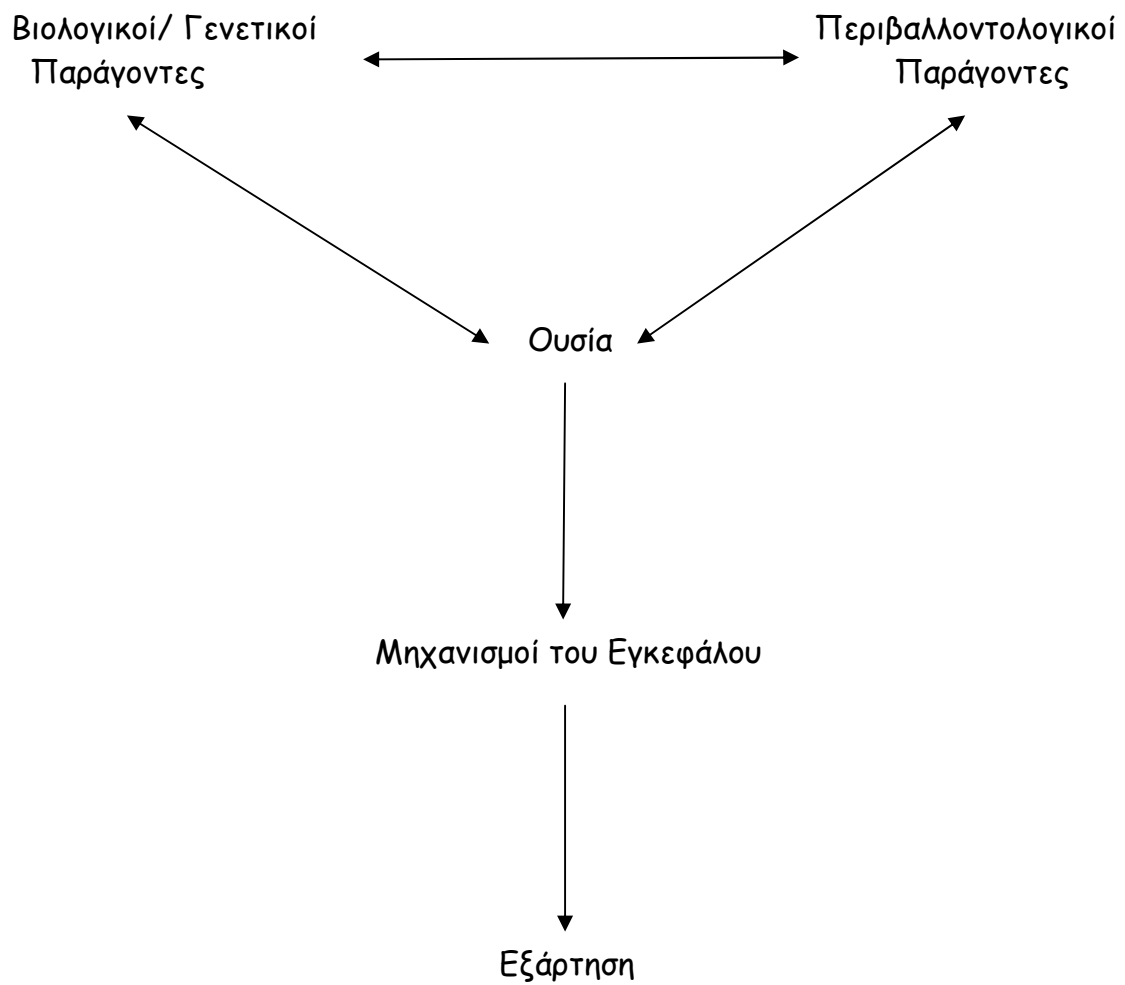
Στα μοντέλα εξέτασης των αιτιολογικών παραγόντων που συνδέονται με τη νευροβιολογία εντάσσεται και η έρευνα σχετικά με τους νευροδιαβιβαστές και το ρόλο τους στον εγκέφαλο. Οι νευροδιαβιβαστές που συσχετίζονται συστηματικότερα με την εξάρτηση είναι η *ενδορφίνη*, η *ντοπαμίνη* και η *σεροτονίνη*. Οι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

κυρίως, την ψυχική διάθεση και ειδικότερα την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Η ανακάλυψη των ενδορφινών το 1973 (Hans Kosterlitz) παρέχει μια πρόσθετη εξήγηση για τη λειτουργία των οπιοειδών στον οργανισμό. Οι ενδορφίνες είναι ενδοπαραγόμενες ουσίες και επιδρούν στο ανθρώπινο σώμα όπως τα οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, όπιο). Έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση, πολύ ισχυρότερη από τη μορφίνη, και παράγονται ως φυσικά αγχολυτικά ή αναλγητικά από τον οργανισμό. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα δεδομένα διατυπώνεται η υπόθεση ότι σε ορισμένα άτομα το σύστημα των ενδορφινών δυσλειτουργεί και χρειάζονται τα οπιοειδή ώστε να μπορέσουν να εξισορροπήσουν την ικανότητα τους στον πόνο. Η ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή αντικαθιστούν τις ενδορφίνες στους υποδοχείς αλλά απαιτείται πολλαπλάσια ποσότητα οπιοειδών για να υποκατασταθεί η λειτουργία των ενδορφινών στον οργανισμό. Η λήψη των οπιοειδών τεχνητά προσαρμόζει το σύστημα των νευροδιαβιβαστών σε μια νέα ισορροπία. Η διακοπή της χρήσης, όμως, διαταράσσει το σύστημα ενώ κινητοποιεί και άλλα συστήματα, όπως το νораδρενεργικό το οποίο συνδέεται με την αδρεναλίνη. Αυτός ο μηχανισμός αναμόχλευσης των νευροδιαβιβαστών, προκαλεί το στερητικό σύνδρομο. (Gossop, 2000, p.32-35). Η ντοπαμίνη, με την σειρά της, σχετίζεται με το σύστημα ανταμοιβής/ευχαρίστησης του εγκεφάλου. Οι ψυχότροπες ουσίες, υποστηρίζεται ότι επηρεάζουν το σύστημα με το οποίο συνδέεται η ντοπαμίνη και βοηθούν στην απελευθέρωση της. Η εξάρτηση θεμελιώνεται στο βαθμό που το άτομο, μέσω ψυχοδρατικών ουσιών, απελευθερώνει στον εγκέφαλό του 2-10 φορές μεγαλύτερες ποσότητες ντοπαμίνης από τις αναμενόμενες υπό κανονικές συνθήκες. Κατ' αυτό τον τρόπο, μαθαίνει να αναζητά και να (απο)λαμβάνει την αίσθηση της ανταμοιβής/ευχαρίστησης (NIDA α, 2010, p.15). Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρούνται, συνήθως, στους χρήστες ουσιών τύπου έκστασης. Με την διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή ο

νευροδιαβιβαστής είναι η σεροτονίνη. Η τελευταία σχετίζεται με το συναίσθημα, τη διάθεση του ατόμου καθώς και με την αντίληψη. Αδυναμία στην παραγωγή σεροτονίνης, ως αποτέλεσμα προβληματικής χρήσης, φαίνεται να προκαλεί κατάθλιψη, αϋπνίες, αρνητικά συναισθήματα και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. (NIDA b, 2010). Το ζήτημα, μεταξύ άλλων, που ανακύπτει από την κατάχρηση των ψυχοδραστικών ουσιών είναι οι αλλαγές που επιφέρουν, στον τρόπο λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών και των αντίστοιχων υποδοχέων. Εκτιμάται ότι σε περιπτώσεις χρόνιας κατάχρησης είναι δυνατόν η νευροπροσαρμογή να είναι δύσκολο ή και αδύνατο να αναστραφεί. Κατά συνέπεια παρέχεται θεωρητική τουλάχιστον τεκμηρίωση για την ανάγκη λήψης ή χορήγησης οπιούχων (Γαζγαλίδης, 2003). Οι μελέτες, επιπρόσθετα, που εστιάζουν στη διερεύνηση γονιδίου ή γονιδίων δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Όπως αναφέρεται, τα γονίδια ευθύνονται, μάλλον, για τις τροποποιήσεις που επιφέρουν στην λειτουργία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών. Αυτοί, στη συνέχεια, σχετίζονται με την εξάρτηση. Υποστηρίζεται, επίσης, ότι δεν είναι ένα το γονίδιο που συνδέεται με αυτές τις διαταραχές αλλά ένα μικρός αριθμός σημαντικών και ένας μεγαλύτερος τροποποιημένων γονιδίων από τα οποία και εξαρτάται η ισορροπία των νευροδιαβιβαστών (Πουλόπουλος, 2005 ,σ.35 κ.ε).

Παρόλο που οι μελέτες μοιάζει να συγκλίνουν ότι υπάρχει μια βάση στην κληρονομική μεταφορά της εξάρτησης και ότι κάποιοι γενετικοί παράγοντες διαμορφώνουν μια σχετική προδιάθεση φαίνεται επίσης να συμφωνούν ότι δεν υπάρχει ένα κοινός και γενικευμένος μηχανισμός για όλα τα άτομα. Εξάλλου, αποτελεί, μάλλον, σημείο σύγκλισης των ερευνητών ότι η εξάρτηση και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών είναι αποτέλεσμα της περίπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών, βιολογικών, νευρολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Λιάππας, 2003 ; NIDA, 2007).



Σχήμα 1 : Το επεξηγηματικό μοντέλο της εξάρτησης, σύμφωνα με την ιατροκεντρική προσέγγιση

1.2.3.Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Οι βιολογικές, γενετικές προσεγγίσεις εστιάζουν στις γονιδιακές, κυτταρικές προδιαγραφές, προδιαθέσεις, καταβολές του ατόμου και στην αλληλεπίδρασή τους με ότι ορίζεται κάθε φορά ως το περιβάλλον. Οι ψυχιατρικές, ψυχαναλυτικές, ψυχολογικές θεωρήσεις για την αιτιολογία της εξάρτησης διερευνούν επίσης τον "εσωτερικό κόσμο" του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση όμως, η αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο μελετάται μέσω εννοιών που έλκουν την καταγωγή τους από την ψυχοπαθολογία ή είναι συναφείς με αυτήν.

Μέσα στα προηγούμενα πλαίσια, η πλέον αμιγώς ψυχιατρική ταξινόμηση είναι του Luigi Cancrini (1982). Σύμφωνα με αυτήν, διαφορετικές καταστάσεις της παθολογίας οδηγούν στην εξάρτηση. Ο Cancrini εντοπίζει τέσσερις καταστάσεις και αντίστοιχους τύπους εξαρτημένων. Συγκεκριμένα προτείνει :

1. τον τραυματικό τύπο : εδώ η ουσία, ιδιαίτερα η ηρωίνη, χρησιμεύει ως ανταμοιβή και προστασία
2. τον υποκατάστατο τύπο : σε αυτή την περίπτωση η εξάρτηση καλύπτει μία προϋπάρχουσα νεύρωση
3. τον ανταποδοτικό τύπο : η ουσία χρησιμοποιείται για αυτοθεραπεία ώστε να τίθενται υπό έλεγχο τα συμπτώματα και οι συνέπειες μίας προϋπάρχουσας ψυχικής ασθένειας και
4. τον πυρηνικό τύπο, κατηγορία που προτείνεται από τον Olienvenstein (1991) και προκύπτει από τις συγκρούσεις και την αναζήτηση

προτύπου ταύτισης του εφήβου εντός του οικογενειακού του περιβάλλοντος

Μία σειρά ψυχαναλυτικών μελετών, με την ευρύτερη έννοια του όρου, αναζητούν τις αιτίες της εξάρτησης στην κακοποίηση σωματική, σεξουαλική ή/και συναισθηματική καθώς και σε αρνητικά γεγονότα κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Οι καταστάσεις αυτές, υποστηρίζουν, συνδέονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή με έντονες συναισθηματικές, εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. Φαίνεται δε, να γεννούν συμπεριφορές όπως αμφισβήτηση ακόμη και της αξίας του ίδιου του ατόμου, περιφρόνηση της ανθρώπινης ζωής και εχθρότητα απέναντι σε κάθε μορφή εξουσίας (Wurmser, 1984, 1985; Clark et al., 1997; Van der Kolk, 2007, Gold, 2000, Meares, 2000, Poulouropoulos et al., 2001, McCloskey, 2005).

Στο ίδιο πλαίσιο, η εξάρτηση σχετίζεται με την ύπαρξη σοβαρής διαταραχής στην πρώιμη αναπτυξιακή φάση (Krystal, 1977). Η θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, για παράδειγμα, προτείνει την υπόθεση ότι η ουσία βιώνεται συμβολικά από το χρήστη ως το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο και έτσι αντικαθιστά τις λειτουργίες που συνήθως αποδίδονται στη μητρική φιγούρα. Ο χρήστης επομένως σχετίζεται με την ουσία βάσει της διαταραγμένης σχέσης που είχε με τη μητρική φιγούρα και μεγαλώνοντας *«λαχταρά να ενωθεί με το ιδανικό του αντικείμενο, ενώ ταυτόχρονα το φοβάται πολύ»* (Krystal, 1977, p.243; Kernberg, 1975; Rinsley, 1988). Μια άλλη διάσταση της ουσίας υπογραμμίζει ο Khantzian (1980). Αυτός εισηγείται, καταρχήν, την άποψη ότι η κατάχρηση ουσιών προκύπτει περισσότερο από ελλείψεις, αδυναμίες, ανεπάρκεια του «εγώ» και του «εαυτού» παρά από ενδοψυχικές συγκρούσεις. Ταυτόχρονα, θεωρεί

σημαντικό το είδος της ουσίας που χρησιμοποιεί ο κάθε χρήστης. Η ηρωίνη, εκτιμά, παρέχει ανακούφιση στην εσωτερική επιθετικότητα που βιώνει χρήστης - αυτός είναι ο λόγος που την αναζητά-, ενώ ο χρήστης κοκαΐνης επιδιώκει, μέσω της ουσίας, να αντιμετωπίσει την χρόνια κατάθλιψη του. Άλλοι αναλυτές, τέλος, κατά αναλογία με τις διατροφικές διαταραχές, αντιλαμβάνονται την κατάχρηση των ουσιών ως ψυχοσωματική διαταραχή. Σε κάθε περίπτωση, η εξάρτηση θεωρείται ως μηχανισμός διαχείρισης ασυνειδητών συναισθημάτων ή καταστάσεων ενώ το ψυχοσωματικό φαινόμενο εξωτερικεύει αυτής της εμπειρίας (McDougall, 1989).

Στις παρυφές της ψυχαναλυτικής προσέγγισης και ορμώμενοι από την Θεωρία των Δεσμών, μία σειρά μελετητών προτείνουν την διασύνδεση της εξάρτησης με τις μορφές προσκόλλησης (attachment). Τις μορφές, δηλαδή, που λαμβάνει ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ του παιδιού και εκείνου που έχει καταρχήν την φροντίδα του παιδιού -primary caregiver-. (Bowlby, 1969, 1973). Στις μεταγενέστερες εκδοχές της, διακρίνει τέσσερις μορφές που λαμβάνει αυτός ο δεσμός, συνδυαζόμενος με τις έννοιες της υψηλής/χαμηλής αυτοεκτίμησης και κοινωνικότητας με αυτό τον τρόπο προκύπτουν η ασφαλής, η αποφευκτική, η αγχώδης και η φοβική προσκόλληση (Ainsworth et al. 1978; Bartholomew & Horowitz, 1991). Οι τρεις τελευταίες σχετίζονται συνήθως με την ουσιοεξάρτηση (Etherington, 2000, 2003; Flores 2001).

Ένα σχετικά συναφές, με όσα προηγούνται, πεδίο έρευνας θεωρεί την μετατραυματική διαταραχή ως επεξηγηματικό παράγοντα της ουσιοεξάρτησης (Najavits et al., 1997; Feliti 1998; McCloskey & Bailey 2000; Ravndal et al. 2001; Bailey & McCloskey, 2005). Η συστηματική μελέτη του χώρου αυτού, συνέβη, κυρίως, 1) μετά την διεύρυνση του ορισμού της μετατραυματικής διαταραχής ως την πιθανότερη απάντηση στο τραύμα και

την κακοποίηση της παιδικής ηλικίας (APA, 1994; Etherington, 2008) και 2) τις παρατηρήσεις της νευροφυσιολογίας για τις πιθανές επιπτώσεις της διαταραχής στην λειτουργία του εγκεφάλου (Rothschild, 2000).

Στο ενδιάμεσο μεταξύ των ψυχιατρικών, ψυχαναλυτικών προσεγγίσεων και των αμιγώς κοινωνικών προσεγγίσεων, τοποθετούνται οι κοινωνιοψυχολογικές θεωρήσεις για την ερμηνεία του φαινομένου της εξάρτησης.

Ιδιαίτερη θέση ανάμεσα σε αυτές κατέχει η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Bandura, 1977α). Συνδυάζοντας στοιχεία από την θεωρία της αλληλεπίδρασης και του γνωσιο-συμπεριφορισμού ερμηνεύει την τοξικοεξάρτηση ως αποτέλεσμα της διαντίδρασης μεταξύ του ατόμου και του εξωτερικού του κόσμου, του περιβάλλοντος του (Abraams & Niaura, 1987). Η κεντρική δε έννοια αυτής, η αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy): κατά πόσο, δηλαδή, ένα άτομο αισθάνεται ασφαλές και ικανό να πραγματοποιήσει μία συμπεριφορά του, σε ένα δεδομένο περιβάλλον, διατρέχει ικανό αριθμό σύγχρονων προσεγγίσεων για την εξάρτηση (Kok et al., 1991; Ρίκο, 2001). Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα η θεωρία πρόληψης της υποτροπής (βλ. Κεφάλαιο 2^ο). Την αμφισβήτηση των ατομικών παραγόντων, αποκλειστικά, ως επεξηγηματικών όρων για την εγκαθίδρυση της εξάρτησης εισηγείται και ο Lindesmith (1968), σε μία από τις γνωστότερες κοινωνιολογικές ερμηνείες του φαινομένου. Κατ' αυτόν, «...το άτομο μαθαίνει να θεωρεί τον εαυτό του «τοξικομανή» (με την έννοια της σταθερής εξάρτησης από την ουσία) με όλες τις συνέπειες αυτής της εικόνας που διαμορφώνει για τον εαυτό του» (ένταξη σε υποπολιτισμική ομάδα, υιοθέτηση του αντίστοιχου ρόλου κ.α) (Κουκουτσάκη, 2002, σ.78).

Στον αντίποδα των παραπάνω θεωριών βρίσκονται οι μελέτες που εξηγούν την κατάχρηση των ουσιών μέσω μίας δέσμης κοινωνικών παραγόντων ως μορφή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Ο Thio (2003) αναφέρει ότι εδώ περιλαμβάνονται καταρχήν, οι θετικιστικές προσεγγίσεις στις οποίες εντάσσει τη θεωρία του κοινωνικού ελέγχου (Hirschi, 1969), τη θεωρία του διαφορικού συγχρωτισμού (Sutherland και Gressey, 1978), τη θεωρία της παρεκκλίνουσας ευκαιρίας και τη θεωρία της παρεκκλίνουσας υποκοουλτούρας (Merton, 1957· Cohen, 1966· Cloward και Ohlin, 1960).

Ωστόσο, με το έργο του Goffman (1963) παρατηρείται μία διπλή μετατόπιση του ερευνητικού ενδιαφέροντος :

1. το αντικείμενο της έρευνας δεν εξαντλείται πλέον στο άτομο, τον παρεκκλίνοντα, τον χρήστη στην προκειμένη περίπτωση, αλλά, μάλλον, εστιάζει στις διαδικασίες διαμέσου των οποίων ορίζεται τι είναι κάθε φορά παρέκκλιση και
2. κάτω από την επίδραση της ψυχοκοινωνιολογικής θεωρίας του Ericson (1968), εισάγεται η έννοια της ταυτότητας στην μελέτη των εξαρτήσεων

Στην πρώτη παρατήρηση ανήκει η κλασσική έρευνα του Becker (1953;1963;1973) όπου μεταξύ άλλων σημειώνει

»... η πράξη της ενδοφλέβιας χορήγησης ηρωίνης δεν είναι παρεκκλίνουσα λόγω της ιδιοσυστασίας της [...] καθίσταται παρεκκλίνουσα όταν τελείται κατά τρόπο ο οποίος δεν έχει οριστεί δημόσια ως προσήκων... «

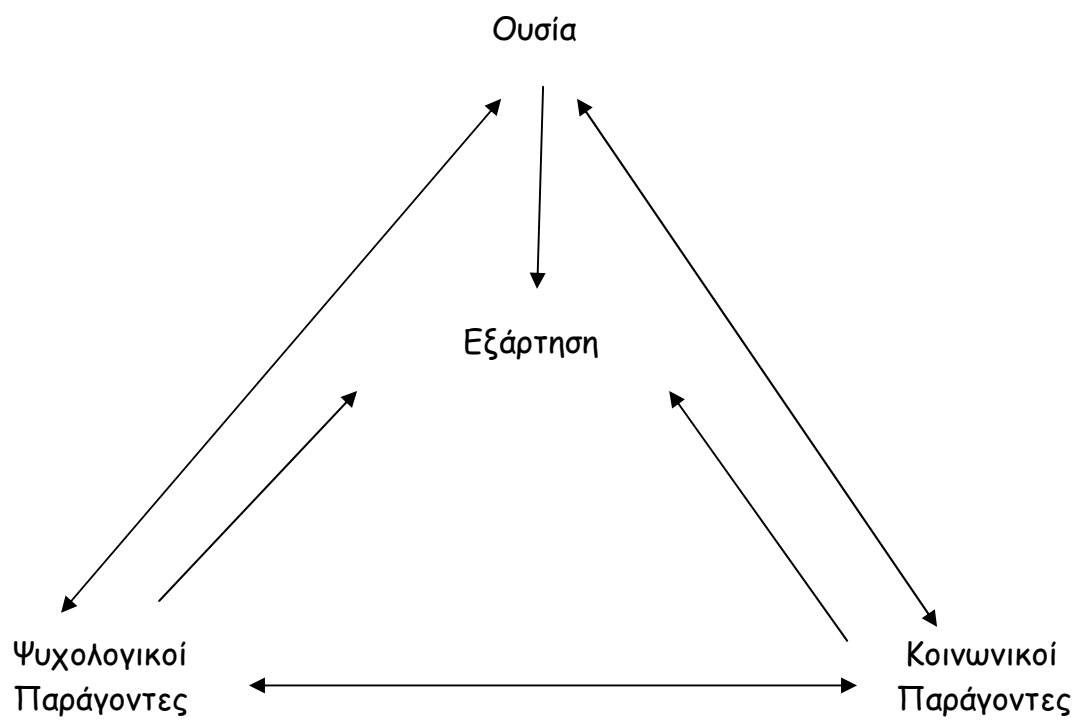
(Becker, 1973, p.139).

Στη δεύτερη κατατάσσεται η επίσης κλασσική μελέτη του Biernacki (1986) σχετικά με τον ρόλο της ταυτότητας στην εμπλοκή του ατόμου με την κατάχρηση ουσιών αλλά και στην αυθόρμητη απεμπλοκή του από αυτήν.

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει μία σειρά ερευνών που επισημαίνουν αμιγείς παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος. Ένας σημαντικός παράγοντας αυτού του τύπου θεωρείται και η διαθεσιμότητα (availability) της ουσίας. Σε δύο τουλάχιστον περιπτώσεις η εξάρτηση από την ηρωίνη φαίνεται να καθορίζεται από τις μεγάλες και φθηνές ποσότητες που υπάρχουν προς κατανάλωση π.χ. στο Βιετνάμ μεταξύ των Αμερικάνων στρατιωτών (Robins,1979) και στο Καράτσι μεταξύ των νέων(Gossop,2000).

Οι διαφορετικής προέλευσης ορισμοί για την εξάρτηση χαράζουν αντίστοιχα τις κατευθύνσεις που ακολουθεί η έρευνα σχετικά με αυτήν και εν τέλει τις προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Κατά συνέπεια διακρίνονται δύο τύποι θεραπευτικών προτάσεων : τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Πως όμως λειτουργεί το καθένα από αυτά ; ποιες είναι οι διαφορές και ποιες οι ομοιότητές τους;



Σχήμα 2 : Το ερμηνευτικό μοντέλο της εξάρτησης, σύμφωνα με τη ψυχοκοινωνική προσέγγιση

1.3.Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

1.3.1.Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής

Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής αντιλαμβάνονται την εξάρτηση ως νόσο και τον εξαρτημένο ως ασθενή. Αν και η ψυχολογική υποστήριξη είναι απολύτως αποδεκτή για τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το βασικό εργαλείο της είναι η φαρμακευτική παρέμβαση. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση της αυξανουσας επιθυμίας για τη λήψη της ουσίας όσο και των συμπτωμάτων που συνδέονται με τη διακοπή της λήψης της.

Οι χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές ουσίες διακρίνονται σε υποκατάστατα και σε ανταγωνιστές του συμπτώματος. Τα υποκατάστατα παράγουν συμπτώματα ανάλογα με αυτά της ψυχοδραστικής ουσίας. Εξαιτίας, όμως, του τρόπου χρήσης, του στόχου και του περιβάλλοντος οι επιπτώσεις τους αφορούν μόνον την αλλοίωση της συνείδησης ή της διάθεσης. Δεν φαίνεται να σχετίζονται με τις συνέπειες της χρόνιας χρήσης παράνομων ουσιών. Οι ανταγωνιστές από την άλλη μεριά, έχουν την ιδιότητα να αποκλείουν την εμφάνιση ευφορικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν, συνήθως, μετά την λήψη της ψυχοτρόπου ουσίας. Ειδικότερα για τα οπιοειδή, η μεθαδόνη αρχικά, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη αργότερα, αποτελούν, κυρίως, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Αντίστοιχα, τα προγράμματα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής διακρίνονται σε προγράμματα μεθαδόνης, ναλτρεξόνης και βουπρενορφίνης.

Τα προγράμματα μεθαδόνης είναι τα περισσότερο διαδεδομένα προγράμματα υποκατάστασης και παρουσιάζουν πολλές παραλλαγές στην οργάνωση, τις αρχές και τους στόχους τους (DARP, 1969 - 1972). Η μεθαδόνη είναι συνθετικό αναλγητικό με φαρμακολογικές ιδιότητες ανάλογες της μορφίνης. Με τη μορφή διαλύματος ή δισκίων (υδροχλωρική μεθαδόνη), όπως κατά κανόνα χρησιμοποιείται στις θεραπείες υποκατάστασης, προκαλεί αναλγησία και ευφορία. Επίσης, προκαλεί φυσική εξάρτηση και εξατομικευμένη ανάπτυξη ανοχής. Ευφορία προκαλεί, κυρίως, κατά την ενδοφλέβια χρήση και ψυχική εξάρτηση μετά από επανειλημμένες χρήσεις (Μαρσέλλος, 1997). Η πρώτη μελέτη για την για την χρήση μεθαδόνης στην αντιμετώπιση των στερητικών από την ηρωίνη, χρονολογείται από το 1949 (Isbell & Vogel). Εκεί καταδεικνύεται ότι αρκεί μια εφάπαξ ημερήσια χορήγηση μεθαδόνης και προτείνεται ένα πρωτόκολλο σωματικής αποτοξίνωσης από την ηρωίνη με τη χορήγηση μειούμενων δόσεων μεθαδόνης για ένα χρονικό διάστημα, περίπου, δύο εβδομάδων. Στη δεκαετία του 1970, η ταχεία αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης, τόσο στις Η.Π.Α. όσο και την Ευρώπη, συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στον αρχικό σχεδιασμό τους (Dole & Nyswande, 1965). Οι αλλαγές αυτές οφείλονται στην ανάπτυξη της έρευνας πάνω στο θέμα, στις νέες πολιτικές υγείας, αλλά και, κυρίως στις ΗΠΑ, στη μείωση των δημόσιων δαπανών και πόρων προς τις ψυχοκοινωνικές μορφές θεραπείας. Οι μεταβολές αυτές περιλαμβάνουν:

1. την αναπροσαρμογή των κριτηρίων εισαγωγής. Περισσότεροι εξαρτημένοι από οπιούχα να έχουν τη δυνατότητα εισαγωγής σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης·
2. την πλήρη σχεδόν εγκατάλειψη της εσωτερικής νοσηλείας ως πρώτης φάσης ενός προγράμματος υποκατάστατων
3. τη σημαντική μείωση των τοξικολογικών αναλύσεων και

4. τη μεγαλύτερη ανεκτικότητα των προγραμμάτων στην παράλληλη χρήση ουσιών (Neilkin, 1973).

Η ναλτρεξόνη και βουπρενορφίνη ανήκουν στην ομάδα ανταγωνιστών των οπιοειδών ουσιών. Ήδη από τη δεκαετία του '60 καταγράφονται πειράματα με την ουσία ναλοξόνη. Τα πειράματα καταδεικνύουν ότι η ναλοξόνη, ένας πλήρης ανταγωνιστής, δεν έχει εθιστικές ιδιότητες ή παρενέργειες. Παρά το γεγονός, όμως, ότι είναι κατάλληλο για την αντιμετώπιση της τοξίκωσης από τα οπιοειδή, είναι ακατάλληλο για μια θεραπεία ανταγωνιστών. Η ναλοξόνη δεν απορροφάται ικανοποιητικά από το πεπτικό σύστημα και η δράση της διαρκεί 2-3 ώρες. Στις αρχές της δεκαετίας του '90 εμφανίζεται η ναλτρεξόνη, ανταγωνιστής με σχετικά μικρές παρενέργειες. Οι σημαντικές διαφορές από τη ναλοξόνη είναι δύο: η διάρκεια δράσης της ναλτρεξόνης είναι τουλάχιστον σαράντα οχτώ ώρες επαρκούς ανταγωνιστικής δράσης και δεν απαιτείται η παρεντερική χορήγησή της, Η βουπρενορφίνη, επίσης, χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη δεκαετία του '90. Χορηγείται, όπως και η ναλτρεξόνη, από το στόμα ή υπογλωσσίως και διαθέτει σημαντικές ανταγωνιστικές ιδιότητες. Ωστόσο, οι έντονα εθιστικές της ιδιότητες θέτουν περιορισμούς στην χρήση της (Λιάππας, 2003, σ.253).

Η έρευνα των Ball και Ross (1985-1991) μελετά διεξοδικά τις προδιαγραφές λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με τα πορίσματά της τα χαρακτηριστικά ενός αποδοτικού προγράμματος είναι η μείωση της βλάβης ως στόχος, η επαρκής δοσολογία, η μακρόχρονη χορήγηση, οι αναβαθμισμένες ιατρικές υπηρεσίες, η ψυχοκοινωνική στήριξη, η μικρή διαρροή του προσωπικού και η εγκατάσταση μακρόχρονης θεραπευτικής σχέσης με τους εξυπηρετούμενους.

Σημειώνεται, ότι η θεραπεία υποκατάστατων παρέχει την δυνατότητα στο χρήστη να χορηγείται χρονίως μία ουσία, αν θεωρεί ότι τον απομακρύνει από προηγούμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Εξάλλου, σύμφωνα με την κεντρική της υπόθεση, η χορηγούμενη δοσολογία είναι δυνατόν να μειώνεται διαρκώς έως τον πλήρη μηδενισμό της (Razani et al.,1975; Senay et al.,1977). Σε κάθε περίπτωση αποτελεί μία κοινά αποδεκτή θεραπευτική πρόταση απεξάρτησης παρόλο που δεν εμποδίζει την παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών μη-οπιοειδών ουσιών και δεν θεραπεύει την ψυχολογική εξάρτηση (Smith, 1975).

1.3.2. Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης³

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως συνδυασμό βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών που συμπίπτουν σε μια χρονική περίοδο, οδηγούν το άτομο στην υπερκατανάλωση μιας ουσίας και τελικά στην εξάρτηση από αυτή. Θεωρεί, επίσης, ότι η σωματική απεξάρτηση αποτοξίνωση, αποτελεί μόνο μια πρώτη φάση στη διαδικασία απεξάρτησης. Η τελευταία συμπληρώνεται από τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, την αντιμετώπιση δηλαδή των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών που επιβάλλουν την εξάρτηση. Για την αντιμετώπιση της προτείνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων που ενισχύουν το άτομο να επιλέξει συμπεριφορές που αποκλείουν τη χρήση ουσιών ως μέσων διαχείρισης των προβλημάτων που βιώνει. Αντιλαμβανόμενη τη χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση ως μια δυναμική διαδικασία στην οποία σταδιακά περνά ο

³ Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης διακρίνονται σε ανοικτά και κλειστά, αναλόγως αν παρέχουν 24ωρη εσωτερικής διαμονής υποστήριξη ή όχι. Στα δεύτερα συμπεριλαμβάνεται το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας. Οι γενικές αρχές, και οι κανόνες που διέπουν την λειτουργία της, καλύπτουν, τουλάχιστον, σε αδρές γραμμές, την ψυχοκοινωνική θεραπευτική πρόταση.

εξαρτημένος χωρίς απαραίτητα να πρέπει να διατρέξει το σύνολο αυτής της πορείας, η συγκεκριμένη προσέγγιση συνδέει την απεξάρτηση με μια ανάλογη πορεία κατά την οποία ο εξαρτημένος καλείται να υιοθετήσει αλλαγές νοηματοδοτώντας τόσο τη χρήση όσο και την απεξάρτησή του.

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα μοντέλα των προγραμμάτων απεξάρτησης από τις ψυχοδραστικές ουσίες (Simpson και Sells, 1982 Hubbard και συνεργάτες, 1989· Hartnoll, 1994 Simpson και Curry, 1997 Gossop και συνεργάτες, 1997, Hendrics, 1999). Ως θεραπευτική πρακτική προτείνεται συστηματικά τα τελευταία 40 χρόνια. Αποτελεί ένα χώρο 24ωρης διαβίωσης όπου ισχύουν τουλάχιστον 3 τρεις βασικοί κανονισμοί. Δεν επιτρέπεται η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ), η άσκηση βίας (σωματική ή λεκτική) και οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής κοινότητας. Η καθημερινή λειτουργία της κοινότητας επαφίεται στους θεραπευμένους. Αυτοί είναι οργανωμένοι σε ομάδες εργασίας, με ιεραρχική δομή και σαφώς διακριτά αντικείμενα π.χ. ομάδα κουζίνας, ομάδα καθαριότητας κ.α. Η θεραπεία είναι οργανωμένη σε φάσεις. Για την συμμετοχή σε κάθε στάδιο λαμβάνονται υπόψη δύο ταυτόχρονα κριτήρια, τα οποία, συνήθως, συμπίπτουν. Αυτά είναι ο χρόνος παραμονής και η θέση στην ιεραρχία. Σε κάθε στάδιο αντιστοιχεί και διαφορετικό επίπεδο

1. προσωπικής ευθύνης: τι κάνω με τα θέματα που με αφορούν ως πρόσωπο και
2. κοινωνικής ευθύνης: τι κάνω με τα θέματα που προκύπτουν από τη σχέση μου με τους άλλους (Kennard, 1983 Sugarman, 1986).

Η επιρροή που ασκεί η ομάδα ομότιμων διαμέσου μίας μεγάλης ποικιλίας ομαδικών διαδικασιών, υποστηρίζει το άτομο να διερευνήσει και να εκφράσει

τα συναισθήματα του, να αφομοιώσει κοινωνικούς κανόνες και να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες. Η ουσιαστική διαφορά της Θεραπευτικής κοινότητας από τις υπόλοιπες Θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ακριβώς η χρήση της έννοιας της κοινότητας, του «μαζί», ως μεθόδου απεξάρτησης. Σε αυτό το πλαίσιο το Θεραπευτικό προσωπικό αλληλεπιδρά με τα μέλη σε Θεραπεία. Η σχέση που αναδύεται από την αλληλεπίδραση θεωρείται κατεξοχήν Θεραπευτική. Επιτρέπει στους Θεραπευμένους να εξερευνήσουν και να αλλάξουν στάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές προερχόμενες από την κατάχρηση των ψυχοτρόπων ουσιών (Brook και Whiteman, 1989; De Leon, 1997·1994).

Επίσης, πέρα από τον σχεσιακό ιστό μεταξύ των εμπλεκομένων στην Θεραπευτική κοινότητα, δύο ακόμα σημαντικοί παράγοντες αλλαγής απορρέουν από τις έννοιες της αυτό-βοήθειας και της αλληλοβοήθειας. Η πρώτη σημαίνει ότι το άτομο έχει την ευθύνη της αλλαγής του ενώ η δεύτερη ότι ευθύνη για την ατομική αλλαγή των μελών της φέρει και η ομάδα των ομότιμων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το Θεραπευτικό προσωπικό έχει εποπτικό και συντονιστικό ρόλο στις ομάδες Θεραπείας και εργασίας αντίστοιχα, με αναλογία προσωπικού Θεραπευομένων 1:10 (De Leon, 2000).

Σημειώνεται τέλος, ότι η Θεραπευτική κοινότητα υποδέχεται από την μία μεριά εξαρτημένους που έχουν μία ιστορία κοινωνικής λειτουργικότητας (εκπαίδευση, εργασία, οικογενειακές σχέσεις κ.α.). Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται να επανεπιδεκτούνται, να επουλώνουν τις σχέσεις που έχουν διαρραγεί κατά την διάρκεια της διαδρομής τους από την χρήση στην εξάρτηση. Από την άλλη, εξαρτημένους που δεν έχουν διαμορφώσει ένα λειτουργικό τρόπο ζωής (κακοποίηση στην παιδική ηλικία, ελλιπής εκπαίδευση, παραβατική συμπεριφορά, φυλάκιση κ.α.). Για αυτούς η κοινότητα

αποτελεί κατά κάποιο τρόπο χώρο ενηλικίωσης και εκπαίδευσης σε ένα νέο τρόπο ζωής, ώστε να ενταχθούν στην περιβάλλουσα κοινωνία. (Hubbard., 1989; Gerstein και Harwood, 1990)

Οι δύο θεωρήσεις φαίνεται να διαφέρουν στα εξής σημεία. Η πρώτη εισηγείται μια, μάλλον, μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή για τον ασθενή-εξαρτημένο. Η δεύτερη συνδέεται με μια ενσυνείδητη αναγνώριση της συμπεριφοράς κατάχρησης και την αντιμετώπισή της. Επίσης, διαφοροποιούνται στον τρόπο με τον οποίο συγκροτούν την κλινική πρακτική και την οργάνωση των θεραπευτικών στόχων, στα πεδία κοινού ενδιαφέροντος, τα οποία είναι τα εξής :

Καταρχήν, για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, που αντιμετωπίζουν την προβληματική χρήση και την εξάρτηση, ένας κοινός μείζων στόχος είναι η μείωση ή και η αποχή από την χρήση ψυχοδραστικών απαγορευμένων ουσιών. Ένας κοινός δεύτερος στόχος αφορά τη μείωση των κινδύνων που απορρέουν από τη χρήση και αφορούν την υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ενεργοποίηση των προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, ένας τρίτος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που συνδέουν την χρήση και κατάχρηση ουσιών με αντικοινωνική συμπεριφορά η οποία επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό, εγκλεισμό και απομόνωση (Πουλόπουλος, 2005).

Η έρευνα άλλωστε αποδεικνύει ότι η μείωση του συνόλου των επιπτώσεων από την κατάχρηση ουσιών, ανεξάρτητα από την προσέγγιση, είναι πολύ μεγαλύτερη για όσους συμμετέχουν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση από όσους δεν συμμετέχουν (McLellan et al, 2000· McLellan, 2002).

1.4. Η έννοια της υποτροπής στις εξαρτήσεις

1.4.1. Οι σημασιοδοτήσεις της υποτροπής

Η υποτροπή ως φαινόμενο εντοπίζεται στην ιατρική και στις εξαρτήσεις. Κάτω από αυτή την έννοια συμπεριλαμβάνεται κάθε ημιτελής προσπάθεια αλλαγής της ανθρώπινης δράσης, εκούσια ή ακούσια. Οι Polivy και Herman (2002), στο άρθρο τους για τον ψυχολογικό μηχανισμό διάψευσης των προσδοκιών (*false hope syndrome*) σημειώνουν μεταξύ άλλων : «Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσπαθούν να αλλάξουν κάποια συμπεριφορά τους βιώνουν την εμπειρία της παροδικής ή παρατεταμένης υποτροπής και συχνά την μετασχηματίζουν σε πλήρη υποτροπή» (ο.π., 2002, p.677).

Η πολλαπλότητα των καταστάσεων που περιγράφει η ίδια η λέξη υποτροπή αντανακλάται και στις σημασίες οι οποίες τις αποδίδονται. Στον Όμηρο και τον Πλούταρχο συνδέεται, για παράδειγμα, με τον πόλεμο. Υπότροπος είναι αυτός που επιστρέφει από το πεδίο της μάχης, στον οικείο του χώρο, στο σπίτι του (βλ. Lidley-Scott in www.perseus.tufts). Στη συνέχεια, είναι τουλάχιστον ενδιαφέρουσα η ανασηματοδότηση της λέξης υπό το βάρος της ιατρικής και της νομικής επιστήμης. Στην πρώτη περίπτωση υποτροπή σημαίνει την επιστροφή των συμπτωμάτων μίας ασθένειας, αφού έχει προηγηθεί μία περίοδος βελτίωσης. Στη δεύτερη περιγράφει το άτομο το οποίο παραβιάζει συστηματικά τον νόμο, σε τακτά χρονικά διαστήματα, «ο καθ' ἑξιν και καθ' εξακολουούθηση» υπότροπος. Στα επάλληλα στρώματα των σημασιών που καλύπτουν την λέξη υποτροπή, μπορεί να προστεθεί και η θεολογική της διάσταση όπως προκύπτει από την η γαλλική απόδοση της : *la rechute*. Αφού, το δεύτερο συνθετικό της που σημαίνει πτώση (γραμμένο με

κεφαλαία και άρθρο *La Chute*), σημαίνει την στιγμή της έκπτωσης του Ανθρώπου από τον Παράδεισο.

Κατ' επέκταση, στην καθημερινότητα είναι μία λέξη με μάλλον αρνητική σημασία. Η μεταφορική χρήση της επισημαίνει το τέλος μίας προσπάθειας που καταβάλλει το άτομο για αλλαγή και την επιστροφή του στην κατάσταση εκείνη την οποία το άτομο προσπαθεί, ακριβώς, να υπερβεί.

Στην έρευνα των εξαρτήσεων και δη από τα οπιούχα δεν καταγράφεται κάτι σχετικό με την υποτροπή πριν από το 1900. Αυτό, είναι επόμενο στο βαθμό που, αν και η χρήση των οπιούχων ουσιών είναι γνωστή από το 4000 π.Χ. (Lindesmith, 1965, p.207, Ray, 1978, p.300), η εξάρτηση από αυτές δεν έχει ακόμα διαγνωσθεί και κατηγοριοποιηθεί από την ιατρική κοινότητα (Duster, 1970, p.13, Szasz, 1974, p.6).

Βεβαίως, η τέχνη, και ειδικότερα η λογοτεχνία, προηγείται. Στις «Εξομολογήσεις Ενός Άγγλου Οπιομανούς», πρώτη έκδοση το 1821, ο De Quinsey (1987) για πρώτη φορά, περιγράφει την εμπειρία του από την ανεξέλεγκτη, συνεχή χρήση του οπίου. Ο ίδιος έχει πολλές περιόδους αποχής και συνακόλουθων υποτροπών. «Είναι αλήθεια», γράφει, « πως για δέκα περίπου χρόνια έπαιρνα όπιο ευκαιριακά, απλώς για την έντονη απόλαυση που μου έδινε: αλλά όλο αυτόν τον καιρό που το έπαιρνα (...), ήταν αναγκαίο να μεσολαβούν μεγάλα χρονικά διαστήματα παύσης, έτσι ώστε οι απολαυστικές αισθήσεις να μπορούν να ανανεώνονται (...). Όταν άρχισα πια να χρησιμοποιώ το όπιο, σαν ένα αντικείμενο καθημερινής τροφής, ήταν όχι με σκοπό την απόλαυση, αλλά για να μετριάσω τον πόνο». (De Quinsey, 1987, σ.19-20). Όταν ξαναγράφει τις Εξομολογήσεις του για τελευταία φορά είναι 71 χρονών, έχει αγωνισθεί ανεπιτυχώς με την «συνήθεια του λαβδάνου» για 52

χρόνια. Τον αγώνα αυτό αποτυπώνει το 1927 ο Βουλγακον (1993) όταν καταγράφει το βίωμα της εξάρτησης και της υποτροπής στην μορφίνη, ενός ανθρώπου που επιθυμεί να ξεχάσει, να δραπετεύσει από την πραγματικότητα. «...ένα κύμα ψύχους διαπερνά την κοιλότητα του στομάχου και οι σκέψεις αποκτούν ασυνήθιστη διαύγεια, η ικανότητα εργασίας μοιάζει να δεκαπλασιάζεται. Όλες ανεξαιρέτως οι δυσάρεστες αισθήσεις εξαφανίζονται. Ο άνθρωπος αγγίζει το απόγειο της πνευματικής του δύναμης» (ο.π., σ.47), όμως, «...ο αργός θάνατος κυριεύει τον μορφινομανή όταν στερηθεί για μία δύο ώρες τη ναρκωτική ουσία (ο.π., σ. 59), «Μπορεί η προσωπικότητα μου να αποσυντίθεται αλλά, όμως κάνω προσπάθειες να περιορίσω τη δόση μου» (ο.π., σ.67) «Όταν δεν παίρνω μορφίνη, φοβάμαι τους οξείς ήχους, τα ανθρώπινα πλάσματα μου είναι μισητά. Μου προκαλούν φόβο. Σε περίοδο ευφορίας αγαπώ όλο τον κόσμο, αλλά προτιμώ να μένω μόνος» (ο.π.,σ.72)

Τον ίδιο χρόνο ο Kolb (1927) διατυπώνει, με επιστημονικά αποδεκτούς όρους, την εμπειρία της υποτροπής στην εξάρτηση από τα οπιούχα, επισημαίνοντας τρεις δέσμες αιτιολογικών παραγόντων :

1. τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν το άτομο ευάλωτο καταρχήν στην χρήση και την εξάρτηση και στην συνέχεια στην υποτροπή μετά από μία περίοδο αποχής
2. τους φυσιολογικούς, ο Kolb θεωρεί ότι η σωματική εξάρτηση, αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα όσο περισσότερο χρόνο εκτίθεται το άτομο στη χρήση και
3. τους γνωσιο-συμπεριφοριστικούς παράγοντες. Εδώ κατατάσσει τους μνημονικούς συνειρμούς και την συνήθεια. Η επαναλαμβανόμενη ανακούφιση από την χρήση του οπιούχου υποστηρίζει ότι διαμορφώνει ένα ισχυρό σύνδεσμο μεταξύ της σωματικής, συναισθηματικής και διανοητικής εκτόνωσης του άγχους και της λήψης της ουσίας.

Οι κατευθύνσεις αυτές διατρέχουν με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο μέχρι σήμερα την έρευνα που ασχολείται με το «φάντασμα που αφήνει πίσω του το νεκρό ναρκωτικό, και σε ορισμένες ώρες στοιχειώνει το σπίτι» (Cocteau, χχχ, σ.74), την υποτροπή.

Οι προτάσεις του Kolb, σε συνδυασμό με τα «κρίσιμα θέματα» (Donovan, 1996, p.30) που χαρακτηρίζουν την σύγχρονη έρευνα για την υποτροπή, οριοθετούν το πεδίο της τελευταίας. Τα σημαντικά αυτά ζητήματα είναι κυρίως τρία (Einstein 1994, Festinger et al., 2001,) :

1. Τι ορίζεται ως υποτροπή στις εξαρτήσεις ;
2. Πως εξηγείται το φαινόμενο της υποτροπής ; μέσω ενός παράγοντα, μέσω περισσότερων του ενός ή μέσω μίας δέσμης αλληλοεξαρτώμενων παραγόντων; και
3. Τι είδους στοιχεία συλλέγονται για την υλοποίηση των ερευνών αναδρομικά (μετά την υποτροπή), προβολικά (πριν την υποτροπή) ή πραγματικού χρόνου (την ίδια την στιγμή που συμβαίνει η υποτροπή) ;

Μέχρις εδώ, καταγράφεται το περίγραμμα, η εξωτερική όψη της τρέχουσας έρευνας για την υποτροπή. Στην συνέχεια παρουσιάζεται η εσωτερική της όψη, τα συστατικά στοιχεία του πλαισίου της καθώς και οι σχέσεις που διέπουν τα στοιχεία αυτά.

1.4.2. Οι ορισμοί της υποτροπής

Η διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για την υποτροπή αποτελεί ένα από τα άλυτα προβλήματα της θεωρίας, της θεραπείας και της έρευνας των εξαρτήσεων (Maisto et al., 2003, Maisto & Connors 2006 ; McKay, 2006). Ο δισεπίλυτος χαρακτήρας του προβλήματος οφείλεται στις

διαστάσεις που χρειάζεται να εμπεριέχει ένας ορισμός για την υποτροπή στις εξαρτήσεις από τις ψυχότροπες ουσίες. Αυτές είναι τουλάχιστον δύο :

Η πρώτη αφορά την συχνότητα και την ουσία που επιλέγει το άτομο να χρησιμοποιήσει μετά από μία περίοδο αποχής. Το άτομο, δηλαδή, μετά την διακοπή της θεραπείας του επιλέγει την ίδια ουσία κατάχρησης η διαφορετική ; κάνει χρήση μίας μόνο ουσίας ή πολλών ; πόσες φορές κάνει χρήση μετά την διακοπή του ; με τι συχνότητα, καθημερινά ; υποκαθιστά την προθεραπευτική του συμπεριφορά με άλλη εξίσου εξαρτητική συμπεριφορά ; το πρότυπο χρήσης που ακολουθεί το άτομο τώρα διαφέρει από εκείνο που ακολουθούσε πριν την θεραπεία του ;

Οι απαντήσεις που δίνονται κάθε φορά καθορίζουν την δεύτερη διάσταση, η οποία σχετίζεται με την θεραπεία και την έρευνα αξιολόγησης του αποτελέσματος. Ποια είναι η κατάλληλη θεραπεία σε κάθε περίπτωση ; ποιά συμπεριφορά καταγράφεται ως υποτροπή;

Αν στα προηγούμενα συνυπολογισθεί η εννοιολογική και μεθοδολογική διχογνωμία για το αν η υποτροπή αποτελεί *διακριτό γεγονός* η *διαδικασία*, με όλες τις επιπτώσεις τις οποίες επιφέρει η επιλογή της μίας η της άλλης άποψης, τότε καθίσταται, μάλλον, προφανής η δυσκολία διατύπωσης ενός ορισμού για την υποτροπή. Επομένως είναι αναμενόμενο οι προτεινόμενοι ορισμοί να καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο.

Στο ένα άκρο του βρίσκεται η, μάλλον, εξεζητημένη άποψη που εκφράζει ο Miller (1996, p.15) ο οποίος - όπως και ο Edwards (1987) - επισημαίνει τις ιατρικές συνηχίες που εμπεριέχονται στην στον όρο υποτροπή. Προτείνει την αποσύνδεση του φαινομένου στην περίπτωση των εξαρτήσεων από την ιατρική επιστήμη και υποστηρίζει ότι η υποτροπή

αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της αλλαγής. Οι απόψεις αυτές έχουν υποστηρικτές σε όλες σχεδόν τις εκφάνσεις της έρευνας για την υποτροπή (βλ. ενδεικτικά Marlatt 1987 Maisto & Connors 2006, κ.α). Η διαφοροποίηση όμως του Miller έγκειται στο γεγονός ότι, τελικώς, εισηγείται την εγκατάλειψη του όρου υποτροπή διότι « αποτελεί αυθαίρετη κρίση, η οποία επιβάλλεται στην ροή της συμπεριφοράς αποδίδοντας της αρνητικές σημασιοδοτήσεις » με αυτό τον τρόπο « χαρακτηρίζεται εμμέσως ως παθολογικό ό,τι είναι στην πραγματικότητα ένα μάλλον συνηθισμένο γεγονός στην διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς και προωθείται ταυτόχρονα μία μη-ρεαλιστική και ανακριβής αντίληψη σχετικά με το αν έχει επιτευχθεί αλλαγή της συμπεριφοράς σε βάθος χρόνου » (Miller, ο.π., p.15).

Στο άλλο άκρο του φάσματος βρίσκονται μελετητές οι οποίοι εκτιμούν ότι υπάρχει συναίνεση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τις θεωρητικές προσεγγίσεις της υποτροπής (Chung et. al 2006). Αυτοί, εντοπίζουν το πρόβλημα στην διατύπωση ορισμών κατάλληλων για την διεξαγωγή ερευνών. Αναζητούν, επομένως, ορισμούς οι οποίοι να αποτυπώνουν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα, όπως επισημαίνουν, του φαινομένου της υποτροπής.

Ένα παράδειγμα αποτελούν οι Simpson et al (1986), επικεφαλής της έρευνας DARF (Drug Abuse Reporting Program), της μεγαλύτερης έρευνας που υλοποιήθηκε ποτέ σε πληθυσμό αποκλειστικά χρηστών οπιοειδών με δείγμα 44.000 άτομα, από όλη την αμερικανική επικράτεια για τα οποία συλλέχθηκαν λεπτομερή στοιχεία από τα 52 θεραπευτικά ιδρύματα στα οποία εισήχθησαν, στην διάρκεια των ετών 1969 - 1974. Στην περίπτωση αυτή η υποτροπή ορίζεται ως «η επιστροφή στις επακόλουθες συνέπειες της καθημερινής χρήσης οπιοειδών, μετά από μία περίοδο αποχής από την καθημερινή χρήση αυτών» (Simpson et al , 1986, p.86). Καταλήγει δε ότι :

- Η υποτροπή είναι πιθανό αλλά όχι βέβαιο γεγονός
- Πολλαπλά επεισόδια αποχής - υποτροπής χαρακτηρίζουν την πορεία μεγάλου αριθμού χρηστών
- Όσο αυξάνει ο χρόνος της αποχής τόσο αυξάνεται η αντίσταση στην υποτροπή (ο.π., 1986, p.100)

Αντίστοιχα, οι Hubbard et al. (2001), χρησιμοποιώντας στοιχεία από τις έρευνες TOPS (Treatment Prospective Study) με δείγμα 9.899 άτομα και DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) με δείγμα 10.000 άτομα, διερευνά τις διαφορές που παρουσιάζουν στην υποτροπή τους οι χρήστες κοκαΐνης σε σύγκριση με τους χρήστες ηρωίνης. Λαμβάνοντας υπόψη τους ότι :

- η κατανόηση της υποτροπής, που αφορά την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, περιπλέκεται από τους ποικίλους τρόπους με τους οποίους οι χρήστες ουσιών χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα νόμιμων και παράνομων ουσιών (Craddock et al.1985) και
- στοιχεία σχετικά με τα κυρίαρχα πρότυπα χρήσης στην Αμερική. Π.χ. η χρήση ηρωίνης ήταν διαδεδομένη τις δεκαετίες του 1970 και του 1980 ενώ τις επόμενες παρατηρείται μία στροφή προς την κοκαΐνη (Hubbard et al. 1985, Craddock et al.1997),

ορίζουν την υποτροπή ως : *«την μεταθεραπευτική εμφάνιση του προθεραπευτικού τρόπου χρήσης των ουσιών η την ανάπτυξη νέων τρόπων χρήσης»* (Hubbard et al. 2001; p.111). Καταλήγει, δε, στο συμπέρασμα ότι οι χρήστες ηρωίνης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής σε σχέση με τους χρήστες κοκαΐνης.

Μεταξύ των δύο προηγούμενων προσεγγίσεων τοποθετείται η άποψη που διατυπώνει ο Brownell (1986 et al., p.765 - 768). Αυτός μεταφέρει το

σημείο εστίασης στην μορφή με την οποία γίνεται αντιληπτή η υποτροπή παρατηρώντας ότι ο ορισμός που δίνεται κάθε φορά στο φαινόμενο της υποτροπής έχει να κάνει με πως αυτή γίνεται αντιληπτή. Θεωρείται, επομένως, ότι είναι ένα αποτέλεσμα ή μία διαδικασία.

Στην πρώτη περίπτωση, κυριαρχεί μία δυαδική, ιατροκεντρική λογική (Jellinek 1960). Ένα άτομο είναι ή δεν είναι χρήστης αν κάνει ή δεν κάνει χρήση. Έστω και μία φορά είναι αρκετή για να αξιολογηθεί η θεραπεία του ως ανεπιτυχής και ο ίδιος να κατηγοριοποιηθεί ξανά ως χρήστης, με όλες τις συνέπειες που αυτή η πρακτική ενέχει τόσο για την θεραπεία όσο και για την έρευνα.

Στην δεύτερη περίπτωση, κυριαρχεί η κυκλική λογική των μοντέλων που μελετούν την διαδικασία της αλλαγής (DiClemente & Prochaska, 1982; Horn, 1976; Marlatt & Gordon, 1985; Prochaska, 1979; Prochaska & DiClemente, 1982, 1983, 1984; Rosen & Shipley, 1983). Η χρήση για 1-2 φορές ορίζεται ως ολίσθημα (lapse) και δεν στοιχειοθετεί αποτυχία της θεραπείας, καθώς δεν είναι προβλέψιμο αν ο άνθρωπος που ολισθαίνει θα επιστρέψει στην θεραπεία (prolapse) ή θα ανοίξει ένα νέο κύκλο χρήσης (relapse). Εξαρτάται από την νοηματοδότηση που θα κάνει αυτός ο ίδιος στο ολίσθημά του. Η υποτροπή, επομένως, αποτελεί μέρος της διαδικασίας αλλαγής, έστω και αν συνδέεται με την διατάραξή της.

Η δημοσίευση ωστόσο του άρθρου του Brownell (1986) εκτός των άλλων, σηματοδοτεί και την εμφάνιση ενός νέου επιστημονικού παραδείγματος στον χώρο της υποτροπής. Την δεκαετία του 1960, η επικρατούσα άποψη για την κατάχρηση των ουσιών στηρίζεται στο ιατροκεντρικό μοντέλο του Jellinek (1960). Σύμφωνα με αυτό, η εξάρτηση, στην προκειμένη περίπτωση

από το αλκοόλ, είναι ασθένεια με διακριτά στάδια. Η υποτροπή είναι αποτέλεσμα της σφοδρής επιθυμίας (craving) που διακατέχει το άτομο για την ουσία. Η επιθυμία του αυτή, τον οδηγεί ξανά στην χρήση της ουσίας εξάρτησης, χάνει στο επίπεδο της φυσιολογίας του τον έλεγχο (loss of control) και επιστρέφει στο προγενέστερο επίπεδο κατάχρησης της ουσίας. Στην κλινική της εφαρμογή η πρόταση αυτή αναγνωρίζει μόνο δύο καταστάσεις είτε την αποχή (abstinence) είτε την υποτροπή. Σημειώνεται ότι για την μελέτη του ο Jellinek χρησιμοποιεί στοιχεία από ένα δείγμα Ανώνυμων Αλκοολικών, μίας οργάνωσης αυτο-θεραπείας η οποία μέχρι σήμερα διατηρεί την ίδια άποψη.

Στα μέσα κυρίως της δεκαετίας του 1970, οι ερευνητές στον χώρο των εξαρτήσεων στρέφονται προς την άποψη ότι η υποτροπή είναι **διαδικασία** και μελετούν την αλληλεπίδραση μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση του φαινομένου της μεταθεραπευτικής υποτροπής στις εξαρτήσεις (Litman et al., 1983; Ludwig & Wikier 1974; Marlatt 1978; Marlatt & Gordon 1985; Shiffman 1989). Η αλλαγή αυτή, πιθανώς, σχετίζεται και με την δημοσίευση των στατιστικών καμπύλων της υποτροπής και των συζητήσεων που προκαλούν οι ερμηνείες που επιχειρούνται (Hunt et al., 1971; Hunt & Matarazzo, 1973). Χαρακτηριστικά, ο Hunt και οι συνεργάτες του (1971) μελετώντας την χρονική στιγμή που συμβαίνει η υποτροπή σε τρεις μορφές εξάρτησης : το κάπνισμα, το αλκοόλ και την ηρωίνη, παρατηρούν και στις τρεις ότι α) το ποσοστό των υποτροπών κυμαίνεται μεταξύ 50% έως 90% και β) το μεγαλύτερο ποσοστό των υποτροπών συμβαίνει το πρώτο τρίμηνο, του πρώτου χρόνου μετά το πέρας της θεραπείας. Δύο τουλάχιστον υποθέσεις προκύπτουν :

1. Με την παρέλευση του πρώτου τριμήνου της μεταθεραπευτικής φάσης το άτομο βρίσκεται σε ένα ασφαλές πλέον σημείο;
2. Υπάρχει ένα κοινό αναπτυξιακό μοντέλο το οποίο περιγράφει τις εξαρτήσεις ;

Η έρευνα σχετικά με την πρώτη υπόθεση καταδεικνύει ότι δεν υπάρχει ασφαλές σημείο. Η διαδρομή που ακολουθεί κάθε άτομο είναι ξεχωριστή (Lichtenstein & Rodrigues, 1977; Wilson & Brownell, 1980). Η αντίστοιχη έρευνα για την δεύτερη υπόθεση επισημαίνει ότι παρά τις ομοιότητες που καταγράφονται μεταξύ των διαφόρων μορφών εξάρτησης με την μορφή διαγραμμάτων, μία στατιστική καμπύλη απαντά στο ερώτημα :

Πως μία *ομάδα* ατόμων αλλάζει την συμπεριφορά της ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την θεραπεία. Δεν απαντά όμως στο

Πως το *άτομο*, αλλάζει την συμπεριφορά ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την θεραπεία του (Sutton, 1979; Elandt-Johnson & Johnson, 1980; Marlatt & Gordon, 1985; Schachter, 1982).

Συνδυάζοντας, τα προηγούμενα οι ερευνητές μέχρι σήμερα επιδιώκουν να εντοπίσουν τον παράγοντα ή τους παράγοντες που φαίνεται να διέπουν την υποτροπή στις εξαρτήσεις. Συνέπεια της αναζήτησης αυτής είναι η πολυμορφία που παρουσιάζει η ερευνητική προσπάθεια στον τομέα αυτό.

Συμπεράσματα Πρώτου Κεφαλαίου

Το παρόν κεφάλαιο θέτει τα όρια του ερευνητικού πεδίου, εντός του οποίου αναπτύσσεται η παρούσα μελέτη. Σκοπός του, επίσης, είναι η συνοπτική, για λόγους οικονομίας του κειμένου, επισήμανση των επιμέρους θεωρητικών προσεγγίσεων καθώς και οι συνακόλουθες ερευνητικές και θεραπευτικές πρακτικές.

Τα οπιούχα, στα οποία περιλαμβάνεται και η ηρωίνη, έχουν μία τόσο παλαιά ιστορία όσο και το αλκοόλ. Τα στοιχεία που καταγράφονται αποτυπώνουν, εν περιλήψει, τις ιστορικές και πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες κατασκευάζονται οι αντιλήψεις για τα οπιοειδή. Δύο, τουλάχιστον, στοιχεία αξίζει να υπογραμμισθούν, αφού μοιάζει να παραμένουν σχετικά σταθερά στο χρόνο. Πρώτον, ότι αποτελούν τα ισχυρότερα αναλγητικά και δεύτερον, ότι συνιστούν το μέτρο σύγκρισης για τις υπόλοιπες παράνομες ψυχότροπες ουσίες.

Επίσης, ο ορισμός της εξάρτησης αποτελεί μία ανοικτή συζήτηση. Η παρούσα εργασία υιοθετεί την κοινώς αποδεκτή πρόταση, όπως αυτή καταγράφεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) στην πρόσφατη, ανανεωμένη έκδοση του (*DSM-IV-TR*).

Άλλωστε, οι επιμέρους προσεγγίσεις της εξάρτησης όπως η ιατροκεντρική και η ψυχοκοινωνική απηχούν διαφορετικές όψεις της ίδιας πραγματικότητας. Κατ' αναλογία, το ίδιο παρατηρείται και στις ερευνητικές επιλογές της καθεμίας από τις δύο προηγούμενες. Όμως, το σύνολο των ερευνών, τελικώς, φαίνεται να ενισχύει την άποψη ότι η εξάρτηση αποτελεί

πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Δηλαδή, οι παράγοντες που συμμετέχουν (βιολογικοί, γενετικοί, ψυχιατρικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την εμφάνιση της εξάρτησης και κατά συνέπεια η επιλεκτική μελέτη τους οδηγεί σε αποσπασματικά συμπεράσματα.

Επιπλέον, περιγράφονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την εξάρτηση οι οποίες μετουσιώνονται σε προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Παρά τις διαφορές τους στην κλινική πρακτική που ακολουθούν, οι κύριοι θεραπευτικοί τους στόχοι παραμένουν ίδιοι. Εξάλλου, η πρόγνωση για όσους συμμετέχουν σε οποιαδήποτε παρέμβαση απεξάρτησης είναι καλύτερη από όσους δεν συμμετέχουν σε καμία.

Η έννοια της υποτροπής, από την άλλη, αν και συνδέεται με τις εξαρτήσεις και την ασθένεια, μπορεί να συμπεριλάβει κάθε ημιτελή προσπάθεια αλλαγής της ανθρώπινης δράσης, εκούσια ή ακούσια. Επομένως, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σημασιών και ορισμών οι οποίες μπορούν να της αποδοθούν, τόσο εκτός αλλά κυρίως εντός του ερευνητικού πεδίου των εξαρτήσεων από τις ψυχότροπες ουσίες. Με αφορμή την τελευταία παρατήρηση η παρούσα μελέτη:

1. αποδέχεται την αντίληψη ότι η υποτροπή δεν συνιστά μόνο ένα απομονωμένο γεγονός αλλά και μία διαδικασία, αφού αποτελεί συστατικό μέρος μίας «δυναμικής» το οποίο συμπεριλαμβάνει τόσο την διαδικασία της εξάρτησης όσο και αυτήν της απεξάρτησης
2. υιοθετεί τον ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η υποτροπή «λαμβάνει χώρο» μετά το πέρας της θεραπείας ως επιστροφή σε προηγούμενη

προβληματική συμπεριφορά ενώ η εκτροπή ή διολίσθηση αφορά 1-2 φορές
χρήσης

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται ομαδοποιημένες, κυρίως οι πλέον πρόσφατες έρευνες, που διερευνούν την διαδικασία της υποτροπής, ανάλογα του παράγοντα που θεωρείται, κάθε φορά, ως ο κατεξοχήν επεξηγηματικός του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1.Οι παράγοντες της υποτροπής (triggers)

2.1.1. Η συναισθηματική κατάσταση (Affective State)

Μεγάλος αριθμός μελετών αναφέρεται στην στενή σχέση μεταξύ της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης και της υποτροπής στις εξαρτήσεις και, ειδικότερα, σε όσες αφορούν τις ψυχοτρόπες ουσίες (Litman et al, 1983, Brandon, Tiffany ; Litt et al 2003, Brandon, Tiffany, Obremski, Baker, 1990 ; Hodgins, el Gueblay & Armstrong, 1995 ; Shiffman et al, 1996 ; Cooney et al, 1997). Ο Baker (2004) και άλλοι προτείνουν ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο:

- ✓ Αν μετά από την χρήση μίας ουσίας το άτομο βιώνει μία θετική συναισθηματική κατάσταση, ενισχύεται θετικά ώστε να αναζητήσει το ίδιο ευφορικό αποτέλεσμα και στο μέλλον, μέσω πάντα της ουσίας
- ✓ Οι ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, επίσης, για να βελτιώσουν μία αρνητική συναισθηματική κατάσταση (π.χ. στερητικό σύνδρομο), στην προκειμένη όμως περίπτωση, το άτομο ενισχύεται αρνητικά σε ότι έχει να κάνει με την συμπεριφορά του που αφορά την χρήση ουσιών.

(Khantzian, 1974; Tennen et al, 2000, Piasecki et al, 2003; Measelle et al, 2006, Kassel et al., 2003).

Σε ενίσχυση του προηγούμενου μοντέλου, αναφέρεται η έρευνα σε δείγμα χρηστών κοκαΐνης οι οποίοι αναφέρουν ότι την ημέρα της υποτροπής τους βίωσαν μοναξιά (62.1%), κατάθλιψη (55,8%), ένταση (55,8%) και θυμό (40%) ενώ ένα μικρότερο ποσοστό του δείγματος αναφέρει ότι βίωσε εξαιρετικά καλά συναισθήματα (37,9%) και εξαιρετική εγρήγορση (33,7%)

(McKay et al., 1995). Επίσης, μια σειρά ερευνών αναφέρουν ανάλογα αποτελέσματα αλλά για διαφορετικούς πληθυσμούς χρηστών - καπνιστές, αλκοολικούς, χρήστες ηρωίνης - (Shiffman, 1982; Ossip-Klein, Shapiro, and Stiggens 1984 ; Mermelstein, Cohen, and Lichtenstein 1983; Pomerleau et al. 1978; Abrams et al. 1986 Mermelstein and Lichtenstein 1983 Cyders et al., 2007; Cyders & Smith, 2008).

Τέσσερις παρατηρήσεις οι οποίες προκύπτουν από ισάριθμες έρευνες θεωρείται σημαντικό να καταγραφούν :

1. Τόσο αρνητική όσο και η θετική συναισθηματική κατάσταση συνδέεται με την υποτροπή, ωστόσο η αρνητική σχετίζεται με μάλλον «βαριά» χρήση από την άποψη της ποσότητας, ενώ η θετική με μάλλον ελαφρύτερη. Το άτομο καταναλώνει μικρότερη ποσότητα από την κύρια ουσία κατάχρησης (Hodgins, el Gueblay & Armstrong, 1995)
2. Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση σχετίζεται περισσότερο με την υποτροπή ενώ η θετική μάλλον με το ολίσθημα (Brownell 1986; Hodgins, el Gueblay & Armstrong ο.π)
3. Τα ολισθήματα που συσχετίζονται με θετική συναισθηματική κατάσταση έχουν περισσότερες πιθανότητες να μην εξελιχθούν σε υποτροπή (Borland 1990, Lowman et al., 1996, Currie et al., 2004)
4. Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση αυξάνει τις πιθανότητες το ολίσθημα να μετασχηματιστεί σε υποτροπή (Mermelstein & Lichtenstein 1983, Lowman et al., 1996, Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Τέλος, μία συνολική μελέτη της σχέσης μεταξύ του συναισθήματος και της χρήσης ουσιών αποτελεί το πρόσφατο έργο του Kassel (2010) εντός οποίου

εμπεριέχεται και η ειδικότερη αναλυτική έρευνα της Witkiewitz, για την σχέση μεταξύ του συναισθήματος και της υποτροπής (ο.π., pp. 171-187)

2.1.2. Δεξιότητες διαχείρισης καταστάσεων (coping)

Διαχείριση (coping) είναι η γνωσιακή ή συμπεριφορική στρατηγική που ακολουθεί ένα άτομο ώστε είτε για να μειώσει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει είτε για να αυξήσει την επιβράβευση του σε μία δεδομένη κατάσταση (Lazarus, 1966).

Ο Shiffman (1984) σε δείγμα καπνιστών μετά την θεραπεία τους διαπιστώνει ότι τα άτομα που διαθέτουν ανάλογες δεξιότητες διαχείρισης έχουν μικρότερα ποσοστά υποτροπών σε σχέση με αυτούς που δεν τις διαθέτουν. Υπογραμμίζει επίσης, ότι και οι δύο στρατηγικές είναι εξίσου αποτελεσματικές. Ο Chung και οι συνεργάτες του (2001) σε δείγμα αλκοολικών, 12 μήνες μετά την θεραπεία τους, παρατηρεί ότι τα άτομα που εφαρμόζουν στρατηγικές διαχείρισης της συμπεριφοράς (π.χ. διαλογισμός, αναπνευστικές ασκήσεις) αντιμετωπίζουν λιγότερα σωματικά, διαπροσωπικά και ψυχολογικά προβλήματα, και έχουν χαμηλότερα ποσοστά υποτροπών. Ο Gossop και οι συνεργάτες του (2002) σε δείγμα χρηστών ηρωίνης που έχουν ολοκληρώσει την θεραπεία τους, καταγράφουν ότι τα ποσοστά των υποτροπών είναι μικρότερα μεταξύ αυτών που χρησιμοποιούν γνωσιακές στρατηγικές σε σχέση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούν.

Επίσης, οι Litt et al (2003) μελετώντας δείγμα αλκοολικών σε θεραπεία, διαπιστώνουν ότι η διαχείριση καταστάσεων και η αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy), ανεξάρτητα η μία από την άλλη,

συνιστούν παράγοντες θετικής πρόγνωσης σχετικά με την απεξάρτηση ενός ατόμου. Ταυτόχρονα, σημειώνει ότι όσο περισσότερο ένα άτομο είναι έτοιμο και διαθέσιμο να αλλάξει την συμπεριφορά του (*readiness to change*), τόσο συστηματικότερα προσφεύγει σε στρατηγικές διαχείρισης.

Τέλος, οι πιο πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δεξιοτήτων διαχείρισης και του θεραπευτικού αποτελέσματος, στην θεραπεία των εξαρτήσεων (Carels et al., 2004.), καθώς επίσης ότι η αποκλειστική χρήση μίας μόνο στρατηγικής π.χ. της αποφυγής, σε όλες τις καταστάσεις συνδέεται, μάλλον, με αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Maisto et al., 2006, O'Connell et al, 2007, Fiore et al., 2008).

2.1.3. Η αυτο-αποτελεσματικότητα (*self-efficacy*)

Κατά πόσο, ένα άτομο αισθάνεται ασφαλές και ικανό να επιδείξει μία συμπεριφορά του σε ένα δεδομένο περιβάλλον είναι ο ορισμός της αυτο-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1997). Ο υψηλός βαθμός αυτής, εκτιμάται ότι συνιστά θετικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της θεραπείας στην περίπτωση του αλκοόλ (Burling, Reilly, Moltzen, & Ziff, 1989; Greenfield et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1997; Rychtarik, Prue, Rapp, & King, 1992), των τυχερών παιχνιδιών (Sylvain, Ladouceur, & Boisvert, 1997), του καπνίσματος (e.g., Baer, Holt, Lichtenstein, 1986), και της χρήσης ουσιών (Sklar, Annis, & Turner, 1999).

Σημειώνεται ωστόσο ότι παρόλη την ισχυρή συσχέτιση που διαπιστώνεται μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (*treatment outcomes*), τόσο αμέσως μετά το πέρας της θεραπείας (Demmel & Rist, 2005, Gwaltney et al., 2005),

όσο και μακροπρόθεσμα (Maisto 2002, Moos & Moos 2006), ο μηχανισμός μέσω του οποίου η αυτο - αποτελεσματικότητα επηρεάζει το αποτέλεσμα της θεραπείας δεν έχει, ακόμη, καθορισθεί (Maisto, Connors, & Zywiak, 1996; Sklar et al., 1999).

Η μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας αποτελεί μία πρόκληση κυρίως για τις έρευνες σχετικά με το αλκοόλ και τις ψυχοτρόπες ουσίες (Annis, 1982; DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes, 1994) διότι, τα ερευνητικά δεδομένα που συλλέγονται στις περισσότερες περιπτώσεις κυρίως με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, περιγράφουν την αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων που τα συμπληρώνουν σε δύο χρονικές στιγμές, πριν και μετά την θεραπεία. Η διαπίστωση όμως του μηχανισμού που αναζητείται απαιτεί η συλλογή των στοιχείων να γίνει σε πραγματικό χρόνο και σε ημερήσια βάση. Μόνο, με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να διαπιστωθεί ο ρόλος της αυτό-αποτελεσματικότητας στην διαχείριση για παράδειγμα μιας κατάστασης υψηλού κινδύνου (Mattoo et al., 2009). Η χρήση ψηφιακής τεχνολογίας φαίνεται να επιτρέπει την συλλογή αυτού του είδους των δεδομένων (Shiffman, 2007, 2008, 2009).

Οι έρευνες που γίνονται προς αυτή την κατεύθυνση διαπιστώνουν ότι η μείωση της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι ενδεικτική ενός επερχόμενου ολισθήματος καθώς και ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων παραμένει σταθερή τις περιόδους αποχής από την χρήση (Stone & Shiffman 1994, Shiffman et al., 2000, Gwaltney et al., 2005, Gwaltney et al., 2009).

2.1.4. Τα Προσδοκώμενα αποτελέσματα (outcome expectancies)

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η προσδοκία που έχει ένα άτομο σχετικά με τα αποτελέσματα που θα έχει σε αυτόν τον ίδιο η μελλοντική χρήση της κυρίας ουσίας κατάχρησης, μετά από μία περίοδο αποχής (Brown, Goldman, & Christiansen, 1985). Η επίδραση των προσδοκιών αυτών σχετίζεται άμεσα με την υποτροπή ανεξάρτητα με τον αν οι προσδοκίες αυτές εκφραστούν (Jones & McMahon, 1994, Wiers et al., 2002) ή όχι (Palfai et al., 1999) από το άτομο. Πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι οι προσδοκίες του ατόμου παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμπειρία που βιώνει μετά την λήψη μίας ουσίας είτε πρόκειται για αληθινή ουσία είτε όχι -placebo- (Marlatt & Rohsenow, 1980, Juliano & Brandon, 2002).

Οι έρευνες, επίσης, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας καταγράφουν ότι οι θετικές προσδοκίες του ατόμου συνδέονται μάλλον με διακοπή της θεραπείας και την υποτροπή του (Connors, Tarbox, & Faillace, 1993), ενώ οι αρνητικές φαίνεται να αποτελούν θετικό παράγοντα για την ολοκλήρωση της θεραπείας (Jones & McMahon, 1996).

Ωστόσο, όπως παρατηρεί ο Jones και οι συνεργάτες του (2001), ο παράγοντας των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων δεν φαίνεται να επηρεάζει την υποτροπή ενός ατόμου άμεσα αλλά μάλλον έμμεσα. Οι Cohen, Mc-Carthy, Brown, and Myers (2002) ενισχύουν την άποψη αυτή με την μελέτη τους, η οποία εντοπίζει την σχέση μεταξύ προσδοκώμενων αποτελεσμάτων και συναισθηματικής κατάστασης, ορίζοντας όμως την τελευταία ως άμεσο παράγοντα υποτροπής. Έρευνες τέλος, προς αυτή την κατεύθυνση προσδιορίζουν την αρνητική συναισθηματική κατάσταση να συνδέεται στενότερα με τα προσδοκώμενα από την ουσία αποτελέσματα (Leigh & Stacy

1994, Abrams & Kushner, 2004, Demmel et al., 2006, Stacy & Wiers 2009).

2.1.5. Η σφοδρή επιθυμία (craving)

Ο παράγοντας, που φαίνεται επίσης να ενισχύεται από τις προσδοκίες του ατόμου, είναι αυτός της σφοδρής επιθυμίας για χρήση (Palfai, Davidson, & Swift, 1999). Αυτός, φαίνεται να έχει μελετηθεί περισσότερο (Isbell, 1955) και ταυτόχρονα να έχει κατανοηθεί λιγότερο στην μελέτη των εξαρτήσεων (Lowman, Hunt, Litten, & Drummond, 2000). Ένα κοινό εύρημα των ερευνών είναι ότι η εμφάνισή του δεν συνιστά σαφή ένδειξη μίας πιθανής υποτροπής (Kassel & Shiffman, 1992; Tiffany, Carter, & Singleton, 2000). Ωστόσο, λανθάνοντες μηχανισμοί οι οποίοι σχετίζονται με τον παράγοντα της σφοδρής επιθυμίας και οι οποίοι προς το παρόν δεν είναι ανιχνεύσιμοι, πιθανώς οδηγούν στην υποτροπή (Drummond, Litten, Lowman, and Hunt (2000), Sayette, Martin, Hull, Wertz, and Perrott 2003). Τα ευρήματα είναι συμβατά με τις έρευνες που καταδεικνύουν ότι κατά την διάρκεια της αποχής από την χρήση ένας σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση και την ένταση σφοδρής επιθυμίας για χρήση είναι η διαθεσιμότητα (availability) της ουσίας (Wertz & Sayette, 2001).

Η σφοδρή επιθυμία για χρήση σχετίζεται και με την υπόθεση της απώλειας ελέγχου (loss of control hypothesis). Η τελευταία, αν και η ύπαρξή της δεν διαπιστώνεται εμπειρικά (Marlatt, Demming & Reid, 1973), ωστόσο, διατηρεί μεγάλη ισχύ στην θεραπευτική προσέγγιση των ανώνυμων ομάδων αυτοβοήθειας (Ανώνυμοι Αλκοολικοί, Ανώνυμοι Нарκομανείς κ.α.). Σχετίζεται δε άμεσα με την έννοια του «χρόνιου χρήστη», κατά αναλογία με

τον χρόνιο ασθενή, γεγονός που έχει συνέπειες τόσο στην θεραπεία της απεξάρτησης, όσο και στην υποτροπή. Διαπιστώνεται ότι :

- ✓ η αντίληψη της χρήσης ως χρόνιας ασθένειας λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας εκ μέρους των χρηστών ώστε να αναζητήσουν θεραπεία (Marlatt, Witkiewitz, 2002), καθώς και ότι
- ✓ τα άτομα που απέχουν από την χρήση ουσιών, αποδεχόμενοι ένα θεραπευτικό πλαίσιο το οποίο αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως ασθένεια, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να καταναλώσουν ανεξέλεγκτα την κύρια ουσίας κατάχρησης (AVE Abstinence Violation Effect, Marlatt, 2005) σε περίπτωση που υποτροπιάσουν (Miller 1996) με όλες τις πιθανές συνέπειες που ενέχει αυτή η συμπεριφορά.

Η σχετικά πρόσφατη βιβλιογραφία σχετικά με την «λαχτάρα» για χρήση και την υποτροπή συνδέεται όσο καμία άλλη με τις νευροεπιστήμες (Stewart, 2010; Hendershot et al. 2011). Ενδεικτικό προς αυτή την κατεύθυνση είναι το έργο του Robbins et al. (2010) το οποίο φαίνεται να συνοψίζει τα ευρήματα που καταγράφουν την τελευταία εικοσαετία οι επιστήμες αυτές στον τομέα των εξαρτήσεων.

2.1.6. Η κοινωνική υποστήριξη (social support)

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με διάφορους τρόπους με το φαινόμενο της υποτροπής στις εξαρτήσεις. Καταρχήν θεωρείται ότι αποτελεί ένα προστατευτικό πλαίσιο σε αγχογόνα γεγονότα της ζωής, τα οποία γενικώς θεωρούνται ως σημεία εκκίνησης μίας υποτροπής (Gore, 1978; Thoits, 1982). Κατά μία άλλη συναφή προσέγγιση η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον του απεξαρτημένου, προάγει την ποιότητα

ζωής του και κατά αυτόν τον τρόπο λειτουργεί προστατευτικά για αυτόν, ανεξαρτήτως αν ο τελευταίος αντιμετωπίζει η όχι αγχογόνες καταστάσεις (Cohen & Wills, 1985).

Μια ενδιαφέρουσα διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία όμως δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά, είναι αυτή των αρνητικών συνεπειών τις οποίες αυτή, πιθανώς, επιφέρει (Lehman 1983; Schaefer et al. 1981; Shinn et al. 1983). Η αρνητική διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης στις εξαρτήσεις (Tucker 1979; Reed 1978) συνδέεται με την οικογένεια (Coleman 1980; Stanton et al. 1982; Todd 1984), τους συζύγους, (Lichtenstein 1982), τις ομάδες ομότιμων (Marlatt and Gordon , 1980).

Η νεώτερη έρευνα σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη εστιάζει στο επίπεδο της συναισθηματικής υποστήριξης, θεωρώντας την τελευταία παράγοντα διατήρησης της αποχής η αποτροπής της υποτροπής (Beattie & Longabaugh, 1999; Dobkin, Civita, Paraherakis, & Gill, 2002; Havassy, Hall, & Wasserman, 1991; McMahon, 2001; Witkiewitz, 2004). Σε αυτό το πλαίσιο μελετά την ποιότητα της παρεχόμενης κοινωνικής υποστήριξης (Dobkin et al., 2002), την διαθεσιμότητα παροχής αυτής (Beattie & Longabaugh, 1999) καθώς και την σύνθεση των δικτύων παροχής υποστήριξης (Peirce, Frone, Russell, Cooper, & Mudar, 2000; Dorian Hunter-Reel 2009). Τέλος, το ενδιαφέρον για τον παράγοντα αυτόν ανανεώθηκε από το ρόλο τον οποίο εκτιμάται ότι διαδραματίζει στο δυναμικό μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής (Stanton, 2005, 1982; Marlatt, 2008;).

2.1.7. Η συνοσηρότητα (comorbidity)

Η συνοσηρότητα αναφέρεται σε κάθε ψυχική διαταραχή την οποία βιώνει ένα άτομο σε συνδυασμό με την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Υπάρχει μία πληθώρα μελετών σχετικά με την έννοια σύμφωνα με τις οποίες ο συνδυασμός εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής κυμαίνεται από 65% έως 75% μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία (Sinha, R.& R. Schottenfeld 2001; Sinha, 2011). Οι πιο συχνές διαταραχές που εντοπίζονται στον πληθυσμό αυτό είναι αυτή συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, αντικοινωνική συμπεριφορά, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνικής προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Στους χρήστες δε οπιοειδών πολύ συχνά συναντάμε προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και παρανοϊκού τύπου συνδρομές (Λιάππας, 1992, Sinha, R., ο.π.).

Εξίσου τεκμηριωμένη είναι η σχέση μεταξύ συνοσηρότητας και υποτροπής στην θεραπεία των εξαρτήσεων. Σύμφωνα με τις έρευνες, τα άτομα με διπλή διάγνωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν από τα άτομα που δεν υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή και ζητούν όπως και οι προηγούμενοι θεραπεία για την εξάρτησή τους από τις ψυχοτρόπες ουσίες. Οι ψυχικές διαταραχές δεν φαίνεται να συνδέονται με μία καλή θεραπευτική πρόγνωση αλλά μάλλον με υψηλά ποσοστά υποτροπών (Sinha., ο.π).

Πιθανώς, η υποτροπή συμβαίνει στο βαθμό που άτομο, που βρίσκεται σε διαδικασία απεξάρτησης, έχει αποστερηθεί ένα οικείο του μηχανισμό διαχείρισης των συναισθημάτων του, αυτό ακριβώς που παρέχει η χρήση των

ουσιών. Στην περίπτωση αυτή τα συναισθήματα που τον κατακλύζουν συνιστούν τους παράγοντες υποτροπής του -triggers- (Kassel, 2010). Σημειώνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης «μιμούνται» τα συμπτώματα της κατάθλιψης και των ψυχωτικών διαταραχών. Επομένως είναι σημαντικό να υπάρξει διαχωρισμός αν το άτομο πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή βρίσκεται υπό το κράτος του στερητικού συνδρόμου. Η αξιολόγηση, σε αυτή την περίπτωση, είναι καθοριστικής σημασίας όσο και η διάγνωση του είδους της διαταραχής.

Τέλος, ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και συμβουλευτικής-ψυχοθεραπείας φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα υποτροπής στην περίπτωση της συνοσηρότητας (Stocker, 1999 ; Najavits, 2002).

2.1.8. Ο ρόλος του φύλου στην υποτροπή

Το φύλο παίζει επίσης ένα σημαντικό ρόλο στην υποτροπή. Καταρχήν, οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες σε θεραπεία απεξάρτησης έχουν την τάση να υποτροπιάζουν σε μικρότερο ποσοστό από τους άνδρες. Μία σχετικά ευρέως αποδεκτή εξήγηση που δίνεται είναι η μεγαλύτερη ικανότητα των γυναικών να εμπλέκονται σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες (Rubin et al., 1996, NIDA, 1999). Επίσης, φαίνεται ότι αναζητούν και δέχονται υποστήριξη για το πρόβλημά τους ευκολότερα από τους άνδρες. Από την άλλη, οι γυναίκες αναφέρουν κυρίως τα αρνητικά συναισθήματα και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ως καταστάσεις που οδηγούν στην υποτροπή ενώ οι άνδρες συνδέουν την υποτροπή τους με, μάλλον, θετικά συναισθήματα (Walitzer et al., 2006; Grella et al., 2008). Ακόμα, οι άνδρες υποτροπιάζουν συνήθως μόνοι, ενώ οι γυναίκες με την παρουσία συντρόφου και επιπλέον οι άνδρες εκλογικεύουν την υποτροπή τους μεγαλύτερο βαθμό

από τις γυναίκες που αναφέρονται κυρίως στην παρορμητικότητά τους (Tang et al., 2005).

Εξάλλου, μεταξύ των δύο φύλων παρουσιάζονται διαφορές και στην ψυχική διαταραχή που πιθανώς συνοδεύει την εξάρτηση από τις ψυχότροπες ουσίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μετατραυματική διαταραχή η οποία φαίνεται να αφορά το 30% έως 65% των γυναικών που αναζητούν θεραπεία (Najavits, 2002, Harris et al., 2005). Μια σειρά πρόσφατων ερευνών μελετούν διεξοδικά τις διαφορές των δύο φύλων σε σχέση με την συνοσηρότητα (βλ., ενδεικτικά Greefield et al, 2010; Gella et al., 2011).

Η αποσπασματικότητα των ερευνών που παρουσιάζονται μέχρι εδώ είναι εμφανής. Εστιάζοντας σε ένα, κυρίως, αιτιολογικό παράγοντα της υποτροπής, αδυνατούν να συμπεριλάβουν τους υπόλοιπους παράγοντες, τους οποίους την ίδια στιγμή υποδεικνύουν οι έρευνες που διεξάγονται παράλληλα. Προκύπτει, επομένως, η ανάγκη να οργανωθούν σε ένα συνεκτικό σύνολο τόσο ο κύριος όγκος της έρευνας όσο και οι γενεσιουργοί παράγοντες της υποτροπής. Η ανάγκη αυτή συνδέεται βεβαίως με την πρόθεση. Αφενός να διατυπωθεί μία θεωρία για την υποτροπή στις εξαρτήσεις. Αφετέρου, να προταθεί ένα μοντέλο το οποίο να έχει άμεση εφαρμογή στην κλινική πρακτική. Οι κυριότερες από τις τάσεις ταξινόμησης των ερευνών για την υποτροπή παρουσιάζονται στην συνέχεια του κειμένου.

2.2. Η μετάβαση από την ποσοτική στην ποιοτική έρευνα

2.2.1 Οι ταξινομήσεις των αιτιολογικών παραγόντων της υποτροπής

Η πρώτη προσπάθεια, που καταβάλλεται προς αυτή την κατεύθυνση, είναι αυτή του Shiffman (1989, βλ. Πίνακας 1). Αυτός κατανέμει τους παράγοντες της υποτροπής ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης τους, διαχωρίζοντάς τους σε :

- ✓ μακροπρόθεσμους (distal factors)
- ✓ μεσοπρόθεσμους (intermediate factors)
- ✓ βραχυπρόθεσμους (proximal factors)

διασυνδέοντας ταυτόχρονα, την υποτροπή και με το περιβάλλον εντός του οποίου συμβαίνει (situational analysis, βλ. σχετικά Shiffman 1989). Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, ο Donovan (1996) προσθέτει μία ακόμα ομάδα παραγόντων στο προηγούμενο μοντέλο, τους μεταβατικούς παράγοντες (transitional factors, βλ. επ. Πίνακα 1).

Την ίδια περίοδο ο McKay (1999) δημοσιεύει την μελέτη του, στην οποία εξετάζει την μεθοδολογία την οποία ακολουθούν οι έρευνες σχετικά με την υποτροπή στις εξαρτήσεις, και ειδικότερα την σχέση που έχουν με τον χρόνο τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται κάθε φορά. Για τον σκοπό αυτό διακρίνει τρία είδη ερευνών :

- 1) οι έρευνες που συλλέγουν αναδρομικά στοιχεία (retrospective approaches), δηλαδή δεδομένα που αφορούν υποτροπές που έχουν ήδη συμβεί
- 2) οι έρευνες που συλλέγουν μελλοντικά στοιχεία, (prospective approaches) τα δεδομένα εδώ αφορούν υποτροπές οι οποίες είναι πιθανό να συμβούν

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών • Φύση/σοβαρότητα ψυχιατρικής διαταραχής • Φύση/σοβαρότητα διαταραχής χρήσης ουσιών • Σοβαρότητα εξάρτησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστάσεις υψηλού κινδύνου • Ενημερότητα και εσωτερικός διάλογος • Συναισθηματικές καταστάσεις • Δεξιότητες διαχείρισης προκλήσεων • Αποτελεσματικότητα καταστασιακής ανταπόκρισης • Ιεράρχηση προσδοκιών / επιθυμιών των αποτελεσμάτων της κύριας ουσίας κατάχρησης • Δέσμευση στην αποχή
ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΙ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (Donovan, 1996)
<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντικά γεγονότα ζωής • Δυσχερείς καταστάσεις ζωής • Προβλήματα της καθημερινής ζωής • Υποστηρικτικά δίκτυα • Δεξιότητες διαχείρισης καταστάσεων άγχους • Ατομική αίσθηση αποτελεσματικότητας • Προσδοκίες σχετικά με τα αποτελέσματα της ουσίας • Κίνητρο για αυτοβελτίωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτέλεσμα παραβίασης της αποχής • Συναισθηματικές καταστάσεις • Δεξιότητες επανάκαμψης • Αντίδραση του υποστηρικτικού δικτύου • Δέσμευση επιστροφής στην κατάσταση της αποχής

Πίνακας 1 : Ταξινόμηση παραγόντων υποτροπής κατά Shiffman (1989) και Donovan (1996)

- 3) έρευνες που συλλέγουν στοιχεία σε πραγματικό χρόνο (real time approaches) τα δεδομένα δηλαδή συλλέγονται την ίδια στιγμή που συμβαίνει η υποτροπή

Πέραν των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων που επισημαίνει ο McKay (ο.π), για κάθε διαφορετική μεθοδολογία, το σημαντικότερο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει είναι ότι, ανεξαρτήτως της μεθοδολογίας που εφαρμόζουν, οι έρευνες επισημαίνουν τους ίδιους, γνωστούς, αιτιολογικούς παράγοντες για την υποτροπή.

Το 2006 επιχειρώντας να ανανεώσει και να επεκτείνει την προηγούμενη προσέγγιση ο ίδιος (McKay et al., 2006) μελετά τις πρόσφατες έρευνες (1996 - 2006) σχετικά με την υποτροπή στις εξαρτήσεις, χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό δύο κριτηρίων για την ταξινόμηση αυτών :

1. Την κατηγορία στην οποία ανήκει ο αιτιολογικός παράγοντας τον οποίο μελετά η δεδομένη έρευνα, σύμφωνα με τον χρόνο εμφάνισής του, διακρίνοντάς τους σε μακροπρόθεσμους (distal), βραχυπρόθεσμους (proximal) και πραγματικού χρόνου (real time) παράγοντες
2. Το είδος της νέας τεχνολογίας την οποία χρησιμοποιεί η δεδομένη έρευνα. Στην περίπτωση αυτή διακρίνει τριών ειδών νέες τεχνολογίες οι οποίες φαίνεται να διατρέχουν το ερευνητικό πεδίο των εξαρτήσεων:
 - ✓ Την χρήση των ηλεκτρονικών συσκευών οι οποίες διευκολύνουν την συλλογή στοιχείων σε πραγματικό χρόνο π.χ. φορητοί υπολογιστές, κινητά τηλέφωνα κ.α.,

- ✓ Τις νέες μαθηματικές προσεγγίσεις οι οποίες φαίνεται να επιτρέπουν την μελέτη δυναμικών φαινομένων όπως είναι η υποτροπή π.χ. Θεωρία του χάους, Θεωρία καταστροφών
- ✓ Την νευροβιολογία που επιχειρεί να συνδέσει την υποτροπή με την λειτουργία του εγκεφάλου μελετώντας π.χ. τον ρόλο της ντοπαμίνης κ. α.

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει στην μελέτη του αυτή ο McKay (2006) είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Αφού παραθέτει τα ισχυρά και ασθενή σημεία των προσεγγίσεων, οι οποίες συνδυάζουν τα κριτήρια που περιγράφονται προηγουμένως, υπογραμμίζει ότι, παρόλη την αύξουσα τάση της έρευνας σχετικά με την υποτροπή στις εξαρτήσεις να χρησιμοποιεί υψηλής τεχνολογίας μεθοδολογίες, υπάρχει χώρος για την χρήση μεθόδων χαμηλής τεχνολογίας όπως είναι η συνέντευξη. Άλλωστε, σημειώνει »... παρόλες τις προϋδεάσεις και τον υψηλό βαθμό υποκειμενικότητας και ανακρίβειών που υπεισέρχονται σε μία συνέντευξη, η συλλογή δεδομένων με αυτό τον τρόπο, είναι μάλλον η μόνη, που επιτρέπει να συλλέξουμε λεπτομερείς πληροφορίες, σχετικά με τις γνωστικές διαδικασίες, τις συναισθηματικές διαθέσεις και τα βιώματα του ατόμου που υποτροπιάζει πριν, κατά την διάρκεια και μετά την υποτροπή του...« (McKay et al., 2006, p.123).

2.2.2 Η ποιοτική έρευνα για την υποτροπή

Με το σχόλιο αυτό του McKay (ο.π) φαίνεται να κλείνει ένας κύκλος της έρευνας σχετικά με την υποτροπή στις εξαρτήσεις. Ο κύκλος αυτός άνοιξε με την πρωτοποριακή έρευνα του Marlatt (1978), ο οποίος αξιοποιώντας το υλικό που συνέλεξε από τις συνεντεύξεις 72 αλκοολικών,

πρότεινε το μοντέλο που κυριαρχεί στον χώρο των εξαρτήσεων σχετικά με την υποτροπή, αυτό της Πρόληψης της Υποτροπής (Relapse Prevention, βλ. παρακάτω).

Εξάλλου, αποτελεί αντικείμενο, μάλλον, ιδιαίτερης μελέτης το γεγονός ότι παρόλο που στα πρώτα βήματα του νέου παραδείγματος για την υποτροπή, συναντούμε ένα «αφηγηματικό» τρόπο ανάλυσης (Bruner, 1986), η συνέχεια έχει να επιδείξει κυρίως ποσοτικές αναλύσεις, αυξανόμενης πολυπλοκότητας, σε ότι έχει να κάνει με τα αναλυτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται (Witkiewitz, 2005 ; Hser et al., 2007, 2011 ; Grella et al., 2011).

Βεβαίως, η κυριαρχία των ποσοτικών ερευνών στον ευρύτερο χώρο της χρήσης ψυχοτρόπων, παράνομων ουσιών, όπως επισημαίνεται σε μια σειρά εκτενών βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός. (βλ. ενδεικτικά Rhodes 2000, 2010). Η τελευταία παρατήρηση βρίσκει την σχετική εφαρμογή της στην περίπτωση της υποτροπής στον χώρο των εξαρτήσεων.

Μέσα στο προηγούμενο πλαίσιο, η αναζήτηση, γενικώς, εργασιών σχετικών με την υποτροπή στις εξαρτήσεις, οι οποίες να ακολουθούν μία ποιοτική μεθοδολογία, φανερώνει ότι υπάρχει ένας μάλλον, μεγάλος, αριθμός ανάλογων μελετών. Αυτές, ωστόσο

1. διερευνούν κυρίως την υποτροπή στις εξαρτήσεις από νόμιμες ουσίες και λιγότερο από παράνομες
2. δεν μελετούν την υποτροπή αποκλειστικά στις εξαρτήσεις από τις ψυχότροπες ουσίες και
3. προσεγγίζουν φαινόμενα που συνδέονται με τις εξαρτήσεις και παράλληλα τα συσχετίζουν και με την υποτροπή.

Διακρίνουμε δε, κυρίως, τις παρακάτω ερευνητικές κατευθύνσεις¹:

- ✓ για την υποτροπή στην εξάρτηση από το αλκοόλ (Ritchie, 2010; Klingemann 2010), το κάπνισμα (Ferguson, 2011 ; Vangeli, 2011) και την κάνναβη (Wilson, 2008)
- ✓ για την υποτροπή στην εξάρτηση από το διαδίκτυο (Douglas et al., 2008)
- ✓ για την υποτροπή στη θεραπεία των διαταραχών του τζόγου (Griffiths, 2009; Gomes, 2009)
- ✓ για την υποτροπή στην περίπτωση των διαταραχών της διατροφής και της παχυσαρκίας (Andrews et al., 2011; Brown 2011; Smith, 2011)
- ✓ για τον ρόλο της ψυχικής διαταραχής στην υποτροπή των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών (Harris et al., 2005; Davis et al., 2006; Sinha, 2011)
- ✓ για την παράλληλη χρήση ουσιών από τους συμμετέχοντες σε προγράμματα απεξάρτησης μέσω φαρμακευτικής αγωγής υποκαταστάτων η/και ανταγωνιστών (Mintzer et al, 2007 ; Barry 2010; Shaw 2010; Harris & McElrath, 2012).

Από την άλλη, στο βαθμό που η βιβλιογραφική διερεύνηση αναζητά έρευνες, που εφαρμόζουν την ποιοτική προσέγγιση για την μελέτη της υποτροπής μετά την θεραπεία της εξάρτησης από ψυχότροπες, παράνομες ουσίες, (ειδικότερα τα οπιούχα και μάλιστα την ηρωίνη), ο αριθμός των ευρημάτων μειώνεται (Rhodes et al, 2011).

Σημειώνεται ότι αν επιπλέον προστεθεί και το κριτήριο ότι η θεραπεία έχει δοθεί εντός μίας θεραπευτικής κοινότητας, όπως στην παρούσα μελέτη, τότε οι βιβλιογραφικές αναφορές περιορίζονται δραστικά(βλ. ενδεικτικά Ρουλοπούλου, 1998, Πουλοπούλου, 2011 ; Παπαναστασάτος, 2007). Το

¹ Η παρατιθέμενη βιβλιογραφία είναι σε κάθε περίπτωση ενδεικτική

σύνολο δε των μελετών συνδέει την υποτροπή με τις έννοιες της αποτελεσματικότητας (Broekeart, 1999, 2002, 2006), του κόστους οφέλους και της εμπειρικά τεκμηριωμένης Θεραπείας (De Leon, 2001, 2010). Σε κάθε περίπτωση πρόκειται για ποσοτικές, κυρίως, προσεγγίσεις.

Επίσης, στη τελευταία αναθεωρημένη έκδοση της μελέτης των Marlatt και Donovan για την υποτροπή στις εξαρτήσεις (1985, 2005, ελληνική έκδοση 2008) όπου περιγράφεται σε διάφορες εκφάνσεις του, το, μάλλον, σε παγκόσμιο επίπεδο κυρίαρχο μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής, -σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Donovan, Witkiewitz 2012)- οι αναφορές που καταγράφονται στο κεφάλαιο για τα οπιοειδή παραπέμπουν στην δεκαετία του '90. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η αναφορά στην κλασσική έρευνα του Gossop (2002), η οποία βεβαίως εφαρμόζει ποσοτικές μεθόδους ανάλυσης.

Οι τελευταίες παρατηρήσεις καταγράφουν μία πρόσφατη ερευνητική τάση στην μελέτη της υποτροπής. Αυτή πιθανώς, οφείλεται: α) στη μείωση των αιτημάτων για θεραπεία των χρηστών ηρωίνης. Η τελευταία δεν έχει πλέον, την διάδοση που γνώρισε μεταξύ των χρηστών στην δεκαετία του '80 και του '90. Η παρατήρηση αυτή ισχύει τόσο για την Ελλάδα όσο και για την Ευρώπη (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012) σε συνδυασμό με β) τις δυσκολίες που εμφανίζει η προσέγγιση των χρηστών ηρωίνης - διαβίωση στο δρόμο, παραβατική, συμπεριφορά κ.α. - και η διερεύνηση των βιωμάτων τους κάτω από ειδικές συνθήκες όπως είναι αυτές της υποτροπής.

Σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα, την περίοδο που αντιστοιχεί στην εμφάνιση της «επιδημίας της ηρωίνης», συναντάται ένας ικανός αριθμός εργασιών που ακολουθούν μία ποιοτική μεθοδολογία. Αυτές, μελετούν το

φαινόμενο της εξάρτησης, όχι κατά αποκλειστικότητα από την ηρωίνη, και διερευνούν όλες τις σχετικές διαδικασίες που σχετίζονται με την κατάχρηση των ουσιών, έναρξη της χρήσης, τη συνέχιση, απεξάρτηση, υποτροπή. Το κοινά χαρακτηριστικά, σχεδόν, όλων των αναλύσεων αυτού του τύπου είναι:

1. Η θεωρητική τους καταγωγή εντοπίζεται, κυρίως, στις διάφορες εκφάνσεις της σχολής της συμβολικής αλληλεπίδρασης
2. Η χρήση συνεντεύξεων και
3. Η συσχέτιση των επιμέρους διαδικασιών που χαρακτηρίζουν την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών με τις έννοιες του εαυτού ή/και της ταυτότητας

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι μελέτες :

- ✓ του Becker (1963) για τους χρήστες μαριχουάνας και η παρατήρησή του ότι η υποτροπή προκύπτει «όταν ένας συνδυασμός περιστάσεων μεταξύ των οποίων σημαντική είναι η επανάληψη των δεσμών με τους χρήστες, καθιστά ικανό ένα επαναπροσδιορισμό της φύσεως του ναρκωτικού» και της ταυτότητας του ατόμου (Becker, ο.π, σ.106 - 108)
- ✓ του Waldorf (1973), η οποία μεταξύ άλλων διερευνά τις εμπειρίες εκείνες που ωθούν ένα χρήστη ηρωίνης προς την απεξάρτηση του
- ✓ του Lindesmith (1968, 2008) που επιχειρεί να απαντήσει στο πως συμβαίνει κάτω από τις ίδιες συνθήκες κάποια άτομα να εξαρτώνται από τα οποιούχα ενώ κάποια άλλα όχι
- ✓ του Stephens (1991) για την υποκοουλτούρα των χρηστών ηρωίνης και του ρόλου που αυτή διαδραματίζει στην παγίωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς
- ✓ εκείνες οι οποίες επισημαίνουν τον ρόλο του θεραπευτικού πλαισίου στην διαμόρφωση συνθηκών που ευνοούν την υποτροπή είτε πρόκειται για θεραπευτικούς οργανισμούς όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Leach

& Norris, 1977 ; Rudy, 1986), είτε τους ξενώνες της επανένταξης - half way houses- (Rubington, 1977)

- ✓ του Denzin για τους αλκοολικούς (1987, 1989), όπου υποστηρίζει ότι η υποτροπή είναι ένας συνδυασμός καταστάσεων του εαυτού, που βρίσκεται σε μία διαδικασία μετασχηματισμού, μετά το πέρας της Θεραπείας και μίας ταυτότητας μη-αλκοολικού η οποία δεν έχει ακόμα, παγιωθεί
- ✓ εκείνες για τους μετασχηματισμούς που προκαλεί στην ταυτότητα ενός ατόμου η έναρξη της συστηματικής χρήσης ουσιών (Anderson, 1998, Etherington, 2006)
- ✓ για τις διαδικασίες διατήρησης των συμπεριφορών κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών ((Becker, 2000) και τις συνέπειες αυτής στον εαυτό (Denzin, 2007)
- ✓ για την ποικιλία των μορφών απεξάρτησης (White & Kurtz, 2006). Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι έρευνες που μελετούν την απεξάρτηση ατόμων που δεν καταφεύγουν σε υπηρεσίες Θεραπείας (Biernacki, 1986, Granfield & Cloud 1999, Cunningham et al 2000, Cloud & Granfield 2001)
- ✓ για τον ρόλο των σημείων καμπής (turning points/epiphanies) στην απεξάρτηση (Ojesjo, 2003)
- ✓ για την διαδικασία σχηματισμού μίας νέας ταυτότητας ως προαπαιτούμενου στοιχείου για την απεξάρτηση του ατόμου (ενδεικτικά : McIntosh & McKeganey, 2001, Koski-Jonnes, 2002, Hanninen & Koski-Jonnes, 2003)
- ✓ η μελέτη του Singer (2002), η οποία αναλύει την αφήγηση ζωής ενός χρήστη ηρωίνης και τις υποτροπές του, ακολουθώντας το θεωρητικό και ερευνητικό μοντέλο του McAdams και των συνεργατών του, ότι η «ταυτότητα είναι αφήγηση» (McAdams, 1996, p.18).

Εντός των ποιοτικών αναλύσεων για την υποτροπή εντοπίζεται επίσης και ένα μικρός αριθμός ελληνικών δημοσιεύσεων. Αυτές επιχειρούν να συνδέσουν το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής με την θεωρία της κρίσης (Παπαναστασίου, 2000) και την έννοια της κοινωνικής υποστήριξης (Τσιμπουκλή 2002, Πουλόπουλος 1998, 2000, 2004, Παπαναστασάτος, 2007), επισημαίνουν την ανάγκη λειτουργίας προγραμμάτων διαχείρισης της υποτροπής (Γκιτάκος, 2005) ή διερευνούν την τελευταία σε σχέση με την ανεργία (Γκιτάκος, 2011). Η υπόλοιπη, εξίσου περιορισμένη, ελληνική έρευνα εξαντλείται στην επιβεβαίωση του μοντέλου της πρόληψης της υποτροπής, χρησιμοποιώντας ερευνητικά δείγματα από τον πληθυσμό των Ελλήνων χρηστών ή εμπειρικές παρατηρήσεις που προέρχονται από αυτό τον πληθυσμό (Μισσουρίδου 1998, Μάτσα, 2001, 2004).

Κοινό χαρακτηριστικό των προσεγγίσεων αυτών είναι ότι υλοποιούνται εντός των πλαισίων των δύο μεγαλύτερων Θεσμών που ασχολούνται με την απεξάρτηση στην Ελλάδα, το ΚΕΘΕΑ και το 18ΑΝΩ αντίστοιχα. Σε κάθε περίπτωση αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιοτική έρευνα στην Ελλάδα, γενικότερα στις εξαρτήσεις, έχει να επιδείξει ένα περιορισμένο αριθμό μελετών, αντιστρόφως ανάλογο τόσο ως προς τον όγκο των ποσοτικών ερευνών, όσο και ως προς τον όγκο των διαθέσιμων ποιοτικών δεδομένων στους διάφορους Θεσμούς.

Έρευνα και θεωρία γεννούν η μία την άλλη. Ο χώρος της υποτροπής διατρέχεται από διάφορες θεωρίες (για μία λεπτομερή παρουσίαση βλ. NIDA, 1986). Άμεσα συνδεδεμένα με τις θεωρίες για την υποτροπή είναι οι εφαρμογές των θεωριών αυτών στην πράξη δηλαδή, τα κλινικά μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για την διαχείριση της υποτροπής στις εξαρτήσεις. Αν και παρατηρείται ένας μεγάλος αριθμός προτάσεων για την αντιμετώπιση

της υποτροπής (βλ. Addictions, 1999), αυτός επισκιάζεται από την παρουσία του μοντέλου της Πρόληψης της Υποτροπής (Relapse Prevention).

Το τελευταίο, αποτελεί κοινό τόπο για όσους εργάζονται στο κλινικό πεδίο των εξαρτήσεων. Παρόλο που, το εν λόγω μοντέλο παρέμεινε αδιαφοροποίητο την τελευταία 25ετία, αντέχοντας και απορροφώντας την κριτική που ασκείται την περίοδο αυτή (βλ. ενδεικτικά Edwards 1987, Donovan, 1996; Kadden, 1996, Maisto, Connors & Zywiak, 1996), μόλις το 2004 - 6, προτάθηκε ένα νέο μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής από τον Marlatt και τους συνεργάτες του (Witkiewitz & Marlatt, 2004, Witkiewitz 2005c, 2007).

Τόσο η πρόσφατη μορφή του μοντέλου αυτού όσο και η αρχική παρουσιάζονται αναλυτικά. Η επιλογή για την παρουσίαση καθορίζεται από το γεγονός ότι η Πρόληψη της Υποτροπής αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τρόπο διαχείρισης της υποτροπής στις εξαρτήσεις. Επιπλέον, με την πρόσφατη μορφή του συνιστά την πλέον σύγχρονη πρόταση για την υποτροπή στις εξαρτήσεις από τις ψυχότροπες ουσίες.

Πέραν, του μοντέλου Πρόληψης της Υποτροπής παρουσιάζονται και τα μοντέλα Genaps και της Εξαρτημένης Μάθησης τα οποία χωρίς να έχουν την διάδοση του πρώτου εξακολουθούν να αποτελούν αξιόπιστες προτάσεις στο χώρο των εξαρτήσεων και ειδικότερα από τα οπιούχα.

Οι θεωρίες, τα κλινικά μοντέλα που απορρέουν από αυτές καθώς και οι ομοιότητες και διαφορές αυτών, παρουσιάζονται στη συνέχεια.

2.3. Οι θεωρίες και τα κλινικά μοντέλα για την υποτροπή στις εξαρτήσεις

2.3.1. Το Γνωσιοσυμπεριφοριστικό μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής

Το μοντέλο του Marlatt (2008) για την πρόληψη της υποτροπής (Relapse prevention) βασίζεται στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης και την γνωσιοσυμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Η προσέγγισή του εκτιμά ότι οι άνθρωποι μπορούν να εκπαιδευθούν σε καινούργιες δεξιότητες, αν αλλάξουν την αντίληψη τους για τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν. Ο ίδιος θεωρεί ότι η εξάρτηση δεν είναι μία χρόνια ψυχολογική ασθένεια. Πρόκειται μάλλον για μία «μαθημένη συνήθεια» (learned habit), απόρροια των σκέψεων και των συμπεριφορών του ατόμου. Μεταξύ άλλων, διακρίνει :

1. Το ολίσθημα. Πρόκειται για μία βραχείας διάρκειας επιστροφή σε προηγούμενη δυσλειτουργική συμπεριφορά και
2. Την υποτροπή, η οποία συνιστά πλήρη διακοπή της προσπάθειας για αλλαγή της συμπεριφοράς και
3. το φαινόμενο που ορίζεται ως συνέπεια παραβίασης της αποχής (abstinence violation effect-AVE), κατά την εξέλιξη του οποίου το άτομο το οποίο ολισθαίνει, μετά από μία μακρόχρονη περίοδο αποχής από τις ουσίες. Αυτό είναι πιθανό να συμβεί υπό το βάρος ενοχών, ντροπής, απελπισίας (συναισθηματική διάσταση του ΣΠΑ) καθώς και της γνωστικής ασυμφωνίας που βιώνει ως προς την ταυτότητά του, μετά την εκτροπή του (γνωστική διάσταση του ΣΠΑ). Λόγω της γνωστικής ασυμφωνίας, επιλέγει την ανεξέλεγκτη κατανάλωση της ουσίας κατάχρησης, μετασχηματίζοντας το ολίσθημά του (lapse) σε υποτροπή (relapse), με όλους του κινδύνους που εμπεριέχει η μετάβαση αυτή (Marlatt & Donovan, 2008, p.3).

Ο στόχος του μοντέλου Πρόληψης της Υποτροπής είναι διπλός. Αφενός να προϊδεάσει το άτομο και να το προστατεύσει από μία πιθανή υποτροπή, αφ' ετέρου να υποστηρίξει την απεξάρτησή του εμποδίζοντας ένα ολισθήμα να μετασχηματισθεί σε υποτροπή. Άλλωστε, η απεξάρτηση θεωρείται ως μία διαδικασία που λαμβάνει χώρα σταδιακά, στο βαθμό που το άτομο αυξάνει την αυτό-αποτελεσματικότητα και την αυτοεκτίμησή του ως αποτέλεσμα της παρατεινόμενης αποχής του από τις ουσίες.

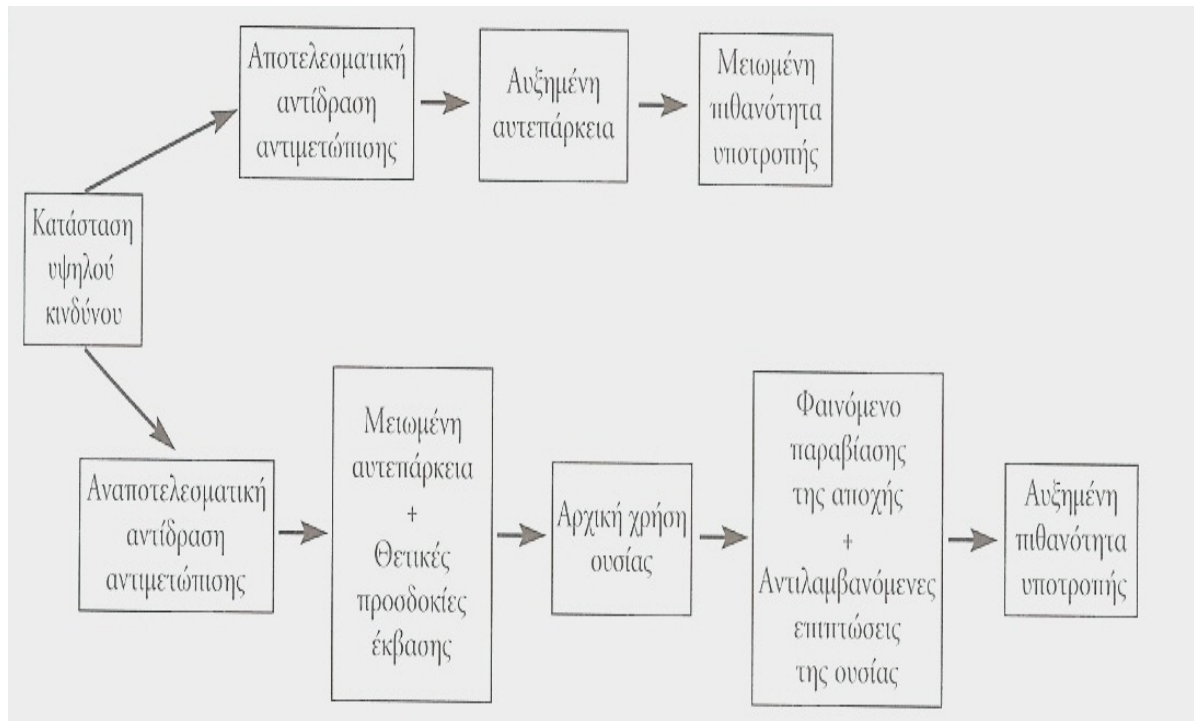
Το δεδομένο μοντέλο δεν αξιολογεί αρνητικά τους εξαρτημένους, ως άτομα που διακατέχονται από μία «κακή συνήθεια». Αντιθέτως, υποθέτει ότι η συνήθεια αυτή διαμορφώθηκε από εμπειρίες του παρελθόντος για τις οποίες το εξαρτημένο άτομο δεν είναι υπεύθυνο. Το ίδιο άτομο, όμως, σύμφωνα με τον Marlatt, είναι υπεύθυνο για την διαδικασία απεξάρτησής του. Καλείται να αντικαταστήσει τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές που το οδηγούν στην εξάρτηση με αντίστοιχες δημιουργικές (cognitive restructuring).

Η διαδικασία αλλαγής της εξαρτητικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει τις εξής φάσεις : της προπερίσκεψης, της περίσκεψης, της προετοιμασίας, της δράσης της διατήρησης(DiClemente, 1986). Η τελευταία θεωρείται η πλέον δύσκολη φάση διότι κατά την διάρκεια της το άτομο αντιμετωπίζει, κυρίως, τις λεγόμενες καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Δηλαδή, εμπειρίες, συναισθήματα, σκέψεις η καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο το άτομο να επιστρέψει σε προγενέστερη συμπεριφορά του (Witkiewitz & Marlatt, 2007,p.5). Με αφετηρία την ιεραρχημένη ταξινόμηση των παραπάνω, οι καταστάσεις αυτές διακρίνονται σε ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές (βλ, Πίνακα 2).

ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
1. <i>Δυσάρεστα συναισθήματα</i> : ματαίωση, θυμός, μοναξιά, ανία, ανησυχία
2. <i>Σωματική δυσφορία</i> : σύνδρομο στέρησης, πόνος, ασθένεια, κούραση
3. <i>Ευχάριστα συναισθήματα</i> : ευτυχία, χαρά, διέγερση
4. <i>Δοκιμασία Αυτοελέγχου</i> : επιθυμία να δοκιμάσει το άτομο την ικανότητά του να εμπλακεί σε μία κατάσταση ελεγχόμενης χρήσης
5. <i>Επιθυμίες & Πειρασμοί</i> : βίωση σφοδρής επιθυμίας για χρήση ή το απροσδόκητο γεγονός να βρεθεί το άτομο σε μία κατάσταση η οποία ευνοεί την χρήση
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
1. <i>Σύγκρουση</i> : λογομαχίες, καυγάδες ή διαφωνίες με άλλους ανθρώπους
2. <i>Κοινωνική πίεση</i> : επιθυμία ανταπόκρισης στα τρέχοντα κοινωνικά πρότυπα της επιτυχίας ή της ευτυχίας
3. <i>Ευχάριστες στιγμές</i> : η χρήση της ουσίας ως μέσο ενίσχυσης των ευχάριστων στιγμών: ερωτική ή σεξουαλική συνάντηση, μία γιορτή κ.α.

Πίνακας 2 : Παράγοντες Υποτροπής (Marlatt & Gordon, 1985)

Το άτομο από την στιγμή που αντιμετωπίζει μία κατάσταση υψηλού κινδύνου έχει δύο επιλογές :



Σχήμα 3: Γνωσιο-συμπεριφοριστικό μοντέλο της υποτροπής (Marlatt & Gordon, 1985)

1. αν διαθέτει τις απαιτούμενες δεξιότητες για να ανταποκριθεί στην κατάσταση υψηλού κινδύνου που αντιμετωπίζει, αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητά του, με άμεση συνέπεια την μείωση της πιθανότητας να υποτροπιάσει
2. αν δεν διαθέτει τις απαιτούμενες δεξιότητες ή οι δεξιότητες του είναι ανεπαρκείς για να ανταποκριθεί στην κατάσταση που αντιμετωπίζει, τότε η αυτοαποτελεσματικότητά του μειώνεται. Η τελευταία μειούμενη, σε συνδυασμό με τις θετικές προσδοκίες που εναποθέτει στην κύρια ουσία κατάχρησης, οδηγούν στην επανάληψη της χρήσης. Αν η μία, πρώτη φορά, μετά από μία περίοδο αποχής (lapse - εκτροπή ή

ολίσθημα) συνδυαστεί με το φαινόμενο της ανεξέλεγκτης χρήσης, αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής του.

Ένα κρίσιμο σημείο στην διαδικασία που περιγράφεται, είναι σημασιοδότηση από το ίδιο το άτομο της εκτροπής του. Διακρίνονται τουλάχιστον δύο παραλλαγές :

1. αν το άτομο αντιληφθεί την εκτροπή του ως ανεπανόρθωτη αποτυχία, συνδυαζόμενη με την συνέπεια παραβίασης της αποχής, είναι πιθανό να εξελιχθεί σε υποτροπή
2. αν το ίδιο άτομο αντιληφθεί την εκτροπή του ως μαθησιακή εμπειρία, τότε η εξέλιξη της σε υποτροπή είναι λιγότερο πιθανή. Το άτομο, που αντιλαμβάνεται την εκτροπή του ως μαθησιακή εμπειρία, έχει περισσότερες πιθανότητες στο μέλλον να χρησιμοποιήσει διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης, περισσότερο αποτελεσματικές, στην αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου.

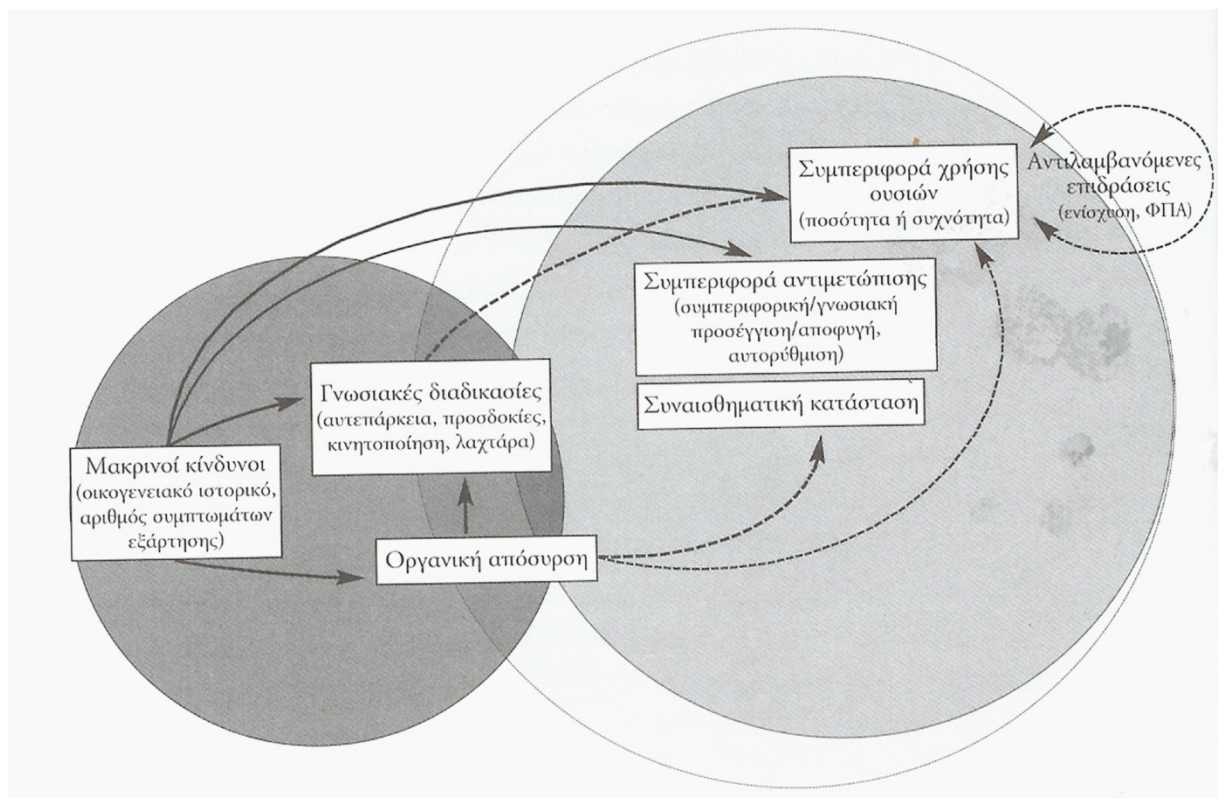
Η επικράτηση του μοντέλου αυτού αναμφίβολα συνδέεται και με την άνοδο και την επικράτηση των γνωσιο-συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων στην θεραπεία, την έρευνα και αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, στα πλαίσια των προσεγγίσεων αυτών. Ταυτόχρονα όμως αποτελεί ένα εύληπτο, πρακτικό και ευέλικτο πλαίσιο αναφοράς για την υποτροπή, χαρακτηριστικά που το καθιστούν αποδεκτό από τους επαγγελματίες του χώρου της τοξικοεξάρτησης, ανεξαρτήτως της προσέγγισης την οποία υποστηρίζουν. Ίσως, η πιο εύστοχη, ευσύνοπτη και συνολική κριτική που έχει ασκηθεί στο αρχικό μοντέλο πρόληψης της υποτροπής είναι αυτή του G.Edwards ο οποίος σχολιάζει:

« Η φράση «πρόληψη της υποτροπής» μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για χρήσιμες, ρηξικέλευθες σκέψεις, να εκτινάξει την αδρεναλίνη, να

δώσει τον τίτλο σε ένα βιβλίο, αλλά στο τέλος της ημέρας μπορεί να γίνει μία πρόσκληση σε ένα επίπλαστο κατακερματισμό της αλληλεπίδρασης, της συνεχούς και ευμετάβλητης διαδικασίας της αλλαγής»
(Edwards, 1987, p.319)

Με την παρατήρησή του αυτή επισημαίνει την θεμελιώδη αντίφαση του μοντέλου: είναι στατικό, γραμμικό και μάλλον μηχανιστικό (Stanton, 2005), ενώ εφαρμόζεται σε ένα δυναμικό φαινόμενο όπως είναι διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς, παραλλαγή της οποίας, άλλωστε, είναι η υποτροπή.

Το νέο μοντέλο της Πρόληψης της Υποτροπής (Witkiewitz & Marlatt, 2004) επιχειρεί να αποδώσει το δυναμικό χαρακτήρα του φαινομένου της υποτροπής (βλ. Σχήμα 3)



Σχήμα 3 : Το δυναμικό μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής (Witkiewitz & Marlatt, 2004)

Οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου και σε αυτό το μοντέλο συνιστούν κεντρική έννοια συνδεδεμένες ή ταυτιζόμενες ταυτόχρονα με το περιβάλλον εντός του οποίου συμβαίνει η υποτροπή. Από την άλλη, η ανταπόκριση του ατόμου σε μία κατάσταση υψηλού κινδύνου περιγράφεται από δύο ειδών διαδικασίες, τις τονικές και τις διαδικασίες φάσης. Οι πρώτες περιλαμβάνουν τους μακροπρόθεσμους παράγοντες υποτροπής (κανονική γραμμή) και ορίζονται ως οι σταθερές προδιαθέσεις του ατόμου οι οποίες και αυξάνουν την ευαλωτότητά του για εκτροπή. Οι δεύτερες, περιλαμβάνουν τους βραχυπρόθεσμους παράγοντες της υποτροπής (διακεκομμένη γραμμή) και περιγράφονται ως οι παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν άμεσα την στατιστική πιθανότητα του ατόμου να εκτραπεί.

Οι επιμέρους παράγοντες δεν συνδέονται πλέον γραμμικά, αλλά με βρόγχους ανατροφοδότησης. Οι γραμμικές, αιτιατές σχέσεις έχουν αντικατασταθεί από κυκλικές, δυναμικές σχέσεις αμοιβαιότητας - αίτιο και αιτιατό συνιστούν εναλλασσόμενους ρόλους του ίδιου παράγοντα. Κανένας παράγοντας δεν είναι σημαντικότερος από τους άλλους, όλοι είναι ισοδύναμοι και αλληλεξαρτώμενοι. Το νέο μοντέλο δεν περιγράφει μία αλυσίδα γεγονότων που καταλήγουν στην υποτροπή αλλά ένα πολύπλοκο, δυναμικό σύστημα υποτροπής (relapsing system) το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Το κρίσιμο σημείο ή σημείο καμπής, το σημείο, δηλαδή, μετά το οποίο το σύστημα αποκτά χαοτική συμπεριφορά, εντοπίζεται στο πέρασμα από τις τονικές διαδικασίες στις διαδικασίες φάσης. Μία μικρή μεταβολή στην συμπεριφορά του ατόμου, για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει μία απροσδόκητα μεγάλη αλλαγή, να αποτελέσει το αρχικό επεισόδιο μίας υποτροπής π.χ. η τυχαία συνάντηση με ένα παλιό φίλο χρήστη

Ένα πρώτο σημείο σχολιασμού αποτελεί η κλινική χρησιμότητα του μοντέλου. Πως οι κλινικοί θα εφαρμόσουν στην πράξη αυτό το μοντέλο το οποίο φαίνεται να συμπυκνώνει την φιλοσοφία των δυναμικών συστημάτων (Θεωρία καταστροφών, Θεωρία χάους); Ο ίδιος ο Marlatt γράφει ότι «η κλινική χρησιμότητα του προτεινόμενου μοντέλου εξαρτάται από την ικανότητα των κλινικών να συλλέγουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την βιογραφία του ατόμου, το ιστορικό χρήσης του, την προσωπικότητα, τις δεξιότητές του, την αυτο-αποτελεσματικότητα του και την συναισθηματική του κατάσταση», χωρίς να δίνει περισσότερες εξηγήσεις (Marlatt, 2004, p.231).

Το δεύτερο, αφορά τον ρόλο των διαπροσωπικών παραγόντων και ειδικότερα αυτόν της κοινωνικής υποστήριξης. Το δυναμικό μοντέλο της υποτροπής περιγράφει ικανοποιητικά μία δυναμική διαδικασία, δεν καταγράφει όμως τον ρόλο που διαδραματίζει το άτομο μέσα σε αυτή την διαδικασία και δεν αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο σύστημα και άτομο αλληλοδιαπλέκονται (Stanton, 2005). Η αδυναμία αυτή έχει εντοπισθεί και προτείνεται η μελλοντική μελέτη της (Witkiewitz, 2005c, p.341).

Σε κάθε περίπτωση, η εσωτερική λογική που διέπει το δυναμικό μοντέλο μοιάζει να παραμένει αναλλοίωτη. Η παρατήρηση του Brownell(1986, p.767) για το αρχικό μοντέλο ισχύει και για το σύγχρονο. Περιγράφει την υποτροπή από την στιγμή που το άτομο αντιμετωπίζει μία κατάσταση υψηλού κινδύνου. Και δε λαμβάνεται υπόψη η διαδρομή του ατόμου μέχρι την εμπλοκή του σε μία κατάσταση υψηλού κινδύνου.

Επίσης, εκείνο που, με μία πρώτη ματιά φαίνεται ως αλλαγή παραδείγματος, συνιστά μάλλον μία μετάβαση σε μία διαφορετική μεταφορά ή μετακίνηση σε ένα διαφορετικό πλαίσιο αναφοράς. Η μεταφορά της μηχανής

που διατρέχει την αρχική μορφή του μοντέλου, αντικαθίσταται από αυτήν του συστήματος. Οι συνέπειες βεβαίως της μετάβασης αυτής δεν έχουν ολοκληρωθεί. Καταρχήν δεν έχει υπάρξει ακόμα, η πλήρης αλλαγή της επιστημονικής φρουράς που απαιτείται, όπως επισημαίνει και ο Kuhn (1970), στην μελέτη του για τις διαδικασίες αλλαγής των επιστημονικών παραδειγμάτων, ενώ μένει να επιβεβαιωθεί ερευνητικά η νέα πρόταση για την υποτροπή.

Άλλωστε, υπογραμμίζει η Witkiewitz (2004), πριν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση δαπανηρών, ποσοτικών ερευνών σε μεγάλα δείγματα, - στάση που αποτελεί την κυρίαρχη πρακτική στην έρευνα της υποτροπής στις εξαρτήσεις-, χρειάζεται να γίνει κατανοητό αυτό το ίδιο το φαινόμενο της υποτροπής, στους κλινικούς ερευνητές. Η βαθύτερη κατανόηση της υποτροπής υποστηρίζει, είναι η συνεισφορά, αυτή την στιγμή, του δυναμικού μοντέλου της υποτροπής, σημειώνοντας : «Ίσως, είναι η στιγμή να κάνουμε μερικά βήματα πίσω, πριν κάνουμε ένα άλμα προς τα εμπρός» (ο.π.,p.232)

2.3.2. Το μοντέλο Cenaps για την Θεραπεία της Υποτροπής

Cenaps είναι η ακροστυχίδα του Κέντρου Εφαρμοσμένων Επιστημών(Center for Applied Sciences). Το εν λόγω κλινικό μοντέλο για την διαχείριση της υποτροπής αναπτύσσεται από τον Gorski (1986,1990). Πρόκειται για ένα κλινικό πρόγραμμα το οποίο αποβλέπει στην απεξάρτηση των χρόνιων υποτροπιαζόντων χρηστών. Διαφέρει από την πρόληψη της υποτροπής η οποία εμφανίζεται αρχικά, ως μέρος ενός ερευνητικού προγράμματος. Επίσης, σε αντιδιαστολή με αυτήν, αποδέχεται την φιλοσοφία των 12-βημάτων των Ανωγύμων και την άποψή τους ότι η εξάρτηση είναι ασθένεια και κατά συνέπεια ο χρήστης ασθενής. Από την άλλη, και οι δύο

προσεγγίσεις προτείνουν γνωσιοσυμπεφοριστικές παρεμβάσεις και υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα αλλαγής στον τρόπο ζωής του ατόμου που επιδιώκει, επιθυμεί να διατηρήσει την απεξάρτησή του.

Ο Gorski κατηγοριοποιεί τους εξαρτημένους χρήστες σε τρεις ομάδες:

1. τους επιρρεπείς στην απεξάρτηση
2. τους επιρρεπείς στην υποτροπή και
3. τους χρονίως υποτροπιάζοντες

Κατά την γνώμη του οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στο βαθμό που αφορούν τις δύο πρώτες ομάδες. Επίσης, διακρίνει τα επιρρεπή στην υποτροπή άτομα ανάλογα με τον βαθμό της κινητοποίησης τους προς την κατεύθυνση της απεξάρτησης. Τα μη-κινητοποιημένα άτομα καθορίζονται από την άρνηση τους να αποδεχθούν ότι υποφέρουν από την εξάρτησή τους, Αντιθέτως, τα κινητοποιημένα επιρρεπή στην υποτροπή άτομα κατανοούν ότι είναι εξαρτημένοι, έχουν στόχο την πλήρη αποχή από τις ουσίες, και εργάζονται συστηματικά, μέσω ενός προγράμματος 12 βημάτων, να διατηρήσουν την απεξάρτησή τους. Ωστόσο, παρά τις καλές προθέσεις και τις προσπάθειές τους, αναπτύσσουν συμπτώματα που προοιωνίζουν την επιστροφή τους στην κατάχρηση των ουσιών. Σε αυτούς, απευθύνεται η κλινική πρόταση του Gorski.

Ο ίδιος, υποστηρίζει ότι η εξάρτηση προκαλεί δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Ειδικότερα, προσβάλλει τις ικανότητες του ατόμου όπως η οργανωμένη σκέψη, η διαχείριση των συναισθημάτων και η ρύθμιση της συμπεριφοράς κατά την διάρκεια αγχογόνων καταστάσεων. Η περιστολή των προηγούμενων ικανοτήτων προκαλεί στο άτομο που την βιώνει θλίψη, απελπισία. Συνολικά, η κατάσταση αυτή λειτουργεί, εν τέλει, ως καταλύτης

στην έλευση της υποτροπής. Ωστόσο, κατά τη θεωρία Cernaps ένα επιρρεπές στην υποτροπή άτομο δεν μπορεί να βιώσει την απεξάρτηση χωρίς να έχει τουλάχιστον, βιώσει την τάση να υποτροπιάσει.

Εξάλλου, ακόμα και όταν ένα άτομο απέχει από την ουσία κατάχρησης εμφανίζει συμπτώματα αυτού που ορίζει ο Gorski ως «σύνδρομο υποτροπής». Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι το οξύ μεταθεραπευτικό σύνδρομο στέρησης (post acute withdrawal-PAW) λαμβάνει χώρα όταν το άτομο έχει ξεπεράσει τα συμπτώματα του αρχικού στερητικού συνδρόμου, το οποίο προκαλείται από την διακοπή της ουσίας κατάχρησης, στην πρώτη φάση της θεραπείας. Σύμφωνα πάντα με τον Gorski, η αποχή προκαλεί το μεταθεραπευτικό σύνδρομο στέρησης. Το τελευταίο είναι αποτέλεσμα των βλαβών που έχει υποστεί το νευρικό σύστημα του ατόμου από τη κατάχρηση των ουσιών σε συνδυασμό με την έκθεση του σε ψυχοκοινωνικούς, αγχογόνους παράγοντες της καθημερινότητας, χωρίς όμως στην περίπτωση αυτή να «υποστηρίζεται» από την ουσία κατάχρησης. Τα συμπτώματα του μεταθεραπευτικού στερητικού συνδρόμου είναι αποδιοργανωμένη σκέψη, κενά μνήμης, ανεξέλεγκτα συναισθήματα, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία φυσικού συντονισμού και υπερ-ευαισθησία στο άγχος. Εκτιμάται ότι το άτομο που επιδιώκει την απεξάρτησή του χρειάζεται να διαχειριστεί το σύνδρομο της υποτροπής και τα συμπτώματα του μεταθεραπευτικού στερητικού συνδρόμου. Στην αντίθετη περίπτωση, τα συμπτώματα τείνουν να ενταθούν μέχρι του σημείου το άτομο να υποτροπιάζει προσπαθώντας, ακριβώς, να ανακουφιστεί από αυτά.

Η κλινική πρόταση τόσο του μοντέλου Cernaps όσο και αυτού της Πρόληψης της Υποτροπής στηρίζεται σε γνωσιοσυμπεριφοριστικές πρακτικές. Απώτερος στόχος και των δύο προσεγγίσεων είναι το άτομο κατανοήσει, να

εξηγήσει τις εσωτερικές ή εξωτερικές καταστάσεις που αντιμετωπίζει και το οδηγούν στην κατάχρηση. Η αλλαγή αυτή στην συνέχεια, επιτρέπει την εκπαίδευση του ατόμου στις δεξιότητες εκείνες που απαιτούνται για την αποφυγή της υποτροπής.

Από την άλλη, η προσέγγιση του Gorski θεωρεί κυρίως το άγχος ως παράγοντα υποτροπής ενώ η πρόταση του Marlatt αναγνωρίζει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που οδηγούν στην υποτροπή (βλ. Πίνακα 3, σ.). Σε διαφορετικούς ανθρώπους αντιστοιχούν διαφορετικοί παράγοντες υποτροπής υποστηρίζει το μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής και παρέχει εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα για κάθε μορφή εξάρτησης. Την ίδια στιγμή το μοντέλο Cernars απευθύνεται σχεδόν αποκλειστικά στα επιρρεπή στην υποτροπή αλλά κινητοποιημένα άτομα προς την κατεύθυνση της απεξάρτησης.

Τέλος, amφότερες οι προσεγγίσεις αντιλαμβάνονται την υποτροπή ως μέρος της διαδικασίας της απεξάρτησης, στην οποία και αποβλέπουν. Ωστόσο, η θεώρηση Cernars ορίζει την εξάρτηση ως ασθένεια η οποία οφείλεται στις βλάβες που έχει υποστεί ο εγκέφαλος από την κατάχρηση των ουσιών. Η θέση αυτή μάλλον δεν είναι αποδεκτή από τον Marlatt ο οποίος, μεταξύ άλλων, υποστηρίζει ότι ακόμα και στο κίνημα των Ανώνυμων η έννοια της ασθένειας χρησιμοποιείται ως μεταφορά και όχι με την κυριολεκτική σημασία της.

2.3.3. Η Κλασσική Θεωρία της Εξαρτημένης Σφοδρής Επιθυμίας (Craving)

Σε αντιδιαστολή με το μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής ή το Cernars, η θεωρία της Κλασσικής Εξαρτημένης Σφοδρής Επιθυμίας επικεντρώνει το

ενδιαφέρον της στον τρόπο που προκαλείται η «λαχτάρα» για χρήση εξαρτητικών ουσιών μέσω εσωτερικών ή/και εξωτερικών ερεθισμάτων. Λαχτάρα (craving) είναι η ισχυρή, σφοδρή επιθυμία ή εμμονή του ατόμου για χρήση. Μεταξύ των εξαρτημένων ατόμων, συνήθως, διακρίνονται δύο τύποι σφοδρής επιθυμίας :

1. εκείνη που αποβλέπει στην ανακούφιση από δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις ή από το σύνδρομο στέρησης και
2. εκείνη που αποσκοπεί στην αύξηση των αποτελεσμάτων βραχείας διάρκειας που προκαλούνται από την χρήση
(Rohsenow & Monti, 1999, NIDA, 2007).

Όπως και στην περίπτωση των γνωσιοσυμπεριφοριστικών προσεγγίσεων, η θεωρία της εξαρτημένης επιθυμίας, εστιάζει στην διαδικασία της μάθησης. Εκτιμά ότι ένα εξαρτημένο ερέθισμα (conditioned stimulus) είναι δυνατό να προκαλέσει μία αυτόματη απάντηση (automatic response). Ειδικότερα, το θεμελιώδες χαρακτηριστικό της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης είναι ότι ακόμα και ένα, μέχρι πριν, ουδέτερο ερέθισμα αποκτά την ικανότητα να προκαλέσει μίαν αντίδραση, επειδή συσχετίζεται με ένα ερέθισμα που παράγει αυτόματα την ίδια αντίδραση.

Επομένως, αυτό που συμβαίνει στην κατάχρηση των ουσιών είναι ότι » οι χρήστες εθίζονται, μαθαίνουν να συνδέουν τις επιδράσεις του ναρκωτικού με το περιβάλλον στο οποίο το παίρνουν συνήθως. Σύντομα, οι περιβαλλοντολογικές ενδείξεις μπορούν από μόνες τους να επιφέρουν την αντισταθμιστική επίδραση πριν ακόμη το άτομο πάρει το ναρκωτικό. Κατά αυτό τον τρόπο, οι ενδείξεις του περιβάλλοντος χρησιμεύουν ως σήμα στο σώμα ότι πρόκειται να γίνουν αισθητές οι επιπτώσεις του ναρκωτικού στο σώμα. (Siegel, 1982, 1984)

Φυσικά, το ίδιο εξαρτημένο ερέθισμα δεν επιφέρει σε όλους την ίδια αντίδραση. Τα εξαρτημένα ερεθίσματα είναι, μάλλον, εξατομικευμένα και επενεργούν με διαφορετική ένταση σε διαφορετικά άτομα. Τα τυπικά εξαρτημένα ερεθίσματα που σχετίζονται με την εξάρτηση είναι καταρχήν οι ίδιες οι ουσίες, τα σύνεργα και οι τόποι της χρήσης (DeJong et al, 1994). Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, οι σφοδρές επιθυμίες παραμένουν σε όλη την διάρκεια της διαδικασίας της απεξάρτησης. Εμφανίζονται, δε, από την στιγμή που το άτομο έχει ολοκληρώσει την θεραπεία του, γιατί τότε είναι η στιγμή που επιστρέφει στο οικείο περιβάλλον του γειτονιά/ φίλοι, και σε δραστηριότητες γενικά που είναι συνδεδεμένες με τη εξάρτησή του. Η σφοδρή και ανεξέλεγκτη επιθυμία, που είναι δυνατό να προκληθεί από όλα τα προηγούμενα ερεθίσματα, αποτελεί εν τέλει και την αιτία της υποτροπής του (Rohsenow, ο.π.).

Επίσης, η θεωρία της εξαρτημένης μάθησης θεωρεί ότι η εξάρτηση είναι μία ασθένεια του εγκεφάλου καθώς η επαναλαμβανόμενη κατάχρηση ουσιών τροποποιεί εγκεφαλικές λειτουργίες (Anton, 1999). Άμεσα, εκείνες που συνδέονται με το την αίσθηση της ανταμοιβής/ευχαρίστησης και έμμεσα όσες ρυθμίζουν το συναίσθημα και την μνήμη (McLellan, et al., 2000). Οι απόψεις αυτές υποστηρίζονται από τα ευρήματα των εργαστηριακών ερευνών με την χρήση αξονικών τομογράφων, μέθοδος PET (positron emission tomography) (Hanson, 2002).

Η θεωρία της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης για την υποτροπή στις εξαρτήσεις έχει συνεισφέρει σημαντικά αφ' ενός, στην έρευνα σχετικά με τους μηχανισμούς του εγκεφάλου και την «λαχτάρα» για χρήση και αφετέρου στις κλινικές παρεμβάσεις φαρμακευτικού τύπου που στηρίζονται σε ερευνητικά δεδομένα.

Σε αντιδιαστολή με την Θεωρία Πρόληψης της Υποτροπής και την Cernars, δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις εξωτερικές και εσωτερικές ενδείξεις που αναμοχλεύουν την σφοδρή επιθυμία για χρήση. Επίσης, η θεωρητικοποίηση της «λαχτάρας» για χρήση ως μια απάντηση του εγκεφάλου στην επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών, αντιπαρατίθεται στην πρόταση του μοντέλου Πρόληψης της Υποτροπής να θεωρηθεί η έντονη, ανεξέλεγκτη επιθυμία για χρήση, μία γνωστικού τύπου προσδοκία.

Τέλος, το μοντέλο της εξαρτημένης μάθησης ενισχύει σε σημαντικό βαθμό την ιδέα ότι η εξάρτηση αποτελεί μία μακρόχρονη ασθένεια του εγκεφάλου, ενώ ταυτόχρονα αμφισβητεί την άποψη ότι οι εξαρτημένοι είναι αδύναμα άτομα, χωρίς θέληση να ελέγξουν την συμπεριφορά τους (O'Brien, 1997).

Συμπεράσματα Δευτέρου Κεφαλαίου

Καταρχήν, παρά το γεγονός ότι η απαρχή της έρευνας για την υποτροπή σηματοδοτείται με μία έρευνα που μελετά ποιοτικά δεδομένα (συνεντεύξεις), η συνέχεια έχει να επιδείξει κυρίως ποσοτικές έρευνες αυξανόμενης πολυπλοκότητας, σε ότι αφορά τα αναλυτικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται. Η ποσοτική προσέγγιση της έρευνας συνιστά την κυρίαρχη ερευνητική τάση.

Η ποιοτική έρευνα από την άλλη πλευρά μοιάζει να κατέχει ένα περιορισμένο χώρο στην όλη προσπάθεια. Ο κύριος όγκος της μελετά μία σειρά διαδικασιών που αφορούν την εξάρτηση - είσοδο, παραμονή,

απεξάρτηση -, συσχετίζοντας την, συστηματικά, με τους μετασχηματισμούς στους οποίους υπόκειται η ταυτότητα των συμμετεχόντων ατόμων,

Επιπλέον, η μελέτη της υποτροπής στην περίπτωση της εξάρτησης από οπιούχα και ειδικότερα την ηρωίνη κατέχει ένα μάλλον περιορισμένο χώρο. Στο ερευνητικό πεδίο καταγράφονται μία σειρά παράλληλων στην πράξη ενεργειών εκ μέρους των επιμέρους μελετητών. Αυτές κυρίως είναι α) η αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων της υποτροπής, β) η ομαδοποίηση των παραγόντων αυτών ώστε να προκύψουν θεωρίες και κατ' επέκταση κλινικά μοντέλα και γ) παρατηρείται η αντίστροφη διαδικασία κατά την οποία συγκεντρώνεται ένας ικανός αριθμός μελετών και η θεωρία εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Η έρευνα, δηλαδή, χρησιμεύει για την επιβεβαίωση των θέσεων ενός θεωρητικού/κλινικού μοντέλου.

Το κυρίαρχο μοντέλο σε επίπεδο θεωρίας, έρευνας και κλινικής πρακτικής έλκει την καταγωγή του από την γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση, και είναι αυτό της Πρόληψης της Υπότροπής. Δύο άλλες εξίσου αξιόπιστες αλλά λιγότερο διαδεδομένες προτάσεις αποτελούν το μοντέλο του Gorski και το μοντέλο της Εξαρτημένης Σφοδρής Επιθυμίας.

Ανεξάρτητα από τις επιμέρους διαφορές και την αδιαμφισβήτητη προσφορά τους στην θεραπεία των εξαρτήσεων και στην υποστήριξη όσων υποτροπιάζουν, δεν παύουν να συνιστούν κυρίως την άποψη των ειδικών για ένα φαινόμενο που συμβαίνει πέραν αυτών. Φαίνεται να αγνοείται ή διερευνάται ελάχιστα

α) πως φθάνει κάποιος στην υποτροπή, υπάρχουν διακριτές φάσεις σε αυτή τη διαδρομή ; και

β) πώς βιώνουν την διαδικασία της υποτροπής όσοι υποτροπιάζουν ;

Τις ερωτήσεις αυτές, μεταξύ άλλων, επιχειρεί να απαντήσει η παρούσα έρευνα, λαμβάνοντας υπόψη της και τις παρατηρήσεις που προηγήθηκαν σχετικά με την βιβλιογραφία. Για το σκοπό αυτό εστιάζει στην μελέτη όσων υποτροπιάζουν, εντός του πρώτου τριμήνου, μετά την απεξάρτησή τους από την ηρωίνη στη Θεραπευτική κοινότητα του προγράμματος ΚΕΘΕΑ - Νόστος², την περίοδο 2007 έως και 2010.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μεθοδολογικές επιλογές τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα τα εργαλεία συλλογής και ανάλυσης καθώς και περιορισμοί της προτεινόμενης έρευνας,

² Για μία αναλυτική περιγραφή της δομής, και της λειτουργίας του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος βλ, Παράρτημα 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : Η μεθοδολογία της έρευνας

3.1. Η συνδυαστική μεθοδολογία (mixed methods)

3.1.1. Ένα νέο ερευνητικό παράδειγμα

Η αντιπαράθεση σχετικά με το ποιά είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την διερεύνηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς φαίνεται να διατρέχει την ιστορία των κοινωνικών/ανθρωπιστικών επιστημών. Η απαρχή της πιθανώς, βρίσκεται στην νεοκαντιανή διάκριση των επιστημών σε φυσικές και πολιτιστικές ή πνευματικές, καθώς οι επιστήμες της δεύτερης ομάδας προσδιορίζονται από το ότι:

1)εμπεριέχουν στοιχεία πρακτικού λόγου - συνδέονται με ζητήματα ηθικής αλλά και πολιτικής και επομένως με τον προσανατολισμό αν όχι και τη γένεση της πράξης

2) Θέτουν ζητήματα αξιών και

3) Εγείρουν προβλήματα νοήματος. Εξαιτίας των προσδιορισμών αυτών διαφέρουν ως από τις φυσικές επιστήμες α) ως προς το αντικείμενο β) ως προς τις μεθόδους και γ) ως προς την εννοιακή τους οργάνωση (Κουζέλης, Ψυχοπαίδης, 1994, σ.14).

Συνέχεια της προηγούμενης αντιπαράθεσης, μοιάζει να συνιστά εντός του χώρου πλέον των «πνευματικών» επιστημών, η διένεξη για τη σκοπιμότητα ποσοτικών η ποιοτικών μεθόδων στην έρευνα. Ο Ιατρίδης (2000) σε αυτό το γενικό διχοτομικό διαχωρισμό αναγνωρίζει ότι δύο, αντίθετης ροπής, κατευθύνσεις επιχειρούν να ορίσουν την επιστημολογία της έρευνας, ο θετικισμός και ο μεταθετικισμός. Σύμφωνα με το πρώτο η

επιστήμη αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα μόνο μέσω της εμπειρικής γνώσης κατά συνέπεια θέματα συνδεδεμένα με ηθική και αξίες δεν έχουν θέση στην έρευνα. Η ερευνώμενη κάθε φορά πραγματικότητα υπάρχει πέραν του ερευνητή, είναι ανεξάρτητη από αυτόν. Η αντικειμενική παρατήρηση εκ μέρους του «ουδέτερου ερευνητή» είναι το εργαλείο για την κατανόηση της. Οι κοινωνικές επιστήμες θεωρούνται επιστήμες στο βαθμό που προσομοιάζουν με τη φυσική και τα μαθηματικά έχουν δηλαδή τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν γενικούς νόμους.

Αντίθετα, ο μεταθετικισμός, στον οποίο περιλαμβάνεται όλο το φάσμα των προσεγγίσεων από την φαινομενολογία έως τις κριτικές προσεγγίσεις, υποστηρίζει ότι η γνώση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων και δεν έχει ανεξάρτητη υπόσταση. Η γνώση κατασκευάζεται, νοηματοδοτείται διαμέσου των κοινωνικών σχέσεων και συνιστά μία δυναμική διαδικασία με προσωρινό χαρακτήρα, διαρκεί όσο διαρκούν οι σχέσεις από τις οποίες προκύπτει. Επομένως, δεν συνδέεται με καθολικούς φυσικούς νόμους, ενώ ο ρόλος του ερευνητή είναι αυτός της νοερής τοποθέτησης στη θέση του άλλου της «αναπαραγωγικής βίωσης» (Dilthey, 1910 in Κουζέλης, Ψυχοπαίδης ο.π., σ.128). Επισημαίνει, δε, ότι η πραγματικότητα εξαρτάται και από την ισχύουσα ιδεολογία όπως αυτή διαμορφώνεται από την κυρίαρχη κοινωνική ομάδα (Πτοταμιάνος, 2000).

Οι Burrell και Morgan (1979), μεταξύ άλλων επισημαίνουν ότι επιλογή της μίας ή της άλλης επιστημολογικής θεώρησης απεικονίζεται και στις μεθοδολογικές προσεγγίσεις των ερευνητών. Αν αντιλαμβάνονται την υπό έρευνα οντότητα ως φυσικό σύστημα επιλέγουν μεθόδους που οδηγούν στη

διατύπωση γενικεύσεων, νόμων και συντάσσονται με την ποσοτική μέθοδο (νομοθετική αντίληψη της μεθόδου). Στην αντίθετη περίπτωση, αν υιοθετούν την αντίληψη που δίνει έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία, στην κατανόηση, στο νόημα συνδέονται με τη ποιοτική μέθοδο (ιδιογραφική αντίληψη της μεθόδου).

Η διάσταση που εμφανίζεται στις προηγούμενες θεωρήσεις της μεθοδολογίας προκαλεί ακόμα αντιπαραθέσεις, παρά το γεγονός ότι από το 1946 οι Merton και Kendall υπογραμμίζουν τον επίπλαστο χαρακτήρα του διλήμματος σχετικά με την αποκλειστική επιλογή μίας από τις δύο μεθόδους. «Το ενδιαφέρον των ερευνητών χρειάζεται να είναι μάλλον ο συνδυασμός των δύο μεθόδων αξιοποιώντας τα πλέον πολύτιμα χαρακτηριστικά της καθεμίας. Το πρόβλημα συνίσταται στο καθορισμό των πεδίων, των επιπέδων έρευνας όπου είναι δόκιμη η χρήση της μίας ή της άλλης προσέγγισης» (ο.π, p.557-8) .

Προς αυτή την κατεύθυνση φαίνεται να κινείται και η σύγχρονη αντίληψη για τις μικτές μεθόδους (Creswell, 2005, 2007). Όπως επισημαίνουν οι υποστηρικτές της, την τελευταία ιδιαίτερα δεκαετία παρατηρείται η ανάδυση ενός νέου παραδείγματος με διακριτά χαρακτηριστικά 1) στο επίπεδο της μεθοδολογίας, δηλαδή στο θεωρητικό πλαίσιο το οποίο καθορίζει τις ερευνητικές επιλογές και 2) στο επίπεδο του σχεδίου έρευνας, όπου το προηγούμενο θεωρητικό πλαίσιο συνδυάζεται με τεχνικές συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.

Εντός του προηγούμενου πλαισίου, οι προτεινόμενοι ορισμοί για τις μικτές ερευνητικές μεθόδους εστιάζουν είτε στη μεθοδολογία (Tashakkori & Teddlie, 1998; 2003) είτε στις τεχνικές έρευνας(Creswell et al 2003; Elliot, 2005). Σε κάθε περίπτωση όμως συναινούν στην άποψη ότι «η

συνδυασμένη χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων παρέχει καλύτερη κατανόηση του [εκάστοτε] ερευνητικού προβλήματος από ότι η χρήση μίας μόνο προσέγγισης» (Creswell, 2006, p.5).

Τι παρέχει, όμως, η συνδυαστική μεθοδολογία, που δεν προσφέρει η ποσοτική ή η ποιοτική προσέγγιση από μόνη της :

3.1.2. Κριτήρια επιλογής της συνδυαστικής μεθοδολογίας

Ήδη από το 1959, οι Campell και Fiske χρησιμοποιούν πολλαπλές μεθόδους για την συλλογή των ποσοτικών δεδομένων που απαιτεί η έρευνά τους. Ο Webb και οι συνεργάτες του (1966) υποστηρίζουν ότι η χρήση περισσότερων του ενός ερευνητικών εργαλείων αυξάνει την αξιοπιστία της έρευνας. Η έννοια της «τριγωνοποίησης» (triangulation), κάνει την εμφάνιση της ταυτόχρονα με μία σειρά ερευνών που συνδυάζουν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα (Sieber, 1973; Jick, 1979). Η κυρίαρχη μεθοδολογική ερώτηση για τους ερευνητές της περιόδου αυτής είναι αν είναι εφικτός ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων σε μία και μόνη έρευνα (Cook & Reichardt, 1979, Smith, 1983 Cuba & Lincoln, 1989).

Η προηγούμενη ερώτηση εξακολουθεί να τροφοδοτεί μία συζήτηση η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα στην Αμερικάνικη Ένωση Αξιολόγησης (AEA, και άλλους θεσμούς που ασχολούνται με την έρευνα (Creswell, 2006, chapter 10). Ωστόσο, το 1988 ο Bryman διατυπώνει με σαφήνεια μία σειρά επιχειρημάτων σύμφωνα με τα οποία η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα παρά το γεγονός ότι εκφράζουν διαφορετικές ερευνητικές παραδόσεις-επιστημονικά παραδείγματα- είναι δυνατόν να συνδυαστούν (Bryman, ο.π., p.557). Αυτή την προσέγγιση υποστηρίζει και το κλασικό άρθρο των Greene,

Caracelli, Graham (1989) το οποίο μεταξύ άλλων μετατοπίζει το ενδιαφέρον στον σχεδιασμό των ερευνών που χρησιμοποιούν ταυτόχρονα ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους. Δεν αρκεί, πλέον, η απλή συλλογή και ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Χρειάζεται τα δεδομένα της έρευνας να «αναμειχθούν» με τέτοιο τρόπο ώστε από κοινού να δίνουν μία πληρέστερη εικόνα του ερευνητικού αντικειμένου από αυτήν που δίνει η κάθε ομάδα δεδομένων από μόνη της. Η σχετική βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα πλούσια και η λεπτομερής παρουσίασή της υπερβαίνει τις ανάγκες του παρόντος κειμένου (βλ. ενδεικτικά Tashakkori & Teddlie, 2003; Creswell et al 2003). Οι επικροτούσες όμως τάσεις στον ερευνητικό σχεδιασμό φαίνεται να είναι τουλάχιστον δύο. Συνοψίζονται στα επόμενα σχεδιαγράμματα και είναι

α) της σύνδεσης των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων

Ποιοτικά δεδομένα —————> Ποσοτικά δεδομένα —————> Αποτελέσματα

β) της μείξης των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων

Ποσοτικά δεδομένα —————> Αποτελέσματα <———— Ποιοτικά δεδομένα

Σημειώνεται ότι η παρούσα έρευνα επιλέγει μία παραλλαγή της δεύτερης τάσης γνωστή ως «ισότιμη χρήση μικτής μεθόδου» (*equal status mixed method design*). Εδώ, ο ερευνητής χρησιμοποιεί ταυτόχρονα και ισότιμα την ποσοτική και την ποιοτική προσέγγιση διερεύνησης ώστε από κοινού να συμβάλουν οι δύο προσεγγίσεις στην κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου (Tashakkori & Teddlie , 1998).

Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι η επιλογή για την παρούσα έρευνα της συνδυαστικής μεθοδολογίας οφείλεται στην δυνατότητα της τελευταίας να αντισταθμίζει τις πιθανές αδυναμίες των ποσοτικών και ποιοτικών μοντέλων αντίστοιχα. Ειδικότερα, η ποιοτική μέθοδος περιγράφεται ως τρόπος απεικόνισης της διαδικασίας και της δυναμικής των φαινομένων ενώ η ποσοτική αποδίδει καλύτερα την περιγραφή της δομής. Στο ίδιο πλαίσιο, η ποσοτική έρευνα θεωρείται ότι παρέχει μία στατική αποτύπωση του φαινομένου ενώ η ποιοτική αναδεικνύει την διανυόμενη διαδρομή, την δυναμική αυτού. Εξάλλου, αν η ποσοτική έρευνα, μέσω του τρόπου επιλογής των ερευνητικών εργαλείων, αντιπροσωπεύει, μάλλον, την άποψη των εκάστοτε ερευνητών, αντίθετα η ποιοτική έρευνα μοιάζει να επιτρέπει την ανάδυση των αντιλήψεων των υποκειμένων της έρευνας.

Επίσης, η ποσοτική μέθοδος χαρακτηρίζεται από την δυνατότητά της να εξηγεί, να γενικεύει, να διατυπώνει κανόνες, να αναδεικνύει σημαντικούς παράγοντες που διέπουν τα υπό μελέτη φαινόμενα ή ομάδες και τις μεταξύ τους σχέσεις αλλά αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους αυτές οι σχέσεις δημιουργούνται ή υφίστανται. Από την άλλη μεριά η ποιοτική προσέγγιση δεν διερευνά το εύρος, την έκταση ενός φαινομένου αλλά το βάθος του. Αυτός είναι, κυρίως, ο λόγος για τον οποίο προτείνεται ως καταλληλότερη για την μελέτη κρίσιμων και ευαίσθητων πεδίων της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς επιχειρεί να ανασυστήσει το νόημα, το βίωμα όσων συμμετέχουν σε ένα φαινόμενο ώστε να κατανοήσει, να περιγράψει με σαφήνεια χωρίς αξιολογικούς όρους την δράση τους. Επιπρόσθετα, με τον συνδυασμό των μεθόδων αντιμετωπίζονται και οι επιφυλάξεις για τις δυνατότητες γενίκευσης της ποιοτικής μεθόδου αφού ως ένα βαθμό αίρεται η πιθανή μεροληψία κατά την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων (Bryman, ο.π ; Creswell, 2006; Παπαναστασάτος, 2007).

Επιπλέον, αν και κυρίαρχη μεθοδολογική προσέγγιση στην έρευνα για τις ψυχοδραστικές ουσίες κυριαρχείται από την ποσοτική μέθοδο, όλο και περισσότερα ερευνητικά προγράμματα βασισμένα σε ποιοτικές μεθόδους πραγματοποιούνται με στόχο την καλύτερη κατανόηση των φαινομένων που συνδέονται με την χρήση των ουσιών και την αντιμετώπισή τους (Rhodes, 2000,2011). Κάτω από αυτό το πρίσμα υπάρχουν πολλές ποσοτικές έρευνες που αναδεικνύουν ότι η υποτροπή στις εξαρτήσεις είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα ενώ είναι λίγες οι μελέτες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις σχέσεις των παραγόντων που ευθύνονται για το φαινόμενο αυτό. Ακόμα λιγότερες δε είναι οι έρευνες που λαμβάνουν υπόψη τους αυτό που βιώνουν και αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα σχετικά με την υποτροπή τους (βλ. σχετικά Κεφάλαιο 2).

Τέλος, στο επίκεντρο της παρούσας μελέτης τίθενται ζητήματα που αφορούν το πώς οι ίδιοι οι άνθρωποι νοηματοδοτούν την υποτροπή τους, πως οδηγούνται σε αυτήν, μέσα από ποιες διαδικασίες και ποιους λόγους αυτοί προβάλλουν. Βασικός, δηλαδή, στόχος του εγχειρήματος είναι η κατανόηση της συμπεριφοράς από την πλευρά όμως του ερωτώμενου.

Ο συνδυασμός των μεθόδων, υπό την έννοια αυτή, προκύπτει ως η καλύτερη πρακτική για την προσέγγιση των επιμέρους στόχων της έρευνας, η οποία, για μία δεδομένη χρονική περίοδο 2006 - 2010, μελετά τα άτομα που υποτροπίασαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης στα πλαίσια του Θεραπευτικού προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος αξιοποιώντας τα κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία και τις προσωπικές μαρτυρίες των ατόμων που υποτροπίασαν (Παπαναστασάτος, 1995, 2007; Τσιμπουκλή, 2002).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ερευνητικά ερωτήματα, το δείγμα, καθώς και διαδικασία συλλογής των δεδομένων τόσο για την ποσοτική όσο και την ποιοτική έρευνα της παρούσας μελέτης.

3.2 Η ποσοτική έρευνα

3.2.1. Οι υποθέσεις και το δείγμα της έρευνας

Η κύρια υπόθεση γύρω από την οποία αρθρώνεται η ποσοτική έρευνα είναι:

- ✓ Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;

Ειδικότερα, επιχειρεί να επαληθεύσει ή να διαψεύσει μία σειρά ερωτημάτων που προκύπτουν από την κύρια υπόθεση και αφορούν τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την υγεία, την εκπαίδευση, την νομική κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση, τα χαρακτηριστικά της χρήσης και το δίκτυο κοινωνικών σχέσεων των συμμετεχόντων.

Στα πλαίσια της ελληνικής ερευνητικής πραγματικότητας, η επικέντρωση σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί ερευνητική επιλογή ώστε να αποφευχθούν πιθανά εμπόδια προσβασιμότητας στα δεδομένα και να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην, σε βάθος, διερεύνηση του φαινομένου στην περίπτωση που η κύρια ουσία κατάχρησης είναι η ηρωίνη. Αυτές κυρίως είναι οι αιτίες για τις οποίες δεν επιλέγεται για παράδειγμα, η συγκριτική ανάλυση των υποτροπών σε δύο ή περισσότερα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ ή η σύγκριση

των υποτροπών σε προγράμματα διαφορετικής φιλοσοφίας π.χ. ένα πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ και μία μονάδα χορήγησης μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ.

Η επιλογή της χρονικής περιόδου 2006 - 2010 καθορίζεται και από την πρόθεση η προτεινόμενη μελέτη να επεξεργαστεί, στο μέτρο του δυνατού, σχετικά πρόσφατα δεδομένα. Εστιάζει, δε, στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, δηλαδή μετά το πέρας της Θεραπείας στην Θεραπευτική κοινότητα διότι όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία εκεί εμφανίζεται ο κύριος όγκος των υποτροπών στην Θεραπεία των εξαρτήσεων (βλ. Πρώτο Κεφάλαιο). Εξάλλου, μόνο σε αυτή την περίπτωση είναι δυνατό να γίνει λόγος για υποτροπή και όχι για διακοπή της Θεραπείας (drop-out). Η τελευταία είναι πιθανό αλλά όχι βέβαιο ότι οδηγεί σε υποτροπή, με την ευρεία έννοια του όρου, της επιστροφής, δηλαδή, σε προηγούμενη προβληματική συμπεριφορά (ο.π.).

Επίσης, η φάση της κοινωνικής επανένταξης εντός του ΚΕΘΕΑ-Νόστος σηματοδοτεί μία μετάβαση από ένα κλειστό, ιεραρχημένο δομημένο πλαίσιο όπως είναι η Θεραπευτική κοινότητα σε ένα ανοικτό και μάλλον εξωστρεφές περιβάλλον, την ομάδα της επανένταξης η οποία αποσκοπεί στην ένταξη του απεξαρτημένου στην «ευρύτερη» κοινωνία (βλ. Παράρτημα 1). Στη διάρκεια της περιόδου αυτής το άτομο βρίσκεται σε μία ενδιάμεση κατάσταση. Δεν είναι χρήστης γιατί έχει πλέον απεξαρτηθεί αλλά φέρει το στίγμα της προγενέστερης ζωής του, αφού δεν έχει διαμορφώσει, ακόμα, μία νέα ταυτότητα (Τσουράπα, 2005)¹. Ανακαλύπτει, δε, ότι η μετακίνηση του «σημαίνει να βρεθεί από την κορυφή ενός μικρόκοσμου, στον πυθμένα ενός ευρύτερου» (Goffman, 1994, σ.82)

¹ Η έρευνα αυτή αναλύει συνεντεύξεις των μελών του ΚΕΘΕΑ-Νόστος που βρίσκονται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από το σύνολο των ατόμων που παραπέμπονται από 1.1.2006 έως 31.12.2010 από την Θεραπευτική κοινότητα (Θ.Κ) στο Κέντρο Κοινωνικής Επανεξέτασης (ΚΕΚΟΕΤ). Κατά αυτό τον τρόπο προκύπτουν 191 εγγραφές, οι οποίες αντιστοιχούν στα άτομα που έγιναν δεκτά στη φάση της κοινωνικής επανεξέτασης και καταγράφονται στο μητρώο της μονάδας αυτής.

Ο αριθμός των παραπομπών κατ' έτος είναι σταθερός κατά μέσο όρο 37 άτομα ολοκληρώνουν την θεραπεία τους στην Θ.Κ και περνούν στην επόμενη φάση, την δεδομένη περίοδο. Στη συνέχεια, οι προηγούμενες εγγραφές διασταυρώνονται με τις εγγραφές που τηρούνται από το τμήμα έρευνας στο αρχείο προγράμματος. Η διαδικασία επιτρέπει τον έλεγχο πιθανών διπλοεγγραφών και δίνει πρόσβαση στα δεδομένα τα οποία συλλέγονται για κάθε άτομο ξεχωριστά, μέσω της ημι-δομημένης συνέντευξης που προβλέπει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ASI (Addiction Severity Index - Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης - ακολουθεί αναλυτική παρουσίαση -) Το τελευταίο συμπληρώνεται μία ημέρα πριν από την εισαγωγή του ατόμου στην Θ.Κ.

Το επόμενο βήμα, αφορά τον έλεγχο των μεταβλητών του ερωτηματολογίου ASI που αντιστοιχούν σε κάθε άτομο του δείγματος. Αν δηλαδή όλα τα πεδία, και συνακόλουθα όλες οι σχετικές μεταβλητές, για κάθε άτομο που συμπεριλαμβάνεται στο δείγμα περιέχουν ελλιπή στοιχεία (missing data).

Ωστόσο, αν η αντιπροσωπευτικότητα του ερευνητικού δείγματος είναι μάλλον προφανής, για την δεδομένη χρονική περίοδο, η διάσταση της εκπροσώπησης και ιδιαίτερα των γυναικών θέτει ορισμένα προβλήματα. Ειδικότερα, το ποσοστό των γυναικών στις εισαγωγές των Θεραπευτικών

κοινοτήτων είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό των ανδρών. Η δυσαναλογία αυτή είναι μια συνήθης ανισορροπία στα προγράμματα απεξάρτησης και αποτελεί μια σταθερά στο χρόνο τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Ρουλιουρος, 1998, ΕΚΤΕΡΝ, 2010).

Ο περιορισμένος, όμως, αριθμός των γυναικών προκαλεί προβλήματα στην επεξεργασία των δεδομένων κατά την ανάλυση. Οι διαδοχικές διαιρέσεις του δείγματος για την πραγματοποίηση ελέγχων των επιμέρους ομάδων του δείγματος καταλήγουν σε πολύ μικρές ομάδες που δεν επιδέχονται στατιστικούς ελέγχους². Για το λόγο αυτό δεν συμπεριλαμβάνεται στο δείγμα το σύνολο των γυναικών που παραπέμπονται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης.

Το τελικό επομένως δείγμα περιέχει μόνο άνδρες και αντιστοιχεί σε 177 άτομα, μετά την αφαίρεση των γυναικών (14) από αυτό. Η δημιουργία τέλος μίας διχοτόμου μεταβλητής με τιμές

- ✓ 0 για την περίπτωση που το άτομο δεν υποτροπιάζει και
- ✓ 1 στην περίπτωση που το άτομο υποτροπιάζει

επιτρέπει τον εντοπισμό δύο υπο-ομάδων, της υπο-ομάδας όσων δεν υποτροπιάζουν $n = 117$ άτομα και της υπο-ομάδας όσων υποτροπιάζουν $n = 60$ άτομα. Η σύγκριση των υπο-ομάδων αυτών, σε μία σειρά πεδίων και μέσω των μεταβλητών που ορίζουν το κάθε πεδίο αποτελεί το αντικείμενο της ποσοτικής ανάλυσης της παρούσας έρευνας.

Ακολουθεί, η παρουσίαση του μεθοδολογικού πλαισίου εντός του οποίου συμβαίνει η προτεινόμενη ποσοτική ανάλυση.

² Για $n = 191$, ο αριθμός των γυναικών είναι 14, ποσοστό (7%), για $n = 63$ όσοι υποτροπίασαν την δεδομένη περίοδο, ο αριθμός των γυναικών είναι 3 ποσοστό (5%)

3.2.2. Η ανάλυση δευτέρου βαθμού (secondary data analysis)

Η διαδικασία συλλογής των ποσοτικών στοιχείων παρουσιάζει μία ιδιαιτερότητα στο βαθμό που υλοποιείται και από άλλους ερευνητές πέραν του γράφοντος. Συγκεκριμένα, από το προσωπικό του τμήματος έρευνας του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος το οποίο α) διεξάγει τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις που απαιτούνται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ASI και β) έχει την ευθύνη της καταχώρησης των δεδομένων αυτών - και άλλων - στο αρχείο του προγράμματος το οποίο αριθμεί ήδη πάνω από 5.000 χιλιάδες άτομα που έχουν δεχθεί υπηρεσίες για μία φορά. Ο αριθμός των περιπτώσεων δηλαδή άτομα που έχουν δεχθεί υπηρεσίες για δύο ή περισσότερες φορές, υπερδιπλασιάζουν τον αριθμό των εγγραφών του εν λόγω προγράμματος.

Όπως προκύπτει από τις επόμενες παρατηρήσεις, εκτιμάται ότι πρόκειται για μία ανάλυση δευτέρου βαθμού. Καταρχήν, λόγω του τρόπου που ορίζεται αυτός ο τύπος ανάλυσης. Στην επιδημιολογία και την έρευνα της υγείας γίνεται μία διάκριση μεταξύ πρωτογενών (primary) και δευτερογενών (secondary) δεδομένων ανάλογα με την υφιστάμενη σχέση μεταξύ του προσώπου ή της ομάδας που συλλέγει τα δεδομένα μίας έρευνας και του προσώπου ή της ομάδας που τα αναλύει. Όταν τα δύο αυτά πρόσωπα ή ομάδες δεν ταυτίζονται γίνεται, γενικά, λόγος για ανάλυση δευτέρου βαθμού ή για ανάλυση δευτερογενών στοιχείων (Boslaugh, 2007;). Και δεύτερον, όταν η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων έχει διαφορετικό σκοπό από τα δευτερογενή. Παράδειγμα αποτελεί η παρούσα έρευνα.

Το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό³ του τμήματος έρευνας του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος συλλέγει στοιχεία μέσω του ASI αποβλέποντας μεταξύ άλλων α) στη συστηματική ενημέρωση και διατήρηση του αρχείου του προγράμματος β) στην υποστήριξη του κλινικού σχεδιασμού με τη χρήση ποσοτικών μετρήσεων, σε τακτά χρονικά διαστήματα π.χ ανά 12, 24 μήνες και γ) στην αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής του προγράμματος. Από την άλλη, η προτεινόμενη έρευνα χρησιμοποιεί ένα μέρος των διαθέσιμων δεδομένων τα οποία, σε καμία περίπτωση, δεν έχουν συλλεχθεί, για την επίτευξη του σκοπού της, τη μελέτη του φαινομένου της υποτροπής.

Η πρακτική που περιγράφει το προηγούμενο παράδειγμα αποτελεί κοινό τόπο για την αξιοποίηση μεγάλων βάσεων δεδομένων, απογραφών, ερευνών υψηλού κόστους κ.α. (Boslaugh ο.π). Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της προσέγγισης αυτής λαμβάνονται υπόψη και στο σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται κυρίως δύο. Πρώτον, η διαφορετική στοχοθεσία μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς έρευνας και τα συνακόλουθα προβλήματα που δημιουργεί π.χ. ασυμβατότητα μεταξύ των διαθέσιμων στοιχείων και του ερευνητικού ερωτήματος στο πλαίσιο της δευτερογενούς ανάλυσης. Αντιστάθμισμα αυτών εκτιμάται ότι αποτελεί, σε μεγάλο βαθμό, η επιλογή του ASI, από το σύνολο των εργαλείων που χρησιμοποιούνται από το τμήμα έρευνας του ΚΕΘΕΑ-Νόστος. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο διαθέτει ένα μεγάλο αριθμό πεδίων και συναφών με κάθε πεδίο μεταβλητών, που φαίνεται να καλύπτουν επαρκώς την κύρια υπόθεση της ποσοτικής ανάλυσης.

³ Σημειώνεται ότι ο γράφων έχει λάβει την ειδική εκπαίδευση που απαιτείται για την ημι-δομημένη συνέντευξη του ερωτηματολογίου ASI

Δεύτερον, οι διαδικασίες συλλογής των δεδομένων δεν ελέγχονται άμεσα από τον ερευνητή. Η αξιοπιστία των δεδομένων θεωρείται ότι εξασφαλίζεται σε υψηλό βαθμό τόσο από συστηματικούς ελέγχους του τομέα έρευνας του ΚΕΘΕΑ, όσο και από τις διαρκείς ανάγκες του ΚΕΘΕΑ-Νόστος σε αξιόπιστα δεδομένα για τη χάραξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού σε μία σειρά θεραπευτικών μονάδων.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθοδολογίας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων που συνιστούν ταυτόχρονα και τα κριτήρια επιλογής αυτής είναι κυρίως α) η εξοικονόμηση πόρων και χρόνου και β) η δυνατότητα που παρέχει στον ερευνητή να επεκτείνει την έρευνα του χρησιμοποιώντας στοιχεία που σε διαφορετική περίπτωση απαιτούν ερευνητική ομάδα.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται αναλυτικά το εργαλείο συλλογής των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας, το ερωτηματολόγιο ASI και η σταθμισμένη εκδοχή του EuroASI.

3.2.3. Το ερωτηματολόγιο ASI

Τρία είναι τα εργαλεία που προτείνονται από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές Ουσίες (National Institute on Drug Abuse, NIDA) ως κατάλληλα για πληθυσμούς ενηλίκων, δοκιμασμένα σε ό,τι αφορά τους ψυχομετρικούς δείκτες της αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους και γενικώς αποδεκτά από τους επαγγελματίες του πεδίου στην κλινική εφαρμογή:

- α) Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης - *Addiction Severity Index, ASI* - (Mc Lellan, 1980 et al. 1992),
- β) Θεραπεία της Εξάρτησης για τη Μείωση του Κινδύνου του AIDS - *Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction, DATAR* (Simpson, 1990) και
- γ) Προφίλ Ατομικής Αξιολόγησης - *Individual Assessment Profile, IAP* (Flynn et al. 1995· NIDA, 1994).

Από τα τρία αυτά εργαλεία, το πλέον χρησιμοποιημένο και σχετικά αποδεκτό από την κλινική πρακτική είναι το ASI. Το ASI, μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου τόσο στη διαδικασία της διαγνωστικής αξιολόγησης όσο και, ευρύτατα, σε μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών προγραμμάτων και θεραπευτικών μεθόδων. Τα πλεονεκτήματά του εντοπίζονται, κυρίως, στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και στη δυνατότητα ποσοτικοποίησης αυτών. Κατ' αυτό τον τρόπο, συντίθεται η λειτουργική υπεροχή του ASI, η οποία σε συνδυασμό με τη σαφήνεια του και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ερευνητές το οποίο το συνοδεύει, κάνουν κατανοητή την ευρεία αποδοχή και χρήση του. Επιπλέον, σημειώνεται ότι οι δείκτες στάθμισης τόσο του DATAR όσο και του IAP βρίσκονται σε διαρκή έλεγχο.

Το ερωτηματολόγιο ASI σχεδιάστηκε και προτάθηκε για πρώτη φορά το 1979 για να διερευνήσει τα πολλά προβλήματα που παρουσιάζονται στην εξάρτηση από αλκοόλ και από ουσίες. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε ώστε να παρέχει πληροφορίες για την κλινική και για την ερευνητική αξιολόγηση (McLellan et al., 1985). Η τελευταία, μέχρι πρόσφατα, πέμπτη έκδοση του ASI αφορά ένα εργαλείο πολυδιάστατο, 161 μεταβλητών κατανεμημένων σε έξη (6) πεδία: ιατρικό ιστορικό, εργασιακή κατάσταση, ιστορικό χρήσης, νομική εμπλοκή και ποινική κατάσταση, δίκτυα σχέσεων, και

ψυχολογική/ψυχιατρική κατάσταση. Εκτός από τις έξι αυτές περιοχές σε μια επιπλέον εισαγωγική συλλέγονται σημαντικές πληροφορίες για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντα.

Το ASI, σύμφωνα με τους δημιουργούς του (McLellan et al., 1980; 1992), βασίζεται στην παραδοχή ότι η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες οφείλει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα τα οποία συνέβαλαν ή και προκλήθηκαν από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στόχος δε του ερωτηματολογίου είναι η σχετικά ακριβής αποτύπωση του βαθμού σοβαρότητας αυτών των προβλημάτων, σε κάθε ένα από τα προηγούμενα πεδία ώστε να προκύψει μία ασφαλής και μετρήσιμη κλινική εικόνα. Η τελευταία αποτελεί και το σημείο αναφοράς για το σχεδιασμό και την αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης (McLellan et al., 1980· 1992). Η διαχείριση του ASI γίνεται μέσω δομημένης συνέντευξης σε μια διαδικασία που εμπλέκει τον ερωτώμενο στην αξιολόγηση των αναγκών του για θεραπεία, αμέσως μετά την εισαγωγή του στο πρόγραμμα. Ο ίδιος ο ερωτώμενος εκτιμά με το δικό του υποκειμενικό τρόπο το βαθμό έντασης των προβλημάτων και των συμπτωμάτων τους, το βαθμό ενόχλησής του από αυτά και το πόσο σημαντική θεωρεί την ανάγκη του για θεραπευτική υποστήριξη, σε σχέση με τα προβλήματα που αναφέρει. Ο συνεντευκτής, επίσης, βαθμολογεί την εμπιστοσύνη ως προς την πληρότητα και την ακρίβεια των απαντήσεων του ερωτώμενου στις περιοχές που εξετάζονται (μεταβλητές κρίσιμης σημαντικότητας). Κάθε μεταβλητή συμπληρώνεται και κάθε πεδίο βαθμολογείται ξεχωριστά από το συνεντευκτή, σύμφωνα με μία κλίμακα δέκα σημείων (0- 9) και από τον ερωτώμενο σύμφωνα με μία κλίμακα πέντε (0- 4). Η βαθμολογία του ερωτώμενου σε συνδυασμό με μεταβλητές κρίσιμης σημαντικότητας σε κάθε περιοχή συμβάλλουν στην τελική βαθμολόγηση του συνεντευκτή, για να καταλήξει στο βαθμό

σοβαρότητας (*severity rate*) των προβλημάτων κάθε περιοχής. Η όλη διαδικασία διαρκεί από 45 - 60 λεπτά, ανάλογα με την κατάσταση του ερωτώμενου.

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

Ειδικότερα, εμφανίζει υψηλή αξιοπιστία στον έλεγχο των εξαρτημένων από αλκοόλ ($r=.908$) όσο και εκείνων που είναι εξαρτημένοι από ουσίες ($r=.905$). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλή, τόσο στον έλεγχο των εξαρτημένων από αλκοόλ ($r=.908$) όσο και εκείνων που είναι εξαρτημένοι από ουσίες ($r=.905$). όπως αποδεικνύεται στη τελευταία συμπληρωμένη, πέμπτη έκδοση του ASI (McLellan et al., 1980· McLellan et al., 1991). Η ίδια έκδοση εμφανίζει μεταξύ άλλων και υψηλό δείκτη μέσης συνέπειας ο οποίος κυμαίνεται από 75% έως 100% , μέσος όρος .83, στην επανάληψη των δύο ημερών⁴.

⁴ Πρόκειται για τον έλεγχο δηλαδή που συγκρίνει τις απαντήσεις των ίδιων ατόμων με μια απόσταση μερικών ημερών και αναζητά τη συνέπεια μεταξύ των απαντήσεων στις δύο συνεντεύξεις,

Στις μετρήσεις εγκυρότητας του εργαλείου⁵ ενδεικτικά αναφέρεται ότι δίνει .27 όταν συγκρίνεται με το Beck Depression Inventory (Beck, 1972) και .39 όταν συγκρίνεται με το Symptom Checklist - 90 (Derogatis et al., 1975) για την περιοχή της ψυχολογικής και ψυχιατρικής κατάστασης. Για την περιοχή της χρήσης ουσιών και αλκοόλ η συσχέτιση συνάφειας με το εργαλείο Drug Use Scale (Gunderson et al., 1973) μετρήθηκε στο .61. Η μικρότερη αναφερόμενη συσχέτιση είναι αυτή στην περιοχή των ιατρικών προβλημάτων (NIDA, 1994). Τα παραπάνω καταλήγουν στο να αποτελεί το ASI έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο.

Η βασική αδυναμία του ASI είναι συγχρόνως και το στοιχείο που το καθιστά δημοφιλές. Προσφέρει μια συνολική, σφαιρική κλινική εικόνα αλλά δεν εμβαθύνει στις επιμέρους περιοχές προβλημάτων επιχειρώντας μια πλήρη διάγνωση, όπως πολλά άλλα εξειδικευμένα για την κάθε περιοχή εργαλεία. Η γενική οδηγία χρήσης του ASI, πάντως, κατευθύνει τους κλινικούς στη λεπτομερή και σε βάθος διερεύνηση, όταν κρίνουν από το βαθμό σοβαρότητας της περιοχής ότι κάτι τέτοιο απαιτείται.

3.2.4. Η προσαρμογή του ASI για την Ευρώπη. Το EuroASI

Αν και το ASI ήταν ήδη μεταφρασμένο σε αρκετές ευρωπαϊκές γλώσσες - και στην ελληνική - από τη δεκαετία του '80 αξιοποιείται αποσπασματικά και κατά κύριο λόγο για ερευνητική χρήση. Δεδομένου δε ότι δεν είχε υιοθετηθεί ως διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική πρακτική, δεν ήταν δυνατή μια συγκριτική μελέτη στην απόδοσή του σε κάθε χώρα. Βασιζόμενοι στην πέμπτη έκδοση του ASI (McLellan και συνεργάτες, 1992)

⁵ Η συσχέτιση συνάφειας (convergent correlation) μετρά κατά πόσο το εργαλείο δίνει αντίστοιχους δείκτες με άλλα ανάλογα και σταθμισμένα εργαλεία

μια ομάδα ευρωπαϊών ερευνητών επιχειρεί μια από κοινού μετάφραση στο πλαίσιο μίας σειράς παραδοχών για την προσαρμογή του (Kokkevi και Harters, 2005). Ειδικότερα, το 1993 η Harters από την Ολλανδία και η Κοκκέβη από την Ελλάδα προσπαθούν να αναπτύξουν ένα εργαλείο που στη συνέχεια ονομάζεται EuroASI, και αποτελεί την ευρωπαϊκή προσαρμογή του ASI (βλ., Παράρτημα 2). Η δράση τους έχει ως σκοπό τη δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού οργάνου για τη διερεύνηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών της χρήσης και των χρηστών στις ευρωπαϊκές χώρες.

Το εγχείρημα των δύο ερευνητριών πλαισιώνεται γρήγορα από ερευνητές άλλων ευρωπαϊκών χωρών ενώ η περαιτέρω ανάπτυξη του χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Mäkelä, 2004; Κοκκέβη & Harters, 1994; 2005; Uchtenhagen et al, 1999). Η ευρωπαϊκή ομάδα εργασίας σε συνεργασία με την ομάδα της Πενσυλβάνια και τον McLellan εστιάζει στην πέμπτη έκδοση του ASI ως περισσότερο πλήρη και πιο πρόσφατη. Οι πρώτες προσαρμογές γίνονται στη βάση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από τις επιμέρους εθνικές εφαρμογές του εργαλείου και των συμπερασμάτων που έχουν στη διάθεσή τους.

Τον Αύγουστο του 1994 εκδίδεται ο πρώτος οδηγός Διεξαγωγής Συνεντεύξεων EuroASI που σταδιακά μεταφράζεται σε πολλές γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της Ελληνικής και υιοθετείται από το European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction -EMCDDA (ΕΚΤΕΤΠΝ, 1996). Ο τελικός οδηγός του EuroASI εκδίδεται ένα χρόνο μετά (Blanken et al., 1995). Ταυτόχρονα, διερευνάται διεξοδικά η αξιοπιστία του σε πανευρωπαϊκό επίπεδο και τα αποτελέσματα κρίνονται ως ικανοποιητικά (βλ. ενδεικτικά Uchtenhagen, ο.π).

Σημειώνεται, τέλος, ότι η γενική προσπάθεια των ερευνητών, πάντως, είναι να περιορίσουν στο ελάχιστο τις διαφορές ανάμεσα στο πρωτότυπο ASI και την ευρωπαϊκή του προσαρμογή, ώστε να διευκολύνονται συγκρίσεις όχι μόνο στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής πραγματικότητας.

3.3. Η ποιοτική έρευνα

3.3.1. Οι ερωτήσεις και το δείγμα της έρευνας

Η κύρια ερώτηση της ποιοτικής έρευνας είναι:

- ✓ Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 ;

ενώ τα ειδικότερα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- α) Πως φθάνει κάποιος στην υποτροπή; υπάρχουν διακριτές φάσεις σε αυτή τη διαδρομή ;
- β) Πώς βιώνουν σε κάθε φάση της τη διαδικασία της υποτροπής όσοι υποτροπιάζουν ;

Το δείγμα της ποιοτικής έρευνας αποτελείται, καταρχήν, από όσους υποτροπίασαν την δεδομένη περίοδο. Ωστόσο, ο τελικός αριθμός των συνεντεύξεων που συλλέγονται είναι μικρότερος. Σύμφωνα με τα ποσοτικά στοιχεία η υπο-ομάδα όσων υποτροπιάζουν αριθμεί 60 άτομα ($n = 60$), ο αριθμός των συμμετεχόντων στην ποιοτική έρευνα όμως ανέρχεται στους 42, αριθμός που ταυτίζεται με τον αριθμό των συνεντεύξεων της ποιοτικής ανάλυσης.

Η διαφορά αυτή οφείλεται στον σχεδιασμό της προτεινόμενης έρευνας. Συγκεκριμένα, προβλέπεται η συνέντευξη να διενεργείται στο δυνατόν συντομότερο χρονικό διάστημα από την στιγμή που διαπιστώνεται η υποτροπή. Σε κάθε περίπτωση το διάστημα αυτό είναι μικρότερο ή ίσο των 30 ημερών. Η επιλογή αυτή συνδέεται άμεσα με τις δύο κύριες προδιαγραφές της δειγματοληψίας στα πλαίσια της παρούσας ποιοτικής έρευνας:

α) η συλλογή των πλέον πρόσφατων ποιοτικών δεδομένων. Με εξαίρεση τις έρευνες που συλλέγουν δεδομένα, αλλά όχι συνεντεύξεις, σε πραγματικό χρόνο με την χρήση ηλεκτρονικών συσκευών, οι υπόλοιπες ερευνητικές προσπάθειες διενεργούν αναδρομικές συνεντεύξεις έως και πέντε έτη μετά την υποτροπή (βλ. McKay, p.)

β) ο περιορισμός του αριθμού των μη-συμμετεχόντων. Ο εντοπισμός των συμμετεχόντων γίνεται δύσκολος σε βάθος χρόνου και αυξάνονται οι πιθανότητες να αρνηθούν την συμμετοχή τους όσο αυξάνεται η εμπλοκή τους με την κύρια ουσία κατάχρησης, στην προκειμένη περίπτωση την ηρωίνη.

Εκτός των προηγούμενων κριτηρίων, η εφαρμοζόμενη, στην παρούσα μελέτη, «εμπρόθετη στρατηγική δειγματοληψίας» (purposeful sampling strategy) χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική έρευνα. Το δείγμα της, δε, οφείλει να προκύπτει από τρία επίπεδα ταυτόχρονα α) του πλαισίου β) του γεγονότος η της διαδικασίας και γ) των συμμετεχόντων (Creswell, 2007, p.125 -129). Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται α) για την φάση της κοινωνικής επανένταξης, β) τις περιπτώσεις υποτροπής και γ) των συμμετεχόντων στην φάση αυτή.

Επομένως, οι διαδικασίες συλλογής και τα κριτήρια για την δειγματοληψία της ποιοτικής έρευνας καθορίζουν τελικώς, την δειγματοληψία της ποσοτικής έρευνας. Το ερευνητικό δείγμα της τελευταίας συλλέγεται

παράλληλα με την διενέργεια των συνεντεύξεων όσων υποτροπιάζουν και για την ίδια χρονική περίοδο.

Ο αριθμός των συνεντεύξεων $n = 42$, είναι εντός του προτεινόμενου αριθμού συνεντεύξεων στα πλαίσια της «grounded theory» ώστε να επέλθει ο κορεσμός του δείγματος (theoretical saturation)⁶. Ο Creswell (2007) συνιστά 20 έως 30 συνεντεύξεις -αν και σημειώνει το 60 ως μέγιστο αριθμό συνεντεύξεων- ενώ η Charmaz (2006) προτείνει ένα ελαφρώς μεγαλύτερο αριθμό συνεντεύξεων. Επίσης, το ποσοστό ανταπόκρισης 70%, θεωρείται ικανοποιητικό συγκρινόμενο με το αντίστοιχο ποσοστό ερευνών εθνικής εμβέλειας, που χρησιμοποιούν την συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο

Μελέτη	Ποσοστό ανταπόκρισης
SROS (2001) ^α	68,0%
DARP (1974) ^α	70,0%
DATOS (1997) ^α	71,3%
DATOS -A (2001) ^α	71,7%
TOPS (1989) ^β	71,0%
NTORS (1999) ^β	70,1%
ΘΚ ΚΕ.Θ.Ε.Α (2002) ^γ	72,1%
^α προοπτική μελέτη 5 ετών	
^β προοπτική μελέτη 1 έτους	
^γ αναδρομική μελέτη 5 ετών	

Πίνακας 3.1. Ανασκόπηση ποσοστού ανταπόκρισης ερευνών μέσω συνεντεύξεων από το πεδίο της τοξικοεξάρτησης

⁶ Αναφέρεται στο σημείο πέραν του οποίου η συλλογή επιπλέον στοιχείων για μία κατηγορία από αυτές που έχουν ήδη αναδυθεί από την ποιοτική ανάλυση δεν διευρύνει τη δεδομένη κατηγορία. Στην πράξη αυτό συμβαίνει όταν η ανάλυση των συνεντεύξεων δεν εμπλουτίζει το ήδη υπάρχον ερευνητικό υλικό, αλλά επιβεβαιώνει όσα έχουν ήδη εντοπισθεί.

Εξάλλου, όπως επισημαίνει και ο Polkinghorne (2005), η μονάδα ανάλυσης στην ποιοτική έρευνα είναι η ίδια η εμπειρία που καταθέτουν οι συμμετέχοντες και όχι τα άτομα ή οι ομάδες. Επομένως, η έρευνα αυτού του τύπου εστιάζει στις παραλλαγές, στις μορφές που πιθανώς εμφανίζει η υπό μελέτη εμπειρία και όχι στην κατανομή της σε ένα δεδομένο πληθυσμό. Κατά συνέπεια, η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος ποιοτικής έρευνας μοιάζει να μην καθορίζεται από τις προϋποθέσεις που θέτει η στατιστική αλλά, μάλλον, από τους συμμετέχοντες. Ειδικότερα, η διαδικασία επιλογής αυτών αποσκοπεί στην όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη του υπό διερεύνηση βιώματος, σε δεδομένο χώρο και χρόνο.

Εντός του προηγούμενου πλαισίου, ως τεχνική συλλογής των ποιοτικών δεδομένων επιλέγεται ένας συνδυασμός της σε βάθος και της εστιασμένης συνέντευξης (βλ. 3.3.3). Κάθε συνέντευξη προκύπτει μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τον συμμετέχοντα για τον ορισμό του χρόνου και του τόπου της συνέντευξης. Η διάρκεια της κυμαίνεται μεταξύ 45 και 60 λεπτών. Κάθε συνέντευξη μαγνητοφωνείται και στη συνέχεια απομαγνητοφωνείται σε ψηφιακή μορφή. Το κείμενο, με την ευρεία έννοια του όρου, που προκύπτει αποτελεί το κατ' εξοχήν αντικείμενο ανάλυσης της ποιοτικής έρευνας. Παράλληλα, χρησιμοποιούνται οι σημειώσεις του ερευνητή, η αναφορά του σχετικά με την εμπειρία της συνέντευξης καθώς και κάθε άλλη πηγή ποιοτικού υλικού η οποία βρίσκεται καταχωρημένη στον κλινικό φάκελο του συμμετέχοντα (βιογραφία, θεραπευτικές αναφορές κ.α.). Το υλικό αυτό δεν αποτελεί αντικείμενο ανάλυσης της παρούσας έρευνας. Χρησιμεύει μάλλον ως μέσο για την ευαισθητοποίηση του ερευνητή σχετικά με τον «κόσμο» του συμμετέχοντα και διαδικασία της ποιοτικής έρευνας για τον εντοπισμό των προϋποθέσεων που πιθανώς διακατέχουν τον ερευνητή.

Η συνέχεια αφορά τη μεθοδολογία της προτεινόμενης ποιοτικής ανάλυσης

3.3.2. Η grounded theory (G.T.)

Η επιλογή της παραπάνω θεωρίας ως μεθοδολογικού πλαισίου υπαγορεύεται από το σκοπό της παρούσας έρευνας να αποτυπώσει μία ακριβή, σαφή και οργανωμένη περιγραφή του βιώματος της υποτροπής ως διαδικασίας (βλ. ορισμό της υποτροπής, Κεφάλαιο 1^ο).

Στην παραδοσιακή μορφή της η G.T. όπως διατυπώνεται από τους Glaser και Strauss (1967) και τους Strauss και Corbin (1990, 1998) αποσκοπεί στην διατύπωση μίας θεωρίας σχετικά με μία διαδικασία, δράση ή αλληλεπίδραση μεταξύ δρώντων υποκειμένων.

Η συνέντευξη αποτελεί την κυρίαρχη τεχνική για την συλλογή των απαιτούμενων δεδομένων και από την μεταγραφή τους προκύπτει το υλικό της ανάλυσης. Στη διάρκεια της ανάλυσης, η οποία συμβαίνει παράλληλα με την συλλογή, ακολουθούνται μία σειρά πρακτικές. Μέσω των τελευταίων, επιδιώκεται η ανάδυση των νοημάτων που διατρέχουν το αναλυόμενο υλικό και η ταξινόμηση τους σε αλληλοαποκλειόμενες κατηγορίες. Οι επιμέρους κατηγορίες, τέλος, συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις αιτίας - αποτελέσματος. Κατά αυτόν τον τρόπο ανακαλύπτονται, ένα αιτιοκρατικό μοντέλο περιγραφής του αντικειμένου της έρευνας και οι αντίστοιχες στρατηγικές των συμμετεχόντων. Προκύπτει δηλαδή, μία θεωρία για το διερευνώμενο πεδίο θεμελιωμένη πάνω στα κατατιθέμενα εμπειρικά στοιχεία.

Ο ρόλος του ερευνητή στην προκειμένη περίπτωση προσιδιάζει, μάλλον, σε αυτόν του ουδέτερου παρατηρητή όπως προτείνεται από την θετικιστική επιστημολογική προσέγγιση. Εξάλλου οι όροι, ανακάλυψη, ανάδυση , κεντρικοί στην τυπική μορφή της G.T., απηχούν την εκτίμηση ότι τα δεδομένα υπάρχουν, αποτελούν μία απτή πραγματικότητα πέραν του ερευνητή. Η δημιουργικότητα του τελευταίου έγκειται ακριβώς στον

εντοπισμό των νοημάτων (εμπειριών), των δράσεων (στρατηγικών) και στην σύνθεση αυτών ώστε να προκύψει μία θεωρία για την δυναμική του υπό διερεύνηση φαινομένου.

Στον αντίποδα της προηγούμενης τοποθέτησης βρίσκεται η κονστρουκτιβιστική παραλλαγή της Γ.Τ. Σύμφωνα με τους κυριότερους εισηγητές της (Charmaz, 2005 ; 2006, Clarke, 2005 ; Braun & Clarke 2006) οι κατηγορίες, δεν αναδύονται αλλά κατασκευάζονται από τον ερευνητή διαμέσου της αλληλεπίδρασης του με τα στοιχεία της έρευνας (Charmaz, 1990, p.1169). Εκτιμάται, δηλαδή, ότι οι ερωτήσεις που θέτει, ο τρόπος διαχείρισης της μεθόδου όπως και το υπόβαθρό του (κλινικό, θεωρητικό, προσωπικό) διατρέχουν την έρευνα και κυρίως τα ευρήματά της.

Επομένως, το παραγόμενο αποτέλεσμα συνιστά μάλλον μία ιδιαίτερη ανάγνωση ή αφήγηση των δεδομένων παρά τη μοναδική αλήθεια σχετικά με αυτά. Η έμφαση στην υποκειμενικότητα του ερευνητή διευρύνει το σημείο εστίασης της Γ.Θ. Η έρευνα πλέον αποβλέπει στην αποτύπωση της εμπειρίας των συμμετεχόντων σ' αυτήν και δεν εξαντλείται στη μελέτη μιας δεδομένης διαδικασίας.

Εξάλλου, όπως σημειώνει και η Charmaz (1995, p.30 - 31) η παλαιότερη θεώρηση της Γ.Τ. κινείται από «έξω προς τα μέσα». Δηλαδή, η μελέτη της διαδικασίας οδηγεί στην ανακάλυψη του νοήματος που αποδίδουν σε αυτήν τα, εντός της, δρώντα υποκείμενα.

Επίσης, αν και στη πρόσφατη εκδοχή της Γ.Τ. χρησιμοποιούνται οι ίδιες πρακτικές, όπως και στην τυπική μορφή της, συνήθως, δεν εκτείνονται σε όλο το φάσμα της έρευνας. Περιορίζονται στην ανάλυση, κατά κύριο λόγο, του υλικού της έρευνας αναζητώντας, όμως, τις αφηγήσεις ή/και τα σενάρια

που αντιστοιχούν στις δημιουργούμενες μέσω της ερευνητικής διαδικασίας κατηγορίες (Charmaz, 2008, p.99).

Επομένως, η νεώτερη εκδοχή της Γ.Τ μοιάζει να άγεται «από μέσα προς τα έξω». Η φαινομενολογική καταγραφή του βιώματος των συμμετεχόντων συνθέτει, γεννά σταδιακά την υπό διερεύνηση διαδικασία. (Charmaz, ο.π.,). Επιπλέον, σε αυτή την περίπτωση δεν αναζητείται ένα αιτιακό μοντέλο που συνδέει τις επιμέρους κατηγορίες αλλά μία γενεσιουργός διαδικασία (*generic process*). Η τελευταία ορίζεται ως μία διαδικασία κοινή σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή/και προβλήματα, με εφαρμογές σε ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών περιοχών (Rus, 1987) και αποσκοπεί στη συναρμογή των προαναφερόμενων αφηγήσεων ή/και σεναρίων σε μία συνεκτική νοηματική ολότητα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα προηγούνται, εκτιμάται ότι η νεώτερη μορφή της Γ.Τ φαίνεται να ταιριάζει καλύτερα στους σκοπούς της προτεινόμενης έρευνας. Ειδικότερα, φαίνεται να συμπληρώνει την ποσοτική ανάλυσή της, η οποία προσεγγίζει την υποτροπή ως γεγονός καθώς εστιάζει α) στο βίωμα με τρόπο ανάλογο με την φαινομενολογική ανάλυση (Willing, 2008, p.45) β) στην διαδικασία της υποτροπής και γ) η σύντομη μορφή της παρέχει την ευελιξία που χρειάζεται ο ερευνητής ώστε να υπερβεί τις δυσκολίες που απορρέουν από το πληθυσμό της έρευνας όπως της προσέγγισης, του εντοπισμού των συμμετεχόντων, του περιορισμένου χρόνου κ.α.

Η συνέντευξη αποτελεί το μέσο που επιλέγει η παρούσα ποιοτική έρευνα για την συλλογή των δεδομένων της. Ειδικότερα, χρησιμοποιεί την εστιασμένη συνέντευξη (*focused interview*) η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στη συνέχεια

3.3.3. Η εστιασμένη συνέντευξη (focused interview)

Το κυρίαρχο μέσο συλλογής δεδομένων στη «grounded theory» είναι η συνέντευξη, στο βαθμό που το ζητούμενο είναι το πώς βιώνουν μία δεδομένη διαδικασία οι συμμετέχοντες σε αυτή. Επομένως, η επιλογή της G.T ως μεθοδολογικού πλαισίου καθορίζει καταρχήν το μέσο συλλογής και κατ' επέκταση το αναλυόμενο υλικό.

Το δεδομένο μεθοδολογικό πλαίσιο, όμως, δεν διευκρινίζει το είδος της συνέντευξης. Αποτελεί μάλλον, απόφαση, του ερευνητή ποια είναι η μορφή - δομημένη, ημιδομημένη, αδόμητη - της εφαρμοζόμενης συνέντευξης. Στη προκειμένη περίπτωση ως το πλέον κατάλληλο μέσο για την παρούσα έρευνα θεωρείται η εστιασμένη συνέντευξη (Merton et al., 1956).

Η ερευνητική συνέντευξη μοιάζει να έλκει την καταγωγή της, μεταξύ άλλων, και από την μη-κατευθυνόμενη συνέντευξη (non - directive interview) που αναπτύσσει ο Carl Rogers (1954) εντός της πελατοκεντρικής και αργότερα προσωποκεντρικής προσέγγισης του στην συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία. Πρόκειται για ένα είδος θεραπευτικής συνέντευξης όπου το βάρος της συνέντευξης βρίσκεται στον ίδιο τον θεραπευόμενο. Αυτός, κατευθύνει τον θεραπευτικό διάλογο και όχι ο θεραπευτής με τις ερωτήσεις του ή τις ερμηνείες που προτείνει. Σύμφωνα με το Rogers, ο θεραπευόμενος μέσω της ελάχιστης δυνατής παρέμβασης εκ μέρους του θεραπευτή έχει τη δυνατότητα στη διάρκεια της συνεδρίας να διερευνήσει σε βάθος τα ζητήματα που τον απασχολούν χωρίς να διακόπτεται από τις παρεμβάσεις ή και τις αξιολογικές κρίσεις του τελευταίου (Rogers, ο.π).

Η συνεισφορά αυτής της μορφής συνέντευξης, κυρίως, στην εμπάθυση που απαιτεί η θεραπευτική, κλινική αλλά και η ερευνητική πρακτική θεωρείται αδιαμφισβήτητη (Robson, 1993). Ωστόσο, η άκριτη εφαρμογή της στην ερευνητική διαδικασία θέτει ορισμένα προβλήματα, ώστε να θεωρείται ως και μη ενδεικνυόμενο ερευνητικό εργαλείο (Whyte, 1984). Τα προβλήματα αυτά συνδέονται κυρίως με το ότι η ερευνητική συνέντευξη δεν συνιστά σε καμία περίπτωση θεραπευτική συνέντευξη. Αν και είναι, μάλλον, βέβαιο ότι στα πλαίσια μίας σε ερευνητικής συνέντευξης βάθους αναδύονται θεραπευτικά ζητήματα καθώς ο συμμετέχων αναμοχλεύει τα συναισθήματά του και νοηματοδοτεί τη δράση του, ο σκοπός της δεν είναι θεραπευτικός αλλά ερευνητικός. Συλλέγει το βίωμα των συμμετεχόντων βάσει ενός ερευνητικού σχεδίου, και εντός ενός δεοντολογικού πλαισίου αλλά δεν αποβλέπει, άμεσα, στην υποστήριξη τους (βλ. 4.1.Θέματα δεοντολογίας της έρευνας, σ.). Επιπλέον, μία αδόμητη, μη-κατευθυνόμενη, σε βάθος συνέντευξη ενέχει την σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα το συλλεγόμενο υλικό να μην αντιστοιχεί στους στόχους της έρευνας.

Τις προηγούμενες παρατηρήσεις εκτιμάται ότι υπερβαίνει η εστιασμένη συνέντευξη. Η τελευταία διερευνά τις αντιλήψεις και των συναισθήματα των συμμετεχόντων σε μία δεδομένη κατάσταση, χωρίς να δίνει τον απόλυτο έλεγχο της συνέντευξης στον ερευνητή (Robson, ο.π., p.240; Mishler, 1996, σ.148 κ.ε). Διαφέρει δε, από τους γνωστούς τύπους ερευνητικής συνέντευξης σε τρία, τουλάχιστον σημεία :

1. Οι συμμετέχοντες έχουν όλοι μια ανάλογη εμπειρία, στην οποία εστιάζει κατ' αποκλειστικότητα (π.χ. αποτελούν τις υποτροπές ενός προγράμματος απεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α., για μία δεδομένη περίοδο)
2. Προϋποθέτει προγενέστερη ανάλυση της κατάστασης στην οποία έχουν εμπλακεί οι συμμετέχοντες (π.χ. οι υποτροπές στην φάση της κοινωνικής

επανεξέτασης καταγράφονται, κυρίως, στην διάρκεια του πρώτου τριμήνου της φάσης αυτής, συμπίπτουν δε με πέρας της παρεχόμενης Θεραπείας (βλ. προηγούμενα, σ.)

3. Στη βάση αυτής της ανάλυσης, αναπτύσσεται ένας οδηγός της συνέντευξης (βλ. Παράρτημα 2) που περιλαμβάνει ανοικτές ερωτήσεις, κατά τα πρότυπα που συστήνουν οι θεωρητικοί της «grounded theory»(Glaser, 1978, Charmaz, 2006).

Ο οδηγός της συνέντευξης δεν συνιστά αυτοσκοπό, δεν απαιτεί την υποβολή όλων των ερωτήσεων που περιλαμβάνει. Δημιουργείται για να υποστηρίξει τον ερευνητή στον συντονιστικό και διευκολυντικό ρόλο του στη διάρκεια της συνέντευξης. Ορίζει το πλαίσιο της συνέντευξης αλλά δεν καθορίζει τις απαντήσεις, τις εκμαιεύει. Έξαλλου, ο ερευνητής χρειάζεται, εκτός της εξοικείωσης του με την ερευνώμενη κατάσταση, να διαθέτει την δεξιότητα της «διαρκούς αξιολόγησης της εν εξελίξει συνεντεύξεως» ώστε να συλλέγονται τα δεδομένα που θεωρούνται σημαντικά για την έρευνα (Merton, ο.π., p.541-545).

Επίσης, ο Merton (ο.π) αναφέρεται σε μία σειρά κριτηρίων που καθιστούν μία εστιασμένη συνέντευξη «αποτελεσματική» και «παραγωγική». Σε αυτά περιλαμβάνονται εκτός των άλλων, α) το βάθος (depth) « η συνέντευξη πρέπει να βοηθά τους συμμετέχοντες να περιγράψουν τα συναισθηματικά, γνωστικά και αξιολογικά νοήματα της κατάστασης και το βαθμό εμπλοκής τους σε αυτήν» και β) το προσωπικό νοηματικό πλαίσιο (personal context)

« η συνέντευξη χρειάζεται να περιλαμβάνει απαντήσεις που προέρχονται από την προσωπική επεξεργασία του συμμετέχοντα, να αποκαλύπτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, και την προγενέστερη

εμπειρία των συμμετεχόντων που αποδίδουν στην κατάσταση τα συγκεκριμένα νοήματα»
(Mishler ο.π, σ.152).

Ο συνδυασμός της «grounded theory» με την εστιασμένη συνέντευξη φαίνεται να οδηγεί στην καταγραφή αφηγήσεων, τόσο στο επίπεδο της συλλογής των δεδομένων όσο και στο επίπεδο της ανάλυσης αυτών. Άλλωστε ο Mishler (ο.π) στη σημαντική μελέτη του για την ερευνητική συνέντευξη υποστηρίζει ότι οι απαντήσεις σε κάθε μορφή συνέντευξη αποτελούν αφηγήσεις. Ιδιαίτερα μάλιστα, όταν ο ερευνητής τις αναζητά και επιτρέπει στον συμμετέχοντα να μιλήσει διεξοδικά για την υπό διερεύνηση σημαντική εμπειρία της ζωής του (Mishler, ο.π., σ. 161), όπως συμβαίνει στη παρούσα μελέτη της υποτροπής από την πλευρά όσων την βιώνουν.

Επομένως, μέσω των συνεντεύξεων δεν αναζητείται η ιστορική αλλά αφηγηματική αλήθεια. Σύμφωνα με αυτή τη διάκριση η πρώτη καταγράφει τα γεγονότα όπως συμβαίνουν ενώ η δεύτερη συνιστά μία απόπειρα να κατασκευαστεί εκ μέρους του συμμετέχοντα μία συνεκτική ολότητα. Εντός αυτής, τα γεγονότα εναρμονίζονται με τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις νοηματοδοτήσεις που προκαλούν (Spence, 1982; Schafer, 1980, 1992; McLeod, 2006).

Η προηγούμενη παραδοχή δίνει μία πρώτη απάντηση στο ζήτημα της εγκυρότητας των ανακαλούμενων αναμνήσεων, από τις οποίες εν τέλει συγκροτούνται οι αφηγήσεις. Στο πλαίσιο της αφηγηματικής αλήθειας δεν ενδιαφέρει η αντικειμενική πραγματικότητα αλλά η υποκειμενική θεώρηση της πραγματικότητας από τον συμμετέχοντα. Η σύγκριση των επιμέρους θεωρήσεων των συμμετεχόντων, βάσει των κριτηρίων της ομοιότητας, της διαφοράς και της συμπληρωματικότητας, καταλήγει στον εντοπισμό των

μοτίβων δράσης, των σεναρίων που αντιστοιχούν καταρχήν στον πληθυσμό της προτεινόμενης ανάλυσης.

Μετά την καταγραφή μέχρις εδώ, των ερωτημάτων, του δείγματος της μεθοδολογίας και των εργαλείων της ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης, ακολουθεί ο σχολιασμός σχετικά με τη δεοντολογία και τους περιορισμούς της μελέτης.

4. Η δεοντολογία της έρευνας

Στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της προτεινόμενης έρευνας λαμβάνονται υπόψη,

1. ο κώδικας δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ, πρόκειται για την προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα, του κώδικα δεοντολογίας της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (World Federation of Therapeutic Communities), εντός του οποίου καταγράφονται α) οι προδιαγραφές και στόχοι των Θεραπευτικών κοινοτήτων, β) ο χάρτης δικαιωμάτων των υπό θεραπεία μελών και γ) ο κώδικας δεοντολογίας του Θεραπευτικού προσωπικού και
2. Οι αρχές δεοντολογίας που διέπουν την διεξαγωγή έρευνας με συμμετέχοντες ανθρώπους (Ethical Principles for Conducting Research with Human Participants) όπως αυτές διατυπώνονται από τη Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία (British Psychological Society - BPS)

Εντός των προηγούμενων πλαισίων δόθηκε ιδιαίτερο βάρος στις πιο συχνά εμφανιζόμενες αρχές στην πλειονότητα των κωδίκων, που αφορούν

την διεξαγωγή ψυχολογικών ερευνών (Sales, 2000), περιγράφονται δε και από το αντίστοιχο κείμενο της BPS (Robson, 1993, p.470 κ.ε).

Οι αρχές που προκύπτουν μέσω της συγκριτικής παράθεσης των διαφόρων κωδικών δεοντολογίας είναι, κυρίως, τρεις: η συναίνεση, η εμπιστευτικότητα/το απόρρητο, και η προστασία των συμμετεχόντων. Η καθεμία από αυτές διασφαλίζεται μέσω διαδικασιών, τόσο στην ποσοτική όσο και την ποιοτική έρευνα της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα, όσον αφορά

α) Τη συναίνεση (consent),

Στο επίπεδο της ποσοτικής έρευνας, πριν από την διενέργεια της οποιασδήποτε ημιδομημένης συνέντευξης δίνονται επεξηγήσεις σχετικά με τον σκοπό αυτής και τους τρόπους προστασίας του προσωπικού απορρήτου. Στη συνέχεια ο ερωτώμενος διαβάζει ένα κείμενο σχετικό με τα προαναφερθέντα και καλείται να το υπογράψει εάν και εφόσον συμφωνεί (βλ. παράρτημα).

Αντίστοιχα, στο επίπεδο της ποιοτικής έρευνας κατά την διάρκεια της πρώτης τηλεφωνικής επικοινωνίας δίνονται οι εξηγήσεις σχετικά με την έρευνα και αποσαφηνίζεται ότι η συμμετοχή η μη-συμμετοχή του ερωτώμενου δεν συνδέεται σε καμία περίπτωση με την θεραπευτική πορεία του. Η συναίνεση του αποτελεί προϋπόθεση για τον ορισμό της πρώτης συνάντησης, όπου πριν την έναρξή της συνέντευξης επισημαίνεται στο συμμετέχοντα ότι έχει κάθε στιγμή τη δυνατότητα να τη διακόψει.

β) Η εμπιστευτικότητα/ απόρρητο (confidentiality)

Στο αρχείο που χρησιμοποιείται για την ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων έχουν αφαιρεθεί τα ονόματα των συμμετεχόντων και έχουν αντικατασταθεί με κωδικούς.

Οι ίδιοι κωδικοί χρησιμοποιούνται και στην ποιοτική ανάλυση για τον διαχωρισμό των συμμετεχόντων. Επιπροσθέτως, κατά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων αφαιρούνται κάθε είδους σχόλια ονόματα, τοπωνύμια, γεωγραφικές αναφορές κ.α. από τα οποία πιθανώς αναγνωρίζεται ένας συμμετέχων.

γ) Η προστασία (protection)

Στη περίπτωση της ημιδομημένης συνέντευξης για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, ο ερωτώμενος συμμετέχει σε μία θεραπευτική δομή, επομένως έχει στη διάθεσή του διαδικασίες υποστήριξης, εφόσον τις χρειάζεται μετά το πέρας της συνέντευξης αυτής.

Αντίθετα, στην περίπτωση της ποιοτικής συνέντευξης ο συμμετέχων έχει «θέσει εαυτόν» εκτός της θεραπευτικής δομής και κατά συνέπεια εκτός Θεραπείας. Αυτός είναι ο λόγος που ζητείται, κατά τη διάρκεια της ποιοτικής συνέντευξης, να βρίσκεται σε άλλο χώρο διαθέσιμος Θεραπευτής, που όμως να έχει προηγούμενη θεραπευτική σχέση με τον συμμετέχοντα. Ο τελευταίος ενημερώνεται εξ αρχής για τη δυνατότητα να έχει μία συνάντηση με τον εν λόγω Θεραπευτή αν διακόψει την συνέντευξη, μετά το τέλος της ή σε άλλη χρονική στιγμή μετά από συμφωνία με τον Θεραπευτή.

Στη συνέχεια καταγράφονται τα συμπεράσματα του παρόντος κεφαλαίου.

Συμπεράσματα τρίτου κεφαλαίου

Η πρωτοτυπία του ερευνητικού σχεδίου έγκειται στη χρήση της συνδυαστικής μεθοδολογίας ή μεθοδολογίας των μικτών μεθόδων (*mixed methods*). Κι αυτό γιατί αξιοποιεί την ποσοτική σε συνδυασμό με την ποιοτική μέθοδο. Ειδικότερα, το χρησιμοποιούμενο ερευνητικό μοντέλο, στη παρούσα μελέτη, είναι γνωστό ως «ισότιμη χρήση μικτής μεθόδου» (*equal status mixed method design*). Στη περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται ταυτόχρονα και ισότιμα η ποσοτική και η ποιοτική προσέγγιση ώστε αμφότερες, από κοινού, να συμβάλουν στην κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου (Tashakkori et al., 1998). Η προηγούμενη μεθοδολογία εφαρμόζεται στην μελέτη του φαινομένου της υποτροπής στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Ειδικότερα, μελετώνται οι υποτροπές που συμβαίνουν την περίοδο από 1.1.2006 έως 31.12.2010, στη φάση της κοινωνικής επανένταξης του Προγράμματος απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ-Νόστος. Η επιλογές του χρόνου και τόπου, με την ευρεία έννοια του όρου, καθορίζονται μεταξύ άλλων από:

- 1) την πρόθεση της προτεινόμενης μελέτης να επεξεργαστεί, στο μέτρο του δυνατού, ικανό όγκο σχετικά πρόσφατων δεδομένων και
- 2) το γεγονός ότι σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία, η πλειονότητα των υποτροπών παρατηρείται μετά το πέρας της θεραπείας απεξάρτησης στην θεραπευτική κοινότητα (βλ. Πρώτο Κεφάλαιο). Τότε που ο απεξαρτημένος πλέον χρήστης, ανακαλύπτει ότι η μετακίνησή του από τη θεραπευτική κοινότητα στη φάση της κοινωνικής επανένταξης «σημαίνει να βρεθεί από την κορυφή ενός μικρόκοσμου, στον πυθμένα ενός ευρύτερου» (Goffman, 1994, σ.82).

Η υποτροπή στις εξαρτήσεις ορίζεται με ένα διπτό, μάλλον, συμπληρωματικό τρόπο. Συνιστά τόσο γεγονός όσο και διαδικασία (Brownell,

1986). Στις επιμέρους δε διαστάσεις της υποτροπής θεμελιώνεται αντίστοιχα η ποσοτική και ποιοτική ανάλυση της παρούσας διατριβής.

Εντός του προηγούμενου πλαισίου, η κύρια υπόθεση γύρω από την οποία αρθρώνεται η ποσοτική έρευνα είναι:

- ✓ Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;

Τα απαιτούμενα στοιχεία για την επαλήθευση ή τη διάψευση της παραπάνω υπόθεσης εργασίας, συλλέγονται μέσω της ημοδομημένης συνέντευξης που προβλέπει η συμπλήρωση του σταθμισμένου, στα ελληνικά δεδομένα, ερωτηματολογίου EuroAsi (Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης - *European Addiction Severity Index*). Στη συνέχεια, μέσω διαδικασιών που αφορούν την δευτερογενή ανάλυση ποσοτικών δεδομένων (*secondary analysis data*) προκύπτει ένα δείγμα 177 ατόμων ($N = 177$), πρόκειται για όλους τους άνδρες που παραπέμπονται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, την δεδομένη περίοδο. Η δημιουργία τέλος μίας διχοτόμου μεταβλητής με τιμές, 0 για την περίπτωση που το άτομο δεν υποτροπιάζει και 1 στην περίπτωση που το άτομο υποτροπιάζει, επιτρέπει τον εντοπισμό δύο υπο-ομάδων, της υπο-ομάδας όσων δεν υποτροπιάζουν $n = 117$ άτομα και της υπο-ομάδας όσων υποτροπιάζουν $n = 60$ άτομα. Η σύγκριση των υπο-ομάδων αυτών, σε μία σειρά πεδίων μέσω των μεταβλητών που ορίζουν το κάθε πεδίο, αποτελεί το αντικείμενο της ποσοτικής ανάλυσης.

Από την άλλη, η κύρια ερώτηση της ποιοτικής έρευνας είναι:

- ✓ Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 ;

Το ιδιαίτερο μεθοδολογικό πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας είναι αυτό της «grounded theory» και ειδικότερα η κονστρουκτιβιστική παραλλαγή του (Charmaz, 2006). Αυτή, φαίνεται να συμπληρώνει την ποσοτική ανάλυση η οποία προσεγγίζει την υποτροπή ως γεγονός καθώς εξ ορισμού έχει τη δυνατότητα να εστιάζει ταυτόχρονα α) στην διαδικασία, στη προκειμένη περίπτωση της υποτροπής β) στο βίωμα των συμμετεχόντων, στους υποτροπιάζοντες, με τρόπο ανάλογο με την φαινομενολογική ανάλυση (Willing, 2008, p.45) Η εστιασμένη συνέντευξη (focused interview, Merton et al., 1946) μοιάζει να αποτελεί το κατάλληλο μέσο για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας μελέτης αφού πέραν της επικέντρωσης της σε μία διαδικασία, που αποτελεί και τη βάση της ιδιαιτερότητας της συνδυάζει, κυρίως, τα πλεονεκτήματα της μη-κατευθυνόμενης συνέντευξης και της συνέντευξης βάθους (Robson, 1993, p.240; Mishler, 1996, σ.148 κ.ε). Για τη συλλογή των απαιτούμενων ποιοτικών δεδομένων διενεργούνται 42 συνεντεύξεις με ισάριθμους συμμετέχοντες (N = 42), σύμφωνα με τα κριτήρια της εμπρόθετης στρατηγικής δειγματοληψίας (purposeful sampling strategy, Creswell, 2007, p.125 -129). Κάθε συνέντευξη λαμβάνει χώρα σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 30 ημερών, από τη στιγμή της υποτροπής, διαρκεί 45 έως 60 λεπτά, μαγνητοφωνείται και στην συνέχεια μεταγράφεται σε ψηφιακή μορφή με αυτό τον τρόπο προκύπτει το υλικό της ποιοτικής ανάλυσης.

Τέλος, οι δεοντολογικές συνιστώσες τόσο της ποσοτικής όσο και της ποιοτικής έρευνας καθορίζονται από το κώδικα δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ, και τις αρχές που θέτει για την διεξαγωγή ψυχολογικών ερευνών σε

ανθρώπους η Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία (British Psychological Society - BPS, Robson, 1993, p.470 κ.ε).

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται, η διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων, η διαδικασία νοηματικής κατάτμησης και κατηγοριοποίησης των ποιοτικών δεδομένων καθώς και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από το κάθε είδος ανάλυσης..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Η ανάλυση των δεδομένων

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

4.1..Η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων

4.1.1. Οι εννοιολογικές παραδοχές της ποσοτικής ανάλυσης

Μια σειρά επιλογών, θεμελιωμένων σε εννοιολογικές παραδοχές και αποσαφηνίσεις, ορίζουν, καταρχήν, το πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων. Αυτές είναι, κυρίως, οι εξής:

- 1) Η διάκριση μεταξύ «παράνομων»¹ και «νόμιμων» ψυχοδραστικών ουσιών

Σύμφωνα με μία άποψη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, δεν συνιστά υποτροπή η συστηματική εμπλοκή με ψυχοδραστική ουσία διαφορετική από την αρχική ουσία χρήσης. Για παράδειγμα, ο χρήστης ηρωίνης που, μετά την απεξάρτησή του, γίνεται συστηματικός χρήστης χασίς δεν θεωρείται ότι υποτροπιάζει ως προς την αρχική ουσία που είναι η ηρωίνη. Οι έρευνες που αποδέχονται την προηγούμενη θεώρηση επικεντρώνονται και στο είδος της ουσίας που χρησιμοποιείται κατά την υποτροπή.

¹ Οι λέξεις τίθενται εντός εισαγωγικών διότι η διάκριση που εισηγούνται αποτελεί μία εκ των συμβάσεων του παρόντος κειμένου. Σημειώνεται ότι ο διαχωρισμός των ουσιών θέτει μία σειρά προβλημάτων επιστημολογικών, νομικών κ.α, τα οποία εκτιμάται ότι υπερβαίνουν τα όρια της τρέχουσας έρευνας. Τα εισαγωγικά δεν χρησιμοποιούνται στη συνέχεια του κειμένου αν και το σχόλιο ισχύει.

Η διάκριση των ουσιών, ωστόσο, δεν λαμβάνεται υπόψη στη παρούσα έρευνα για τρεις, κυρίως, λόγους: 1) ο διαχωρισμός των ουσιών φαίνεται να εμφανίζει σημαντικά επιστημολογικά προβλήματα (βλ. ενδεικτικά Παπαναστασάτος, 2007), 2) ο στόχος της θεραπείας σύμφωνα με την αντίληψη των θεραπευτικής κοινότητας συνδέεται, με την εξαρτητική συμπεριφορά και δεν αφορά μια συγκεκριμένη ουσία και 3) οι εξαρτημένοι που υποστηρίζονται από το θεραπευτικό πρόγραμμα αναφέρουν την ηρωίνη ως τη κύρια ουσία εξάρτησής τους ταυτόχρονα όμως δηλώνουν πολυχρήστες, χρησιμοποιούν δηλαδή παράλληλα πολλές άλλες ουσίες.

Κατά συνέπεια, α) τίθεται εκτός του πεδίου της τρέχουσας έρευνας το φαινόμενο όπου η συστηματική εμπλοκή με μία «νόμιμη» ουσία υποκαθιστά την εξάρτηση από μία «παράνομη» ή προοιωνίζει μία υποτροπή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το αλκοόλ (βλ. ενδεικτικά Πουλόπουλος, 2002) β) ο όρος *αποχή από τη χρήση ουσιών* αναφέρεται σε πλήρη αποχή από όλες τις παράνομες ουσίες για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο των 12 μηνών², λαμβανομένου υπόψη ότι η έρευνα καλύπτει πέντε (5) διαδοχικά έτη και για κάθε έτος συλλέγονται τα ποσοτικά στοιχεία που αφορούν όσους απέχουν και όσους υποτροπιάζουν.

2) Η διάκριση μεταξύ υποτροπής και ολισθήματος

Όπως έχει ήδη αναφερθεί (βλ. Κεφάλαιο 2), αναγνωρίζονται διαφορές ανάμεσα στην *υποτροπή (relapse)*, που ορίζεται ως επαναλαμβανόμενη,

² Το χρονικό αυτό διάστημα προτείνει και η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία ώστε να προκύψουν, όσο είναι δυνατόν, αξιόπιστα αποτελέσματα (Παπαναστασάτος, ο.π.)

συστηματική επιστροφή σε πρακτικές της χρήσης ουσιών ανάλογες με αυτές που υιοθετεί το άτομο πριν την έναρξη της θεραπείας του και στην κατάσταση των επεισοδίων χρήσης που ορίζεται ως *ολίσθηση* (*lapses* ή *slips*). Τα επεισόδια αυτά, αν και μπορεί να συνιστούν μια νέα σοβαρή εμπλοκή με τις ουσίες, ακολουθούνται αρκετά σύντομα από μια μακρόχρονη διακοπή της χρήσης ουσιών είτε μετά από νέα θεραπευτική παρέμβαση είτε χωρίς άλλη υποστήριξη (Marlatt και Gordon, 1985 ; DiClemente, 2003). Η έλλειψη σχετικών με το ολίσθημα αρχειοθετημένων στοιχείων δεν επιτρέπει την εξέταση του φαινομένου. Το τελευταίο, εκτιμάται ότι απαιτεί, μάλλον, μία ποιοτική ερευνητική προσέγγιση και αποκλειστική μελέτη λόγω του αυξημένου κλινικού ενδιαφέροντός του. Επομένως, η παρούσα ποσοτική ανάλυση εστιάζει μόνο στη περίπτωση της υποτροπής.

4.1.2. Το σχέδιο ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων

Από τη σύνθεση των προαναφερθέντων και με την εφαρμογή μίας διχοτόμου μεταβλητής εμφανίζονται δύο υπο-ομάδες εντός του αρχικού δείγματος ($n = 177$). Οι υπο-ομάδες αυτές είναι α) όσοι δεν υποτροπιάζουν, απέχουν ($n = 117$) και β) όσοι υποτροπιάζουν ($n = 60$), ανά έτος, την περίοδο 1.1.2006 -31.12.2010, στη φάση της κοινωνικής επανένταξης του προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος.

Η διερεύνηση της κύριας υπόθεσης έρευνας και των συνακόλουθων αυτής ερωτημάτων προκύπτει από την σύγκριση, των προηγούμενων υπο-ομάδων. Για το σκοπό δε αυτό χρησιμοποιούνται μία σειρά

αλληλοσυμπληρούμενων και μερικώς αλληλοεπικαλυπτόμενων στατιστικών ελέγχων.

Καταρχήν, ελέγχονται οι κατανομές των μεταβλητών. Η πρώτη σύγκριση γίνεται τόσο μέσω των ποσοστών όσο και μέσω των δεικτών κεντρικής τάσης των υπό εξέταση μεταβλητών. Ο έλεγχος χ τετράγωνο (*chi square*) χρησιμοποιείται για την διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των προαναφερομένων ομάδων. Δεδομένου ότι πολλές από τις συγκρίσεις γίνονται σε κατηγορικές μεταβλητές, ο έλεγχος χ τετράγωνο θεωρείται ως ο πλέον ενδεδειγμένος.

Για μεταβλητές που εκφράζονται με αριθμητικά δεδομένα σε τακτική παράθεση και αφορούν χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, ο χρόνος επαγγελματικής απασχόλησης, ο χρόνος φυλάκισης και άλλες συναφείς μετρήσεις, χρησιμοποιείται,

α) ο έλεγχος του κριτηρίου t (*t-test*), με στόχο τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων. Ειδικότερα εφαρμόζεται η παραλλαγή του κριτηρίου t (*t-test*) δύο ανεξαρτήτων δειγμάτων, δεδομένου ότι οι συγκρινόμενες ομάδες θεωρούνται ανεξάρτητα δείγματα. β) η διαδικασία σύγκρισης των μέσων όρων (*compare means*) η οποία καταλήγει στη δημιουργία ενός πίνακα ANOVA και των σχετικών με αυτόν δεικτών σημαντικότητας. Όπου κρίνεται απαραίτητο η προηγούμενη διαδικασία συμπληρώνεται από το στατιστικό τέστ πολλαπλών ελέγχων (*One way ANOVA*). Επικουρικά δε, σε μερικές περιπτώσεις ελέγχεται η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων με τη μη-παραμετρική μέθοδο για ανεξάρτητα δείγματα. Συμπληρωματικά, στο βαθμό που εμφανίζεται κάποια σχέση μεταξύ των μεταβλητών των συγκρινόμενων ομάδων, η μέτρηση του βαθμού με τον

οποίο συνδέονταν οι μεταβλητές (*strength of association*) πραγματοποιείται α) για τις κατηγορικές μεταβλητές, με τον έλεγχο της τιμής Cramer (*Cramer's V*), και β) για τις αριθμητικές, με τον έλεγχο τις τιμής gamma. Σε όλες τις προηγούμενες διαδικασίες χρησιμοποιείται το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης SPSS, στην τελευταία εκδοσή του SPSS 19. Τέλος, σημειώνεται ότι η ποσοτική ανάλυση που ακολουθεί αφορά α)επιλεγμένες μεταβλητές, ειδικότερα εκείνες που φαίνεται να συνδέονται με τις υποθέσεις της έρευνας (βλ. Κεφάλαιο 3) και β) τις μετρήσεις που θεωρούνται κάθε φορά απαραίτητες για τη στατιστική διερεύνηση των μεταβλητών αυτών.

Ακολουθεί η σύγκριση των ομάδων που συγκροτούν το δείγμα της έρευνας, ανά πεδίο και μέσω των μεταβλητών που αντιστοιχούν κάθε φορά στο δεδομένο πεδίο. Υπενθυμίζεται ότι οι πίνακες που ακολουθούν προκύπτουν από την επεξεργασία των μεταβλητών του ερωτηματολογίου EuroAsi (βλ.Κεφάλαιο 3 και Παράρτημα Τέταρτο)

4.1.3. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Το σύνολο των συμμετεχόντων στην ποσοτική έρευνα είναι 177 άτομα, εκ των οποίων οι 117 (66%) είναι σε πλήρη αποχή και οι 60 (34%) σε υποτροπή. Στο σύνολό τους, σχεδόν, είναι άνδρες (βλ. σχετικά, κεφ. 3, σ.12), ανύπαντροι, με ελληνική υπηκοότητα.

Πίνακας 4.1.Κατάσταση συμμετεχόντων ως προς τη χρήση παράνομων ουσιών

Συμμετέχοντες	n	%
Σε πλήρη αποχή	117	66%

Σε υποτροπή	60	34%
Σύνολο	177	100%

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 27,5 έτη, τόσο για όσους είναι σε πλήρη αποχή (27,5) όσο και για όσους είναι σε υποτροπή (27,6). Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων και στις δύο ομάδες εντοπίζεται στην ηλικιακή κατηγορία των 26-30 ετών. Η σύγκριση των ηλικιακών κατηγοριών μεταξύ των υποομάδων της έρευνας δεν καταδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 4.2. Ηλικία και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		p
	%	n	%	n	
21- 25 ετών	37,6%	(44)	36,7%	(22)	ns
26 - 30 ετών	44,4%	(52)	40,0%	(24)	ns
31 - 35+ ετών	18,0%	(21)	23,,3%	(14)	ns

Η εκπαίδευση, ως ενδιάμεση μεταβλητή, διερευνάται α) υπό τη διάσταση των ετών σχολικής εκπαίδευσης β) υπό τη μορφή τίτλου σπουδών που αντικατοπτρίζει το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Ειδικότερα, σε ότι αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο για την μεν ομάδα όσων απέχουν το υψηλότερο ποσοστό εντοπίζεται σε όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου (41,9%) με αντίστοιχο υψηλότερο ποσοστό για όσους είναι σε υποτροπή να εντοπίζεται στους αποφοίτους Γυμνασίου (38,3%). Η διαφορά

αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική όπως και όσες προκύπτουν από τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 4.3. Εκπαιδευτικό επίπεδο και υποτροπή

Απόφοιτοι	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Δημοτικού	10,3%	(12)	11,7%	(7)	10,7%	ns
Γυμνασίου	38,5%	(45)	38,3%	(23)	38,4%	ns
Λυκείου	41,9%	(49)	35,0%	(21)	39,5%	ns

Αντίθετα, σε ό,τι αφορά τα έτη σπουδών παρατηρείται ότι ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν από τη χρήση είναι 10,38 έτη έναντι των 9,42 ετών όσων βρίσκονται σε υποτροπή, διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA F: 5,818, $p < 0,05$).

Πίνακας 4.4. Χρόνια σχολικής εκπαίδευσης και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		Anova F	p
	μ.ο χρόνια	(n)	μ.ο χρόνια	(n)		
Χρόνια σχολικής εκπαίδευσης	10,38	(117)	9,42	(60)	5,818	0,005

Από την άλλη, η εργασία προσεγγίζεται μέσω των μεταβλητών α) διάρκεια ανεργίας σε χρόνια και β) διάρκεια σε έτη εργασίας πλήρους ωραρίου.

Σε ότι αφορά την τελευταία, δεν παρατηρούνται μεταξύ των ομάδων της έρευνας στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίθετα, ο μέσος όρος της διάρκειας της ανεργίας, για όσους απέχουν 1,26 έτη έναντι 2,05 έτη για όσους είναι σε υποτροπή, συνιστά στατιστικά σημαντική διαφορά (ANOVA F: 3,760 $p < 0,05$)

Πίνακας 4.5. Διάρκεια σε έτη εργασίας / ανεργίας και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή μ.ο χρόνια (n)	Σε υποτροπή μ.ο χρόνια (n)	Ανονα F	p
Διάρκεια σε έτη εργασίας πλήρους ωραρίου	3,32 (117)	3,14 (60)		ns
Διάρκεια σε έτη ανεργίας	1,26 (117)	2,05 (60)	3,760	0,005

Συναφής με τα προηγούμενα είναι και η μεταβλητή που αφορά την κύρια πηγή εσόδων των συμμετεχόντων. Παρατηρείται δε ότι το 79,5% όσων απέχουν και το 66,7% όσων είναι σε υποτροπή δηλώνει ως κύρια πηγή εισοδήματος την οικογένεια. Η παρατηρούμενη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική (chi square: 12,414, βε:5, $p < 0,05$).

Πίνακας 4.6.Κυριότερη πηγή εισοδήματος και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή % (n)	Σε υποτροπή % (n)	N%	Τιμή χ^2	p
Οικογένεια	79,5% (93)	66,7% (40)	75,1%	12,414	0,005
Εργασία	9,4% (11)	13,3% (8)	10,7%	12,414	0,005
Παράνομα	9,4% (11)	11,7% (7)	10,2%	12,414	0,005

4.1.4. Σωματική - ψυχική υγεία και υποτροπή

Η υγεία των συμμετεχόντων προσεγγίζεται μέσω μίας σειράς μεταβλητών που αφορούν τόσο τη διάσταση της σωματικής όσο και αυτή της ψυχικής υγείας. Σε όλες τις περιπτώσεις η σύγκριση των υποομάδων της ποσοτικής ανάλυσης δίνει στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία συνοψίζονται στους επόμενους πίνακες.

Πίνακας 4.7. Ψυχική υγεία και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Σοβαρή Κατάθλιψη	27,4%	(32)	36,7%	(22)	30,5%	ns
Σοβαρό άγχος	37,6%	(44)	45,0%	(27)	40,1%	ns
Προβλήματα κατανόησης, συγκέντρωσης	34,2%	(40)	31,7%	(19)	33,3%	ns
Βίαιη συμπεριφορά	3,4%	(4)	6,7%	(4)	4,5%	ns
Αυτοκτονικός ιδεασμός	2,6%	(3)	6,7%	(4)	4,0%	ns
Απόπειρα αυτοκτονίας	17,1%	(20)	18,3%	(11)	17,5%	ns
Φαρμακευτική αγωγή για ψυχικά προβλήματα	9,4%	(11)	11,7%	(7)	10,2%	ns
Νοσηλεία για ψυχικά	6,8%	(8)	11,7%	(7)	8,5%	ns

Πίνακας 4.8. Σωματική υγεία και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	25,6%	(30)	35,0%	(21)	28,8%	ns
Ηπατίτιδα C	32,5%	(38)	46,7%	(28)	37,3%	ns
HIV	0,9%	(1)	3,3%	(2)	1,7%	ns

4.1.5. Ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς - ποινική εμπλοκή και υποτροπή

Η σύγκριση των επιμέρους ομάδων που συμμετέχουν στην ποσοτική έρευνα στο πεδίο των νομικών προβλημάτων, δεν δίνει επίσης στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 4.9. Παραβατική συμπεριφορά -ποινική εμπλοκή και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Κατηγορία για κατοχή/εμπορία	58,1%	(68)	66,7%	(40)	61,0%	ns
Κατηγορία για φθορά ξένης περιουσίας	38,5%	(45)	33,7%	(20)	36,7%	ns
Εγκλήματα βίας	15,4%	(18)	13,7%	(9)	27,0%	ns

Καταδίκες	42,1%	(50)	35,5%	(22)	40,6%	ns
Φυλάκιση	26,5%	(31)	36,7%	(22)	30,0%	ns
Μέση διάρκεια φυλάκισης(μήνες)	7,33	(117)	9,32	(60)		ns

4.1.6. Οικογενειακές - κοινωνικές σχέσεις και υποτροπή

Οι οικογενειακές, κυρίως, και οι κοινωνικές σχέσεις των συμμετεχόντων διερευνώνται από δύο δέσμες μεταβλητών. Η πρώτη, καταγράφει την συναισθηματική εγγύτητα των σχέσεων ενώ η δεύτερη, τον προβληματικό χαρακτήρα αυτών. Η σύγκριση μεταξύ των υποομάδων του δείγματος δεν αποδίδει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, με εξαίρεση την μεταβλητή που ερευνά την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων με τον ερωτικό σύντροφο. Ειδικότερα, το 49,6% (n=58) όσων είναι σε αποχή έναντι 58,3% (n=35) όσων είναι σε υποτροπή αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με ερωτικό σύντροφο. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (-chi square: 11,592, βε:2, p<0,05-, βλ.Πίνακες 4.11.,4.12 και 4.13)

Σχετικές με τα προηγούμενα είναι και οι μεταβλητές που αφορούν στη διαβίωση, τους φίλους, τον ελεύθερο χρόνο και τις σχέσεις με τους άλλους, στις οποίες όμως επίσης δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποομάδων της έρευνας

Πίνακας 4.10. Διαβίωση - φίλοι - ελεύθερος χρόνος και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Διαβίωση με γονείς	61,5%	(72)	50,0%	(30)	57,6%	ns

Χωρίς φίλους	46,2%	(54)	53,3%	(32)	48,6%	ns
Ανικανοποίητοι από τη διαχ/ση του ελεύθερου χρόνου	67,0%	(69)	71,9%	(41)	68,8%	ns

Πίνακας 4.11. Στενές συναισθηματικές σχέσεις και υποτροπή

Στενή συναισθηματική σχέση με :	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Μητέρα	56,4%	(66)	58,3%	(35)	57,1%	ns
Πατέρα	40,2%	(47)	45,0%	(27)	41,8%	ns
Αδέλφια	59,8%	(70)	65,0%	(39)	61,6%	ns
Σύντροφο	53,8%	(63)	55,0%	(33)	54,2%	ns
Φίλους	51,3%	(60)	50,0%	(30)	50,8%	ns

Πίνακας 4.12. Προβληματικές σχέσεις και υποτροπή

Σοβαρά προβλήματα με :	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Μητέρα	67,5%	(79)	73,3%	(44)	69,5%	ns
Πατέρα	64,1%	(75)	65,0%	(39)	64,4%	ns
Αδέλφια	41,9%	(49)	40,0%	(24)	41,2%	ns
Συγγενείς	18,8%	(22)	23,3%	(14)	20,3%	ns
Φίλους	43,2%	(50)	50,0%	(30)	45,1%	ns
Γείτονες	12,8%	(15)	25,0%	(15)	16,9%	ns
Συνάδελφοι	17,9%	(21)	13,3%	(8)	16,4%	ns

Πίνακας 4.13. Προβληματική σχέση με σύντροφο

Σοβαρά προβλήματα με σύντροφο	Σε πλήρη αποχή %	Σε υποτροπή (n)	Σε υποτροπή %	N%	Τιμή χ^2	p	
	49,6%	(58)	58,3%	(35)	52,5%	11,592	0,005

4.1.7. Ιστορικό - χαρακτηριστικά χρήσης και υποτροπή

Η πρακτική της χρήσης παρανόμων ουσιών όσων συμμετέχουν στην δεδομένη έρευνα προσεγγίζεται α) μέσω της βιογραφικής διάστασης πότε, ποια ουσία, με τι διάρκεια και β) μέσω της διάστασης που περιγράφει τον τρόπο που γίνεται η χρήση (πως, συμπεριφορές υψηλού κινδύνου). Παρατηρούνται δε σε αμφότερες τις διαστάσεις στατιστικά σημαντικές διαφορές. Υπογραμμίζεται επίσης ότι η κύρια ουσία χρήσης για την πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι η ηρωίνη σε ποσοστό % για όσους απέχουν και % για όσους είναι σε υποτροπή. Τα προηγούμενα αποτυπώνονται στους επόμενους πίνακες.

Πίνακας 4.14. Ηλικία έναρξης της χρήσης και υποτροπή

Ηλικία έναρξης της χρήσης :	Σε πλήρη αποχή μ.ο χρόνια (n)	Σε υποτροπή μ.ο χρόνια (n)	p
Χασίς	15,1 (104)	15,3 (50)	ns
Περισσότερες από μία ουσίες (φάρμακα, χάπια)	17,5 (101)	17,0 (55)	ns
Αλκοόλ μέχρι μέθης	17,7 (68)	18,4 (35)	ns
Ηρωίνης	19,1 (115)	19,1 (54)	ns

Ενέσιμης χρήσης	21,7	(91)	21,3	(54)	ns
-----------------	------	------	------	------	----

Σημειώνεται ότι η αναφορά σε νόμιμες ουσίες όπως το αλκοόλ και τα χάπια, φάρμακα γίνεται ώστε να αποτυπωθεί αυτό που ονομάζεται «σταδιοδρομία της χρήσης», δηλαδή το διαδοχικό πέρασμα από τις διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες.

Η διάρκεια, μετρημένη σε χρόνια, της χρήσης των ουσιών όπως αυτές που περιγράφονται στον προηγούμενο Πίνακα 4.14., δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποομάδων της παρούσας έρευνας. Εξαιρέση αποτελεί η διάρκεια της χρήσης ηρωίνης όπως καταγράφει ο επόμενος πίνακας.

Πίνακας 4.15. Διάρκεια χρήσης ηρωίνης και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή μ.ο χρόνια (n)	Σε υποτροπή μ.ο χρόνια (n)	Ανονα F	p
Χρήση ηρωίνης (σε χρόνια)	6,79 (117)	8,10 (60)	4,747	0,005

Επίσης δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στο χρόνο, μετρημένο σε μήνες, της εθελούσιας αποχής από τις ουσίες χωρίς θεραπευτική υποστήριξη (το ονομαζόμενο «off»). Ο μέσος όρος όσων είναι σε αποχή είναι 5,3 μήνες (n=87) έναντι 7,0 (n=58) όσων είναι σε υποτροπή.

Ωστόσο, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στον αριθμό των περιπτώσεων υπερδοσολογίας (overdose), στο τρόπο της χρήσης, ειδικότερα στην ενδοφλέβια χρήση της ηρωίνης.

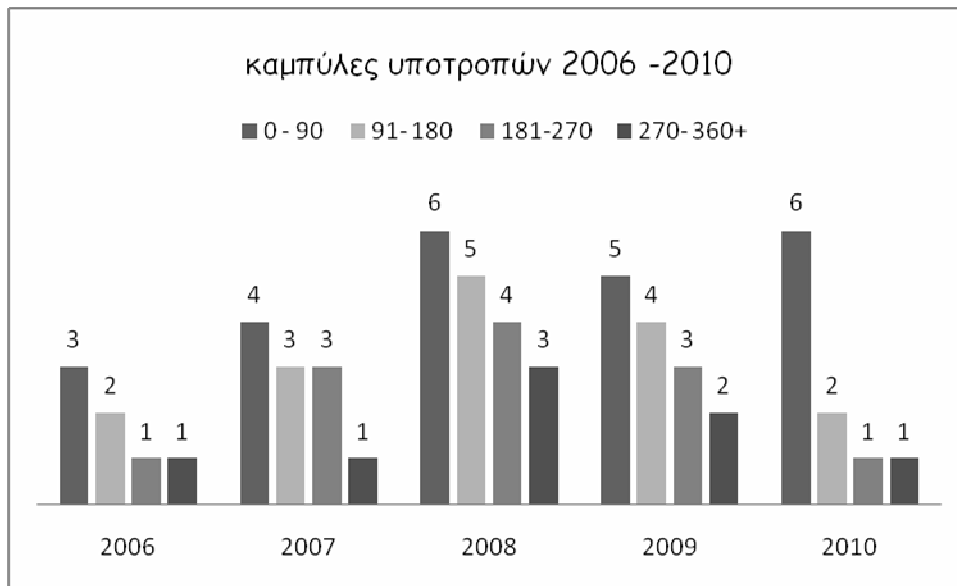
Πίνακας 4.16. Υπερδοσολογία - τρόπος χρήσης και υποτροπή

	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		Ανονα	Τιμή	p
	μ.ο	(n)	μ.ο	(n)	F	Χ ²	
Περιπτώσεις υπερδοσολογίας	1,34	(117)	2,22	(60)	3,986		0,005
	%		%				
Ενδοφλέβια χρήση	51,3%	(60)	70,0%	(42)		16,851	0,005

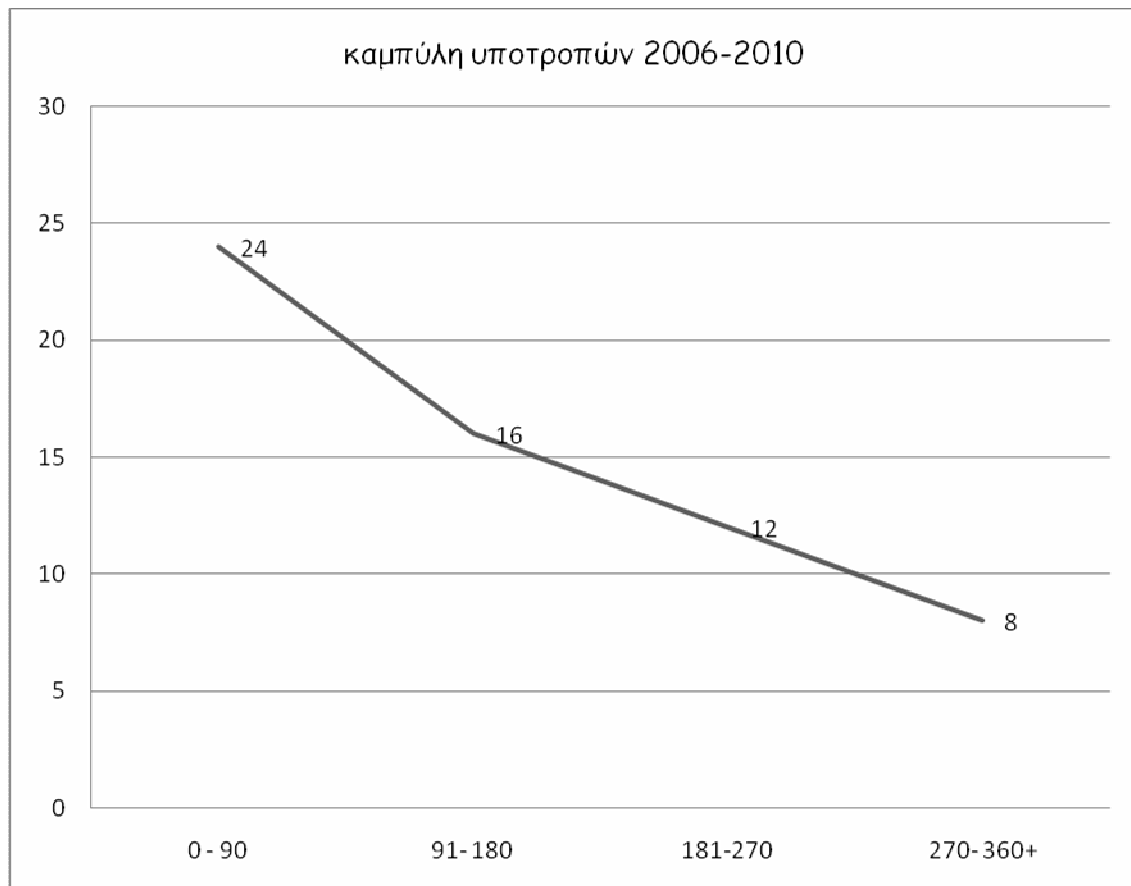
4.1.8. Η καμπύλη της υποτροπής

Τα επόμενα σχεδιαγράμματα αναπαριστούν την εξέλιξη του φαινομένου της υποτροπής του δεδομένου δείγματος μέσα στο χρόνο. Μεταξύ άλλων παρατηρείται α) το αριθμός των υποτροπών μειώνεται με την πάροδο του χρόνου β) ο μεγαλύτερος αριθμός των υποτροπών εντοπίζεται στο πρώτο τρίμηνο μετά το πέρας της θεραπείας.

Σχεδιάγραμμα 4.1. Υποτροπές ανά έτος και ανα τρίμηνο 2006-2010



Σχεδιάγραμμα 4.2. Υποτροπές ανά τρίμηνο την περίοδο 2006-2010



Συμπεράσματα ποσοτικής έρευνας

Το σύνολο των συμμετεχόντων στην ποσοτική έρευνα είναι 177 άτομα, εκ των οποίων οι 117 (66%) είναι σε πλήρη αποχή και οι 60 (34%) σε υποτροπή. Σκοπός της ανάλυσης είναι η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των προηγούμενων ομάδων. Σημειώνεται ότι τα δεδομένα της έρευνας συλλέγονται από τους συμμετέχοντες με την είσοδο τους στη θεραπευτική

κοινότητα, δηλαδή την έναρξη της Θεραπείας απεξάρτησής τους, Στο σύνολό τους, σχεδόν, είναι άνδρες, ανύπαντροι, με ελληνική υπηκοότητα και δηλώνουν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.

Στα πεδία της σωματικής, της ψυχικής υγείας, των νομικών προβλημάτων και της εμπλοκής με το νόμο δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό σύγκριση ομάδων

Αντίθετα στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται σε μία σειρά μεταβλητές που αντιστοιχούν στα υπόλοιπα πεδία της έρευνας. Ειδικότερα, για $p < 0,05$, παρατηρούνται τα εξής, μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή και όσων απέχουν από τη χρήση ηρωίνης,

1. ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης όσων είναι σε υποτροπή είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν, 9,4 έτη έναντι 10,3 αντίστοιχα
2. ο μέσος όρος της διάρκειας της ανεργίας σε έτη όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,05 έτη έναντι 1,26 αντίστοιχα
3. η οικογένεια αναφέρεται ως κύρια πηγή εισοδήματος, από μικρότερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 66,6% έναντι 79,5% μεταξύ όσων απέχουν
4. σοβαρά προβλήματα με σύντροφο δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό όσοι είναι σε υποτροπή 58,3% έναντι 49,6% μεταξύ όσων απέχουν

5. ο μέσος όρος των ετών χρήσης ηρωίνης όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ετών όσων απέχουν, 8,10 έτη έναντι 6,79 αντίστοιχα
6. ο μέσος όρος των περιπτώσεων υπερδοσολογίας (overdose) όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,22 περιπτώσεις υπερδοσολογίας (overdose) έναντι 1,32 αντίστοιχα
7. η ενδοφλέβια χρήση δηλώνεται ως κύριος τρόπος χρήσης από μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 70% έναντι 51,3% μεταξύ όσων απέχουν

Τέλος, η καμπύλη που περιγράφει την εξέλιξη των υποτροπών μέσα στο χρόνο, αποτυπώνει το γεγονός ότι η πλειονότητα των υποτροπών συμβαίνουν κυρίως το πρώτο τρίμηνο, του πρώτου έτους μετά το πέρας της Θεραπείας (βλ. σχετικά Κεφάλαιο Πρώτο). Ωστόσο, η προηγούμενη στατιστική καμπύλη, μοιάζει απαντά στο ερώτημα, πως μία ομάδα ατόμων αλλάζει την συμπεριφορά της ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την Θεραπεία.

Δεν απαντά όμως στο ερώτημα, πως το άτομο, αλλάζει την συμπεριφορά ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την Θεραπεία του. Μια απάντηση στη τελευταία ερώτηση επιχειρεί η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που ακολουθεί.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

4.2. Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

4.2.1. Οι μεθοδολογικές παραδοχές της ποιοτικής ανάλυσης

Μια σειρά επιλογών, στηριζόμενων σε παραδοχές σχετικά με την εφαρμοζόμενη μέθοδο ανάλυσης, ορίζουν το πλαίσιο διερεύνησης των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας.

Πρώτον, η *Grounded Theory* (G.T) στη προκειμένη περίπτωση δεν αποτελεί την κυρίαρχη θεωρητική προσέγγιση αλλά το κατεξοχήν εργαλείο της ποιοτικής ανάλυσης. Κατ' αυτό τον τρόπο εκτιμάται ότι αξιοποιούνται οι αναλυτικές δυνατότητες που παρέχει η G.T στον ερευνητή χωρίς ταυτόχρονα να περιχαρακώνει τις θεωρητικές αναζητήσεις και τους πιθανούς συσχετισμούς του, σε ότι αφορά την ερμηνεία των διαθέσιμων ποιοτικών δεδομένων (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 3).

Με βάση τα παραπάνω, οι αναλυτικές κατηγορίες, εκεί όπου ομαδοποιούνται οι νοηματοδοτήσεις, τα βιώματα και οι πρακτικές των συμμετεχόντων, δεν είναι προκατασκευασμένες. Αντίθετα, αναδύονται διαμέσου της διαδικασίας ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων όπως προτείνεται και από τη παραδοσιακή μορφή της G.T. (βλ. ο.π) Η επιλογή αυτή αποτυπώνεται στον οδηγό συνέντευξης της παρούσας έρευνας (βλ. Παράρτημα 3) 2) καθώς οι προτεινόμενες ερωτήσεις αποβλέπουν στη συλλογή ερευνητικού υλικού και σε καμία περίπτωση δεν κατευθύνουν, δεν υποβάλλουν στη συγκρότηση κάποιας αναλυτικής κατηγορίας. Για παράδειγμα η ερώτηση « Τι συνέβη ; » διαφέρει από μία ερώτηση του τύπου « Πως νοιώθεις με την υποτροπή σου ; ». Στην δεύτερη περίπτωση είναι μάλλον εμφανές ότι μία από τις αναλυτικές κατηγορίες είναι αυτή των συναισθημάτων. Προκύπτει δε άμεσα, σχεδόν, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και όχι από την ανάλυση των συνεντεύξεων τους.

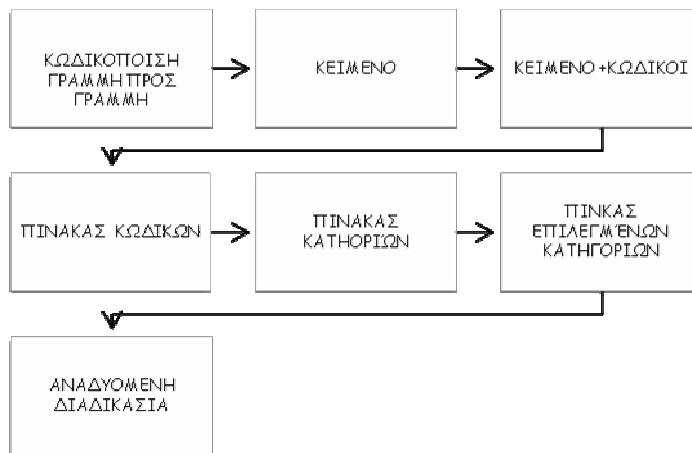
Επίσης, οι παύσεις, οι σιωπές, οι ερωτήσεις του ερευνητή καθώς και οι σημειώσεις του τελευταίου σχετικά με την εξωλεκτική επικοινωνία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δεν λαμβάνονται υπόψη στη τελική μεταγραφή και κατά συνέπεια στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Για κάθε συνέντευξη διατηρούνται τα λεγόμενα του συμμετέχοντα, χωρίς καμία γραμματική ή συντακτική παρέμβαση.

Κατ' αυτό τον τρόπο κάθε συνέντευξη μετασχηματίζεται σε ένα κείμενο. Δηλαδή σε μία νοηματική ενότητα με αρχή, μέση και τέλος η οποία μιμείται, επαναλαμβάνει, ανασυνθέτει μέσω των λέξεων το χρονικό μίας πράξης,³ σύμφωνα με τον ορισμό του Αριστοτέλη (Περί Ποιητικής, Μέναρδος & Συκουτρής, χ.χ.,σ.52 κ.ε ; βλ. επίσης Ricoeur, 1990, σ.145 - 146). Το σύνολο δε των κειμένων, αφηγήσεων που προκύπτουν, αποτελεί το πεδίο εφαρμογής της προτεινόμενης ποιοτικής ανάλυσης.

Οι επιμέρους φάσεις αυτής περιγράφονται διεξοδικά στη συνέχεια,

Σχεδιάγραμμα 4.3. Διαδικασία ποιοτικής ανάλυσης

³ Στην προκειμένη περίπτωση η έννοια της αριστοτελικής πράξεως χρησιμοποιείται ως συνώνυμη της έννοιας διαδικασία



4.2.2. Το σχέδιο ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, στην παρούσα έρευνα, περιλαμβάνει τα εξής,

Καταρχήν τα δεδομένα προετοιμάζονται για επεξεργασία. Οι σελίδες όπου καταγράφονται οι συνεντεύξεις χωρίζονται σε δύο στήλες και αριθμούνται. Κάθε συνέντευξη λαμβάνει ένα αύξοντα αριθμό και τοποθετείται στην αριστερή στήλη των σελίδων που της αντιστοιχούν.

Ακολουθεί η γραμμή προς γραμμή κωδικοποίηση (line by line coding). Το κείμενο της συνέντευξης ελέγχεται γραμμή προς γραμμή και το ζητούμενο σε αυτή τη διαδικασία είναι α) ο εντοπισμός και η απομόνωση των επιμέρους μικρότερων νοηματικών μονάδων από τις οποίες αποτελείται το αρχικό κείμενο και β) η απόδοση ενός κώδικα (code) μίας «ετικέτας», ενός «τίτλου» σε κάθε στοιχειώδη νοηματική μονάδα. Ο τελευταίος καταγράφεται στη δεξιά στήλη της σελίδας, στο ύψος της αντίστοιχης νοηματικής μονάδας.

Το μέγεθος μίας νοηματικής μονάδας ποικίλλει από μία λέξη έως ένα σύνολο 3-4 φράσεων συνήθως. Κάθε νοηματική μονάδα διαχωρίζεται από την επόμενη της και της δίνεται ένας αύξων αριθμός. Από την άλλη, το μέγεθος

του αποδιδόμενου τίτλου κυμαίνεται από μία λέξη έως μία φράση. Καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια να χρησιμοποιούνται λέξεις, φράσεις που υπάρχουν ήδη στο κείμενο, μάλιστα αν είναι δυνατόν, καταγράφονται ως έχουν. Αναζητούνται δε κυρίως ρηματικοί τύποι καθώς θεωρείται ότι μέσω αυτών αποδίδεται ο δυναμικός χαρακτήρας του υπό διερεύνηση φαινομένου.

Στη συνέχεια, όλοι οι κώδικες τοποθετούνται ο ένας κάτω από τον άλλο, σε ένα πίνακα. Στη φάση αυτή οι κώδικες καταγράφονται κατά χρονολογική σειρά, δηλαδή ακολουθείται η σειρά εμφάνισής τους στο αναλυόμενο κείμενο. Σημειώνεται ότι στη δεξιά πλευρά κάθε κώδικα αντιστοιχούνται δύο αριθμοί. Αυτοί, χρησιμεύουν στην ανεύρεση του αποσπάσματος από το οποίο προέρχεται κάθε φορά ένας κώδικας. Ειδικότερα, ο πρώτος αριθμός αντιστοιχεί στον αύξοντα αριθμό της συνέντευξης και ο δεύτερος στην γραμμή όπου βρίσκεται το ζητούμενο απόσπασμα.

Ακολούθως, ομαδοποιούνται οι κώδικες ώστε να προκύψουν οι νοηματικές κατηγορίες (categories) που διατρέχουν το αναλυόμενο κείμενο. Βάσει του προηγούμενου πίνακα, δημιουργείται ένας ακόμα πίνακας. Η διαφορά του από τον προηγούμενο είναι ότι εδώ τοποθετούνται μαζί, ο ένας κάτω από τον άλλο, οι κώδικες με ανάλογο, όμοιο ή συναφές νόημα. Κάθε ομάδα διαχωρίζεται από την προηγούμενη καθώς η πρώτη γραμμή της 1) καταγράφεται με έντονα στοιχεία και 2) φαίνεται να ενσωματώνει, να αποδίδει τα νοήματα όλων των υπολοίπων γραμμών. Η μορφή της δε ποικίλει από μία λέξη (κατά προτίμηση ρήμα) έως μία στοιχειώδη πρόταση (υποκείμενο - ρήμα - αντικείμενο).

Το σύνολο των «πρώτων γραμμών» αποτελεί το σύνολο των κατηγοριών (categories) του κειμένου. Για την περαιτέρω ανάλυση του

ποιοτικού υλικού δημιουργείται ένας ακόμα πίνακας ο οποίος περιέχει μόνο τις κατηγορίες του αναλυόμενου κειμένου.

Το επόμενο βήμα είναι η σύνθεση των προηγούμενων κατηγοριών κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προκύψει ένας μικρός αριθμός «ευρύτερων», επιλεγόμενων κατηγοριών (conceptual categories). Η καθεμία από αυτές α) εμπεριέχει περισσότερες από μια κατηγορίες (categories) και β) εστιάζει σε μία διάσταση του υπό μελέτη φαινομένου.

Η τοποθέτηση και οργάνωση των προηγούμενων κατηγοριών (conceptual categories). σε ένα πίνακα, σχεδιάγραμμα δίνει την δυνατότητα να αποτυπωθεί η διαδικασία που διατρέχει τις αναλυόμενες αφηγήσεις.

Τελικώς, το κείμενο του ερευνητή αναλύει, περιγράφει α) καθεμία από τις κατηγορίες αυτές, β) τις μεταξύ τους σχέσεις, γ) τις παρατηρούμενες ομοιότητες ή/και διαφορές μεταξύ των επιμέρους αφηγήσεων και δ) αναζητά πιθανές συσχετίσεις του μελετώμενου φαινομένου με άλλα ομοειδή φαινόμενα (generic process, βλ. ορισμό Κεφάλαιο 3, σ.) Σημειώνεται ότι, για την ονοματοθεσία είτε αυτή αφορά κώδικες (code) είτε ευρύτερες κατηγορίες (conceptual categories) καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να χρησιμοποιείται, κυρίως, ο λόγος των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, σε κάθε φάση της παραπάνω διαδικασίας αναλογούν πολλαπλές αναγνώσεις του δεδομένου ερευνητικού υλικού. Οι αναγνώσεις αυτές απαιτούνται ώστε μεταξύ άλλων να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας δεν περιορίζονται στον ερευνητή.

Δύο τουλάχιστον εξωτερικοί αναγνώστες, με γνώσεις ποιοτικής ανάλυσης χρησιμοποιούνται συστηματικά. Επίσης τα τελικά αποτελέσματα της

ποιοτικής ανάλυσης σχολιάζονται από ομάδα μελών⁴ του Προγράμματος Νόστος που βρίσκονται στη φάση της κοινωνικής ένταξης.

Οι παρατηρήσεις όλων των προαναφερθέντων λαμβάνονται υπόψη στο κείμενο που ακολουθεί.

4.2.3. Η μορφή των αφηγήσεων υποτροπής

Στο σύνολο των αναλυόμενων αφηγήσεων υποτροπής παρατηρούνται μία σειρά όμοιων δομικών χαρακτηριστικών.

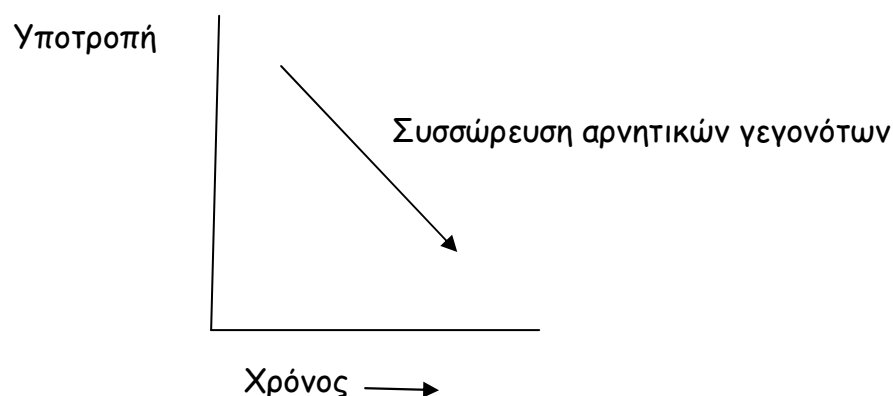
Καταρχήν, πρόκειται για αφηγήσεις που αφορούν τον εαυτό (self-narrative), το δρών υποκείμενο. Κάθε αφήγηση φαίνεται να συντίθεται από τέσσερις επιμέρους ενότητες ή επεισόδια. Κάθε ενότητα μοιάζει να προκύπτει από την προηγούμενή της («unfolding process», de Waele & Harre, 1979). Εντός των επιμέρους επεισοδίων, η δράση (πράξεις, σκέψεις, συναισθήματα) των αφηγητών/συμμετεχόντων οργανώνεται και εξελίσσεται σύμφωνα με τη κοινά αποδεκτή αντίληψη για το χρόνο, προς ένα μάλλον προδιαγεγραμμένο τέλος. Κάθε αφήγηση συντίθεται από μία σειρά διαδοχικά εμφανιζόμενων δυσάρεστων, δύσκολων καταστάσεων. Κάθε νέο αφηγηματικό στοιχείο που προστίθεται μοιάζει να επιδεινώνει την ήδη επιβαρυμένη θέση του αφηγητή. Η υποτροπή τελικά προκύπτει ως λογική συνέπεια των όσων έχουν προηγηθεί.

Από όσα προηγούνται προκύπτει ότι η μορφή των αφηγήσεων για την υποτροπή εμπίπτει στην κατηγορία των «αφηγήσεων παλινδρόμησης»

⁴ Διενεργείται ομαδική εστιασμένη συνέντευξη στις 31.12.2012 (focus group), 25 ατόμων διάρκειας 2ωρών, με δύο παρατηρητές οι οποίοι κρατούν χειρόγραφες σημειώσεις.

(regressive self - narratives) σύμφωνα με την τυπολογία που προτείνει ο Gergen (1983), και αποτυπώνεται από το επόμενο σχεδιάγραμμα.

Σχεδιάγραμμα 4.4. Η μορφή των αφηγήσεων για την υποτροπή



Πέραν των ομοιοτήτων μία σειρά διαφορών εντοπίζονται στο επίπεδο των επιμέρους επεισοδίων. Καθένα από αυτά είναι διακριτό από το άλλο στο βαθμό που, α) εισάγει νέα πρόσωπα στην αφήγηση β) εστιάζει, κυρίως, σε μία μορφή δράσης. Ειδικότερα,

1. Το πρώτο όπως και το τέταρτο επεισόδιο των αφηγήσεων αφορούν κατά κύριο λόγο, τον αφηγητή και ειδικότερα την εσωτερική δράση αυτού δηλαδή τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Μοιάζει δε να αποτελούν το πρόλογο και τον επίλογο της αφήγησης
2. Τα δύο ενδιάμεσα επεισόδια αφορούν την αλληλεπίδραση του αφηγητή με τους άλλους. Η εστίαση εδώ είναι, μάλλον, στην εξωτερική δράση, δηλαδή στα γεγονότα και τις πρακτικές. Τα επεισόδια αυτά φαίνεται να συνεισφέρουν σημαντικά στην εξέλιξη, τη ροή της αφήγησης

Πίνακας 4.17. Μορφές δράσης στις αφηγήσεις των υποτροπών

Μορφές δράσης	Αφηγητής	Άλλοι
---------------	----------	-------

Εσωτερική δράση	1 ^ο επεισόδιο
	4 ^ο επεισόδιο
Εξωτερική δράση	2 ^ο επεισόδιο
	3 ^ο επεισόδιο

Με αφορμή τον προηγούμενο πίνακα σημειώνεται ότι,

- α) το γεγονός ότι παρατηρείται να κυριαρχεί μία μορφή δράσης σε ένα επεισόδιο δεν εξαλείφει την ταυτόχρονη ύπαρξη και της άλλης μορφής
- β) η παρούσα περιγραφή αποτυπώνει την αντίληψη του αφηγητή/συμμετέχοντα
- γ) τι είναι σημαντικό στη παρούσα ανάλυση δεν εξαρτάται από την έκταση που καταλαμβάνει εφόσον αυτή δεν εξαντλείται στην διερεύνηση των δομικών χαρακτηριστικών των αφηγήσεων αλλά
- δ) αναζητά τις νοηματικές κατηγορίες που διατρέχουν τα κείμενα και τις μεταξύ αυτών σχέσεις

Στη συνέχεια περιγράφεται κάθε επεισόδιο ξεχωριστά. Η σειρά που ακολουθείται είναι αυτή που επιβάλλουν οι αφηγήσεις από το πρώτο στο τέταρτο. Η περιγραφή δηλαδή, ακολουθεί την αφηγηματική δομή που επιλέγουν οι συμμετέχοντες.

Επιπλέον, σε κάθε επεισόδιο αντιστοιχεί μία κύρια νοηματική κατηγορία. Είναι αυτή που φαίνεται να εμπεριέχει όλες τις επιμέρους κατηγορίες που διατρέχουν το δεδομένο κάθε φορά επεισόδιο. Για τη παρουσίαση όλων των κατηγοριών χρησιμοποιούνται τα λεγόμενα των

συμμετεχόντων. Κατά αυτό τον τρόπο, τα αποσπάσματα του λόγου τους συνθέτουν την αφήγηση τους για την υποτροπή.

Τελικά, η διαδικασία της υποτροπής προκύπτει από τη συνάρθρωση των κύριων κατηγοριών και των αφηγήσεων που αντιστοιχούν σε αυτές.

4.2.4. Επεισόδιο 1^ο - Προσπαθώ να γεμίσω το κενό

Η μετάβαση από τη θεραπευτική κοινότητα στη επανένταξη έχει δυσκολίες σε ότι αφορά την καθημερινότητα που καλούνται να ζήσουν οι συμμετέχοντες στη παρούσα έρευνα, ιδιαίτερα

« με έχει ζορίσει ότι πρέπει να ζήσω χωρίς τη χρήση, τα πάντα ότι ζούσα είχε χρήση, ότι θα ζήσω θα είναι χωρίς χρήση, φίλοι, σχέσεις, δουλειά, διασκέδαση., χαρές, λύπες. Αυτά τα σκεφτόμουν και στη κοινότητα αλλά όχι τόσο έντονα, η κοινότητα είχε πιο ασφάλεια, ήμουν συγκεντρωμένος σε αυτά που έκανα εκεί. Τώρα μου βγήκαν πιο έντονα, έπαθα σοκ» (3, 1-5)

Πως αντιλαμβάνονται, βιώνουν αυτή τη, νέα πραγματικότητα, καθημερινότητα;

«Είχα αρχίσει να ξυπνάω τα πρωινά και να τα βλέπω όλα ρουτίνα γύρω μου, τα έβλεπα όλα ανάποδα. Απογοητευόμουν και θύμωνα με το παραμικρό.» (23, 6-10)

«είχα βρει μια δουλειά που απαιτούσε πολλές ώρες από την ημέρα μου. ήταν μια δουλειά που δεν με γέμιζε και ο χρόνος περνούσε δυσάρεστα. έψαχνα απεγνωσμένα τρόπους ανακούφισης » (27, 1-4)

«επέστρεφα από τη δουλειά χωρίς κέφι για τίποτα άδειος τελείως»(6, 40)

«δεν έβρισκα πώς να γεμίσω τις ελεύθερες ώρες μου» (5,6)

«δεν είχα όρεξη για κουβέντες» (38,3)

«δεν με ενδιέφερε καθόλου για το τι γίνεται γύρω μου» (39,,9)

«βαριόμουν ήθελα να χαλαρώσω» (33,20-21)

*«ήθελα να κοιμάμαι, ήθελα να μην είμαι κακόκεφος ,είχα κλειστεί στον εαυτό μου όποιον και να έβλεπα ξίνιζα, είχα τις μαύρες μου, ήθελα να μένω μόνος»
(38, 4-9)*

*«και τα πράγματα που κατάφερνα, δε μου έδιναν ικανοποίηση. Η δουλειά που είχα, οι σχέσεις που είχα κάνει, ο κύκλος που είχα φτιάξει και πολλά άλλα»
(30, 1-5)*

«έκανα τα πράγματα μόνο για να τα κάνω δε γέμιζα με αυτό» (8, 1-3)

«λίγο, λίγο η ρουτίνα της ημέρας μετατράπηκε σε αυτολύπηση» (34.6)

«είχα πιεστεί πάρα πολύ» (39.10)

*«είχα τόσο βάρος από τα συναισθήματα που είχα κρατήσει που πνιγόμεν»
(29,3)*

«πνιγμένος, χωρίς στόχους και απλά συντηρούμουν» (26,6-8)

«ήθελα να ξεφύγω από αυτή την ρουτίνα,» (30.12)

«ένοιωθα ότι τίποτα πλέον δεν με γέμιζε, έψαχνα να βρω κάτι να με παρηγορήσει, να ξεχαστώ λίγο από όλο αυτό » (2,10 -14)

«με είχε κουράσει η καθημερινότητα, προσπαθούσα να γεμίσω το κενό και δεν το κατάφερνα,, κατά βάθος σκεφτόμουν τη χρήση όμως και το κρατούσα για μένα και με βασάνιζε, πνιγόμεν από την πρέζα » (16, 1-5)

«χωρίς χρήση ένοιωθα μέσα μου νοσταλγία και ζήλια. για την «ελευθερία» της χρήσης (32.5)

«βλέποντας αυτούς (ενν. τους χρήστες), την ανεμελιά και την αδιαφορία που είχαν και το μόνο που σκέφτονται το πώς θα διασκεδάσουν, μπήκα στο ταξίδι» (26, 22-24)

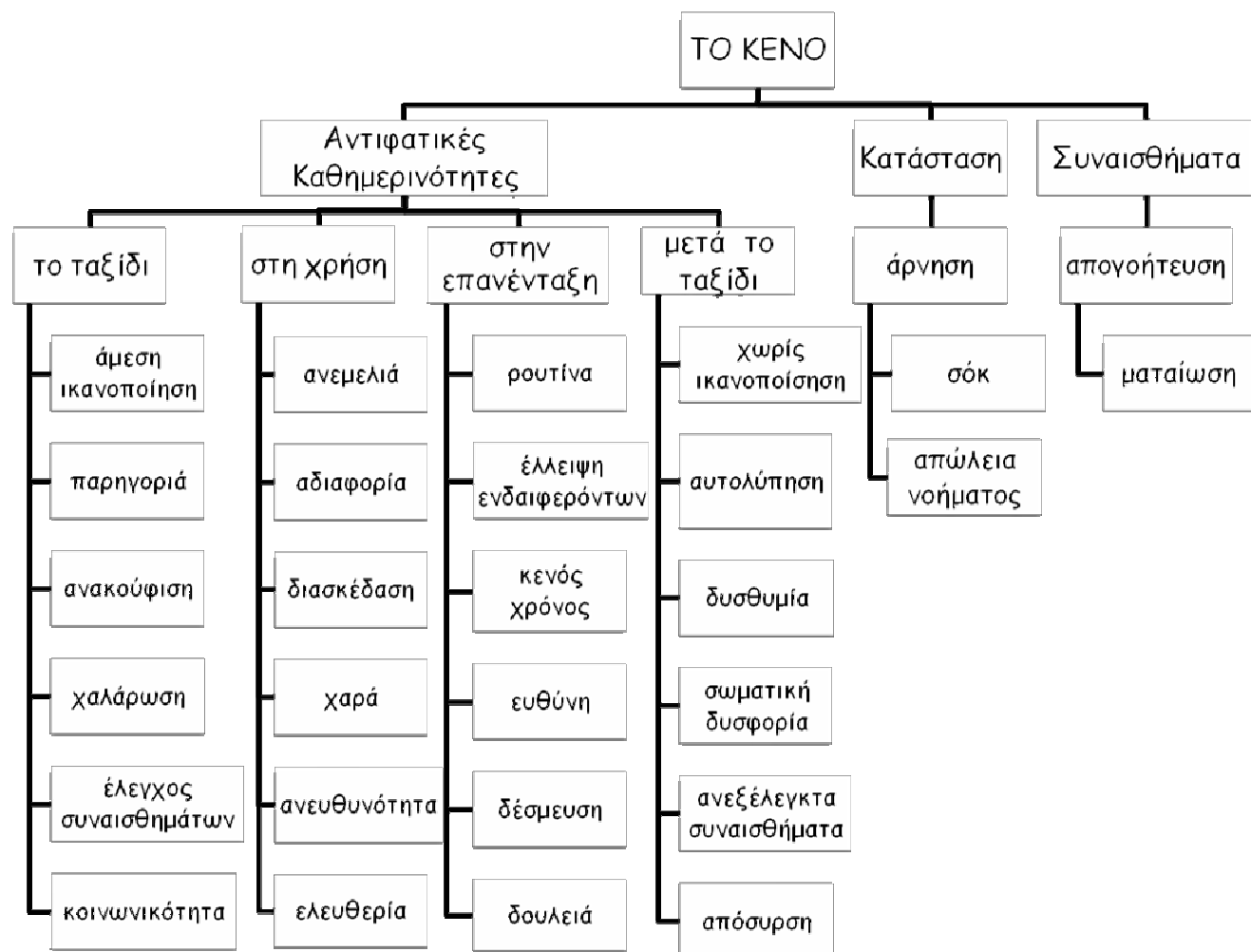
«Άρχισα να φλερτάρω με τη χρήση, ήμουν σε ένα παζάρι για το αν θα αντιμετωπίσω τη δυσκολία μου έχω όπως έχω μάθει ή αν θα μπω με τρέλα στη χρήση. (39.17-19)

«τότε είδα ότι είχα χαθεί, εγώ δεν είχα τίποτα να με γεμίζει χρειαζόμουν τη χρήση να κουκουλώσω το άσχημο συναίσθημα 'του τίποτα από ότι κάνω δεν με γεμίζει δεν έχει νόημα'» (11,9 -.24)

«Έτσι περνούν οι μέρες» (6.6.)

Το σχεδιάγραμμα που ακολουθεί αποτυπώνει τις κατηγορίες, και τις σχέσεις μεταξύ αυτών, της προηγούμενης αφήγησης.

Σχεδιάγραμμα 4.5. Κατηγορία 1 : Προσπαθώ να γεμίσω το κενό



Η επόμενη ενότητα ασχολείται με την κατηγορία της ρήξης. Περιγράφει κάτω από ποιες συνθήκες και με τι τρόπους, οι συμμετέχοντες στη παρούσα έρευνα, διαρρηγνύουν τη σχέση με τους υπολοίπους που βρίσκονται στη φάση της επανένταξης

4.2.5. Επεισόδιο 2^ο - Βάζω την ομάδα απέναντι

Ανάμεσα σε δύο μάλλον αντιφατικές πραγματικότητες και υπό το κράτος του σοκ της μετάβασης, σύμφωνα με τα προηγούμενα, η ομάδα αλληλοβοήθειας όσων προσπαθούν να επανενταχθούν, με τις σταθερές και οργανωμένες συναντήσεις της, αποτελεί το μοναδικό ίσως υποστηρικτικό χώρο που αυτοί διαθέτουν. Η διακοπή των σχέσεων με αυτή την ομάδα και ειδικότερα με τους ανθρώπους που συμμετέχουν σε αυτήν, μοιάζει να συνιστά ένα σημείο καμπής (turning point) στη διαδρομή προς την υποτροπή.

Οι αιτίες για τη διακοπή των σχέσεων είναι διάφορες,

«Βρισκόμουν με τα παιδιά της ομάδας μου κάθε μέρα, συζητούσαμε το πόσο δύσκολα τα βγάζαμε πέρα, ήθελα να αγοράσω έπιπλα, η ομάδα δεν συμφωνούσε» (10, 6-9)

«δούλευα, είχα μαζέψει λεφτά, είχα κάνει την αρχή με το σπίτι μου και ήμουν στη φάση στη φάση που είχα βάλει στόχο να αγοράσω μηχανή. Πιάνω μια δεύτερη δουλειά το βράδυ για να το κάνω πιο γρήγορα και να πάρω ικανοποίηση, η ομάδα μου απαιτεί να αφήσω τη δεύτερη δουλειά» (33,1-7)

« γνωρίζω ένα κορίτσι, πιέζομαι πιο πολύ για να είμαι εντάξει στις υποχρεώσεις μου και να βλέπω και το κορίτσι, έβαζα το πώς θα βρω τρόπους να την βλέπω.» (42,1-9)

«Έκανα ένα φίλο στη δουλειά, περνούσα καλά και άρχισα να διεκδικώ να είμαι μαζί του και στον ελεύθερο χρόνο. Η ομάδα μου επισήμανε ότι τον τελευταίο καιρό δεν ήμουν κοντά της. Εγώ συνέχισα να βγαίνω με αυτό τον άνθρωπο» (27, 1-6)

«Η πρέζα δίπλα μου και εγώ αλλού, μετά από κάποιο σημείο δεν μπορούσα να το ελέγξω φαίνεται. Το κατάλαβε η ομάδα μου και σε μια ομάδα μου το επισημαίνουν» (39, 1-4)

«συναντώ τυχαία τη χρήστρια αδερφή μου, είναι σε άθλια κατάσταση, τη λυπάμαι, το βάζω στα πόδια, σκέφτομαι συνέχεια τρόπους να τη βοηθήσω, το βάζω στην ομάδα, μου λένε να μην ασχολούμαι, τελικά τη φιλοξενώ» (3,5-11)

Οι αιτίες είναι λιγότερες και παραμένουν σχεδόν σταθερές. Η ομάδα άλλωστε δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στα γεγονότα και την οριοθέτηση των μελών της αλλά, κυρίως, στον «τρόπο». Δηλαδή, στη γενικότερη στάση και συμπεριφορά του συμμετέχοντα, ως μέλους της ομάδας, στο οποίο και εστιάζει κάθε φορά το ενδιαφέρον της.

«Έβγαζα μία εικόνα ότι τα έχω καταφέρει, άλλο έδειχνα και άλλο ένοιωθα. Περνούσα στους άλλους ότι δεν με έπιανε κάτι. Έβγαζα άνεση και χαλάρωση» (4, 9-11)

«είχα αρχίσει να μην ακούω τον εαυτό μου» (2,10)

«νοιαζόμουν μην σπάσω την σκληρή εικόνα μου απέναντι στη χρήση, μη λυγίσω, απόρριψα αυτό που ένοιωθα, αδυναμία απέναντι στη χρήση» (32,8-10)

« φορούσα τη μάσκα μου» (13, 10)

«Δεν μοιραζόμουν τα συναισθήματά μου, τα κρατούσα για πάρτυ μου» (5,1-3)

«ότι ένοιωθα δεν το άνοιγα στην ομάδα μου» (8,4-5)

«Είναι μέρες τώρα που δεν ένοιωθα καλά με τους δίπλα μου ανθρώπους, και δεν το άνοιγα, πάρα μόνο τα είχα κάνει κουβάρι, με πολύ σάλτσα στο μυαλό μου» (38, 1-3)

«τα έκανα όλα λογική και πρακτική» (32,11)

«έβαλα μπροστά μου τον εγωισμό και ότι τόσο καιρό καθарός θα τα καταφέρω μόνος» (33, 17)

«σκεφτόμουν ότι δεν έπρεπε να δείξω ότι θέλω βοήθεια. Με έπιασε απάθεια, και δικαιολογούσα ότι ένοιωθα, τα πάντα στον εαυτό μου» (39,5-6)

«έπεισα τον εαυτό μου πως όλα ήταν εντάξει» (13,17)

«Υποτιμούσα , την ομάδα μου και εμένα» (4,13)

«Τοποθετούσα τον εαυτό μου ψηλά, όχι τόσο για να ικανοποιούμαι, αλλά για να κρύβω ότι πραγματικά δυσκολεύομαι, δεν ήθελα να το ξέρει κανείς (8,5-10)

«δεν πίστευα πως μπορεί κάποιος από την ομάδα μου να με καταλάβει» (9,14)

«απομακρύνομαι από την ομάδα και η ομάδα από εμένα»(4,12)

«ξέχασα τη προσπάθειά μου, άφηνα χώρο στη χρήση» (9,11-16)

«σκεφτόμουν παλιούς τρόπους να περνώ καλά» (8,8)

«έψαχνα να βρω τρόπους διαφυγής» (37,1)

«όταν μιλούσα στην ομάδα για τον εαυτό μου, έπαιρνα πως είμαι απόμακρος, έλεγαν πως έχω καβαλήσει το καλάμι» (15,3-11)

«Ότι "ψήνομαι", ψάχνομαι, ότι τσεκάρωμα⁵ γενικά» (19, 22-23)

⁵ Το τσεκάρωμα, εξελληνισμός της αγγλικής λέξης checking, στη γλώσσα των χρηστών ηρωίνης έχει τρεις τουλάχιστον σημασίες,

1) ελέγχω, παρατηρώ προσεκτικά το χώρο γύρω μου, συμπεριφορές και καταστάσεις, ώστε να αποφύγω πιθανούς κινδύνους

2) δοκιμάζω την αντοχή μου στη μη-χρήση συχνάζοντας σε χώρους όπου γίνεται χρήση

«Δεν το παραδεχόμεν, το αρνιόμεν» (42,12-13)

«ένοιωθα θυμό με την ομάδα» 32.7

«Αντιδρώ και τους βάζω όλους απέναντι, ότι κάνω το κάνω με τον τρόπο που νομίζω εγώ, δεν ακούω κανένα. Μετά από κάποιες εβδομάδες αρχίζει και γίνεται ρουτίνα όλο αυτό, κλείστηκα, δεν έπαιρνα τηλέφωνο από κανένα» (33,1-9)

«Φτιάχνω ένα κόσμο όπως ήμουν στη χρήση» 4.23

«Άρχισα να βγαίνω μόνος μου» (34,9)

Το επόμενο σχεδιάγραμμα (4.6) αναπαριστά τις κατηγορίες και τις συνδέσεις μεταξύ αυτών, του προηγούμενου αφηγήματος.

Σχεδιάγραμμα 4.6. Κατηγορία 2 : Τους βάζω απέναντι

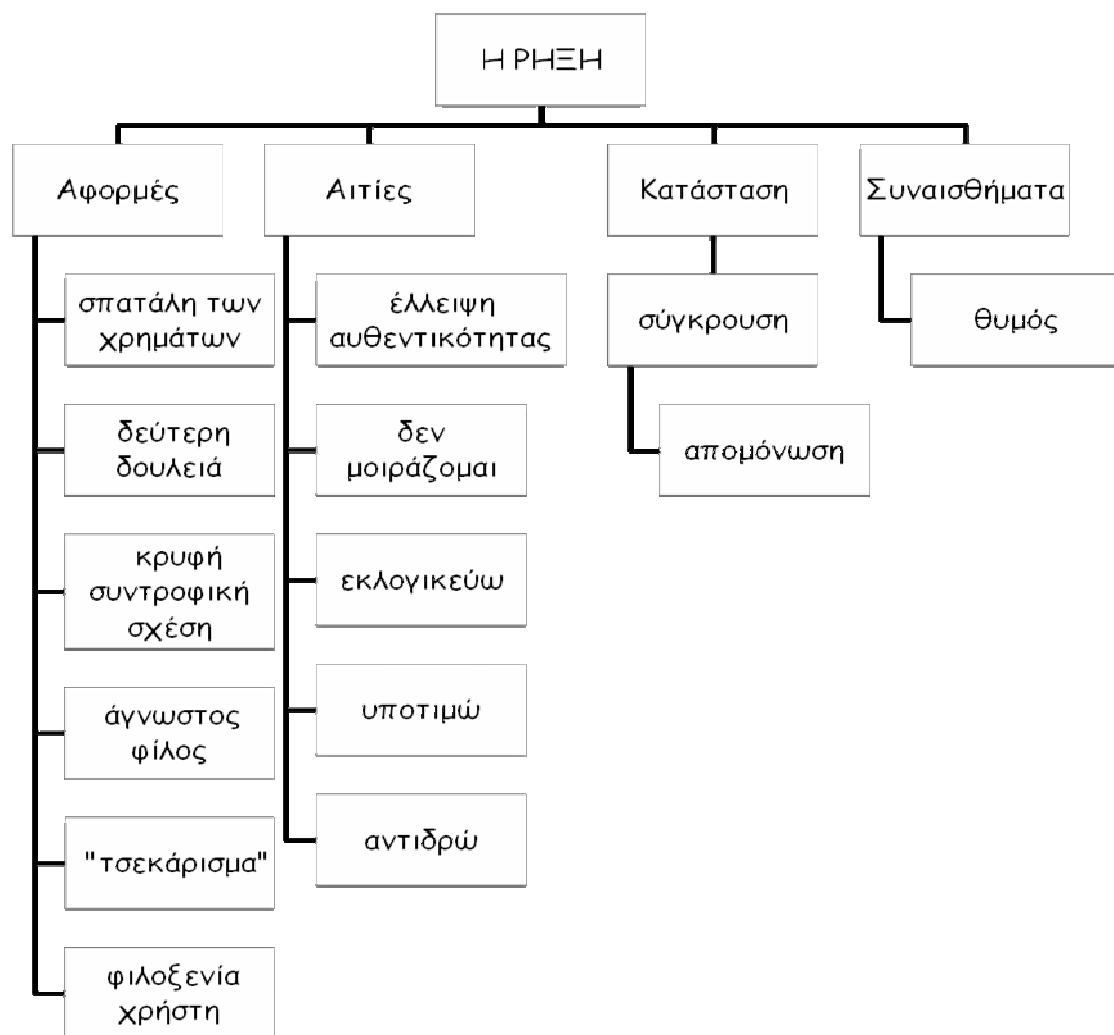
3) στις διαπροσωπικές σχέσεις σημαίνει ότι δεν ανοίγομαι, ξέρω για όλους αλλά κανείς για μένα

Ψάχνομαι, αναζητώ τρόπο για να κάνω χρήση, «να γίνω»

Ψήνομαι, είμαι έτοιμος να κάνω χρήση. Το «ψήσιμο» σημαίνει, επίσης, ανάλογα με τη περίπτωση

1) ότι κάποιος προσπαθεί να με μεταπείσει για να επιτύχει ένα δικό του σκοπό

2) περιγράφει μία συνήθη διαδικασία στην αγοραπωλησία της ηρωίνης, όπου «ο άνθρωπος», «η άκρη», ο νταλαβερετζής - εξελληνισμός του *delivery boy* - έχει σε αναμονή τον υποψήφιο χρήστη αγοραστή, ώστε να πουλήσει το προϊόν του σε υψηλότερη τιμή ή/και ως επίδειξη ισχύος από μέρους του.



Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κατηγορία της συνάντησης με ένα γνωστό, έναν χρήστη. Τους αναγκάιους όρους για τη συνάντηση αυτή και ότι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της , καταγράφει η ενότητα που ακολουθεί.

4.2.6. Επεισόδιο 3^ο – Συναντώ ένα παλιό γνωστό

Η αμοιβαία διακοπή των σχέσεων μεταξύ της ομάδας της επανένταξης και ενός μέλους αυτής, οδηγεί στην απομόνωση του τελευταίου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η συνάντηση του μέλους με ένα παλιό γνωστό, που εξακολουθεί να είναι χρήστης μοιάζει ως ανακλαστική αντίδραση.

Ωστόσο, πριν από τη συνάντηση με ένα πρόσωπο, έχει προηγηθεί η συνάντηση με μία ουσία, το αλκοόλ⁶, ήδη από την περίοδο των αντιπαραθέσεων του συμμετέχοντα με την ομάδα του.

«Επιλέγω να είμαι και να νιώθω μόνος, έπινα συστηματικά αλκοόλ στο σπίτι, δε το έλεγα στην ομάδα, φοβόμουν τις συνέπειες, κόντευα να σκάσω, ντρεπόμουν, έλεγα ψέματα, ο χώρος της χρήσης ήταν πλέον πολύ μεγάλος, βρισκόμουν κοντά της» (9, 18-25)

« όταν γύριζα στο σπίτι από τη δουλειά έπινα που και που καμιά μπύρα, το πάλευα, δεν έπινα πρέζα,» (6, 30 -38)

«με δικαιολογούσα ότι το αλκοόλ είναι προνόμιο, απλά δεν το είχα πάρει ακόμα. Σιγά, σκεφτόμουν, ούτε πρέζα είναι, ούτε ναρκωτικά, μια γουλιά δεν

⁶ Το αλκοόλ, αν και αποτελεί «νόμιμη» ουσία, η χρήση του επιτρέπεται στα μέλη της ομάδας της επανένταξης υπό όρους (αριθμός ποτών, εβδομαδιαία συχνότητα κ.α). Επίσης, για το διάστημα, τουλάχιστον, των τριών πρώτων μηνών δεν επιτρέπεται η χρήση του. Στη συνέχεια, «το προνόμιο χρήσης του αλκοόλ», όπως αποκαλείται κατ' ευφημισμό, δίνεται σε ένα μέλος της ομάδας μόνο με την σύμφωνη γνώμη των υπολοίπων μελών αυτής και μετά από αίτημα του ενδιαφερόμενου προς την ομάδα.

είναι τίποτα, ούτε θα μυρίζω, ούτε θα μεθύσω. Έπινα σπίτι και ένοιωθα ζάλη, έπινα και άλλο γιατί άρχισα να γουστάρω αυτή την αίσθηση»(32, 39-43)

Η συνάντηση τελικά με τον παλιό γνωστό συνδυάζεται με την κατανάλωση, καταρχήν, αλκοόλ σε δημόσιο πλέον χώρο,

«συνάντησα ένα φίλο, να πιούμε ούζο, ήπια πολύ, έχασα σιγά-σιγά τα όρια δεν με προβλημάτιζε καθόλου όλο αυτό, ένοιωθα παράξενα η ώρα περνούσε, όρια μηδέν» (3,26-33)

«τηλεφώνησα σ ένα φίλο, κάναμε χρόνια χρήση μαζί, πάμε για ένα ποτό και πιάνουμε συζήτηση για τα παλιά με παίρνει η μπάλα και κάνω πρεζοκουβέντα» (5, 11-14)

«πήγα σ' ένα κλαμπ που σύχναζα, συνάντησα γνωστούς με κεράσανε ένα ποτό, το ένα ποτό έφερε το άλλο, θόλωσα, ήμουν εύθυμος» (8,12-17)

« συνάντησα ένα φίλο από τα παλιά συζητήσαμε για το τι κάναμε στο γήπεδο παλιά, μου πρότεινε να πάω στο γήπεδο, η ομάδα είχε ντέρμπυ,[...] μπήκα στο γήπεδο, είδα το κόσμο, το κλίμα, κάποτε ζούσα για όλο αυτό [...], μπουκάλια με μπίρες παίζανε παντού» (2,15-30)

Παράλληλα ή και ανεξάρτητα οι συναντήσεις με τους παλιούς γνωστούς γίνονται και στο χώρο συναλλαγής των χρηστών, την «πιάτσα» με η και χωρίς τη χρήση αλκοόλ η άλλης ουσίας.

« Αποφάσισα να βγω μια βόλτα μόνος μου στον Πειραιά, Στα μέρη που έχω περπατήσει τόσα χρόνια, μου ήρθαν εικόνες, επιθυμία και όλη αυτή η άσχημη φάση που βρισκόμουν εκείνη την περίοδο, στο δρόμο βρίσκω μια παρέα

παλιών γνωστών μου και χωρίς να ακούσω το στομάχι μου, τους πλησιάζω και πιάνουμε την κουβέντα » (26, 1-7)

«ξαναπήγα στη πιάτσα, βρίσκω γνωστούς να πίνουν, μίλησα και έφυγα, ξαναπήγα, άνετος έχοντας φάει το παραμύθι ότι το διαχειρίζομαι (33.31-35)

«καθόμουν σε μία πλατεία ,παρακολουθούσα ένα νταλαβέρι δεν ήμουν καλά από το αλκοόλ, παζάρευα, να τους μιλήσω κάτι με κρατούσε από μέσα μου αλλά κάτι με τραβούσε προς αυτούς, έκανα επαφή» (42, 48-55)

Τρία ακόμα στοιχεία συνθέτουν, συνήθως, τις διάφορες παραλλαγές αυτής της ενότητας. Το πρώτο είναι ο χρόνος. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των συμμετεχόντων η υποτροπή συμβαίνει στη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου. Δηλαδή, το βράδυ, το σαββατοκύριακο, μετά τη δουλειά και μετά από απόλυση.

«με έδιωξαν από τη δουλειά έτρωγα από τα έτοιμα, γυρνούσα όλη μέρα, περνούσα από γνωστά στέκια, με τραβούσαν οι παλιοί γνωστοί, έψαχνα την ομάδα μου αλλά ήταν απασχολημένοι, νευρίασα...» (39,22-8)

Το δεύτερο είναι η επιστροφή στον ιδιωτικό χώρο. Η χρήση ηρωίνης γίνεται σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα στο σπίτι. Η έκφραση «Παίξει σπίτι;» απηχεί αυτή τη τάση.

Το τρίτο στοιχείο είναι μια γυναίκα. Είτε ως απουσία, έλλειψη είτε ως παρουσία. Στη δεύτερη περίπτωση η εμφάνισή της γίνεται μετά τη συνάντηση με το παλιό γνωστό και τη κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται δε α) με την προσδοκία για σεξουαλική συνέρευση ή/και β) αποτελεί προοίμιο, προαπαιτούμενο της σεξουαλικής πράξης.

«είχα λεφτά, να ξεδώσω, γνώριζα ότι θα πιω αλκοόλ , φοβόμουν να παραβρεθώ σεξουαλικά με γυναίκα, πολύ καιρό αποχής και πολύ άγχος για αυτό, Το αλκοόλ θα με βοηθούσε» 34,15-20

«Πήγα σε ένα πάρτυ, άρχισα να μην νιώθω και πολλά από το αλκοόλ, γυναίκες και τσιγάρα να γυρίζουν, ένοιωθα χαμένος συνάντησα μια φίλη, μου δίνει ένα από τα γνώριμα φιλάκια, είχε ένα χάπι στη γλώσσα της άρχισα να μουδιάζω, να μην έχω καλή όραση, χόρευα απομονώθηκα με τη φίλη [...] έστρωσε γραμμές πάνω στο σώμα της...» (3,34-46)

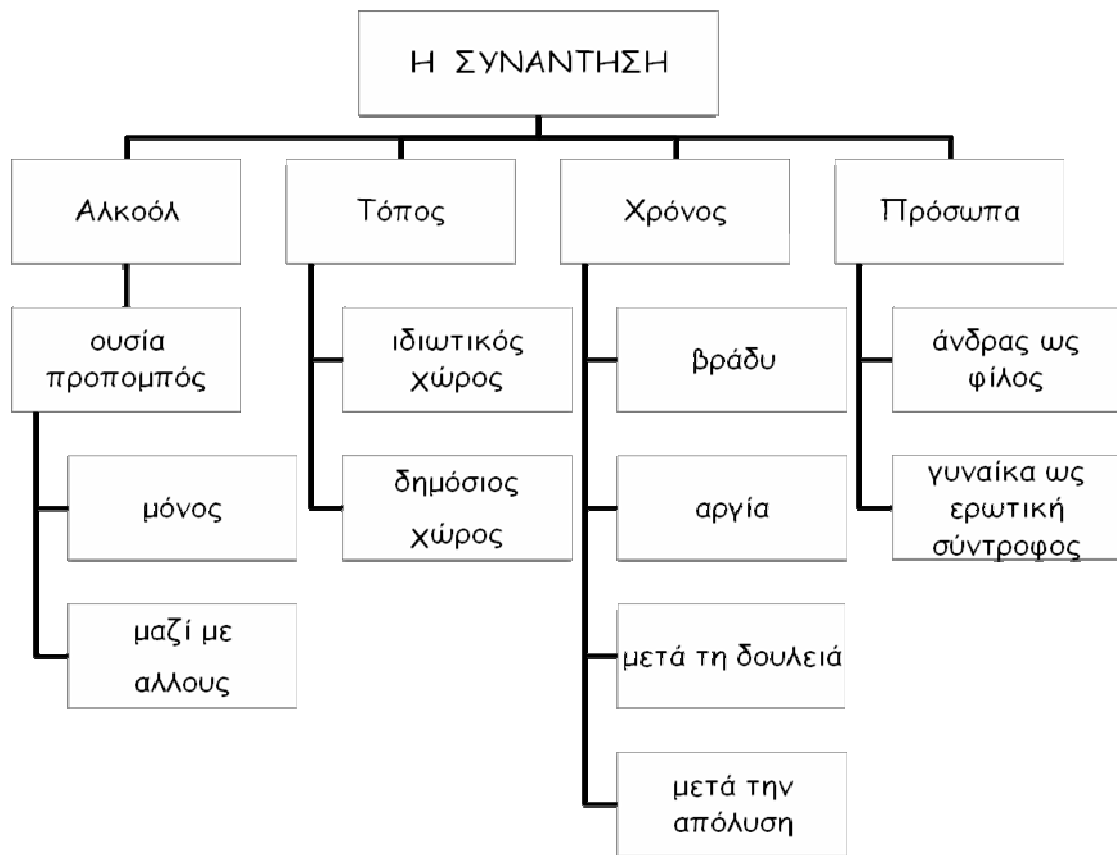
«Συνέχισα με το φίλο μου, είχαμε όρεξη να περάσουμε καλά, πήγαμε σε ένα κλαμπ , δυνατή μουσική, καπνός και πολλές γυναίκες. Μας περίμεναν, μας κερνούσανε συνεχώς ποτά. Δύο κοπέλες παίζουνε μαζί μας, τις κερνάμε, φλερτάρουμε. Οι κοπέλες είναι αστέρια αρχίζω να χάνω τον εαυτό μου, πάμε σε ένα σπίτι είχαμε τρελαθεί, είχα χάσει τα όρια μου, το μυαλό μου, είχα κολλήσει με τη κούκλα μπροστά μου [...] βγαίνει μια σακούλα πρέζα» (1, 1-38)

«Σταμάτησα σε μια πλατεία που πήγαινα [...] είδα να έρχεται μια παλιά γνωστή μου που κάναμε χρήση μαζί, νοιώθω δυνατός πιάνω κουβέντα μαζί της, λέω ότι έχω κόψει και εκείνη μου λέει ότι πάει σε πρόγραμμα, τώρα πίνει μόνο αλκοόλ[...] πηγαίνουμε σε ένα γνωστό μας μπαρ και μετά στο σπίτι της , συνεχίσαμε με αλκοόλ είχα χάσει πλέον τον έλεγχο, [...] βγάζει να πιούμε» (30, 1-17)

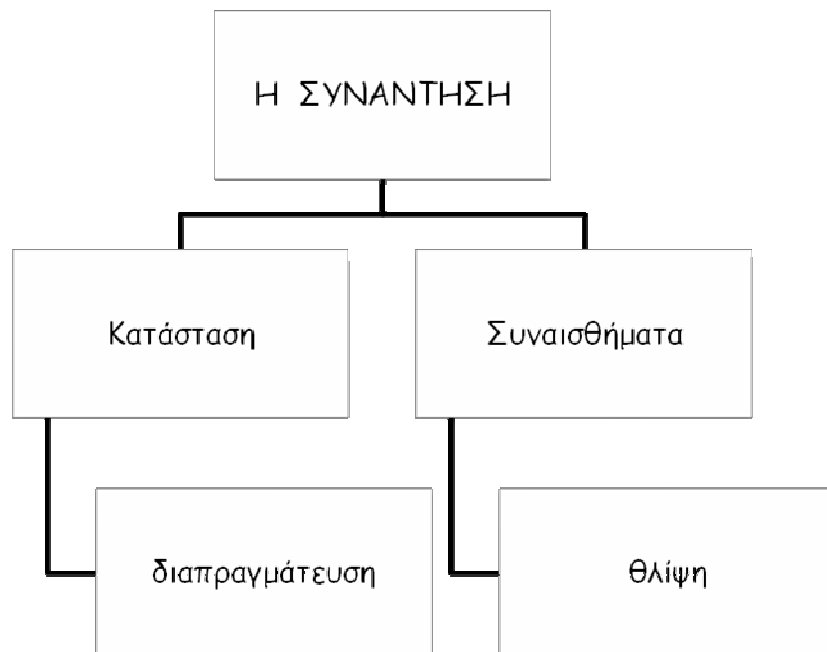
« πήγα σπίτι της, γινόταν επικίνδυνο, νόμιζα πως μπορώ να το διαχειριστώ [...] κάνουμε σεξ κάτι λείπει, με κοιτάει στα μάτια, λέει να θυμηθούμε τα παλιά, δέχομαι» (16, 21-34)

Η διασύνδεση των κατηγοριών που εμπεριέχονται στην προηγούμενη αφήγηση αναπαριστούνται στα σχεδιαγράμματα 4.7.1 και 4.7.2 που ακολουθούν

Σχεδιάγραμμα 4.7.1. Κατηγορία 3: Συναντώ ένα παλιό γνωστό



Σχεδιάγραμμα 4.7.2. Κατηγορία 3: Συναντώ ένα παλιό γνωστό



Η εσωτερική διαπραγμάτευση, το «παζάρι» όπως λέγεται στη γλώσσα των χρηστών τελειώνει στην επόμενη ενότητα. Στα όσα ακολουθούν καταγράφεται, στο μέτρο του εφικτού, τι συμβαίνει λίγο πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά, την υποτροπή

4.2.7. Επεισόδιο 4^ο - Ξαναπίνω

«Μέσα σε ένα βράδυ έγιναν όλα, ένοιωθα ότι είχα ξεχάσει τη πρέζα» (3,50)

«μόλις την είδα με έπιασε ένα σφίξιμο στο στομάχι...» (39,53),

«τρομοκρατήθηκα, ένοιωσα άσκημα» (1,43-44)

«στην αρχή, αρνήθηκα» (5,17)

«πάγωσα, κάθισα ένα ολόκληρο λεπτό σιωπηλός» (38,45 -46)

«μέσα σε ένα δευτερόλεπτο πέρασε από το μυαλό μου όλη μου η ζωή »(28,19)

«τι είχα προσπαθήσει και τι πήγαινα να κάνω, αλλά αυτό δεν με κράτησε, με το που είδα τη πρέζα χάθηκαν όλα και ήπια» (39, 56-59)

Ο φόβος ή/και η πρόσφατη προσπάθεια απεξάρτησης δεν φαίνεται να εμποδίζουν τον συμμετέχοντα να υποτροπιάσει. Άλλωστε οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνει χώρα η συνάντηση του με την κύρια ουσία κατάχρησης, την ηρωίνη στην δεδομένη περίπτωση, μάλλον ενισχύει παρά αποτρέπει χρήση αυτής.

«Παρασύρομαι από το κλίμα [...] αρχίζω να πίνω, δεν σκέφτομαι τίποτα άλλο, δεν μπορώ να αντισταθώ, όλα μοιάζουν παραμυθένια» (2, 55-62)

«είπα στον εαυτό μου ότι κάνοντας χρήση θα έρθω πιο κοντά με τους συγκεκριμένους ανθρώπους, θα κάνω σχέση μαζί τους» (26,20-24)

«Συνάντησα παλιούς γνωστούς και μπήκα στη πρίζα, σκεπτόμουν νταραβέρια, χωρίς να σκεφτώ τίποτα παίρνω ένα ταξί ανεβαίνω στην Ομόνοια, βρίσκω τον πρώτο πρεζάκια που τσεκάρω, ψωνίζω και πίνω»

« Έφτασα στη πιάτσα, τους πέτυχα την ώρα που ήταν να πάνε για ψώνια, έβαλα και εγώ λεφτά [...] γύρισαν και έκανα χρήση μαζί τους » (33, 49-54)

Ταυτόχρονα και ο ίδιος ο συμμετέχων μοιάζει να ενισχύει τη δράση του προς τη κατεύθυνση της υποτροπής,

« είμαι καλά με τον εαυτό μου, είμαι δυνατός, μια φορά είναι και δεν τρέχει τίποτα, μπορώ να το διαχειριστώ» (1,45-49)

«μία φορά θα το κάνω και δεν θα το ξανακάνω» (26, 25-26)

«σκεπτόμουν είναι για μια φορά, χωρίς στερητικά, χωρίς να με πάρει κανείς χαμπάρι» (33, 51-53)

«οι τύποι φτιάχνουν το πιόμα τους [...] μπήκα σε παιχνίδι μαζί τους [...] προτείνω να πάμε σπίτι μου [...] αρχίζουν να βγάζουν τα σύνεργα δε με βαστάει τίποτα» (42, 58-60)

«θέλω να ανακουφιστώ και να τα σκεπάσω όλα» (13,19)

«να πνίξω όλα τα βάσανα που μου τρώνε το μυαλό» (32,22)

Ένας νέος κύκλος χρήσης ανοίγει,

«Ξαναπίνω, όλα τώρα είναι εύκολα και μέσα στο λιώμα μου γνώριμα, δε με νοιάζει τίποτα, τα έχω μηδενίσει όλα» (42,72-74)

«το επόμενο πρωί ξύπνησα ζαλισμένος, στην ίδια άθλια κατάσταση όπως καιρό πριν, αγκαλιά με την πρέζα συνειδητοποίησα την καταστροφή» (2,71-73)

«ένοιωσα ότι είχα χάσει τη ζωή μου» (17,43)

«πέταξα ότι είχα κάνει μέχρι τώρα με τόσο κόπο» (23,29)

«είχα γκρεμίσει ότι είχα έχτιζα» (7,24)

«έχασα τον κόσμο κάτω από τα πόδια μου» (16,38)

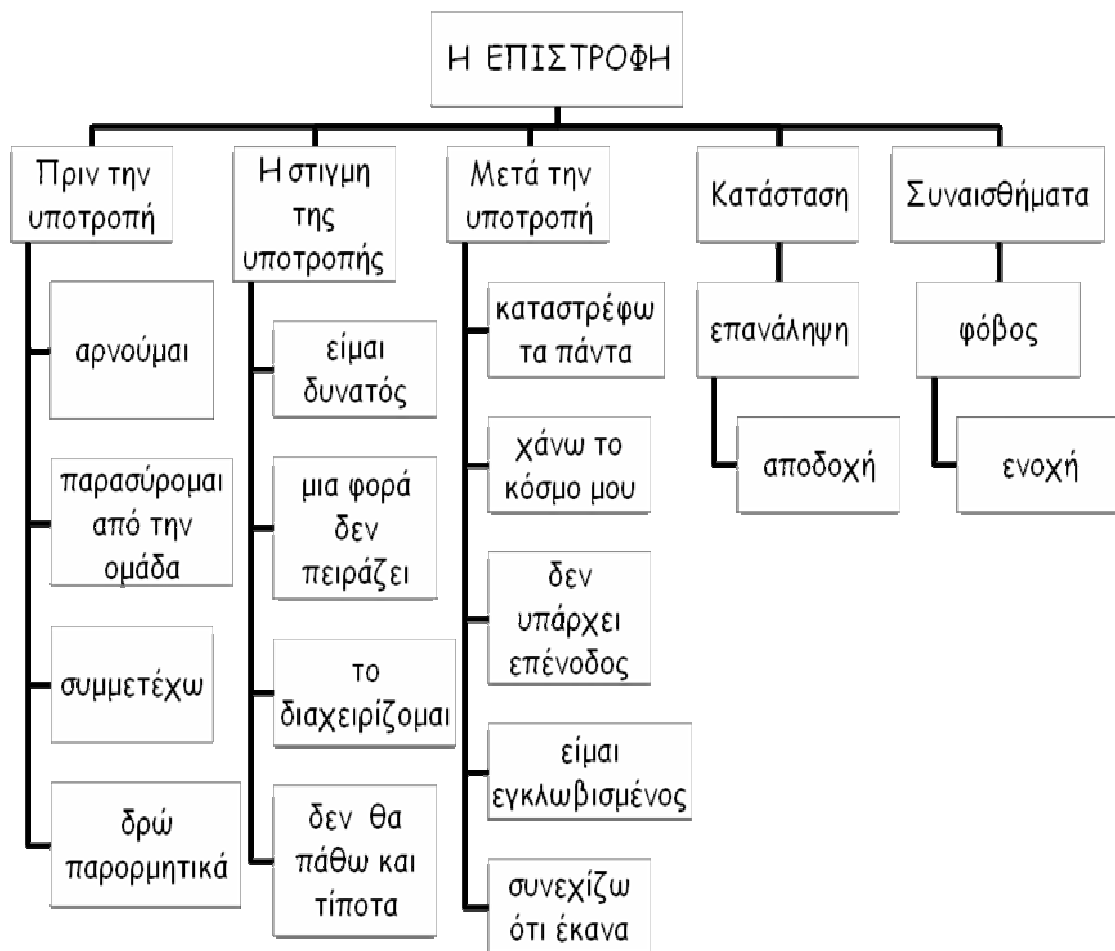
«είναι αδύνατο να επανέλθω» (9,32)

«το βάρος που νοιώθω είναι μεγάλο, είμαι θυμωμένος με τον εαυτό μου, με έπιασε μια τάση αυτοκαταστροφής, μόνος, είχα πουλήσει τους ανθρώπους της ομάδας μου, που νοιαζόμουνα και με νοιαζόντουσαν, δεν μπορώ να τους αντικρύσω, νοιώθω εγκλωβισμένος και σα μόνη διέξοδο βλέπω την ηρωίνη» (27, 28-38)

«συνεχίζω να κάνω αυτό που έκανα» (17,44)

Το επόμενο σχεδιάγραμμα 4.8 αποτυπώνει τις κατηγορίες που διατρέχουν αυτή τη τελευταία φάση στη διαδρομή προς την υποτροπή.

Σχεδιάγραμμα 4.8. Κατηγορία 4: Ξαναπίνω

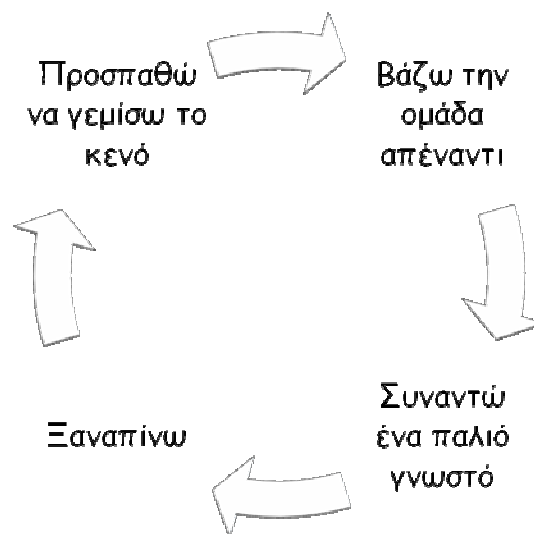


Στη συνέχεια παρουσιάζεται η διαδικασία που φαίνεται να προκύπτει από τη σύνθεση των επιμέρους ενοτήτων και των αντίστοιχων σε αυτές κατηγοριών.

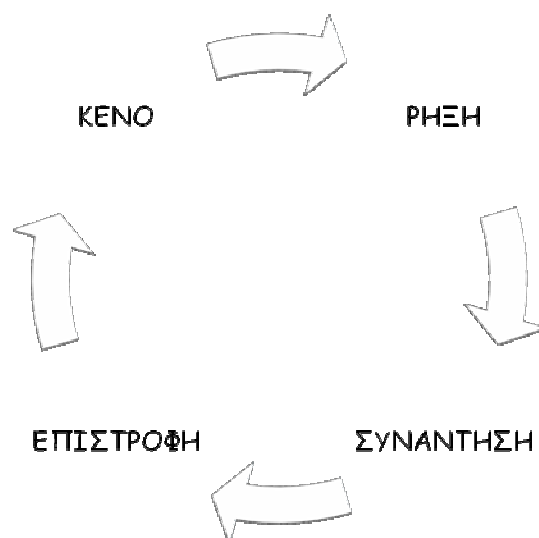
4.2.8. Η διαδρομή προς την υποτροπή

Σε κάθε ενότητα αντιστοιχεί μία μετα-αφήγηση. Σε κάθε μετα-αφήγηση ένα σύνολο κατηγοριών. Από τον συνδυασμό όλων των προηγούμενων μοιάζει να αναδύονται α) οι φάσεις της διαδρομής προς την υποτροπή, και εντός αυτών και β) τα βιώματα που διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων στη παρούσα έρευνα και του περιβάλλοντός τους. Όλα τα προηγούμενα συνοψίζονται στα σχεδιαγράμματα 4.9.1, 4.9.2 και 4.10 που ακολουθούν.

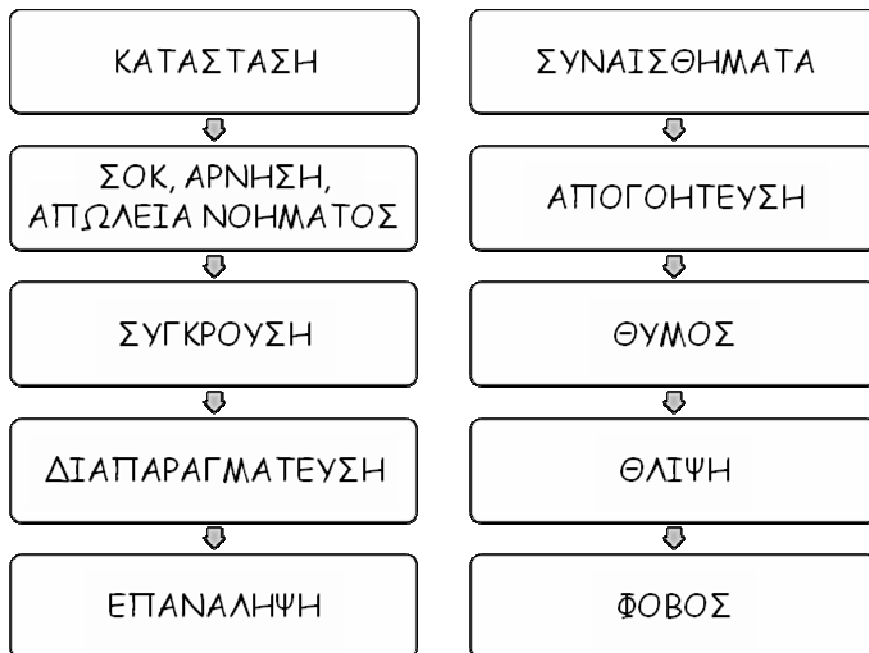
Σχεδιάγραμμα 4.9.1. Η διαδρομή προς την υποτροπή



Σχεδιάγραμμα 4.9.2. Η διαδρομή προς την υποτροπή



Σχεδιάγραμμα 4.10. Τα βιώματα της διαδρομής προς την υποτροπή



Συμπεράσματα της ποιοτικής ανάλυσης

Η ποιοτική ανάλυση εστιάζει σε δύο κυρίως επίπεδα α) στο επίπεδο της μορφής και β) στο επίπεδο του περιεχομένου.

Στο πρώτο επίπεδο, οι αναλυόμενες αφηγήσεις φαίνεται να αποτελούνται από τέσσερις διακριτές, διαδοχικές νοηματικές ενότητες ή επεισόδια. Όλες μαζί διαμορφώνουν μια διαρκώς επιδεινούμενη αφήγηση, μέχρι τη στιγμή της υποτροπής.

Στο επίπεδο του περιεχομένου, κάθε ενότητα αναλύεται στις κατηγορίες που την διατρέχουν. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται αποσπάσματα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων και διαμέσου αυτών

αναδύεται για κάθε ενότητα η αντίστοιχη μετα-αφήγησή της. Το σύνολο των επιμέρους κατηγοριών και οι μεταξύ τους σχέσεις καταγράφονται με τη μορφή δένδρογραμμάτων.

Τρία, τουλάχιστον συμπεράσματα προκύπτουν σύμφωνα με όσα αφηγούνται οι συμμετέχοντες στη παρούσα ποιοτική ανάλυση,

1. φαίνεται να υπάρχουν διακριτές φάσεις στη διαδρομή προς την υποτροπή
2. σε κάθε φάση αναλογούν διαφορετικά βιώματα.
3. Οι επιμέρους φάσεις συγκροτούν μία δυναμική διαδικασία

Ο Πίνακας 4.18 συγκεντρώνει τα όσα προηγούνται.

Πίνακας 4.18. Κατηγορίες και βιώματα της διαδρομής προς την υποτροπή

Κατηγορίες /Ενότητες	Καταστάσεις	Συναισθήματα
1 ^η Προσπαθώ να γεμίσω το κενό (Το κενό)	Σοκ, Άρνηση Απώλεια νοήματος	Απογοήτευση Ματαίωση
2 ^η Βάζω την ομάδα απέναντι (Η ρήξη)	Σύγκρουση	Θυμός
3 ^η Συναντώ ένα παλιό γνωστό (Η συνάντηση)	Διαπραγμάτευση	Θλίψη
4 ^η Ξαναπίνω (Η επιστροφή)	Επανάληψη	Φόβος Ενοχή

Συμπεράσματα τέταρτου κεφαλαίου

Στο επίπεδο της ποσοτικής ανάλυσης, το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι 177 άτομα, εκ των οποίων οι 117 (66%) είναι σε πλήρη αποχή και οι 60 (34%) σε υποτροπή. Σκοπός της ανάλυσης είναι η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των προηγούμενων ομάδων, Σημειώνεται ότι τα δεδομένα της έρευνας συλλέγονται από τους συμμετέχοντες με την είσοδο τους στη θεραπευτική κοινότητα, δηλαδή την έναρξη της θεραπείας απεξάρτησής τους,

Στο σύνολό τους είναι άνδρες, ανύπαντροι, με ελληνική υπηκοότητα και δηλώνουν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.

Στα πεδία της σωματικής, της ψυχικής υγείας, των νομικών προβλημάτων και της εμπλοκής με το νόμο δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό σύγκριση ομάδων

Αντίθετα στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται σε μία σειρά μεταβλητές που αντιστοιχούν στα υπόλοιπα πεδία της έρευνας. Ειδικότερα, για $p < 0,05$, παρατηρούνται τα εξής, μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή και όσων απέχουν από τη χρήση ηρωίνης,

1. ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης όσων είναι σε υποτροπή είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν, 9,4 έτη έναντι 10,3 αντίστοιχα
2. ο μέσος όρος της διάρκειας της ανεργίας σε έτη όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,05 έτη έναντι 1,26 αντίστοιχα

3. η οικογένεια αναφέρεται ως κύρια πηγή εισοδήματος, από μικρότερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 66,6% έναντι 79,5% μεταξύ όσων απέχουν
4. σοβαρά προβλήματα με σύντροφο δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό όσοι είναι σε υποτροπή 58,3% έναντι 49,6% μεταξύ όσων απέχουν
5. ο μέσος όρος των ετών χρήσης ηρωίνης όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ετών όσων 8,10 έτη έναντι 6,79 αντίστοιχα
6. ο μέσος όρος των περιπτώσεων υπερδοσολογίας (overdose) όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν, 2,22 περιπτώσεις υπερδοσολογίας (overdose) έναντι 1,32 αντίστοιχα
7. η ενδοφλέβια χρήση δηλώνεται ως κύριος τρόπος χρήσης από μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 70% έναντι 51,3% μεταξύ όσων απέχουν

Τέλος, η καμπύλη που περιγράφει την εξέλιξη των υποτροπών μέσα στο χρόνο, αποτυπώνει το γεγονός ότι η πλειονότητα των υποτροπών συμβαίνουν κυρίως το πρώτο τρίμηνο, του πρώτου έτους μετά το πέρας της Θεραπείας (βλ. σχετικά Κεφάλαιο Πρώτο). Ωστόσο, η προηγούμενη καμπύλη, αν και απαντά στο ερώτημα,

Πως μία ομάδα ατόμων αλλάζει την συμπεριφορά της ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την Θεραπεία.

Δεν απαντά όμως στο ερώτημα, πως το άτομο, αλλάζει την συμπεριφορά ως προς την χρήση μιας ουσίας μετά την θεραπεία του

Μια απάντηση στη τελευταία ερώτηση επιχειρεί η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που ακολουθεί.

Η ποιοτική ανάλυση εστιάζει σε δύο κυρίως επίπεδα α) στο επίπεδο της μορφής και β) στο επίπεδο του περιεχομένου.

Στο πρώτο επίπεδο, οι αναλυόμενες αφηγήσεις των 42 συμμετεχόντων, φαίνεται να αποτελούνται από τέσσερις διακριτές, διαδοχικές νοηματικές ενότητες ή επεισόδια. Όλες μαζί διαμορφώνουν μια διαρκώς επιδεινούμενη αφήγηση, μέχρι τη στιγμή της υποτροπής.

Στο επίπεδο του περιεχομένου, κάθε ενότητα αναλύεται στις κατηγορίες που την διατρέχουν. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται αποσπάσματα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων και διαμέσου αυτών αναδύεται για κάθε ενότητα η αντίστοιχη μετα-αφήγησή της. Το σύνολο των επιμέρους κατηγοριών και οι μεταξύ τους σχέσεις καταγράφονται με τη μορφή δένδρογραμμάτων. Από τον συνδυασμό όλων των προηγούμενων μοιάζει να αναδύεται μία δυναμική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει,

α) τις φάσεις της διαδρομής προς την υποτροπή και

β) εντός των προηγούμενων φάσεων, το βίωμα των συμμετεχόντων στη παρούσα έρευνα, όπως διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και του δεδομένου κάθε φορά περιβάλλοντός τους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : Η ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1. Όρια και περιορισμοί της έρευνας

5.1.1. Οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων

Τα διαθέσιμα ποσοτικά στοιχεία με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους ορίζουν το πεδίο που καλύπτει η ποσοτική ανάλυση στην παρούσα μελέτη. Σε κάθε περίπτωση τα στοιχεία αυτά είναι αποτέλεσμα ερευνητικών επιλογών, οι οποίες υπογραμμίζονται στα προηγούμενα κεφάλαια (βλ. Κεφάλαια 3 & 4). Ωστόσο, η συνολική καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων τους θεωρείται χρήσιμη για να καταδειχτούν τα όρια, οι περιορισμοί των γενικεύσεων, επεξηγήσεων που προκύπτουν από την σύνθεση, πλέον, των ποσοτικών δεδομένων.

Διακρίνονται δε, κυρίως, οι εξής,

α) Το δείγμα της παρούσας ποσοτικής έρευνας αποτελείται στην πλειονότητα του από μακροχρόνιους χρήστες ηρωίνης. Πρόκειται δε για χρήστες οι οποίοι ζητούν θεραπεία και κατά συνέπεια εντοπίζονται μέσω των αρχείων που διατηρεί ο Θεσμός στον οποίο απευθύνονται.

β) Στην προκειμένη περίπτωση ο Θεσμός αυτός είναι το ΚΕΘΕΑ - Νόστος, Θεσμός του οποίου η θεραπευτική πρόταση είναι διαμετρικά αντίθετη από αυτή άλλων ομοειδών Θεσμών που παρέχουν θεραπεία στους χρήστες ηρωίνης

γ) Η προηγούμενη διαφοροποίηση έχει συνέπειες και στο τρόπο που ορίζεται κάθε φορά η υποτροπή. Για παράδειγμα, στο ΚΕΘΕΑ ορίζεται ως επιστροφή στην κύρια ουσία κατάχρησης, οι 1-2 φορές χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης θεωρούνται ως ολίσθημα. Για τους Ανώνυμους Нарκομανείς υποτροπή θεωρείται ακόμα και η χρήση αλκοόλ μετά το πέρας της θεραπείας

ενώ για τον ΟΚΑΝΑ, υποτροπή θεωρείται η υπέρβαση των 12 υποτροπών στην κύρια ουσία κατάχρησης ανά έτος.

δ) Επίσης, στο ερευνητικό δείγμα περιλαμβάνονται μόνο άνδρες καθώς η υπο-εκπροσώπηση των γυναικών καθιστά αδύνατη κάθε σύγκριση.

Πίνακας 5.1. Εκτιμήσεις του αριθμού των προβληματικών χρηστών με κύρια ουσία την ηρωίνη και ανά φύλο (Πηγή ΕΚΤΕΠΝ, 2009)

	<i>Αιτήματα Θεραπείας</i>	<i>Κρυμμένος πληθυσμός¹</i>
Σύνολο	3.972	16.209
Φύλο		
Άνδρες	3.459	13.636
Γυναίκες	513	2.157

ε) από το σύνολο των 162 μεταβλητών του ερωτηματολογίου ASI που χρησιμοποιείται και οι οποίες ξεπερνούν τις 300 μετά την καταχώρηση τους στη βάση επεξεργασίας αυτών, ένας μικρός αριθμός, μόλις 7, εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (βλ. Κεφάλαιο 4^ο)

Πιθανώς, κατ' αυτό τον τρόπο εντοπίζονται σημαντικές παράμετροι του υπό διερεύνηση φαινομένου, της υποτροπής. Βεβαίως, η προγενέστερη ερευνητική εμπειρία φαίνεται να συσχετίζει αυτές τις μεταβλητές με τη χρήση ηρωίνης γενικότερα και ειδικότερα με τη διάρκεια, δηλαδή τη χρονιότητα της χρήσης. Σε καμία περίπτωση όμως, δεν περιορίζει τη δράση των παραγόντων αυτών αποκλειστικά στην υποτροπή (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 5^ο)

¹ Ο αριθμός των χρηστών που δεν καταγράφονται σε καμία υπηρεσία κατά το έτος αναφοράς. Η εκτίμηση του ΕΚΤΕΠΝ για τον «κρυμμένο πληθυσμό» παραμένει σταθερή από το 2006 και μετά (ΕΚΤΕΠΝ 2009,2010,2011) ενώ για τον συνολικό πληθυσμό των χρηστών η εκτίμηση είναι μεταξύ 17.502 - 23.391 (20.181, με δ.ε 95%)

Από την άλλη, «ένα τεστ στατιστικής σημαντικότητας δεν έχει τη δυνατότητα να επισημάνει αν η σύμπτωση είναι ο μοναδικός παράγοντας που «ευθύνεται» για τα αποτελέσματα» (McRae, 1996, σ.13, τ.,4). Με άλλα λόγια αν το αποτελέσματα που προκύπτουν από το στατιστικό έλεγχο δεν είναι στατιστικά σημαντικά, α) δεν είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων καθώς επίσης β) δεν είναι δυνατό το συμπέρασμα ότι η σύμπτωση αποτελεί το μοναδικό επεξηγηματικό παράγοντα των δεδομένων αποτελεσμάτων, πιθανώς υφίστανται και άλλοι παράγοντες λιγότερο εμφανείς.

Εξάλλου, ακόμα και όταν δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ δύο ομάδων, ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να συμπεράνει ότι οι ομάδες αυτές είναι όμοιες, αλλά ότι δεν είναι σε σημαντικό βαθμό διαφορετικές (*significantly different*) (Derr & Goldsmith, 2003).

Επιπλέον, μία ακόμα διάσταση εισάγει η έννοια της κλινικής σημαντικότητας. Πρόκειται για τις περιπτώσεις όπου ένα κλινικά σημαντικό αποτέλεσμα, ένα αποτέλεσμα το οποίο διαπιστώνεται στην κλινική πρακτική, στη θεραπεία (από ένα έμπειρο επαγγελματία) δεν είναι και στατιστικά σημαντικό. Στο βαθμό δε που αποκλείεται μία αβλεψία ή ένα λάθος στο επίπεδο του ερευνητικού σχεδιασμού, τότε ένα κλινικά σημαντικό αποτέλεσμα 1) αποτελεί, τουλάχιστον, χρήσιμη πληροφορία για την εκπόνηση μελλοντικών ερευνών αλλά και 2) πιθανώς έχει άμεση εφαρμογή σε διαδικασίες συμβουλευτικής ή/και ψυχοθεραπείας. (Derr & Goldsmith, ο.π)

Τέλος, ένα σύνολο ερευνών κυρίως στο χώρο της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα των εξαρτήσεων, δεν καταλήγουν στον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ δύο ομάδων, η μία εκ των οποίων δέχεται ένα μεγάλο αριθμό υποστηρικτικών υπηρεσιών (Potamianos et al, 1986; Παπαναστασάτος, 2007).

Ανάλογα, δεν προκύπτουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συγκρινόμενων κάθε φορά ατόμων/ομάδων στη μελέτη της εξάρτησης και της υποτροπής, παρά τη χρήση σύγχρονων υπολογιστικών μεθόδων, απόρροια των θεωριών του χάους και των δυναμικών συστημάτων (Chamberlain, & Buzt 1998 ; Witkiewitz & Marlatt, 2004)

Η προβληματική που αναπτύσσεται μέχρις εδώ καθορίζει, ως ένα βαθμό και την επιλογή της ποιοτικής ερευνητικής προσέγγισης, ως ισότιμου μέσου για την κατανόηση της υποτροπής, από την πλευρά αυτών που τη ζουν, τη βιώνουν.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στα όρια της ποιοτικής ανάλυσης, στη τρέχουσα μελέτη. Εδώ, σημαίνοντα ρόλο δεν έχουν, πλέον, μόνο τα δεδομένα της έρευνας αλλά και τα πρόσωπα που συμμετέχουν σ' αυτήν. Δηλαδή ο ερωτώμενος, ο ερευνητής και οι σχέσεις που τους συνδέουν.

5.1.2. Οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων

Σε αναλογία με όσα υπογραμμίζονται για τα ποσοτικά δεδομένα της έρευνας, ένα σύνολο παρατηρήσεων φαίνεται να αντιστοιχεί και στα ποιοτικά δεδομένα αυτής. Η αποτύπωση τους θεωρείται, επίσης, χρήσιμη ως μέτρο για τις ερμηνείες, θεωρίες που προκύπτουν από την σύνθεση των ποιοτικών δεδομένων. Παρατηρούνται δε, κυρίως, τα εξής,

α) οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις για τη συλλογή του ποιοτικού υλικού είναι μέλη του θεραπευτικού προγράμματος στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, του ΚΕΘΕΑ-Νόστος. Από το πρόγραμμα αυτό έχουν απομακρυνθεί με την στάση τους, την υποτροπή τους. Επιστρέφοντας για την ερευνητική συνέντευξη, πιθανώς προσδοκούν και στην αποκατάσταση της σχέσης που

έχει διαταραχθεί και, κάτω από όρους, στη εκ νέου ένταξη τους στην ομάδα. Σε κάθε περίπτωση είναι γνώστες των διαδικασιών του προγράμματος, μιλούν τη «γλώσσα» του και είναι σε θέση να μιλήσουν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να γίνουν αποδεκτοί από τον συνομιλητή τους, τον ερευνητή τον οποίο σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία τους, πιθανώς, τον τοποθετούν στο ρόλο του θεραπευτή.

β) ο ερευνητής και γράφων είναι ένα από τα παλαιότερα και ψηλότερα στην ιεραρχία μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του προγράμματος. Έχει να διαχειριστεί κατά τη διάρκεια της συνέντευξης τουλάχιστον τα παρακάτω,

1) να ορίσει με σαφήνεια και να διαφυλάξει σε όλη τη διάρκεια της συνέντευξης το ερευνητικό πλαίσιο της συνάντησης 2) να οριοθετηθεί ο ίδιος ώστε να μην διολισθήσει στον γνώριμο και πλήρη ισχύος ρόλο του θεραπευτή 3) να εφαρμόσει, ταυτόχρονα, τις ικανές και αναγκαίες συνθήκες της θεραπευτικής σχέσης (αυθεντικότητα, άνευ όρων αποδοχή, ενσυναίσθηση) για τις ανάγκες, όμως, μίας ερευνητικής σχέσης και 4) να μην αμφισβητήσει, μέσω διευκρινιστικών ερωτήσεων, την ακρίβεια των όσων λέγονται. Άλλωστε, στην προκειμένη περίπτωση το σημαντικό είναι ότι κατατίθεται από τους συμμετέχοντες, με τι τρόπο παρουσιάζουν την υποτροπή τους και ποιο είναι το βίωμα τους τη δεδομένη στιγμή, δηλαδή η αφηγηματική αλήθεια (βλ. Κεφάλαιο 3^ο)

Από την άλλη, πέρα από τις συνθήκες γέννησής της, αυτή η ίδια η αφήγηση που δημιουργείται από τη συνάντηση ερευνητή και συμμετέχοντα στην έρευνα χρειάζεται κάποιες επιπλέον διευκρινήσεις.

Καταρχήν, στο επίπεδο του συμμετέχοντα, συνιστά μία αφήγηση για τον εαυτό του (βλ.Κεφάλαιο 4^ο). Τι σημαίνει όμως αυτό, ότι υπάρχει ένας εαυτός που είναι δυνατόν να περιγράψει με λέξεις τη δράση του, για παράδειγμα την

υποτροπή του ; Ο Bruner (2009) έχει μία διαφορετική πρόταση σύμφωνα με την οποία,

«Αυτό που μάλλον συμβαίνει είναι ότι συνεχώς κατασκευάζουμε και ανακατασκευάζουμε τον εαυτό μας προκειμένου να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες των καταστάσεων που συναντάμε και δρούμε έτσι υπό την καθοδήγηση των αναμνήσεών μας από το παρελθόν και των ελπίδων και των φόβων μας για το μέλλον. Η αφήγηση του εαυτού για τον εαυτό είναι σαν τη δημιουργία μιας ιστορίας για το ποιοι και τι είμαστε, τι συνέβη και γιατί κάνουμε αυτό που κάνουμε »

(Bruner, ο.π, σ. 112-113)

Η αφήγηση όμως έχει ένα δημόσιο χαρακτήρα, ο ομιλών απευθύνεται σε ένα κοινό, σε κάποιον άλλο, ακόμα και αν ο τελευταίος δεν είναι παρών. Στη προκειμένη περίπτωση ο άλλος, ο ακροατής είναι ο ίδιος ο ερευνητής. Έργο του είναι να συλλέξει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων όπως αυτές φιλτράρονται από τη γλώσσα κατά τη διεργασία της ομιλίας. Συλλέγει ουσιαστικά «λεκτιποιημένα συμβάντα» - verbalized events- (Slobin, 2000). Από τη συλλογή και την ανάλυση αυτών αναδύεται μία νέα αφήγηση. Κατά συνέπεια, ο ερευνητής σταδιακά στο βαθμό που οργανώνει το υλικό του, από ακροατής γίνεται αφηγητής. Είναι δε, ένας ενδιάμεσος αφηγητής καθώς απευθύνεται ταυτόχρονα, σε δύο διαφορετικά ακροατήρια 1) στους συμμετέχοντες στην έρευνα (βλ. Κεφάλαιο 4^ο , σημ. 3) και 2) σε όσους δεν είναι συμμετέχοντες, αλλά πρόκειται να ακούσουν την αφήγησή του. Κατ' αυτό τον τρόπο ο ερευνητής συνδέει δύο διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, δύο διαφορετικά ακροατήρια. Αν και η μετα-αφήγηση που δημιουργεί ο ερευνητής συντίθεται από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Το νόημα αυτής υπερβαίνει το νόημα των επιμέρους αφηγήσεων. Διότι, κάθε συμμετέχων είναι εμπλεγμένος μέσα στη πράξη του ή/και τις συνέπειες της και από τη θέση αυτή δεν έχει μία συνολική εικόνα των επιμέρους δράσεων. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και η Hannah Arendt στην διεξοδική ανάλυση της για τον πολιτικό χαρακτήρα της αφήγησης ως μέσου κοινωνικής

αλλαγής και συναλλαγής, σημειώνοντας ότι «την ιστορία δεν τη «δημιουργεί» ο πράττων αλλά ο αφηγητής» (Arendt, 1986, Κεφάλαιο V, σ.263).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ένα υποθετικό-επεξηγηματικό και ένα ερμηνευτικό μοντέλο για την υποτροπή και επιχειρείται η σύνθεση αυτών σε μία θεωρία πεδίου

5.2. Ευρήματα της έρευνας

5.2.1 Ένα υποθετικό - επεξηγηματικό μοντέλο για την υποτροπή

Η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας καταδεικνύει μία σειρά στατιστικά σημαντικών διαφορών, μεταξύ όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών και όσων είναι σε υποτροπή, στο επίπεδο των αντίστοιχων μεταβλητών. (βλ. Κεφάλαιο 4, σ. 16 κ.ε).

Οι επιχειρούμενοι στη συνέχεια έλεγχοι συσχέτισης (*correlations*) των προηγούμενων μεταβλητών, ώστε να διερευνηθούν οι πιθανές μεταξύ αυτών πλέον σχέσεις, δεν αποδίδουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα λόγω της φύσης των διαθέσιμων στοιχείων. Κατά συνέπεια το μοντέλο των αιτιατών σχέσεων το οποίο παρουσιάζεται εδώ, έχει μάλλον υποθετικό χαρακτήρα, στηρίζεται σε βιβλιογραφικές αναφορές και διαθέτει ένα σχετικό βαθμό κλινικής σημαντικότητας.

Καταρχήν, ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης όσων είναι σε υποτροπή είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των ετών εκπαίδευσης όσων απέχουν από τη χρήση «παράνομων» ουσιών, 9,4 έτη έναντι 10,3 αντίστοιχα

Η παρατήρηση αυτή σε συνδυασμό με την ηλικία έναρξης της χρήσης που είναι κατά μέσο όρο τα 15 έτη (ο.π., σ. 13) συμπίπτει με τα ευρήματα της αναδρομικής έρευνας που διενεργείται σε δείγμα 8.322 χρηστών οι οποίοι προσέγγισαν τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ την περίοδο 1995 - 2002, με στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο συσχετίζεται η διακοπή από το σχολείο και η εκπαιδευτική αποτυχία με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Μεταξύ άλλων, η προηγούμενη έρευνα επισημαίνει ότι η έναρξη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απομάκρυνσης των χρηστών από το σχολείο. Επιπλέον, η έναρξη της χρήσης εντός του σχολικού περιβάλλοντος αυξάνει τελικά τον χρόνο εμπλοκής του ατόμου με τις ουσίες. Στην ίδια έρευνα σημειώνεται ότι όσοι εγκαταλείπουν το σχολείο για άλλους λόγους από τη χρήση ουσιών, αν και έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμπλακούν στη χρήση αυτό φαίνεται να συμβαίνει με χρονική καθυστέρηση, τουλάχιστον δύο ετών.

Παράλληλα, ο μέσος όρος της διάρκειας της ανεργίας σε έτη όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν από τη χρήση «παράνομων» ουσιών, 2,05 έτη έναντι 1,26 αντίστοιχα.

Η σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και ανεργίας καταδεικνύεται σε μία σειρά σύγχρονων μελετών οι οποίες ασχολούνται είτε με το ρόλο της εργασίας/ανεργίας στη διαδικασία της απεξάρτησης είτε με τα εμπόδια (barriers) που αντιμετωπίζει ένας απεξαρτημένος κατά την είσοδο του στην αγορά εργασίας. Υπογραμμίζουν δε το ρόλο της εργασίας στη πρόληψη της υποτροπής και το ρόλο της ανεργίας ως παράγοντα ο οποίος επιμηκύνει το χρόνο εμπλοκής του ατόμου με τις ουσίες. (South et al., 2001; Sutton et al., 2004; Spencer, 2008, Hser, 2007, 2011).

Ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων μεταβλητών δίνει μία πρώτη εξήγηση για το ότι ο μέσος όρος των ετών χρήσης ηρωίνης όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ετών όσων απέχουν από τη χρήση «παράνομων» ουσιών, 8,10 έτη έναντι 6,79 αντίστοιχα.

Η διάρκεια χρήσης της ηρωίνης με τη σειρά της μοιάζει να επεξηγεί, κατ' ένα τρόπο τις υπόλοιπες μεταβλητές όπου παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, ο μέσος όρος των ετών χρήσης ηρωίνης όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των ετών όσων απέχουν από τη χρήση «παράνομων» ουσιών, 8,10 έτη έναντι 6,79 αντίστοιχα.

Ειδικότερα, το ότι η οικογένεια η οικογένεια αναφέρεται ως κύρια πηγή εισοδήματος, από μικρότερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 66,6% έναντι 79,5% μεταξύ όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών αντανακλά μάλλον τις σχέσεις του χρήστη με τους γονείς του, οι οποίες σε κάθε περίπτωση είναι διαταραγμένες και πιθανώς επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Μια ένδειξη των προβληματικών σχέσεων με τους γονείς προκύπτει από την παρούσα έρευνα, σύμφωνα με το απόσπασμα του Πίνακα 4.12.,

Απόσπασμα Πίνακα 4.12. Προβληματικές σχέσεις και υποτροπή

Σοβαρά προβλήματα με :	Σε πλήρη αποχή		Σε υποτροπή		N%	p
	%	n	%	n		
Μητέρα	67,5%	(79)	73,3%	(44)	69,5%	ns
Πατέρα	64,1%	(75)	65,0%	(39)	64,4%	ns

Επίσης, η εξαιρετικά πλούσια βιβλιογραφία η οποία μελετά το ρόλο της οικογένειας και των συντρόφων στην εξάρτηση/απεξάρτηση από τις ψυχοδραστικές ουσίες, φαίνεται να συνηγορεί στο ρόλο που διαδραματίζει η διάρκεια της χρήσης στην επιδείνωση των διαπροσωπικών σχέσεων. (ενδεικτικά βλ.,Stanton, 2009)

Επομένως, στη χρονιότητα της χρήσης εκτιμάται ότι χρειάζεται να αποδοθούν τα σοβαρά προβλήματα με σύντροφο που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό όσοι είναι σε υποτροπή σε σχέση με όσους απέχουν από τη χρήση ουσιών, 49,6% έναντι 58,3% αντίστοιχα.

Επιπλέον, οι σχέσεις με το σύντροφο όσο και τους γονείς αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην δημιουργία και λειτουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου το οποίο θεωρείται αναγκαίο αν όχι απαραίτητο για την αποφυγή της υποτροπής και την απεξάρτηση (βλ. Κεφάλαιο 2).

Ανάλογα, η χρονιότητα της χρήσης ηρωίνης συσχετίζεται και με τις περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Στη τρέχουσα έρευνα, ο μέσος όρος των περιπτώσεων υπερδοσολογίας όσων είναι σε υποτροπή είναι μεγαλύτερος από τον ανάλογο μέσο όρο όσων απέχουν από τη χρήση ουσιών, 2,22 έναντι 1,32 αντίστοιχα.

Η τελευταία παρατήρηση επιβεβαιώνεται και από την εκτεταμένη σχετική βιβλιογραφία (Gossop, 2000, p.148 κ.ε) στην οποία επισημαίνεται, επίσης , ότι ο θάνατος από υπερβολική δόση² αφορά κυρίως τους

² Παρά το μεγάλο τους αριθμό οι μελέτες για την υπερδοσολογία δεν αποσαφηνίζουν επαρκώς αν τα αποτελέσματά της, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου του χρήστη οφείλονται στην καθαρότητα της ηρωίνης, στη νόθευσή της ή στη συνδυασμένη χρήση ηρωίνης και άλλων ουσιών όπως για παράδειγμα το αλκοόλ.

Σημειώνεται επίσης ότι η νοθεία της ηρωίνης, το «κόψιμο» (cutting) γίνεται με κάθε είδους ουσία από στρυχνίνη έως σκόνη τούβλων, από εκεί προέρχεται και η έκφραση «αγόρασα χώμα» ή «μου πουλήσανε χώμα» Με τον τρόπο αυτό ο κάθε χρήστης έχει τη δυνατότητα να

μακροχρόνιους χρήστες ηρωίνης, ειδικότερα δε όσους επιλέγουν την ενέσιμη χρήση.

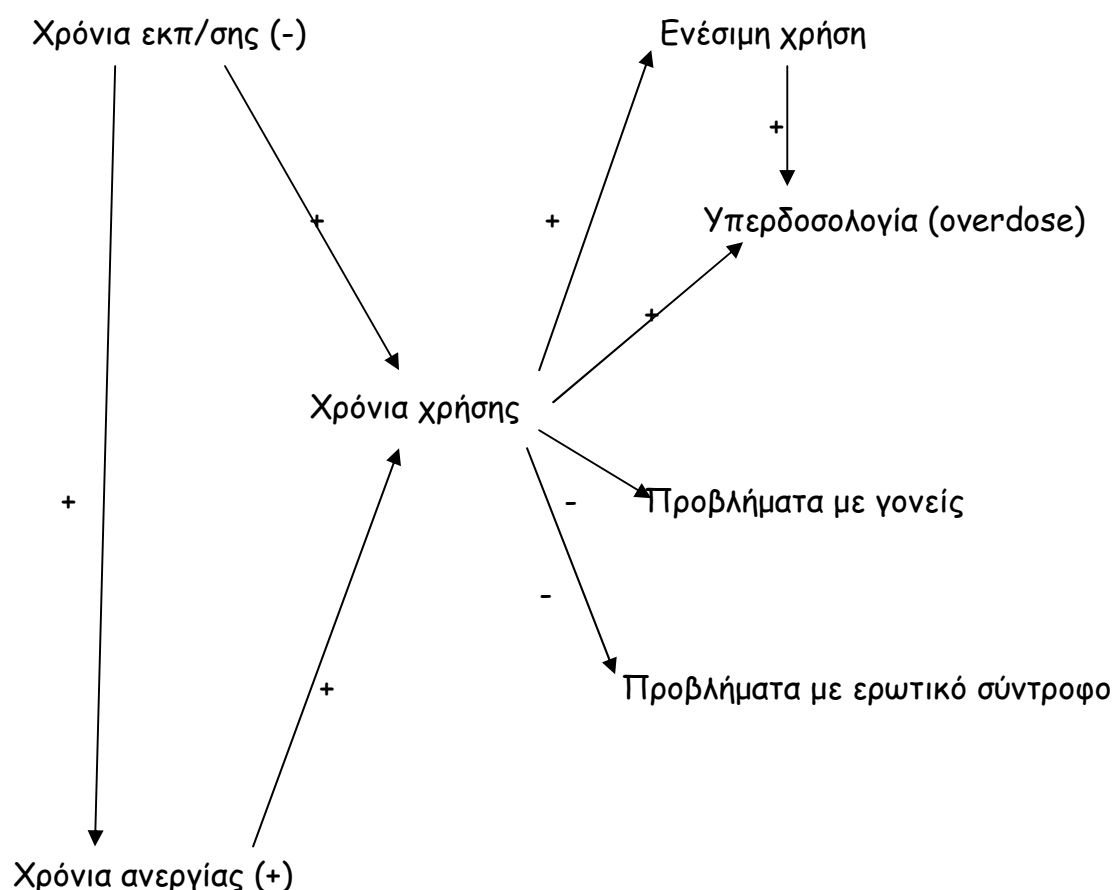
Είναι ενδεικτικό ότι η ενδοφλέβια χρήση δηλώνεται ως κύριος τρόπος χρήσης από μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ όσων είναι σε υποτροπή 70% έναντι 51,3% μεταξύ όσων απέχουν από τη χρήση «παράνομων» ουσιών.

Στην εξαιρετη αναδρομική μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με την «καθήλωση στις βελόνες» (needle fixation) συνδυασμένη με ποιοτική έρευνα ο Bride και οι συνεργάτες του (2002) αναφέρουν μεταξύ άλλων, α) ότι η ενέσιμη χρήση σχετίζεται με την διάρκεια της χρήσης ηρωίνης β) συνιστά το τελικό στάδιο σε ένα διαδοχικό, ιεραρχικό μοντέλο στον τρόπο κατανάλωσης της ηρωίνης με διαδοχικά στάδια το κάπνισμα, το σνιφάρισμα, και την κατάποση γ) για τους χρήστες αποτελεί τελετουργία, με την ανθρωπολογική έννοια του όρου, που απαιτεί ιδιαίτερη δεξιοτεχνία και δ) ενέχει σεξουαλικούς συσχετισμούς.

Το επόμενο σχεδιάγραμμα 5.1 συνοψίζει τις προηγούμενες παρατηρήσεις σχετικά α) με τις μεταβλητές όπου παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές και β) τις πιθανές σχέσεις μεταξύ αυτών.

εμπορευθεί την ποσότητα την οποία έχει αγοράσει για δική του χρήση, ώστε να εξοικονομήσει χρήματα για την επόμενη αγορά του.

Σχεδιάγραμμα 5.1. Ένα υποθετικό-επεξηγηματικό μοντέλο για την υποτροπή



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα θεωρείται ως πιθανό ότι, η μείωση του χρόνου εμπλοκής του ατόμου με την εκπαίδευση αυξάνει το χρόνο παραμονής του στην ανεργία. Η συνδυασμένη δράση αυτών των παραγόντων επιμηκύνει το χρόνο παραμονής του ατόμου στη χρήση. Όσο αυξάνονται τα χρόνια χρήσης της ηρωίνης τόσο μοιάζει να αυξάνουν οι πιθανότητες το άτομο, ο χρήστης να αντιμετωπίσει καταστάσεις υπερδοσολογίας (overdose). Το τελευταίο, ενισχύεται, προϊόντος του χρόνου, και από την υιοθέτηση της ενέσιμης χρήσης, ως τρόπου κατανάλωσης της ηρωίνης. Ταυτόχρονα,

φαίνεται να επιδεινώνονται, οι ήδη διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς του και την ερωτική του σύντροφο.

Εντός αυτού του μοντέλου, η διάρκεια της χρήσης εμφανίζεται ως μία μεταβλητή που γεφυρώνει δύο πραγματικότητες. Από την τη μία η περιβάλλουσα κοινωνία με τις έννοιες της εκπαίδευσης και της ανεργίας από την άλλη ο κοινωνικός χώρος της χρήσης όπου είναι αποδεκτές ή και αναμενόμενες οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (ενέσιμη χρήση, υπερδοσολογία) όπως και οι συγκρουσιακές σχέσεις, παρά τον επώδυνο χαρακτήρα τους, με το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Το πέρασμα από την μία στην άλλη, όμως, ενέχει μεταξύ άλλων και μία διαδικασία κοινωνικοποίησης, Όπως επισημαίνει και ο Burroughs (1953) « η πρέζα δεν είναι όπως το αλκοόλ ή η μαριχουάνα, ένα μέσο για μεγαλύτερη απόλαυση της ζωής. Η πρέζα δε σε φτιάχνει. Είναι τρόπος ζωής». «Όπως ένας άνθρωπος που λείπει μακριά καιρό, βλέπεις τα πράγματα διαφορετικά όταν επιστρέψεις από την πρέζα» (ο.π., σ.16 & σ.187). Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα α) στη κλασσική μελέτη του Bierhacki (1986) όπου οι δυσκολίες ένταξης των απεξαρτημένων μακροχρόνιων χρηστών ηρωίνης εντοπίζονται στην προσπάθεια τους να «γίνουν συνηθισμένοι, καθημερινοί άνθρωποι» (being ordinary)³ και β) στην εξίσου κλασσική μελέτη των McIntosh & McKeganey (2001) σχετικά με την αλλαγή του τρόπου ζωής (life style) ως προαπαιτούμενου στοιχείου για την απεξάρτηση των μακροχρόνιων χρηστών ηρωίνης. Επίσης, σε συναφείς επισημάνσεις καταλήγουν και οι σύγχρονες θεωρίες για την εξάρτηση που πραγματεύονται την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου ή του

³ Στη γλώσσα των ελλήνων χρηστών αντιστοιχεί η λέξη «ξενέρωτος», η οποία έχει δύο τουλάχιστον σημασίες 1) αυτός που δεν είναι πλέον υπό την επήρεια κάποιας ουσίας, συνέρχεται, «ξενερώνει», 2) αυτός που δεν κάνει χρήση κάποιας ουσίας. Με τη δεύτερη σημασία είναι συνήθως υποτιμητική ως προς το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται. Χρησιμεύει δε και για το διαχωρισμό των ατόμων σε χρήστες και «ξενέρωτους»

κεφαλαίου αποκατάστασης (recovery capital) ως θετικού προγνωστικού παράγοντα για την απεξάρτηση του ατόμου. Σύμφωνα με αυτές κατά τη διάρκεια της επιτυχούς επανένταξης παρατηρείται ότι τα απεξαρτημένα άτομα διαμορφώνουν ένα νέο δίκτυο κοινωνικών σχέσεων εντός του οποίου α) αυξάνουν τα αποθέματα κοινωνικής υποστήριξης τους (social support resources) β) βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους (ασφαλής χώρος διαβίωσης, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, κ.α) γ) αναλαμβάνουν κοινωνική ή/και πολιτική δράση. (White & Cloud, 2008; Cloud & Granfield 2009; Best & Laudet 2010; Yates, 2012).

Επομένως, στα πλαίσια των διαθέσιμων ποσοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας, η μακρόχρονη χρήση ηρωίνης αποτελεί μία ισχυρή ένδειξη του ρόλου που φαίνεται να διαδραματίζει στην υποτροπή, ο τρόπος ζωής που είναι συνυφασμένος με τη συστηματική χρήση της ηρωίνης.

Ποιος είναι αυτός ο τρόπος ; πως τον αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες στην ποιοτική έρευνα ; πως σχετίζεται με τη διαδρομή που ακολουθούν μέχρι την υποτροπή τους ; τι βιώνουν σε κάθε χαρακτηριστικό σημείο αυτής της διαδρομής ; υπάρχουν άλλες διαδικασίες που προσομοιάζουν στη διαδικασία της υποτροπής όπως την περιγράφουν οι συμμετέχοντες ; πως συνδέονται αυτές οι διαδικασίες με την υποτροπή ;

Η ερμηνεία των ποιοτικών δεδομένων τη έρευνας που ακολουθεί στη συνέχεια επιχειρεί να δώσει τις απαντήσεις.

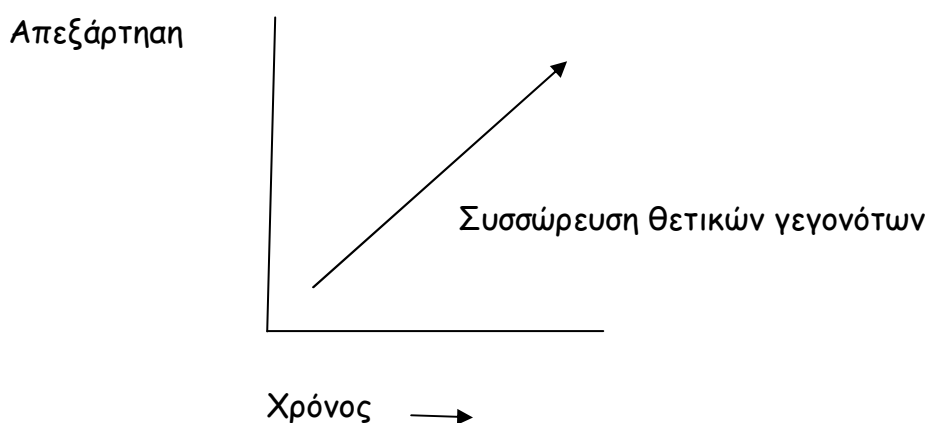
5.2.2. Ένα ερμηνευτικό μοντέλο για την υποτροπή

Από την ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων προκύπτει ένα σύνολο αφηγήσεων. Τόσο η μορφή αυτών όσο και το περιεχόμενό τους αποτελούν

αντικείμενα συσχετίσεων, ερμηνειών που αποβλέπουν στην κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου, της υποτροπής.

Καταρχήν, στο επίπεδο της μορφής των αφηγήσεων για την υποτροπή, παρατηρείται, μεταξύ άλλων (βλ. Κεφάλαιο 4^ο, σ.,23), ότι η αφηγηματική τους ροή είναι διαμετρικά αντίθετη από αυτή των συνηθισμένων αφηγήσεων για την εξάρτηση. Οι τελευταίες, σύμφωνα με την τυπολογία των Gergen και Gergen, (1983), κατατάσσονται στις αφηγήσεις που περιγράφουν την πρόοδο, την μετεξέλιξη του εαυτού (*progressive self narratives*) στο βαθμό που συνήθως περιγράφουν την προσπάθεια, τον αγώνα κάποιου να επιστρέψει από τον «κόσμο των ναρκωτικών». Εκεί, το δρών υποκείμενο αντιπαρέρχεται μία σειρά δυσκολιών και τελικά επιτυγχάνει να μετασχηματίσει τη δράση του από αυτοκαταστροφική σε δημιουργική. Κάθε νέο αφηγηματικό στοιχείο βελτιώνει την θέση του αφηγητή. Η αφήγηση του περιγράφει ακριβώς την διαδικασία ένταξής του στον δεδομένο, κάθε φορά, κοινωνικό ιστό και η ροή της αποτυπώνεται στο επόμενο σχεδιάγραμμα.

Σχεδιάγραμμα 5.2. Η μορφή των αφηγήσεων για την απεξάρτηση - ένταξη



Επίσης, σύμφωνα με τα προηγούμενα, οι αφηγήσεις απεξάρτησης ανήκουν και στην κατηγορία των αφηγήσεων σωτηρίας (*redemption narratives*) τις οποίες μελετούν διεξοδικά ο McAdams και οι συνεργάτες του

(2001). Θεωρούν, δε, ότι αυτού του τύπου οι αφηγήσεις έχουν θεολογικές καταβολές και συνιστούν μία τυπική αφηγηματική στρατηγική ώστε να νοηματοδοτηθεί μία ιδιαίτερα προβληματική περίοδος στη ζωή του δρώντος υποκειμένου.

Ταυτόχρονα, οι αφηγήσεις αυτές μοιάζει να συνδέονται και με την ανάγνωση των μύθων με πρωταγωνιστή έναν ήρωα που προτείνουν οι Campbell et al (2001). Σύμφωνα με τον τελευταίο,

« Ένας ήρωας βαδίζει από τον κόσμο της καθημερινότητας σε μια περιοχή υπερφυσικών θαυμάτων, εκεί αντιμετωπίζει μυθικές δυνάμεις και κερδίζει μία αποφασιστική νίκη. Ο ήρωας επιστρέφει από αυτή τη μυστήρια περιπέτεια με τη δύναμη να ευεργετεί τους συνανθρώπους του» (ο.π., σ.40).

Η περίπτωση του «πληγωμένου θεραπευτή» (Frank, 1997) γενικότερα, και του πρώην χρήστη, ειδικότερα, ο οποίος αφοσιώνεται στην θεραπεία των εξαρτήσεων (Αρηας, 1995, σ.36-42) αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Αντίθετα, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων για το πώς φθάνουν στην υποτροπή δεν διαθέτουν καμιά ηρωική διάσταση. Κατά τα λεγόμενά τους, απομακρύνονται από μία δυσβάσταχτη καθημερινότητα κατευθυνόμενοι προς μία ήδη γνωστή, ζοφερή αλλά ιδιαίτερα ελκυστική πραγματικότητα η οποία συνιστά και την αυτοκαταστροφή τους. Κατά συνέπεια η δράση τους χαρακτηρίζεται ως αντι-ηρωική ενώ οι ίδιοι φαίνεται να συνιστούν τυπικές μορφές αντι-ηρώων, ανάλογες με αυτές που συναντώνται και στη κλασική λογοτεχνία για παράδειγμα στον «Ξένο» (Camus, 1984) και τον «Παίκτη» (Dostoyevski,2006).

Επομένως, οι αφηγήσεις όσων απεξαρτώνται είναι εκ διαμέτρου αντίθετες, στο επίπεδο της μορφής, ως προς τις αφηγήσεις όσων είναι σε υποτροπή.

Στο επίπεδο του περιεχομένου από την άλλη, αναδύονται τέσσερις νοηματικές κατηγορίες οι οποίες αντιστοιχούν στις τέσσερις ενότητες που φαίνεται να συγκροτούν τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων και τις επιμέρους φάσεις της διαδρομής προς την υποτροπή.

Στην αρχή των αφηγήσεων, αποτυπώνεται η αμφιθυμία των συμμετεχόντων καθώς αμφιταλαντεύονται μεταξύ των απαιτήσεων που έχει η επαναλαμβανόμενη καθημερινότητα ενός «συνηθισμένου ανθρώπου» και των γοητευτικών αναμνήσεων από το τρόπο ζωής στη χρήση. Άμεση ικανοποίηση, χαλάρωση, ελευθερία, χαρά, διασκέδαση, φίλοι, ελεγχόμενα συναισθήματα μέσω της ουσίας είναι η ζωή στη χρήση όπως την θυμούνται οι συμμετέχοντες. Αυτή τη ζωή αντιπαραβάλουν με τη μονοτονία της επανένταξης που θέτει όρους και όρια σε ότι αφορά δεσμεύσεις, ανάληψη ευθυνών, στοχοθεσία και ικανοποίηση σε βάθος χρόνου. Ταυτόχρονα δε, συνδέεται με ανεξέλεγκτα συναισθήματα, σωματική και συναισθηματική δυσφορία καθώς και απόσυρση του συμμετέχοντα από την ομάδα των ομότιμων του.

Ωστόσο, το «κενό που προσπαθεί να γεμίσει», κάθε συμμετέχων στη παρούσα έρευνα, σηματοδοτεί, κυρίως, την απώλεια μίας σημαντικής σχέσης και των βιωμάτων που τη συνοδεύουν. Ο τρόπος ζωής είναι απόρροια αυτής της σχέσης, αλλά σε κάθε περίπτωση έπεται δεν προηγείται. Η σχέση αυτή δεν είναι άλλη από τη σχέση με την ίδια την ουσία, «η ηρωίνη είναι τρόπος

ζωής» Τα βιώματα⁴ δε που συνδέονται με τη χρήση ηρωίνης καταγράφονται τόσο από την επιστημονική κοινότητα, «Χαμηλό επίπεδο άγχους, χαμηλό επίπεδο επιθυμίας [...] είσαι αναισθητοποιημένος, δεν ανησυχείς για τίποτα [...] έχεις την αίσθηση της μη-ύπαρξης, ο κόσμος περνά από δίπλα σου αλλά εσύ αισθάνεσαι απόμακρο» (Zinberg, 1984, p.121-122, βλ.επίσης Αρναο, 1995, σ., 9-28). Αλλά και εκφράζονται από τους ίδιους τους χρήστες «είναι σα να βρίσκεσαι στην κοιλιά της μάνας σου», «είναι σαν ένας άγγελος να σε έχει μέσα στις φτερούγες του»⁵

Κάτω από τις προηγούμενες συνθήκες οι συμμετέχοντες βρίσκονται στο «μεσοδιάστημα» (liminal, Turner, 1986), σε ένα «κοινωνικό κενό» (social vacuum, Ebaugh, 1988), σε μία «ουδέτερη ζώνη» (neutral zone, Bridges, 2009) μεταξύ ενός σαγηνευτικού παρελθόντος και ενός αβέβαιου μέλλοντος, «όπου το παλιό δεν έχει πεθάνει και το καινούργιο δεν έχει γεννηθεί». Η ολοκλήρωση της απεξάρτησή τους και η μετάβαση τους στην επανένταξη διαψεύδει τις προσδοκίες τους. Συνειδητοποιούν ότι δεν αρκεί να σταματήσεις την χρήση για να αλλάξει ο κόσμος γύρω σου, τα προβλήματα παραμένουν, πιθανώς φαίνονται δυσκολότερα, χειρότερα. Υπό το κράτος του σοκ, που προκαλεί η επαφή με την πραγματικότητα της επανένταξης, το νόημα που αποδίδουν μέχρι τότε στην προσπάθειά τους να απεξαρτηθούν αρχίζει να ξεθωριάζει. Η ματαίωση και η απογοήτευση μοιάζει να κυριαρχούν στη καθημερινότητά τους. Σε αυτές έρχεται να προστεθεί και η μοναξιά τους Πέρα από τη σημαντική απώλεια, αυτή της ουσίας, τους λείπουν και όλα όσα θεωρούν ότι χάνουν την δεδομένη στιγμή, που φαίνεται να μην ανήκουν

⁴ «Η διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που εκτιμούν την ηρωίνη και σε αυτούς που δημιουργεί αρνητικές εντυπώσεις δεν βρίσκεται στη διαφορά των υποκειμενικών επιδράσεων, αλλά στη διαφορετική αξία που αποδίδουν σ' αυτές όσοι τις βιώνουν» (Αρναο, 1995, σ.,18)

⁵ Από προσωπική επικοινωνία με τον γράφοντα

πουθενά. Εξίσου σημαντική, για παράδειγμα, απώλεια θεωρείται και η απομάκρυνση από την κοινότητα καθώς και η εξέχουσα θέση την οποία κατείχαν εκεί. (βλ. κεφάλαιο 3, σ.) Όμως, εντός της επανένταξης φαίνεται να μην υπάρχει χώρος για κάποιον που «κλαίει, πενθεί» ή «κάνει μνημόσυνο στην πρέζα»⁶. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη φάση αισθάνονται εγκλωβισμένοι. Αρνούνται την κατάσταση στην οποία έχουν βρεθεί και αναζητούν μία διέξοδο. Σε μία πρώτη φάση, αποσύρονται από τους γύρω τους και νοσταλγούν, ονειροπολούν τις μέρες της χρήσης.

Ταυτόχρονα, στο επίπεδο των καθημερινών συναναστροφών στα πλαίσια της επανένταξης προσπαθούν να επιδεικνύουν μία κοινώς αποδεκτή συμπεριφορά, προσαρμόζονται στους ισχύοντες τύπους. Νοιάζονται περισσότερο να επιδεικνύουν μία εικόνα ενός ανθρώπου που έχει καταφέρει να απεξαρτηθεί και σε καμία περίπτωση δεν θέλουν να επιδείξουν «αδυναμία απέναντι στη χρήση». Σταδιακά, φθάνουν στο σημείο να μην έχουν τίποτα να μοιραστούν με την ομάδα της επανένταξης. Ό,τι τους αφορά το κρατούν για τον εαυτό τους. Ό,τι μοιάζει να τους δυσκολεύει και τους επισημαίνεται από τους άλλους το απορρίπτουν με επιχειρήματα. Υποτιμούν ήδη τον ρόλο της ομάδας καθώς και τα υπόλοιπα μέλη αυτής. Θεωρούν ότι δεν κανείς δεν μπορεί να τους καταλάβει. Η σύγκρουση με την ομάδα συμβαίνει όταν οι συμμετέχοντες ζητούν την συναίνεσή της σε μία δράση τους. Συνήθως η δράση αυτή σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση. Η ομάδα λαμβάνοντας υπόψη τη προηγούμενη συμπεριφορά του συμμετέχοντα καθώς και τις λανθάνουσες διαστάσεις του αιτήματός του, το απορρίπτει. Ο συμμετέχων αντιδρά, αρνιέται την απόφαση της ομάδας και τους «βάζει όλους απέναντι».

⁶ Οι εκφράσεις αυτές χρησιμοποιούνται από τα μέλη της ομάδας επανένταξης για να επισημάνουν την στάση κάποιου μέλους της ομάδας που βρίσκεται στην κατάσταση που περιγράφεται παραπάνω και έχουν σαφώς υποτιμητικό χαρακτήρα για τον αποδέκτη τους.

Θυμώνει, αποκόπτεται από αυτήν και μένει μόνος, όπως ήταν και στη χρήση. Η ρήξη με την ομάδα, πιθανώς, σημαίνει και ρήξη με όλο το θεραπευτικό σύστημα στο μέτρο που η έννοια της ομάδας στις διάφορες παραλλαγές της αποτελεί την βάση της θεραπείας απεξάρτησης στην οποία έχει εκτεθεί ο συμμετέχων κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη θεραπευτική κοινότητα.

Εξάλλου, η κοινωνική απομόνωση και η θλίψη την οποία βιώνουν οι συμμετέχοντες τους ωθεί να συνάψουν μία αντισταθμιστική σχέση με το αλκοόλ. Σε πολλές περιπτώσεις, πριν από τη σύγκρουση με την ομάδα προηγείται, κρυφά από τα μέλη της, η μοναχική κατανάλωση αλκοόλ στον ιδιωτικό χώρο του συμμετέχοντα, το σπίτι του. Το αλκοόλ μοιάζει να υποκαθιστά την ηρωίνη και στο βαθμό που η χρήση του είναι νόμιμη να συνιστά ένα προσωπικό, ατομικό μέσο διαπραγμάτευσης για την αποφυγή της χρήσης ηρωίνης. Σε κάθε περίπτωση, οι συμμετέχοντες αναζητούν μέσω αυτού την *«...ηδονή της μέθης. Η μέθη ρίχνει ένα πέπλο πάνω στη πραγματική ζωή, σβήνει τη γνώση του πόνου και της λύπης, σου επιτρέπει να αποθέσεις το φορτίο της σκέψης»* (Balzac, 1993, σ. 37) . Όταν πλέον έχει οριστικοποιηθεί η διάρρηξη των σχέσεων με την ομάδα το επόμενο βήμα των συμμετεχόντων είναι να συναντήσουν «ένα παλιό γνωστό». Ο πλέον συνηθισμένος τρόπος για να συμβεί αυτό είναι ο συμμετέχων να επισκεφθεί τα μέρη που συνήθιζε να συχνάζει ως χρήστης. Όπως η μοναχική χρήση του αλκοόλ, η επίσκεψη, η συνάντηση εκτιμάται ότι συνιστούν και μία προσπάθεια εκ μέρους των συμμετεχόντων να διαχειριστούν την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει. Εξακολουθούν να διαπραγματεύονται, «παζαρεύουν» το αν θα κάνουν ή όχι χρήση παρά το ότι η συμπεριφορά τους φαίνεται να διαμορφώνει τις συνθήκες ώστε εν τέλει η χρήση να αποτελεί αναπόδραστο γεγονός.

Σε κάθε περίπτωση, η επίσκεψη αυτή γίνεται συνήθως νύκτα και σχεδόν πάντοτε όταν υπάρχει ελεύθερος χρόνος (αργίες, μετά τη δουλειά,

μετά την απόλυση από τη δουλειά). Ακολουθεί μία «τυχαία» συνάντηση και το αλκοόλ που σε αυτή την περίπτωση καταναλώνεται σε δημόσιο χώρο (δρόμο, μπαρ, ταβέρνα κ.α) είναι μία ευκαιρία να θυμηθούν «τα παλιά». Στο σημείο αυτό διακρίνονται δύο παραλλαγές. Στην πρώτη, ο φίλος από τα παλιά προτείνει να συνεχίσουν πηγαίνοντας στο σπίτι του ή σε κάποιο άλλο σπίτι. Τόσο στη μία όσο και στην άλλη ακολουθεί χρήση ηρωίνης. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι στη δεύτερη περίπτωση δεν είναι ο παλιός γνωστός που προσφέρει την ουσία αλλά μία γυναίκα, μία «παλιά φίλη». Για τη σεξουαλική πράξη που ακολουθεί η ουσία φαίνεται να αποτελεί αναγκαίο προαπαιτούμενο.

Τέλος, οι συμμετέχοντες, υπό την επήρεια του αλκοόλ είναι σε μια κατάσταση γνώριμης γι' αυτούς ανεμελιάς και ευθυμίας. «Χάνω τον εαυτό μου», «χάνω τα όρια μου», «τρελαίνομαι» δηλώνουν για αυτή τη στιγμή. Στη συνέχεια, έκπληκτοι, τρομαγμένοι αρνούνται αρχικά την προσφορά που τους γίνεται. Την αποδέχονται όμως στη συνέχεια. Υποκύπτουν είτε γιατί ακολουθούν πλέον την παρόρμησή της είτε γιατί δεν επιθυμούν να διαφοροποιηθούν από τους υπολοίπους. Άλλωστε, κάνουν και την εκτίμηση ότι «Μια φορά δεν πειράζει», «Είμαι δυνατός το διαχειρίζομαι». «Δεν θα πάθω και τίποτα» παρά το γεγονός ότι την αρχική έκπληξη έχει διαδεχθεί πλέον ένας έντονος φόβος. Ο τελευταίος μοιάζει να τροφοδοτεί τις ενοχές των συμμετεχόντων την επόμενη μέρα όταν αισθάνονται ότι, δεν υπάρχει επάνοδος, έχουν καταστρέψει τα πάντα και η μοναδική επιλογή τους είναι επιστρέψουν για μία ακόμα φορά στη χρήση. Να επαναλάβουν, να αποδεχθούν για μία ακόμα φορά ένα οικείο για αυτούς μοτίβο ζωής.

Από την μετά-αφήγηση που προηγείται φαίνεται να αναδύεται ένα μοντέλο που ερμηνεύει την υποτροπή στα πλαίσια, καταρχήν, της παρούσας έρευνας. Στην αρχή αυτή της διαδρομής υπάρχει μία απώλεια, κυρίως, ενός προηγούμενου τρόπου ζωής και ειδικότερα αυτού που συνδέεται με την

χρήση της ηρωίνης. Στην απώλεια αυτή μπορεί να προστεθεί και η απώλεια του ρόλου τον οποίο απολάμβανε το δρών υποκείμενο εντός της θεραπευτικής κοινότητας. Σε κάθε περίπτωση είναι σχεδόν βέβαιο ότι η όποια απώλεια και τα συνακόλουθα συναισθήματα του πένθους δεν μπορούν να εκφραστούν. Πρόκειται για ένα μη εκπεφρασμένο, ανεπίλυτο πένθος ("unresolved grief", 2001 Worden, p.93). Όσο το τελευταίο παραμένει ως έχει, οι πιθανότητες για την υποτροπή φαίνεται να αυξάνονται.

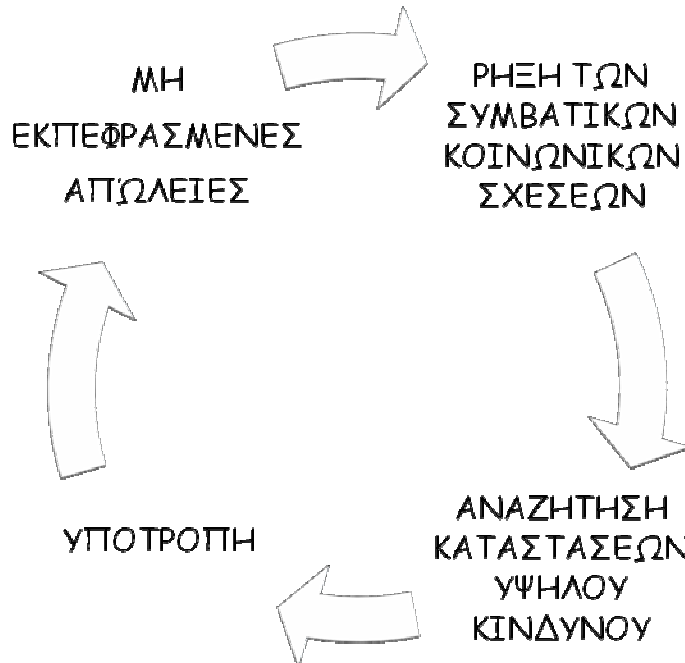
Εντός αυτού του πλαισίου, το επόμενο βήμα εκ μέρους του κοινωνικού δρώντος είναι η ρήξη των συμβατικών, εκτός χρήσης, κοινωνικών σχέσεων, στην προκειμένη περίπτωση με την ομάδα της επανένταξης. Στη συνέχεια αναζητά «καταστάσεις υψηλού κινδύνου». Η δράση του δε αναπτύσσεται κάτω από συνθήκες ανάλογες με αυτές που περιγράφονται από το Μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής(Κεφάλαιο 2, σ.). Η επιστροφή του στη χρήση, η υποτροπή του, και ιδιαίτερα ο μη-αντιστρέψιμος, ενοχικός χαρακτήρας που αποδίδει στη δράση του επίσης καταγράφονται από το προηγούμενο μοντέλο (βλ.Κεφάλαιο 1^ο και 2^ο)

Η υποτροπή, με τη σειρά της, ενισχύει το αίσθημα της απώλειας. Σε όσες απώλειες γίνεται αναφορά στα προηγούμενα έρχεται να προστεθεί και αυτή που σχετίζεται με την επανένταξη και ιδιαίτερα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Αυτός που υποτροπιάζει νοιώθει ότι « τους πρόδωσα, δεν τολμώ να τους κοιτάξω στα μάτια [...] έτσι τους έχασα [...] μου λείπουν» (28, 29-42). Για όσο χρόνο παραμένει σε αυτή την κατάσταση διατηρεί και αυξάνει σταδιακά την απόσταση του από τα δίκτυα των συμβατικών κοινωνικών σχέσεων και εμπλέκεται ενεργά στα κοινωνικά δίκτυα των χρηστών.

Βαθμιαία, ανοίγει ένα νέο κύκλο στη χρήση της ηρωίνης.

Το επόμενο σχεδιάγραμμα συνοψίζει όσα προηγούνται.

Σχεδιάγραμμα 5.4. Ένα ερμηνευτικό μοντέλο για την υποτροπή



Το προτεινόμενο ερμηνευτικό μοντέλο, στη παρούσα έρευνα, επιχειρεί να περιγράψει την υποτροπή ως διαδικασία, να συλλάβει με άλλα λόγια τη δυναμική αυτού του φαινομένου. Κεντρικά σημεία αυτής της προσέγγισης αναδεικνύονται η έννοια της απώλειας και του πένθους. Φαίνεται, δε, να συμπληρώνεται ή να συμπληρώνει το κυρίαρχο μοντέλο στη διαχείριση των υποτροπών αυτό της Πρόληψης της Υποτροπής. Ταυτόχρονα δίνει ιδιαίτερο βάρος στα συναισθήματα καθώς κάθε συναίσθημα που εκφράζουν οι συμμετέχοντες διατρέχει το σύνολο της αφήγησης που περιγράφει τη διαδρομή προς την υποτροπή.. Σε κάθε ενότητα αυτής, όμως, η έντασή του είναι διαφορετική. Δηλαδή αν και όλα τα συναισθήματα⁷ συνυπάρχουν, κάθε φορά κάποιο μοιάζει να κυριαρχεί.

⁷ Τα συναισθήματα στη παρούσα έρευνα θεωρούνται ως αντιδράσεις του υποκειμένου στο περιβάλλον. Εξίσου αποδεκτή είναι και η διάκρισή τους σε πρωτογενή και δευτερογενή.

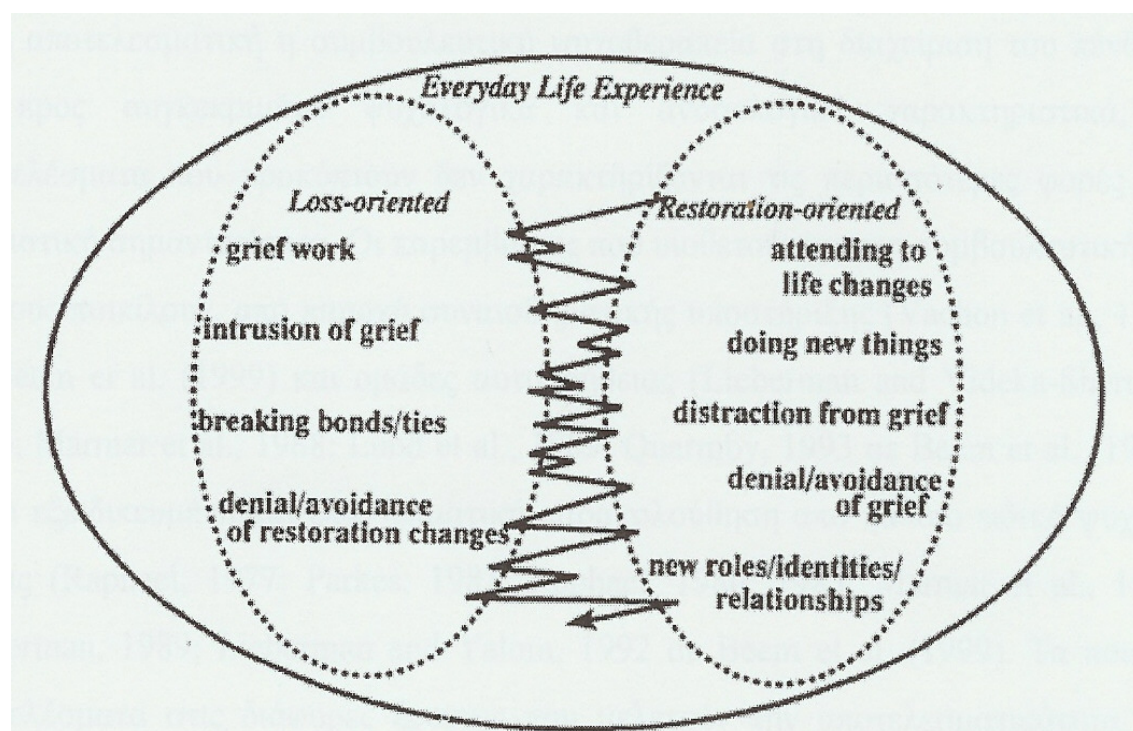
Εξάλλου, αναζητώντας διαδικασίες που προσομοιάζουν σε αυτήν την υποτροπή, όπως προτείνεται από την χρησιμοποιούμενη μέθοδο ποιοτικής ανάλυσης (βλ. *generic processes*, Κεφάλαιο 3) εντοπίζονται αναλογίες ή/ και ομοιότητες σε μία σειρά μοντέλων που ασχολούνται με την απώλεια και το πένθος. Ενδεικτικά αναφέρονται, α) το Μοντέλο των 5 σταδίων της Kubler Ross, ειδικότερα η δομή και οι συναισθηματικές καταστάσεις που αντιστοιχούν στα τέσσερα από τα στάδια αυτά (Kubler Ross 1969, 2005, Santros, 2007), β) η συναισθηματική διάσταση των τριών από τα τέσσερα στάδια για την επίλυση της απώλειας που προτείνει ο Bowlby στη μελέτη του (1969, 1970, 1973) γ) οι έννοιες της εξωτερικών και εσωτερικών προσαρμογών (*internal/external adjustments*) και της συναισθηματικής μετατόπισης (*"emotional deslocation"*) που απαιτούνται εκ μέρους του ατόμου ώστε να επιλύσει το πένθος του τις οποίες προτείνει ο Worden (2001) στη τελική μορφή του μοντέλου του.

Ωστόσο, το μοντέλο το που φαίνεται να προσιδιάζει, ιδιαίτερα, στη διαδικασία της υποτροπής ανήκει στις νεώτερες προσεγγίσεις για την απώλεια και το πένθος και είναι αυτό των Stroebe & Schut (1999) γνωστό ως Διπλό μοντέλο επεξεργασίας για τη διαχείριση της απώλειας (*Dual Process Model of coping with loss*). Το μοντέλο αυτό διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της μελέτης του συντροφικού πένθους και μέχρι σήμερα αποτελεί αντικείμενο έρευνας (Carr, 2010). Θεωρεί ότι η περίοδος της απώλειας είναι μία περίοδος μετάβασης (*transition*), πριν μια αλλαγή. Στη διάρκεια αυτής, το δρών υποκείμενο στην καθημερινότητα του, άγεται και φέρεται μεταξύ δύο σημείων, δύο κατευθύνσεων. Ταλαντώνεται μεταξύ της απώλειας και της

Πρόκειται για το μοντέλο των συναισθημάτων του Plutchik (2002) το οποίο ακολουθείται και στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων (βλ., Turner, 2005, p. 1 - 25)

επεξεργασίας που αυτή απαιτεί (loss oriented) και των πρακτικών που χρειάζεται να αναλάβει για να την υπερβεί (restoration oriented). Το ζητούμενο είναι, ταυτόχρονα, μέσω της συναισθηματικής επεξεργασίας του πένθους και της υιοθέτησης νέων συμπεριφορών εκ μέρους του υποκειμένου, το τελευταίο να διαμορφώσει μία νέα ταυτότητα, δηλαδή νέες σχέσεις με τον εαυτό του και τους άλλους για να ορίσει την κοινωνική θέση του.

Σχεδιάγραμμα 5.5. Dual Process Model of coping with loss, Stroebe & Shut



Μετά και τις τελευταίες παρατηρήσεις φαίνεται να ενισχύεται η ερμηνεία ότι στο σημείο έναρξης της υποτροπής, ακριβώς μετά την ολοκλήρωση της απεξάρτησης, υπάρχει μία ανεπεξέργαστη, άρρητη απώλεια. Η τελευταία αφορά, καταρχήν, το παρόν του υποκειμένου και σχετίζεται με τον τρόπο που τη δεδομένη στιγμή αντιλαμβάνεται τον προηγούμενο τρόπο ζωής του⁸. Πιθανώς δε, συνδέεται και με άλλες παρελθούσες απώλειες ή/και

⁸ Η πρόσφατη εργασία της Μάτσα (2012) σχετικά με τον ρόλο του πένθους στην εξάρτηση αποτελεί άρρητη εφαρμογή της υπόθεσης του Worden (βλ., p.93) στην περίπτωση απωλειών από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του χρήστη

με το μοτίβο διαχείρισης της απώλειας που χαρακτηρίζει κάθε φορά το δρών υποκείμενο.

Γενικεύοντας, και στο βαθμό που η απεξάρτηση, η ένταξη αποτελούν διαδικασίες αλλαγής, μπορεί να ειπωθεί πως αυτό που διδάσκει το φαινόμενο της υποτροπής είναι ότι, ίσως, στην αρχή κάθε αλλαγής υπάρχει μία απώλεια. Αν μείνει ανεπεξέργαστη μοιάζει να έχει την ισχύ να καθηλώσει την ίδια τη διαδικασία της αλλαγής και το φορέα της το δρών υποκείμενο σε μία προγενέστερη, παρελθούσα αλλά ενεργή, εφόσον επιλεγεί, μορφή δράσης.⁹

Στη συνέχεια παρουσιάζονται προτάσεις που αφορούν τη μελλοντική έρευνα και την κλινική πρακτική στον τομέα των εξαρτήσεων.

5.3. Προτάσεις

5.3.1. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα, στα πλαίσια του δείγματος που αξιοποιεί, απαντά σε δύο τουλάχιστον ερωτήματα. Το κάθε ερώτημα αντιστοιχεί και σε διαφορετικό είδος δεδομένων. Τα ερωτήματα αυτά είναι

- 1) Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;

⁹ για τη δημιουργική δύναμη της απώλειας βλ., Τσαλίκου, 2011

2) Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 ;

Οι απαντήσεις που δίνει στα παραπάνω ερωτήματα αλλά πολύ περισσότερο οι ερμηνείες που φαίνεται αν απορρέουν από αυτές δημιουργούν νέες ερωτήσεις οι οποίες απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Καταρχήν, η έννοια του χρόνου μοιάζει να συνιστά ένα σημαντικό παράγοντα γενικότερα στην έρευνα των εξαρτήσεων. Για παράδειγμα, η καμπύλη που περιγράφει τις διακοπές από την θεραπεία (drop-outs) παρουσιάζει ομοιότητες με την αντίστοιχη της υποτροπής. Τόσο η μία όσο και η άλλη στη διάρκεια ενός έτους, εμφανίζουν υψηλές τιμές στο πρώτο τρίμηνο οι οποίες στη συνέχεια μειώνονται. Θεωρείται, δε, γνωστό ότι όσο αυξάνεται η παραμονή ενός ατόμου στη θεραπεία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες απεξάρτησης του. Από την άλλη, δεν είναι σαφές αν όσο αυξάνονται τα χρόνια στη διάρκεια των οποίων το άτομο κάνει συστηματική χρήση μιας ουσίας, αυξάνονται και οι πιθανότητες υποτροπής του. Σημειώνεται ότι μία ευρέως διαδομένη άποψη υποστηρίζει ότι αν ο χρήστης επιδεινώσει στο μέγιστο δυνατό βαθμό την κατάστασή του, «αν πιάσει πάτο», τότε αποφασίζει να απεξαρτηθεί, οριστικά. Η αντίληψη αυτή αφορά κυρίως μακροχρόνιους χρήστες και σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους στην συμβουλευτική των εξαρτήσεων (ως ερμηνευτικό πλαίσιο, ως διαγνωστική αρχή κ.α).

Επομένως, η ποσοτική μελέτη μεγάλου όγκου δευτερογενών δεδομένων, για την εξασφάλιση ασφαλών στατιστικών αποτελεσμάτων, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης χρόνια χρήσης - υποτροπή θεωρείται ένα ενδιαφέρον ερευνητικό πεδίο.

Στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας εκτιμάται ως εξίσου ενδιαφέρουσα η συλλογή και η συγκριτική μελέτη μεταξύ ανδρών και γυναικών που υποτροπιάζουν και ο εντοπισμός των μεταξύ τους, αν υπάρχουν, διαφορών. Από την άποψη της σύγκρισης μεταξύ των δύο φύλων χρήσιμη θεωρείται και μία ποιοτική προσέγγιση που θα επέτρεπε να εντοπιστούν πιθανές διαφορές στη νοηματοδότηση της υποτροπής.

Εξάλλου, συνέχεια της παρούσας έρευνας θα αποτελούσε μία ποιοτική προσέγγιση σε δείγμα ατόμων τα οποία υποτροπίασαν και στη συνέχεια απεξαρτήθηκαν ώστε να εντοπιστούν από τους ίδιους οι διαφοροποιητικοί παράγοντες που αποτρέπουν την υποτροπή.

Τέλος, μία σειρά ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για την υποτροπή σε διαφορετικές μορφές εξαρτήσεων (αλκοόλ, τζόγο κ.α) και η σύγκριση των επιμέρους αποτελεσμάτων θα αποσαφήνιζε το ρόλο της απώλειας στην υποτροπή και θα παρείχε ικανό αριθμό στοιχείων για τη διατύπωση μίας διαφορετικής θεωρητικής προσέγγισης με συνέπειες, εκτιμάται, και στην κλινική πρακτική.

5.3.2. Προτάσεις για κλινική πρακτική

Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση συμβούλων εξειδικευμένων στη τοξικοεξάρτηση στη διαχείριση των υποτροπών, και όχι μόνο, εκτιμάται ότι θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνει,

1. Γνώση των θεωριών που μελετούν το φαινόμενο της μετάβασης (transition), στις διάφορες επιστήμες του ανθρώπου (Turner, 1986 ; Ebaugh, 1988; Bridges, 2009)

2. Γνώση της μοντέλου συμβουλευτικής για μεταβατικές περιόδους που προτείνει η Schlossberg (1981, 1984)
3. Γνώση των θεωριών για την απώλεια και το πένθος
4. Μελέτη κλινικών περιπτώσεων και συστηματική εποπτεία

Από την άλλη, και στο βαθμό που η κλινική πρακτική και η έρευνα οφείλουν να διατηρούν μία αμφίδρομη σχέση ανατροφοδότησης, η θεωρία που προέκυψε από την μελέτη του ερευνητικού πεδίου της παρούσας έρευνας, πιθανώς, χαρτογραφεί τη διαδρομή προς την υποτροπή. Κατά συνέπεια, επιτρέπει στον κλινικό την ευκαιρία να την βελτιώσει, εφαρμόζοντας τη στην πράξη, αν βεβαίως, του ζητηθεί η συνδρομή του. Ειδικότερα,

α) ο διαχωρισμός της διαδρομής σε στάδια δίνει την δυνατότητα στον κλινικό να διαπιστώσει σε ποιο από αυτά βρίσκεται κάθε φορά ο συμβουλευόμενος. Σε όλα τα στάδια η υποτροπή φαίνεται αναστρέψιμη. Ακόμα και στο τελευταίο, όταν δεν έχει πλέον παγιωθεί, τότε που συνιστά τη χρονική στιγμή που συνιστά ολίσθημα. Σημειώνεται τα επιμέρους στάδια με εξαίρεση το πρώτο δεν είναι βέβαιο ότι ακολουθούν μια προδιαγεγραμμένη σειρά.

β) σε κάθε ενότητα της διαδρομής προς την υποτροπή η παρέμβαση εκ μέρους του κλινικού μοιάζει να εστιάζει σε ένα διαφορετικό, κυρίως, θέμα. Στην πρώτη ενότητα εντοπίζεται στην απώλεια, το πένθος και πως αυτά βιώνονται στο «εδώ και τώρα». Η συστηματική επεξεργασία τους εικάζεται ότι πιθανώς να αποκαλύψει παλιότερες απώλειες και πιθανώς ένα μοτίβο διαχείρισης αυτών εκ μέρους του συμβουλευόμενου.

Στην δεύτερη ενότητα, πέραν του πένθους ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η έννοια της σύγκρουσης. Η επεξεργασία αυτής μοιάζει να προηγείται εντός των ορίων της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Στην τρίτη ενότητα, η διερεύνηση του ρόλου του αλκοόλ στη καθημερινότητα του συμβουλευόμενου καθώς και η διδασκαλία των τεχνικών που περιλαμβάνεται στα εγχειρίδια του μοντέλου πρόληψης της υποτροπής θεωρείται ως αναγκαία.

Τέλος, στην τέταρτη ενότητα πρωταρχικής σημασίας θεωρείται η απενοχοποίηση του συμβουλευόμενου και η άρση εκ μέρους του τελευταίου, του μη-αντιστρέψιμου χαρακτήρα τον οποίο αποδίδει στην υποτροπή του.

Αντίστροφα, ένα πρόγραμμα πρόληψης της υποτροπής εκτιμάται ότι χρειάζεται να περιέχει όλα τα παραπάνω.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΕΜΠΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η παρούσα μελέτη στα όρια των δυνατοτήτων της απαντά σε δύο ερωτήματα,

- 1) Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και όσους υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 και ποιές είναι αυτές ;
- 2) Πως περιγράφουν την εμπειρία τους όσοι υποτροπιάζουν κατά την διάρκεια της φάσης της κοινωνικής επανένταξης, του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-Νόστος, την περίοδο 2006 - 2010 .

Στα πλαίσια των διαδικασιών συλλογής και ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων της έρευνας διαπιστώνονται μία σειρά στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο υπο-ομάδων της, τη δεδομένη περίοδο, αυτών που απέχουν από τη χρήση ουσιών και αυτών που υποτροπιάζουν. Αντίστοιχα από την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων αναδύεται μία σειρά ενοτήτων οι οποίες τελικά συγκροτούν την διαδρομή προς την υποτροπή, σύμφωνα με την εμπειρία των συμμετεχόντων. (βλ. Συμπεράσματα Τέταρτου Κεφαλαίου)

Η ερμηνεία των ευρημάτων που ακολουθεί προτείνει στο επίπεδο των ποσοτικών δεδομένων, ένα υποθετικό-επεξηγηματικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό η μακρόχρονη χρήση ηρωίνης αποτελεί μία ισχυρή ένδειξη του ρόλου που φαίνεται να διαδραματίζει στην υποτροπή, ο τρόπος ζωής που είναι συνυφασμένος με τη συστηματική χρήση της ηρωίνης.

Η αντίστοιχη ερμηνεία των ποιοτικών στοιχείων εισηγείται ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο στο σημείο έναρξης της υποτροπής, ακριβώς μετά την ολοκλήρωση της απεξάρτησής, υπάρχει μία ανεπεξέργαστη, άρρητη απώλεια. Η τελευταία αφορά, καταρχήν, το παρόν του υποκειμένου και σχετίζεται με τον τρόπο που τη δεδομένη στιγμή αντιλαμβάνεται τον προηγούμενο τρόπο ζωής του, πριν την απεξάρτηση του. Πιθανώς δε, συνδέεται και με άλλες παρελθούσες απώλειες ή/και με το μοτίβο διαχείρισης της απώλειας που χαρακτηρίζει κάθε φορά το δρών υποκείμενο.

Οι δύο προσεγγίσεις ποσοτική και ποιοτική φαίνεται να αλληλοσυμπληρώνονται. Η πρώτη ορίζει το σημείο στο οποίο χρειάζεται να εμβαθύνει η δεύτερη. Οι παρατηρήσεις για την ομάδα όσων υποτροπιάζουν συμπληρώνονται από τα ατομικά βιώματα όσων συμμετέχουν αυτή.

Η θεωρία πεδίου σχετικά με την υποτροπή που φαίνεται να στοιχειοθετείται απαιτεί δοκιμές, έλεγχο τόσο στο πεδίο της έρευνας όσο και στο πεδίο της κλινικής πρακτικής. Προς την κατεύθυνση αυτή αποβλέπουν οι κατατιθέμενες προτάσεις σχετικά με αυτές.

Τέλος, γενικεύοντας, και στο βαθμό που η απεξάρτηση, η ένταξη στην κοινωνία αποτελούν διαδικασίες αλλαγής μπορεί να ειπωθεί πως αυτό που διδάσκει το φαινόμενο της υποτροπής είναι ότι, ίσως, στην αρχή κάθε αλλαγής υπάρχει μία απώλεια. Αν μείνει ανεπεξέργαστη μοιάζει να έχει την

ισχύ να καθηλώσει την ίδια τη διαδικασία της αλλαγής και το φορέα της το δρών υποκείμενο σε μία προγενέστερη, παρελθούσα αλλά ενεργή, εφόσον επιλεγεί, μορφή δράσης.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Η υποτροπή είναι η παιδική ηλικία της απεξάρτησης. Κάθε χρήστης έχει από πολύ νωρίς στη σταδιοδρομία του την εμπειρία της υποτροπής. Κάθε φορά υπόσχεται στον εαυτό του η/και στους γύρω ότι ήταν η τελευταία φορά για να διαψευστεί την επόμενη φορά που κάνει πάλι χρήση. Από αυτή την άποψη μοιάζει με κάθε άλλο άνθρωπο που προσπαθεί να κάνει μία αλλαγή στη ζωή του αλλά αποτυγχάνει και δεν προσπαθεί ξανά ή αφήνει να περάσει πολύς καιρός φοβούμενος την ματαίωση, την αποτυχία ή μαθαίνοντας να ζει «εν ειρήνη». Σε αυτό το σχήμα δράσης μοιάζει να επιβιώνει μία αντίληψη για την αλλαγή που δεν επαληθεύεται, σε όλες τις περιπτώσεις, από την εμπειρία. Σύμφωνα με αυτή, η διαδρομή προς την αλλαγή θεωρείται ως μία διαδρομή με συνεχή μικρά επιτεύγματα που τελικά συνθέτουν τον επιθυμητό σκοπό. Ίσως όμως, η αλλαγή να συντίθεται και από αποτυχίες, απογοητεύσεις και το ζητούμενο να είναι ακριβώς η συμφιλίωση με αυτές. Άλλωστε, αν τις αποκόψουμε από τη συνολική διαδικασία της αλλαγής είναι εύκολο να γίνει πιστευτό, ως η μόνη αλήθεια, ότι αρκεί να θέλεις κάτι πολύ για να γίνει. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει μόνο το άτομο και η ευθύνη που του αναλογεί, αποκομμένο καθώς είναι από το κοινωνικό περιβάλλον του με το οποίο βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση. Τότε είναι χρήσιμες και οι λεπτομερείς κατηγοριοποιήσεις της ψυχικής νόσου που περιγράφουν με εξαντλητική ακρίβεια κάθε αποκλίνουσα συμπεριφορά, παρέχοντας μία επικίνδυνη ασφάλεια και παραμερίζοντας με αδιάσειστα επιχειρήματα τη χρονοβόρα αλλά επίσης πολιτικά ουδέτερη επεξεργασία των ατομικών

βιωμάτων. Άραγε είναι μακάριος όποιος λησμονεί¹⁰ ότι δεν μπορεί να αλλάξει;
» (R.Strauss, Νυχτερίδα)

¹⁰ Η παπαρούνα (μήκων η υπνοφόρος) από την οποία παράγεται η ηρωίνη, θεωρείται το φυτό της λήθης, «αγαπιόμαστε σαν μήκων και μνήμη» (Celan, 2008, σ.,99). Η «επανάληψη αντικαθιστά την ανάμνηση» ("repetition replace remembering", Freud, 1924, p.151)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Abrams, K. & Kushner, M.G. (2004). The moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies on placebo responding in individuals with social phobia. *Addictive Behaviors*, 29:1221-1224

Abrams, D.B., & Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. In: Blane HT, Leonard KE, editors. *Psychological theories of drinking and substance abuse*. New York, NY: Guildford Press. pp. 131-178.

Abrams, D.B., Monti, P.M., Pinto, R.P., Elder, J.P., Brown, R.A., & Jacobus, S.I. (1986). *Psychological stress and coping in smokers who quit*. Unpublished manuscript.

Adesso, U.J. (1995). Cognitive factors in alcohol and drug use. In Galizio and A. Maisto (eds) *Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors*. New York Plenum Press, pp 179-208.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anderson, T. L. (1998). Drug related identity change: Theoretical development and empirical assessment. *Journal of Drug Issues*. (Available at: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3733/is_200504/ai_n4681810.)

Andrews, R.A., Lowe, R., Clair, A. (2011). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity. *Australian Journal of Psychology*. 63 (4), 207-213.

Annis, H. M. (1982). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.

Anton, R.F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health* 23(3): 165-173.

Arendt, H. (1986). *Η ανθρώπινη κατάσταση*. Αθήνα: Γνώση

Arnao, C. (1995). *Το δίλημμα: Ηρωίνη*. Αθήνα: Βαβέλ- Σέλας

Αριστοτέλης, *Περί Ποιητικής*, μτφ.-σχόλια-ερμηνεία, Ι. Συκουτρής Εστία, Αθήνα,ΧΧΧ.

Baer, J. S., Holt, C. S., & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking re-examined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 846-852.

Bailey JA, McCloskey LA. (2005). Pathways to adolescent substance use among sexually abused girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 33:39-53

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33-51.

Ball, J.C. and Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer

Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Barry, J. (2010). The psychological and neurochemical mechanisms of drug memory reconsolidation: implications for the treatment of addiction. *European Journal Neurosci*, 31(12), 2308-19.

Barry, J., Francis, B. and Davies, R. (1990) '*SABRE: Software for the Analysis of Binary Recurrent Events - a guide for users*', Department of Applied Statistics, University of Lancaster.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244

Beattie, M. C., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors*, 24, 593-606.

Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Becker, Howard S. 2000. "What Should Sociology Look Like in the (Near) Future?" *Contemporary Sociology* 29(2):333-336.

Becker, H.S. (1953). Becoming a marijuana user. *American Journal of Sociology*. 59, 235-242.

Becker, H.S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press of Glencoe, Inc.

Becker, H.S. (1973). Labeling theory reconsidered. In *Outsiders* (2nd ed.). New York: The Free Press.

Berger, P., & Luckman, T. (1966). *The social construction of reality*. New York: Doubleday & Co., Inc.

Best, D. & Laudet, A.B. (2010). *The Potential of Recovery Capital*. London: Royal Society for the Arts

Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.

Blanken, P. Hendriks, V. Pozzi, I.G., Tempesta, E., Hartgers, C. Koeter, M. Fahner, E.M., Gsellhofer, B., Kufner, H. Kokkevi, A. and Uchtenhagen, A. (1995) EuropASI. A Guide to Training and Administering Europe-ASIA Interviews. Cosst A-6 Project.

Borland, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*. 15, 235-245.

Boslaugh, S. (2007). An introduction to secondary data analysis. In *Secondary Data Sources for Public Health: A Practical Guide* (pp. 2-10). New York: Cambridge University Press

Boulgakov, M. (1993). *Μορφίνη*. Αθήνα: Ηρόδοτος

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York, NY: Basic Books

Bowlby, J. (1970). *Loss: Sadness and Depression*. New York, NY: Basic Books

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and Anger*. New York, NY: Basic Books

Brandon, T.H., Tiffany, S.T., Obremski, K.M., & Baker, T.B. (1990). Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addictive Behaviors*. 15:105-114.

Brandon, T.H., Collins, B.N., Juliano, L.M., & Lazev, A.B. (2000). Preventing relapse among former smokers: A comparison of minimal interventions through telephone and mail. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:103-113.

Brandon, T.H., Meade, C.D., Herzog, T.A., Chirikos, T.N., Webb, M.S., & Cantor, A.B. (2004). Efficacy and cost-effectiveness of a minimal intervention to prevent smoking relapse: Dismantling the effects of amount of content versus contact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72:797-808.

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.

Broekaert, E., Vandervelde, S., Soyez, V., Yates, R. & Slater, A. (2006). The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addiction in Europe. *European Addiction Research*. 12, 2-11.

Broekaert, E., Vandervelde, S., Vanderplasschen, W., Soyez, V., Poppe, A. (2002). Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 371-377

Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D., Coletti, M. (1999). The Design and Effectiveness of Therapeutic Community Research in Europe: An Overview. *European Addiction Research*. 5:21-35

Bride, B.E. (2002) Single-gender treatment of substance abuse: Effect on treatment retention and completion, *Social Work Research*, 25(4), 223-232.

Bridges, W. (2009). *Managing Transitions: Making the most of change* (3rd edition). London: Nicholas Brealey

Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S., and Cohen, P. (1989). Changes in drug involvement: a longitudinal study of childhood and adolescent determinants. *Psychological Reports*, 65, 707-26

Brown, J.G. (2011) Decisions about weight management: a synthesis of qualitative studies of obesity. *Clinical Obesity*, 1(2-3), 99-109.

Brown, S.A., Goldman, M.S., & Christiansen, B.A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 512-519

Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986) Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41,

Bruner, J. (2009). *Δημιουργώντας ιστορίες: Νόμος, Λογοτεχνία, Ζωή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Bruner, J. (1986) *Actual minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Bryman, A. (1988) *Quantity and Quality in Social Research*. London: Routledge.

Burrell, G. and Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. London: Heinmann Educational Books.

Burroughs, W. (1953). *Junky*. Αθήνα: Απόπειρα

Burling, T.A., Reilly, P.M., Molten, J.O., & Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*. 50(4):354-360.

Cadore, R.J; Thoughton, E; O'Gorman, T.W. and Heywood, E. (1986). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Archives of General Psychiatry*. 43, 1131-1136.

Campbell, J. (2001). *Ο ήρωας με τα χίλια πρόσωπα*. Αθήνα: Ιάμβλιχος

Campbell, R., Duffy, K., Gaughan, M. and Mochrie, M. (2011). Serenity cafe - on the road to recovery capital. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 6:132-163

Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.

Cancrini, L. (1982). Une typologie de la toxicomanie, in *Le toxicomane et sa famille : thérapies familiales et toxicomanie*, Ed. Universitaires, Paris

Carr, D. (2010), New perspectives on the dual process model (DPM) : What have we learned ? what questions remain ?, *OMEGA*, Vol. 61(4) 371-380,

Carels, R.A., Douglass, O.M., Cacciapaglia H.M., and O'Brien W.H. (2004). An Ecological Momentary Assessment of Relapse Crises in Dieting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association, Vol. 72, No. 2, 341-348

Chamberlain, L. L., & Butz, M. R. (1998). *Clinical chaos: A therapist's guide to nonlinear dynamics and therapeutic change*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Charmaz, K. (2008). Constructionism and the grounded theory method. In James A. Holstein, Jaber F. Gubrium. *Handbook of constructionist research*. London : Guilford Press.

Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: Applications for advancing social justice studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 507-536). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: Sage.

Charmaz, K. (1990). ``Discovering'' chronic illness: Using grounded theory. *Social Science & Medicine*, 30, 1161-1172.

Chung, T., Maisto, S.A. (2006). Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: Review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course. *Clinical Psychology Review*. 26:149-161.

Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H.(2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 92-100.

Clarke, A. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410- 416.

Cloud, W., & Granfield, R. (2009). Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Substance Use and Misuse*, 43, 1971-1986

Cloward, R.C. and Ohlin, L.E. (1960). *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs*. Glencoe, Ill.: Free Press.

Cocteau, Z. χχχ. *To όπιο*. Αθήνα: Αιγόκερως

Cohen, L.M., McCarthy, D.M., Brown, S.A., Myers, M.G. (2002). Negative affect combines with smoking outcome expectancies to predict smoking behavior over time. *Psychology of Addictive Behavior*. 16:91-97.

Cohen, A. K. (1966). *Deviance and Control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Cohen, S., & Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Coleman, J.W. (1980) The myth of addiction. *Journal of Drug Issues*, Tallahassee 6: 135-141.

Connors, G., Tarbox, A., & Faillace, L. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*. 54, 676-683

Conrand, P. & Schneider, J. P. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press

Cook, T.D. & Reichardt C.S. (1979) (eds). *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Newbury Park and London: Sage.

Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O., & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 243-250.

Craddock, S.G., Rounds- Bryant, J.L., Flynn, P.M., & Hubbard, R.L. (1997). Characteristics and pretreatment behaviors of clients entering drug abuse treatment: 1969 to 1993. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 23, 43-59.

Craddock, P. T., D. Gurney, F. Pryor, and M. J. Hughes. (1985). The application of phosphate analysis to the location and interpretation of archaeological sites. *Archaeological Journal*. 142:361-376.

Creswell, J. W. (2007). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J.W. (2006). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. London: Sage.

Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage

Cunningham, J. A., Lin, E., Ross, H. E., & Walsh, G. W. (2000). Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25, 317-321.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. and Barnekow Rasussen, V. (2004). Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 4. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828.

Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19 (1), 107-118.

Davis, M., Myers, K.M., Chhatwal, J., Ressler, K.J. (2006). Pharmacological treatments that facilitate extinction of fear: relevance to psychotherapy. *NeuroRx* 3, 82-96

Derr, J. & Goldsmith, L.J. (2003). How to Report Nonsignificant Results: Frequently Asked Questions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 33, 367-371

De Balzac, O. (1993). *Πραγματεία περί των νεωτέρων διεγερτικών*. Αθήνα: Ολκός

De Jong, R., Liang, C.-C., & Lauber, E. (1994). Conditional and unconditional automaticity: A dual-process model of effects of spatial stimulus-response correspondence. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 20, 731-750.

De Leon, G. (2010). Therapeutic communities in the new millennium. *Clinical Addiction Psychiatry*, Cambridge University Press, PP.62 -71

De Leon, G., Melnich, G., & Tims, F.M. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery, In F. Tims, C. Leukfield, & J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (pp. 143-171). New Haven: Yale University Press.

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community. Theory, Model, and Method*. New York, Springer Publishing

De Leon, G.(1997). *Community as method. Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.

De Leon, G. (1994). Therapeutic communities. In Galanter, M. and Kleber, H.D. (Eds) *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

De Quinsey, T. (1987). *Εξομολογήσεις ενός Άγγλου οπιομανούς*. Αθήνα: Ερατώ

Derogatis, L.R. (1975). *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*. Minneapolis, MN: NCS Assessments.

De Waele, G.P., & Harre, R. (1979). Autobiography as a psychological method. In G. Ginsburg (Ed). *Emerging Strategies in Social Psychological Research*. Chichester: Wiley

Demmel R, Rist F. (2005). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy and coping style. *Addictive Disorders and Their Treatment*. 4:5-10.

Demmel R, Nicolai J, Jenko MDM. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, and prediction of treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*.;67:637-641.

Denzin, N.K. (2007). *The Alcoholic Society: Addiction and Recovery of the Self*. London: Transaction Publishers.

Denzin, N.K. (1987). *The Recovering Alcoholic*. New York: Sage

Denzin, N.K. (1989) *Interpretive Biography*. New York: Sage.

Di Clemente, C.C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions develop and Addicted People Recover*. New York: The Guilford Press.

DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

Dilthey, W. (2010). *Η Γένεση της Ερμηνευτικής*. Αθήνα: Ροές

Dilthey, W. (1910). Η κατανόηση άλλων προσώπων και των εκφάνσεων της ζωής τους. In Κουζέλης, Γ., Ψυχοπαίδης, Κ. (1996). *Επιστημολογία των Κοινωνικών Επιστημών: Κείμενα*. Αθήνα: Νήσος.

Dinwiddie, S. H. and Reich, T. (1991). Epidemiological perspectives on children of alcoholics. In Galanter, M. (ed) *Recent Developments in Alcoholism: Children of Alcoholics*. New York: Plenum Press

Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347-356.

Dole, V.P., Nyswander, M.A., (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *J.A.M.A.*, 193, 646-650

Donovan, D. Witkiewitz, (2012), Relapse prevention, from radical idea to common practice, *Addiction Research and Theory*, Volume 20, Number 3, pp. 204-217(14

Donovan DM (1996). Commentary on replications of Marlatt's taxonomy: Marlatt's classification of relapse precipitants: Is the emperor still wearing clothes? *Addiction*. 91:S131-S137.

Douglas A. C. et al.(2008). Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996-2006. *Computers in Human Behavior* 2, 3027-3044

Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C., & Hunt, W. A. (2000). Craving research: Future directions. *Addiction*, 95(Suppl. 2), S247-S255.

Duster, T. (1970). *The legislation of morality*. New York: The Free Press

Ebaugh, H.P.F. (1988). *Becoming an ex: The process of Role Exit*. Chicago: The University of Chicago Press.

Edwards, G. (2010). *Σωστή απάντηση ή λάθος ερώτηση; Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών*. Αθήνα: Ερευνητές-ΚΕΘΕΑ

Edwards, G. (1987). Book Review of Relapse Prevention, των G.A. Marlatt and J.R. Gordon. *British Journal of Addiction*. 82, 319-323.

Einstein, S. (1994). Relapse revisited: Failure by whom and what? *International Journal of the Addictions*. 29(4):409-13.

Elandt-Johnson, R. C., & Johnson, N. L. (1980). *Survival models and data analysis*. New York: Wiley.

Elliot, J. (2005). *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.

Ericson, E.H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton Company.

Etherington, K. (2008). *Trauma, Drug Misuse and Transforming Identities: A life story approach*. London: Kingsley Publishers.

Etherington, K. (2006). The impact of working with traumatic stories on the transcriber as vulnerable person and witness. *International Journal of Social Research Methodology*, in press.

Etherington, K. (Ed.). (2003). *Trauma, the Body and Transformation: a Narrative Inquiry*. London: Jessica Kingsley.

Etherington, K. (2000). *Narrative Approaches to Working with Adult Male Survivors of Sexual Abuse: the Client's, the Counsellor's and the Researcher's Story*. London: Jessica Kingsley.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventative Medicine*, 14, 245-258.

Ferguson, S.G. & Shiffman, S. (2011) Using the Methods of Ecological Momentary Assessment in Substance Dependence Research—Smoking Cessation as a Case Study. *Substance Use & Misuse*. 46(1), 87-95(9)

Festinger, D.S., Rubenstein, D.F., Marlowe, D.B., & Platt, J.J. (2001). Relapse: Contributing factors, causative models, and empirical considerations In F. Tims, C. Leukfield, & J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (pp. 122-142). New Haven: Yale University Press.

Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T.B., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 257

Flores, P.G. (2001). Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol. 51, Group Therapy and Substance Abuse, pp. 63-81.

Flynn, P.M.; Luckey, J.W., Brown, B., Hoffman, J.A., Dunteman, G.H., Theisen, A.C., Hubbard, R.L., Needle, R., Schneider, S.J., Koman, J.J., Vahid, M., Karson, S., Palsgrove, G.L. and Yates, B.T. (1995) Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 153-166.

Frank, A.W. (1997). *The wounded storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press

Freud, S. (1924), Remembering, repeating and working through (further recommendations on the technique of psycho-analysis 2), *C.P.*, 147 - 155, (Tr. Joan Riviere)

Gelman, & Stern, (2006). The Difference Between "Significant" and "Not Significant" is not Itself Statistically Significant . *The American Statistician*. 60 (4), 331

Gergen. K.J. (1985). The social construction movement in modern psychology. *American Psychology*, 40(3), 266-275

Gergen, K.J. and Gergen, M.M. (1983) 'Narratives of the self ', in T.R. Sarbin and K.E. Sceibe (eds), *Studies in Social Identity*. New York: Praeger. pp. 254-73.

Gkitakos, V. (2005), Relapses management during the rehabilitation phase, in *Book of Proceedings of 10TH European Conference on Rehabilitation and drug Policy*, Crete, Greece

Γκιτάκος, Β. (2011), Η ανεργία ως παράγοντας υποτροπής, Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα, (υπό δημοσίευση)

Gerstein, D.R. and Harwood, H.J. (1990). *Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*. Volume 1. Washington, D.C.: National Academy Press.

Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Goffman, E. (1994). *Άσυλα*. Αθήνα: Ευρύταλος.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gold, S. N. (2000). *Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context*. London: Brunner-Routledge.

Goodwin, D.W. (1981). Genetic Component of Alcoholism. *Annual Review of Medicine*. 32, 93-99.

Goodwin, D.W. (1979) Alcoholism and heredity. *Archives of General Psychiatry*, 36:57-61.

Gomes, K. (2009). Primed for change: Facilitating factors in problem gambling treatment. *Journal of Gambling Studies*. 25, 1-17.

Gore, (1978) The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health Social Behavior*. 19:157-165.

Gorski, T.T. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Independence, Missouri: Herald House/Independence Press.

Gorski, T.T. (1990). The Cenaps model of relapse prevention: Basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs* 22(2): 125-133.

Gossop, M., (2000). *Living with drugs* (5th ed). Aldershot: Ashgate, Arena

Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97,1259-1267.

Gossop, M., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. and Segar, G. (1997). *National treatment outcome research study: improvements in substance use problems at 6 months follow-up*. Wetherby: Department of Health.

Gunderson EW, Levin FR, Rombone MM, Vosburg SK, Kleber HD. (2011) Improving Temporal Efficiency of Outpatient Buprenorphine Induction. *Am J Addict*;20(5):397-404.

Gunderson EW, Wang XQ, Fiellin DA, Bryan B, Levin FR. 2010; Unobserved versus observed buprenorphine/ naloxone induction: A pilot randomized clinical trial. *Addictive Behaviors*, 35:537-40.

Grant, B.F. and Dawson, D. A. (1999). Alcohol and Drug Use, Abuse and Dependence: Classification, Prevalence and Comorbidity. In McGrady, B.S. and Epstein, E.E. (eds) *Addictions, A comprehensive guidebook*. Oxford University Press, New York/Oxford

Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York: New York University Press.

Greenfield SF, Pettinati HM, O'Malley S, Randall PK, Randall CL (2010) Gender differences in alcohol treatment: an analysis of outcome from the COMBINE study. *Alcohol Clinical Experiment Research*, 34, 1803-1812.

Greenfield, S., Hufford, M., Vagge, L., Muenz, L., Costello, M., & Weiss, R. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 345-351

Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixedmethod evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 11: 255-274.

Griffiths, M. (2009). Internet Gambling: Preliminary Results of the First U.K. Prevalence Study. *Journal of Gambling Issues*, 5 doi: 10.4309/jgi.2001.5.8

Grella, C.E., & Lovinger, K. (2011). 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 251-258.

Grella, C.E., & Shi, Y. (2011). Stability of outcomes following residential drug treatment for patients with co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(1-2), 103-112.

Grella, C.E., & Rodriguez, L. (2011). Motivation for treatment among women offenders in prison-based treatment and longitudinal outcomes among those who participate in community aftercare. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(S1), 58-67.

Grella, C.E., Scott, C.K, Foss, M., & Dennis, M.L. (2008). Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle. *Evaluation Review*, 32(1), 113-137.

Gwaltney CJ, Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA (2005), Dynamic Self-Efficacy and Outcome Expectancies: Prediction of Smoking Lapse and Relapse. *Journal of Abnormal Psychology*. 114:661-675.

Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S (2009). Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychology of Addictive Behavior*, 23:56-66.

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). *Ηρωίνη: Θεραπείες υποκαταστάτων και ανταγωνιστών*. Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Γαζγαλίδης, Κ. (2006). *Σκέψεις για την ελκυστικότητα της θεραπευτικής προσπάθειας. Διάλεξη στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για Στελέχη Τοξικοεξάρτησης του UCSD και ΚΕΘΕΑ*, 25 Σεπτεμβρίου 2006, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα.

Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (2003). Stories of Attempts to Recover from Addiction. In: Rosenqvist, P., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Öjesjö, L. (eds.). *Addiction and Life Course*. Helsi

Hanson, G.R. (2002). New insights into relapse. *NIDA Notes* 17(3): 3-4.

Harris, J. and McElrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research*, 22 (6), 810-824.

Harris, K., Baker, A., & Thompson, A. (2005). *Making an opportunity on your campus: A comprehensive curriculum for designing collegiate recovery communities*. Lubbock, TX: Texas Tech University, Centre for the study of Addiction and Recovery

Hartgers, C. and Kokkevi, A. (1996). Psychosocial problems and psychiatric comorbidity among persons seeking treatment for substance abuse or dependence, (in: XXVI International Congress of Psychology, Montreal, 16-21 August 1996) *International Journal of Psychology*, 31, no.3-4.

Hartnoll, R. (1994). *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator: Definitive Protocol*, Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group.

Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors, 16*, 235-246.

Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Wall TL, Otto JM, Liang T, Larimer ME (2011). Evaluating a cognitive model of ALDH2 and drinking behavior. *Alcohol Clinical Experimental Research, 35*:91-98.

Hendriks, V. (1999). Evaluating Drug Abuse Treatment: Current and Future Perspectives. In Baker, O. and Mounteney, J. (eds) *Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union*, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M., & Epstein, E.E. (1999). Theories of etiology of alcohol and other drug use disorders. In B.S. McCrady & E.E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 50 - 72). New York: Oxford University Press.

Hesselbock, M.N. and Hesselbrock, V. (1992). Relationship of family history, antisocial personality disorder traits in young men at risk for Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 619-625

Hesselbrock, V., Meyer, R. and Hesselbrock, M. (1992). Psychopathology and Addictive Behaviors: The Specific Case of Antisocial Disorder. In O'Brien, C.P. and Jaffe, J.H. (eds) *Addictive States*. New York: Raven Press, Ltd.

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517-572.

Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Hodgins, D.C., Gueblay, N., Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 63*: 400-407

Horn, D. A. (1976). A model for the study of personal choice health behavior. *International Journal of Health Education, 19*, 89-98.

Hser, Y., Huang, D., Chou, C., & Anglin, M.D. (2007). Trajectories of heroin addiction: growth mixture modeling results based on a 33-year follow-up study. *Eval Rev. 31*:548-63.

Hser, Y., Longshore, D., & Anglin, M.D. (2007). The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Eval Rev. 31*, 515-47.

Hser Y, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry. 58*, 503-8.

Hubbard, R. L., Flynn, P. M., Craddock, G., & Fletcher, B. (2001). Relapse after drug abuse treatment. In F. Tims, C. Leukfield, & J. Platt (Eds.), *Relapse and Recovery in Addictions* (pp. 109-121). New Haven: Yale University Press.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R. and Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina Press.

Hubbard, R.L., Bray, R.M., & Craddock, S.G. (1985). Issues in the Assessment of Multiple Drug Use Among Drug Treatment Clients. In M. Braude & H.M. Ginzburg, (eds) , *Strategies for Research on the Interactions of Drugs of Abuse*. NIDA Research Monograph 68. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1453. Washington D.C. : Supt. of Docs.

Hunt, W. A., & Matarazzo, J.E. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 107-114

Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.

Hunter-Reel, D., McCrady, B. & Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*. 104(8), 1281-1290.

Isbell, H. (1955). Craving for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, 38-42.

Isbel, H, Vogel, V.H. (1949). The addiction liability of methadone (Amidone, Dolophine, 10820) and its use in the treatment of the morphine abstinence syndrome. *American Journal of Psychiatry* 105: 909.

Ιατρίδης, Δ. (2000). Αξιολόγηση Υπηρεσιών από τους Πελάτες και την Κοινότητα: Επιπτώσεις στην Πολιτική. *Κοινωνική Εργασία*, τχ. 57, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία - ΕΚΤΕΠΝ (2012) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα 2011. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία - ΕΚΤΕΠΝ (2011) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα 2010. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία - ΕΚΤΕΠΝ (2010) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα 2009. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2007). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη 2000 έως και 2006. Διαχρονική μελέτη. ΚΕΘΕΑ, Σειρά Ερευνητικές Μονογραφίες, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2012). Απολογισμός Έργου 2011. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕΘΕΑ (2011). Απολογισμός Έργου 2010. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2003). Τελική Έκθεση. Πανελλήνια Έρευνα για την απασχολησιμότητα των απεξαρτημένων ή/και υπό απεξάρτηση ατόμων. Κοινωνική Πρωτοβουλία EQUAL.Αθήνα.

Jick, T. D. (1979). *Process and impacts of a Merger: individual and Organizational Perspectives*. Doctoral dissertation, New York State School of Industrial and Labor Relations. Cornell University.

Jellinek, E.M. *The Disease Concept Of Alcoholism*. Highland Park, NJ; Hillhouse; 1960.

Jones, B.T, & McMahon, J. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancy value and their multiplicative composite as predictors of posttreatment abstinence survivorship. *Addiction* 91, 89-99.

Juliano, L. M., & Brandon, T. H. (2002). Effects of nicotine dose, instructional set, and outcome expectancies on the subjective effects of smoking in the presence of a stressor. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 88-97.

Kadden, R. (1996). Is Marlatt's taxonomy reliable or valid? *Addiction*, 91 (Suppl.), 139-146.

Kassel, Jon D.(Ed)(2010). *Substance abuse and emotion*. Washington, DC, US: American Psychological Association

Kassel, J. D., & Shiffman, S. (1992). What can hunger tell us about drug craving? A comparative analysis of the two constructs. *Advances in Behavior Therapy and Research*, 14, 141-167.

Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 270-304

Kennard, D. (1983). *An introduction to therapeutic communities*. London: Rutledge and Kegan Paul.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.

Khantzian, E.J. (1980). An ego-self theory of substance dependence. In D.J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (Eds), *Theories of addiction*. (NIDA research monograph no 30, DHHS publication, no ADM 80-967. Washington DC: U.S. Government Printing Office.

Khantzian, E.J. (1974). Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 59-70.

Klingemann, H., Sobell, M. B. & Sobell L. C. (2010). *Addiction*. 105(9), 1510-1518.

- Kok, G.T., et.al. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6(2), 231-238.
- Kokkevi, A. and Harters, C. (2005). EuropAsi: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kolb, L. (1927) Clinical contribution to drug addiction: The struggle for cure and the conscious reasons for relapse. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 66, 22-43. (Reprinted in Kolb, L. Drug Addiction. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1962)
- Koski-Jannes, A. (2002). Social and personal identity projects in the recovery from addiction. *Addiction Research and Theory*. 10, 183-202.
- Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J.; Kosten, T.A.; and Merikangas, K. (1991). Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 179, 392-400.
- Krystal, H. (1977). Aspects of affect theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 41, 1-26.
- Kübler-Ross, E. (2005) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*, Simon & Schuster Ltd,
- Kubler-Ross (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolution*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Κουζέλης, Γ., Ψυχοπαίδης, Κ. (1996). *Επιστημολογία των Κοινωνικών Επιστημών: Κείμενα*. Αθήνα: Νήσος.
- Κουκουτσάκη, Α. (2002). *Χρήση Ναρκωτικών, Ομοφυλοφιλία. Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill
- Leach, B. and Norris, J. L. (1977). Factors in the development of Alcoholics Anonymous. In Kisser, B. and Begleiter. H. (eds) *The Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic*, pp. 441-541. New York. Plenum Press,
- Lehman AF (1983). The wellbeing of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-73.
- Leigh B.C. & Stacy, A.W. (1994). Self-generated alcohol outcome expectancies in four samples of drinkers. *Addict. Research*. 1, 335-348.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804- 819.

Lichtenstein, E., & Rodrigues, M-R. P. (1977), Long-term effects of rapid smoking treatment for dependent cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 2, 109-112

Lindesmith, A.R. (2008). *Addiction Opiates*. London: Aldine Transaction

Lindesmith, A.R. (1968). *Opiate Addiction*. Bloomington, Ind.: Principia Press, 1947; reprint ed., *Addiction and Opiates*. New York: Aldine.

Lindesmith, A.R. (1965). *The Addict and the Law*. New York: Random House,.

Liddel Scott greek lexicon www.perseus.tufts

Litman, G.K.; Stapleton, J.; Oppenheim, A.N.; Peleg, M.; and Jackson, P. (1983) Situations related to alcoholism relapse. *Journal of Addictions*. 78, 381-389.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.

Lowman, C., Allen, J., Stout, R. L., & the Relapse Research Group. (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction*, 91(Suppl.),51-71.

Lowman, C., Hunt, W. A., Litten, R. Z., & Drummond, D. C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: An overview. *Addiction*, 95(Suppl. 2), 45-54.

Ludwig, A.M., and Wikier, A. (1974) "Craving" and relapse to drink. *Q Journal of Studies in Alcohol*. 35, 108-130.

Luthar, S.S.; Anton, S.F.; Merikangas, K.R.; and Rounsaville, B.J. (1992). Vulnerability to substance abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 180, 153-161.

Λιάππας, Ι. (2004α). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνοι, Β. (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Ι. (2004). Εξαρτησιογόνες ουσίες - χρήσιμοι ορισμοί. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνοι Βαλλέρια (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Α.Γ. (2003). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση*. Εκδόσεις Πατάκη, Ε' έκδοση, Αθήνα.

Maisto, S.A. Martin, C.S., Pollock, N.K., Comelius, J.R., & Chung, T. (2002). Non-problem drinking outcomes in adolescents treated for alcohol use disorders. *Experimental and Psychopharmacology*. 10, 324-331

Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 257-266.

Maisto SA, Connors GJ (2006). Relapse in the addictive behaviors: Integration and future directions. *Clinical Psychology Rev*, 26:229-231.

Maisto, S.A., Pollock, N.K., Cornelius, J.R., Lynch, K.G., & Martin, C.S. (2003). Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 14, 257-266.

Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy: Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction* 91:589-597.

Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and the validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99: 398-410.

Marecek, J., Hare-Mustin, R.T., Keplan, A.G. and Liss-Levinson. (2003). Rights of clients, responsibilities of therapists. In Bersoff, D.N. (ed). *Ethical conflicts in psychology*. 317-322. Washington, D.C. : American Psychological Association.

Marlatt, G.A., Donovan, D.M. (2008). *Προλαμβάνοντας την υποτροπή: Στρατηγικές συνέχισης στη θεραπεία των εξαρτητικών συμπεριφορών*. Αθήνα: Εξερευνητές- ΚΕΘΕΑ

Marlatt G.A., Donovan D.M.(2005) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2 edition. New York: Guilford.

Marlatt GA, Witkiewitz K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: Marlatt GA, Donovan DD, editors. *Relapse Prevention. 2*. New York: Guilford. pp. 1-44.

Marlatt, G.A. (1987). Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states. In Gottheil, E., Druley, K., Pashko, S., Wienstein, S.P., eds., *Stress and addiction*, 302-322. PA, US: Brunner/Mazel, Inc.

Marlatt GA (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavior Practices*. 9, 44-49.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behaviour change*. New York: Guilford

Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. In N. K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research* (pp. 159-199). Greenwich, CT: JAI Press.

Marlatt GA, Gordon JR (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In Davidson PO, Davidson SM.(eds). *Behavioral Medicine: Changing health lifestyles*. p.p.410-452. New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In P. E. Nathan, G. A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.), *New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum Press.

Marlatt, G.A., Demming, B., Reid, J.B., (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analog. *Journal of Abnormal Psychology* 81(3): 233-241

Mattoo et al., (2009). Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence *Indian Journal of Medical Research*. 130, 702-708

McAdams, D.P., Josselson, R., and Lieblich, A. (eds) (2001). *Turns in the Road: Narrative Studies of Lives in Transition*. Washington: American Psychological Association.

McCloskey, L.A. & Bailey, J.A. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1019-1035.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York: Norton.

McIntosh J, McKeganey N. (2001). Identity and recovery from dependent drug use: The addict's perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 8, 47-59.

McKay JR, Franklin TR, Patapis N, Lynch KG (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Rev* 26, 109-127.

McKay, J.R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol* 60,566-576.

McKay, J. R., Rutherford, M. J., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., & Kaplan, M. R. (1995). An examination of the cocaine relapse process. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 35-43.

McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*. 97, 249-252.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 173, 412-422.

McLellan T. et al. (1980) "An improved diagnostic Instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 10.

McLellan T. et al. (1992). "The fifth edition of the addiction severity Index". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9.

McLeod, J. (2006). *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage

McMahon, R. C. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 77-87.

McRae, S. (1996). *Επαγωγή από Στατιστικά Δεδομένα: Πειραματικός Σχεδιασμός και Μέθοδοι Έρευνας 4*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Measelle, J. R., Stice, E., & Springer, D.W. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 225-233.

Meller, W.H.; Rinehart, R.; Cadoret, R.J.; and Troughton, E. (1988). Specific familial transmission in substance abuse. *International Journal of Addiction*. 23, 1029-1039.

Mermelstein, R. J., & Lichtenstein, E. (1983). *Slips versus relapses in smoking cessation: A situational analysis*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco.

Mermelstein, R., Cohen, S., & Lichtenstein, E. (1983). *Psychosocial stress, social support, and smoking cessation maintenance*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.

Merton, R.K., (1957). *Social theory and social structure*. (Rev. ed.). New York: The Free Press of Glencoe, Inc.

Merton, R.C., Rossi, A.S. (1956). Contributions to the Theory of Reference Group Behavior. *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press

Merton, R. K. and Kendall, P. (1946). The focused interview. *American Journal Of Sociology*. 51, 541-557

Mesoreno, J.E.; Arruebo, M.P. and Alcade, A.I. (1991). Study of the inhibitory effects of serotonin on sugar intestinal transport. *Review of Esp. Fisiology*. 46, 309-310.

Miller WR (1996). Section I. theoretical perspectives on relapse: What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*. 91, S15-S27.

Miller, W.R., Westberg, V.S., Harris, R.J., & Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*. 91, 155-171.

Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989a). Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence. *Psychiatry Research*. 29, 113-121.

Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989b). The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families. *British Journal of Addiction*. 84, 1491-1498.

Mintzer, I.L., Eisenberg, M., Terra, M., MacVane, C. Himmelstein, D.U., & Woolhandler, S; (2007). Treating Opioid Addiction With Buprenorphine-Naloxone in Community-Based Primary Care Settings. *Annual Fam Med*. 5, 146-150

Mirin, S.M., Weiss, R.D., Griffin, M.I. and Michael, J.L. (1991). Psychopathology in drug abusers and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 36-51

Mishler, E.G., (1996). *Συνέντευξη έρευνας*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, *101*(2), 212-222. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x

Musto, D.F., (1973). *The American disease: origins of narcotic control*. New Haven, Conn.: Yale University Press

Μαρσέλος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες ουσίες: Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία*. Αθήνα, Τυπωθήτω (Ιατρική Βιβλιοθήκη: 1).

Μάτσα, Κ. (2012), *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη*, Αθήνα, Άγρα

Μάτσα, Κ. (2004). Τοξικομανία, κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνική παθολογία . Στο Λιάππας, Α. Ι και Τομίνι, Β. (επιμέλεια) *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα*. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους κα βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρας

Μισσουριδου, Ε. (1998), Αποχή και υποτροπή μετά τη θεραπεία κατάχρησης/εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, *Τέτράδια Ψυχιατρικής*, 61,

Najavits, L.M. 2002. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

Najavits, L.M., Weiss, R.D. & Shaw, S.R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal of Addictions*. 6, 273-283.

Nelkin, D., (1973). *Methadone maintenance: a technological fix*. New York: George Braziller, Inc.

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2007). Understanding Drug Abuse and Addiction, NIDA InfoFacts, april. <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/understand.htm>

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2002). Therapeutic Community; What is a therapeutic community? NIDA Research Report Series, August 2002.

National Institute on Drug Abuse. IDUs and infectious diseases. *NIDA NOTES* 9:15, 1994.

National Institute on Drug Abuse. "Heroin." *NIDA Capsule*. NIDA, 1986.

O'Brien, C.P. 1997. A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science* 278(3), 66-70.

O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE, Leibowitz RQ: 2007 How Does Coping Help People Resist Lapses During Smoking Cessation? *Health Psychology*, 26, 77-84.

Ojesjo, L. (2003). The recovery from alcohol problems over the life course: the Lundby longitudinal study, Sweden. *Alcohol*, 22, 1-5

Olienvenstein, C. (1977). Il n'ya pas des drogues heureux, In Μάτσα Κ.(2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρας

Ossip-Klein, D. J., Shapiro, R. M., & Stiggins, J. (1984). Freedom Line: Increasing utilization of a telephone support service for ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 9, 227-230.

Palfai, T., Davidson, D., & Swift, R. (1999). Influence of naltrexone on cue-elicited craving among hazardous drinkers: The moderational role of positive outcome expectancies. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 266-273.

Parker, I. (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. London: Pluto Press

Pattison, E.M., Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer Verlag.

Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28-38.

Piasecki TM (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26, 196-215.

Piasecki, T., Jorenby, D., Smith, S., Fiore, M., & Baker, T. (2003). Smoking withdrawal dynamics: I. Abstinence distress in lapsers and abstainers. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 3-13

Pickens, R.W, Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L. and Clayton, P.J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.

Piko, B. (2001). Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201-217.

Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145

Pomerleau, O. E, Adkins, D., & Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.

Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

Proehaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997, 58:7-29.

Prus, R.A. (1987). Generic social process: maximizing conceptual development in ethnographic research. *Journal of Contemporary Ethnography*. 16, 250-293

Παπαναστασάτος Γ. (2007), *Θεραπευτικές Κοινότητες και Κοινωνική Ένταξη των Εξαρτημένων από ουσίες χρηστών : Η Ελληνική Εμπειρία*, Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Τομέας Εγκληματολογίας, Αθήνα

Παπαναστασάτος Γ. (2006). *Η πρόωρη διακοπή του Σχολείου και η χρήση παρανόμων ουσιών*. Παρουσίαση στη Ημερίδα Πρόληψης του Κέντρου Πρόληψης Κοζάνης, 27 Ιουνίου 2006, Κοζάνη.

Παπαναστασάτος Γ. (2006). *Η εξάρτηση και οι μύθοι που τη συνοδεύουν: είναι η απεξάρτηση εφικτή; Τα Χρώματα της Πρόληψης*, τχ. 38. Παπαναστασάτος, Γ. (2004). Από τις Πολιτικές στην Εθνική Στρατηγική. Τα δεδομένα περιγράφουν ή κατασκευάζουν την πραγματικότητα; Στο Στρατηγικές για τα Ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το Πρίσμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πρακτικά από το Ελληνο-Ολλανδικό Σεμινάριο, Αθήνα.

Παπαναστασάτος, Γ. (2002). *Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων*. Πρακτικά ημερίδας «Η ουσιοεξάρτηση και η αντιμετώπισή της στο χώρο της υγείας». 8 Ιουνίου 2002, Βαθύ Σάμου, σ. 30-36.

Παπαναστασάτος, Γ. (2002). *Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα*. *Νέα Υγεία*, 37, 10.

Παπαναστασάτος Γ. και Τσιμπουκλή Α. (1995). *Ποιοτικές και Ποσοτικές μέθοδοι στην Αξιολόγηση προγραμμάτων Θεραπείας*. Πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Η Ευρώπη κατά της χρήσης ουσιών. ΚΕΘΕΑ - Θεσσαλονίκη

Παπαναστασίου, Β. και Τσίωτρα Σ. (2000), Πρόληψη Υποτροπής στα Προγράμματα Απεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α, Αδημοσίευτη εργασία, Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕ.Θ.Ε.Α, Σεμινάριο Κοινωνικού Σχεδιασμού, Αθήνα

Rotamianos, G. et al. (1986). Randomised control trial in the evaluation of community based - Centre for the treatment of alcoholism. *The Lancet*, 797 - 799.

Ποταμιάνος, Γ. και συνεργάτες (2002) *Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Ελληνικά Γράμματα, 5η έκδοση, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2011), *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις. Οι κοινότητες της αλλαγής*, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα

Πουλόπουλος, Χ. (2005), *Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2004α). Η θεραπευτική κοινότητα. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίни, Β. (επιμέλεια) *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα*. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2004), Το αλκοόλ ως πρόδρομος ουσία, στην υποτροπή των εξαρτημένων στα οπιούχα, *Εξαρτήσεις*, 5, 9-21, ΚΕ.Θ.Ε.Α, Αθήνα

Ρουλοπούλος, C. (2002) An Interview with Harold Bridger. EFTC Newsletter, 6, 10-11, p.11.

Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση οργανισμών Θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια. *Κοινωνική Εργασία*, 57, 7-12.

Ρουλοπούλος, C., Papanastasatos, G. and Tsiboukli, A. (2001) The path of social exclusion: The Greek Case. In Pollo, M. (ed) *The Narrow Door: Path of social exclusion*. Rome: CEIS,.

Ρουλοπούλος, C. (1998). Dropout from Therapeutic Communities For Substance Abusers in Greece. Ph.D dissertation, University of Bradford, Department of Applied Social Studies, Bradford, U.K.

Randall, C.L., Thomas, S., Thevos, A.K. (2001). Concurrent substance abuse and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 25, 210-220.

Ray, O.S., (1978). *Drugs, society, and human behavior*. (2nd ed). St. Louis: The C.V. Mosby Co.

Razani, J., Chisholm, D., Glasser, M., and Kappeler, T. (1975). Self regulated methadone detoxification of heroin addicts. *Archives in General Psychiatry*, 32, 909-911,.

Reed, T. (1978). Outcome research on treatment and on the drug abuser: an exploration. *International Journal of Addiction*, 13, 149-171.

Reinarman, C. (2004). Addiction as accomplishment: the discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*. 13, 307-320

Rhodes, T., Stimson, G.V., Moore, D. and Bourgois, P. (2011) Qualitative social research in addictions publishing: Creating an enabling journal environment. *Journal of Drug Policy*. 21(6), 441-444.

Rhodes, J.E. and Jakes, S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: a qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 211-225

Ricoeur, P. (1988) *Time and Narrative*, vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.

Ricoeur, P. (1990). *Η αφηγηματική λειτουργία*. Αθήνα: εκδόσεις Καρδαμίτσα

Ricoeur, P. (1991) 'Life in quest of narrative', in D.Wood (ed.), *On Paul Ricoeur*. London and New York: Routledge.

Rinsley, D.B. (1988). The dipsas revisited: Comments on addiction and personality. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 1-7.

Ritchie, G., Weldon, S., Macpherson, G., Laithwaite, H. (2010) Evaluation of a drug and alcohol relapse prevention programme in a special hospital: an interpretative phenomenological analysis, *British Journal of Forensic Practice*. 12(3), 17 - 28.

Robbins, T.W., Barry, J.E. & Nutt, .(2010) *The neurobiology of addiction*. New York: Oxford University Press

Robins, L. N. (1979). Follow-up studies. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (2nd ed., pp. 483- 513). New York: Wiley

Robson, C. (1993), *Real World Research*. Oxford and Cambridge: Blackwell

Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (1999). Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Research and Health*, 23, 225-232.

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton Editions

Room, R. (2004). The cultural framing of addiction. *Janus Head*, 6(2), 221-234

Rosen, T. J., & Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self-initiated smoking reductions. *Addictive Behaviors*, 8, 263-272.

Rubin, A., R.L. Stout, and R. Longabaugh. (1996). Gender differences in relapse situations. *Addiction*, 91, S111-S120.

Rubington, E. (1977). The role of the halfway house in the rehabilitation of alcoholics. in B. Kissin and H. Begleiter (Eds). *The Biology of Alcoholism, Vol. 5 : Treatment and Rehabilitation on the Chronic Alcoholic*. New York: Plenum

Rudy, D., (1986). *Becoming an Alcoholic*. Cardondale: southern Illinois University.

Rychtarik, R. G., Prue, D. M., Rapp, S., & King, A. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440.

Sales, P. (2000). Surviving Violence: Pregnancy and Drug Use. *Journal of Drug Issues*. 30 (4), 695 to 724

Santrock, J.W. (2007). *A Topical Approach to Life-Span Development*. New York: McGraw-Hill

Sayette, M. A., Martin, C. S., Hull, J. G., Wertz, J. M., & Perrott, M. A. (2003). The effects of nicotine deprivation on craving response covariation in smokers. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 110-118.

Schachter, S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist, 37*, 436-444

Schafer, R. (1992). *Retelling a Life: Narration and Dialogue in Psychoanalysis*. New York: Basic books.

Schafer, R. (1980). Narration in the Psychoanalytic Dialog. *Critical Inquiry* 7, 29-53

Schlossberg, N. (1984). *Counseling adults in transition*. New York: Springer

Scott, J.M., (1969). *The white poppy*. New York: Harper & Row Publishers.

Senay, E. C., Dorus, W., Goldberg, F., & Thornton, W. (1977). Withdrawal from methadone maintenance. Rate of withdrawal and expectation. *Archives of General Psychiatry, 34*, 361-367.

Shaw, R. (2010). Making sense of violence: A study of narrative meaning. *Qualitative Research Psychology, 1*, 131-151

Shiffman, S. (2009). Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use. *Psychological Assessment, 21*(4), 486-497.

Shiffman, S. (2006). Reflections on smoking relapse research. *Drug and Alcohol Review, 25*(1), 15-20.

Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. In M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behavior* (pp. 149-179). London: Routledge.

Shiffman, S. (1984). Coping with temptations to smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 261-267

Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 71-86.

Shiffman, S., Kassel, J., Gwaltney, C., & McChargue, D. (2008). Πρόληψη υποτροπών στο κάπνισμα. In Marlatt and Donovan. *Προλαμβάνοντας την υποτροπή*. Αθήνα: Έρευνήτες-ΚΕΘΕΑ

Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 1-32.

Shiffman, S., Balabanis, M. H., Gwaltney, C. J., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., & Paton, S. M. (2007). Prediction of lapse from associations between smoking and situational antecedents assessed by ecological momentary assessment. *Drug & Alcohol Dependence, 91*, 159-168.

Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA, Engberg J, Gwaltney CJ, Liu KS, Gnys M, Hickcox M, Paton SM (2000). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology, 19*, 315-323.

Shiffman S, Hickcox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Richards TJ (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 993-1002.

Shinn, M., Lehman, S. and Wong, N. (1983). *Social support as process*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA.

Sieber, S. D. 1973 "The integration of fieldwork and survey methods." *American Journal of Sociology, 78*: 1335- 1359.

Siegel, S. (1984). Pavlovian conditioning and heroin overdose: Reports by overdose victims. *Bulletin of the Psychonomic Society, 22*, 428-430.

Siegel, S., Hinson, R.E., Krank, M.D., & McCully, J. (1982). Heroin "overdose" death: Contribution of drug-associated environmental cues. *Science, 216*, 436-437.

Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1990). *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up*. Malabar, FL: Krieger.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E., & Sells, S. B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues, 16*(1), 107-122.

Simpson, D.D. and Currie, S.J. (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 1*(4).

Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K., and Sells, S. B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues, 16*, 107-121.

Simpson, D.D. and Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment of drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2*(1), 7-29.

Singer, J. A. (2004). Narrative identity and meaning making across the adult lifespan: An introduction. *Journal of Personality, 72*, 437-459.

Sinha, R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current Psychiatry Reports, 13*(5), 398-405.

Sinha, R., and R. Schottenfeld. 2001. The role of comorbidity in relapse and recovery. In *Relapse and Recovery in Addictions*, ed. F.M. Tims, C.G. Leukefeld, and J.J. Platt, 172-207. New Haven: Yale University Press.

Sklar, S. M., Annis, H. M., & Turner, N. E. (1999). Group comparisons of coping self-efficacy between alcohol and cocaine abusers seeking treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*, 123-133.

Slobin, D. I. (2000). Verbalized events: A dynamic approach to linguistic relativity and determinism. In S. Niemeier & R. Dirven (Eds.), *Evidence for linguistic relativity* (pp. 107-138). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: Sage

Smith, J.K. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2nd edition). London: Sage Publications

Smith, J. K. (1983). Quantitative versus qualitative research: An attempt to clarify the issue. *Educational Researcher* 12: 6-13.

Smith, H. W. (1975). *Strategies of Social Research: The Methodological Imagination*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton & Company.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Stacy A.W., Wiers R.W. (2009). Implicit Cognition and Addiction: A Tool for Explaining Paradoxical Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6, 551-575.

Stanton, M. & Todd, T. (2009), *Οικογενειακή Θεραπεία για την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση*, Ερευνητές, Αθήνα

Stanton, M., (2005). Relapse Prevention Needs More Emphasis on Interpersonal Factors. *American Psychologist*, 60(4):340-341.

Stanton, M.D. (1982), Appendix A: Review of reports on drug abusers' family living arrangements and frequency of family contact. In: Stanton, M.D., and Todd, T.C., eds. *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press,

Stephens R.C. (1991). *The Street Addict Role: A Theory of Heroin Addiction*. New York: State University of New York Press

Stewart, J. (2010). The neurobiology of relapse. In Robbins, T.W., Barry, J.E. & Nutt, D.S.(eds) *The neurobiology of addiction*. New York: Oxford University Press

Stewart, J. (2000). Pathways to relapse: the neurobiology of drug-and stress-induced relapse to drug-taking. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 25, 125-136.

Stocker, S. 1999. Studies link stress and drug addiction. NIDA Notes: Research Findings 14(1) (April). Available online at Sinha, R. 2001. How does stress increase the risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology* 158: 343-359.

Stone, A. A., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199-202.

South, N., Akhtar, S., Nightingale, R. and Stewart, M. (2001) 'Idle hands - thematic review on drug treatment and unemployment', *Drug and Alcohol Findings*, 1(6), 24-30.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Sugarman B. (1986). Structure, variations, and context: a sociological view of the therapeutic community. In De Leon G. and Ziegenfuss J.T. *Therapeutic communities for addictions: readings in theory, research and practice*. Springfield, Ill: Charles D Thomas

Sutherland, E.H. and Cressey, D.R. (1978). *Criminology*. 10th edition, Lipincott, Philadelphia.

Sutton, S. R. (1979). Interpreting relapse curves. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 96-98.

Sutton, L., Cebulla, A., Heaver, C. and Smith, N. (2004), *Drug and Alcohol Use as Barriers to Employment: A review of the literature*. Loughborough: CRISP, University of Loughborough.

Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Szasz, T., (1974). *Ceremonial chemistry*. New York: Anchor Books

Στεφανής, Κ. (1993) Πρόλογος στην Ελληνική Έκδοση του World Health Organization-WHO (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders*. Ελληνική Μετάφραση: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. και Μαυρέας, Β. (ΕΠΙΨΥ) Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Tang TZ, DeRubeis RJ, Beberman R, Pham T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.73:168-172

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (eds) (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage

Tashakkori, A. and Teddlie, C. (1998). Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. *Applied Social Research Method Series*, Vol. 46, SAGE Publications, London.

Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55, 626-636.

Thio, A. (2003). *Deviant Behavior*, 7th Ed. Boston: Allyn & Bacon.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159

Tiffany, S.T. (1990) A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.

Tiffany, S., Carter, B., & Singleton, E. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, 95(Suppl. 2), 177-187.

Todd, J.E. (1882). *Drunkenness a Vice, Not a Disease*; a paper by Rev. John E. Todd. Hartford; Case, Lockwood & Brainard. Paper presented to the General Association at Middletown.

Tucker, M.B. (1979). A descriptive and comparative analysis of the social support structure of heroin-addicted women. In: *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series. Addicted Women: Family Dynamics, Self Perceptions, and Support Systems*. Washington, D.C.: Supt. of Docs.. U.S. Govt. Print. Off., 1979. pp. 37-76

Turner, H. & Stets. (2005), *The sociology of emotions*, Cambridge University Press,

Turner, V. W. (1986). Dewey, Dilthey, and Drama: An Essay in the Anthropology of Experience. In V. W. Turner and E. M. Bruner, eds *The Anthropology of Experience*. Urbana: University of Illinois Press.

Τσαλίκογλου, Φ. (2011), Συνέντευξη στο in.gr/βιβλίο σχετικά με την διάλεξή της: Η Δύναμη της Απώλειας και οι Μεταμορφώσεις της Οδύνης: η δημιουργία ως αντίδοτο στις κρίσεις» στις Μέγαρο Μουσικής Αθηνών. You Tube, 9.3.2011

Τσιμπουκλή Α. (2002). *Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης για τη διαχείριση της κρίσης*. Ημερίδα Αποτελεσματικότητα της Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. ΚΕΘΕΑ, 2 Φεβρουαρίου 2002, ΕΙΕ, Αθήνα.

Τσιμπουκλή, Α. επιμ (2000). *Αγωγή Υγείας-Τόμος IV*. Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Τσουράπα,Ι. (2005), Παράγοντες θετικής πρόγνωσης στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, Δημοσίευτη Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Uchtenhagen, A. (1999) COST A-6's Contribution to Treatment Evaluation. In Baker, O. And Mounteney, J. (eds) *Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union* EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blaettler, R., & Pfeiffer, S. (1999). *Prescription of narcotics for heroin addicts. Main results of the Swiss National Cohort Study*. Basel

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Eds), (2007). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience of Mind, Body and Society*. London: The Guilford Press

Vangeli, E., Stapleton, J., Smit, E.S., Borland, R. West, R. (2011). Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*, 106 (12), 2110 - 2121.

Waldorf, D. (1973). *Careers in dope*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Walitzer KS, Dearing RL. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*. 26:128-148

Webb, E.J., Campbell, D.T., Sshwartz, R.D. and Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive Measures: Nonreactive Research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally

Wertz, J. M., & Sayette, M. A. (2001). A review of the effects of perceived drug use opportunity on self-reported urge. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 3-13.

West, R. (2010). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwells.

White, W. (2007). Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*.33, 229-241

White, W. (2006). *Pathways from the culture of Addiction to the Culture of Recovery*. Minnesota; Hazelden

White, W., & Cloud, A. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9, 22-27.

White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3(1-2), 21-61.

Whyte, W.F. (1984). *Learning from the Field: a guide from experience*. Newbury Park and London: Sage.

Wiers, R.W., Stacy, A.W., Ames, S.L., Noll, J.A., Sayette, M.A., Zack, M. et al. (2002). Implicit and explicit alcohol-related conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 26(1): 129-137

Willing, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (2nd edition). New York: Open University Press.

Wilson, D. (2008) *Social Identity: A Grounded Theory of Experiences of Cannabis Use and Psychosis*. Major Research Project Paper

Wilson, G. T., & Brownell, K. D. (1980). Behaviour therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 49-86.

Witkiewitz, K. (2010a). Substance abuse and emotion . In Kassel, Jon D.(Ed) *Substance abuse and emotion*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Witkiewitz K, Hartzler B, Donovan D. (2010). Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction*, 105, 1403-1413.

Witkiewitz, K.A. & Marlatt, G.A. (2007a). Overview of relapse prevention. IN: Witkiewitz KA & Marlatt GA (eds.). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. London: Academic Press, 2007, pp.3-17.

Witkiewitz K, van der Maas HLJ, Hufford MR, Marlatt GA (2007). Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data "another way.". *J Abnorm Psychol*, 116:378-394.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005a). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19:211-228

Witkiewitz, K. (2005b). Defining relapse from a harm reduction perspective., 191-206.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2005c). Emphasis on interpersonal factors in a dynamic model of relapse. *American Psychologist*, 60(4), 341-342.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A.,(2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist* 59(4):224-235

Worden J.W. (2001). *Grief, Counseling and Grief Therapy* (3rd edition). London: Routledge

Wulfert, E., Greenway, D.E. and Dougher, M.J. (1996). A logical functional analysis of reinforcement-based disorders: alcoholism and pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1140-1115.

Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 227-258.

Wurmser, L. (1985). Denial and split identity: Timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 89-96.

Yates, R. (2012). In it for the long haul: recovery capital, addiction theory and the inter-generational transmission of addictive behavior. In: A. Adam and C. Vilanou (eds). *Substance Treatment generalities and specificities*. Barcelona: Marge-Medica Books, 35-51

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven, CT: Yale University Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟ

Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ¹

Γενικά

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ είναι πρόγραμμα διαμονής και ιδρύθηκε το 1993 με στόχο να καλύψει τις ανάγκες των ενήλικων χρηστών και των οικογενειών τους στις περιοχές του Πειραιά, των νησιών του Αιγαίου και γενικότερα της νότιας Ελλάδας. Όλες οι μονάδες του βρίσκονται στον Πειραιά, εκτός από τη Θεραπευτική Κοινότητα ΝΟΣΤΟΣ, 55 θέσεων, που έχει έδρα τα Σελήνια της Σαλαμίνας.

Η πρώτη επαφή των ενδιαφερόμενων με το ΝΟΣΤΟΣ πραγματοποιείται στο Συμβουλευτικό του Κέντρο. Εκεί γίνεται η προετοιμασία των χρηστών για εισαγωγή στην Κοινότητα και παρέχονται υπηρεσίες ενημέρωσης, μείωσης της βλάβης και κινητοποίησης για ένταξη σε θεραπεία.

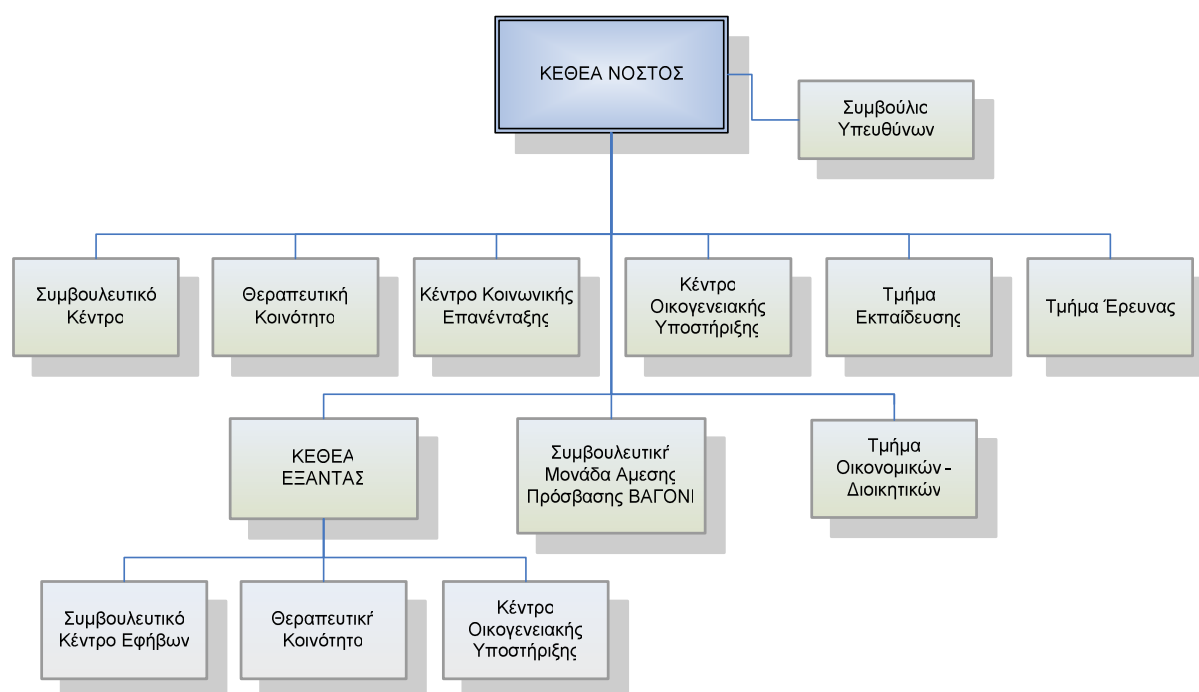
Στις υπηρεσίες του Θεραπευτικού προγράμματος περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων πρόγραμμα εκπαίδευσης - κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού με στόχο την υποστήριξη των μελών για την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας.

Επίσης, στον Πειραιά λειτουργεί πρότυπη μονάδα κοινωνικής επανένταξης που διαθέτει Ξενώνα δυναμικότητας 30 θέσεων και Στέκι Δημιουργικής Απασχόλησης. Εκτός από υπηρεσίες απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης, το ΝΟΣΤΟΣ διαθέτει Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης για την ενημέρωση, συμβουλευτική και στήριξη οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης.

¹ Για την περιγραφή του προγράμματος ΚΕΘΕΑ- Νόστος χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τα επίσημα έγγραφα του φορέα (ΚΕΘΕΑ)

Το 2001 ξεκίνησε τη λειτουργία της η Συμβουλευτική Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης του ΝΟΣΤΟΣ σε ειδικά διαμορφωμένο βαγόνι του ΗΣΑΠ στο Πασαλιμάνι (ΒΑΓΟΝΙ). Το Βαγόνι παρέχει ενημέρωση σε χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους, έχοντας αναπτύξει δίκτυο συνεργασιών με την τοπική κοινωνία.

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΝΟΣΤΟΣ και ΕΞΑΝΤΑΣ² έχει την κάτωθι οργάνωση:



Οργανόγραμμα ΚΕΘΕΑ - ΝΟΣΤΟΣ & ΕΞΑΝΤΑΣ

² Το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ - Εξάντας συνιστά μαζί με το ΚΕΘΕΑ- Νόστος ένα δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης. Για λόγους οικονομίας του κειμένου δεν γίνεται αναφορά στο πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ - Εξάντας το οποίο απευθύνεται σε έφηβους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών.

1. Το Συμβουλευτικό Κέντρο

Η πρώτη προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου (χρήστη) με τα Θεραπευτικά Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ γίνεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο, στο οποίο η προσέλευση είναι πάντα εθελοντική. Βασικός στόχος του Κέντρου είναι η κινητοποίηση του χρήστη με στόχο να ζητήσει θεραπεία, η ενημέρωσή του για τις ομάδες αυτοβοήθειας και για το θεραπευτικό πρόγραμμα, και η στήριξή του, ώστε να περάσει από την αδιαφορία στον προβληματισμό και τελικά στην απόφαση για δράση. Κατά τη διάρκεια της παραμονής των εξαρτημένων ατόμων στο Συμβουλευτικό Κέντρο παρέχεται ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών. Ενημερώνονται για τη λειτουργία του προγράμματος και ενισχύεται το αίτημα τους για θεραπεία, μέσα από τον τονισμό των επιπτώσεων της χρήσης στη ζωή τους και την παροχή συναισθηματικής στήριξης προκειμένου να ελαττώσουν ή να διακόψουν τη χρήση ουσιών και να μάθουν άλλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Μπορούν επίσης να περάσουν δημιουργικά τον χρόνο τους, συμμετέχοντας στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα και έξω από το Κέντρο, όπως συζητήσεις, παιχνίδια, ζωγραφική, θέατρο, αθλητικά κ.α. Η συνολική μέση διάρκεια παραμονής στο Συμβουλευτικό Κέντρο είναι 30 ημέρες. Ο κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικά ή να προσέλθει αυτοπροσώπως στο Συμβουλευτικό Κέντρο, και να οριστεί ατομικό ραντεβού με το προσωπικό του Κέντρου σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέχρι 3 ημέρες). Μετά το ατομικό ραντεβού το μέλος εντάσσεται στην **Ομάδα Ενημέρωσης** της οποίας στόχος είναι η ενημέρωση για τη λειτουργία του προγράμματος. Εφόσον το Μέλος συμπληρώσει την 1^η εβδομάδα στην Ομάδα Ενημέρωσης, περνάει στην **Ομάδα Εισαγωγής** όπου η παρακολούθηση διαρκεί από 2 έως 3 εβδομάδες. Στην ομάδα εισαγωγής στόχος είναι η ενίσχυση του αιτήματος του ατόμου και η κινητοποίησή του για

Θεραπεία (με κατεύθυνση την Θεραπευτική Κοινότητα). Τα μέλη της ομάδας εισαγωγής συμμετέχουν και σε ομάδες δουλειάς που αντικείμενο έχουν την μαγειρική, την καθαριότητα κλπ. Για την εισαγωγή των μελών στην Θεραπευτική Κοινότητα λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Η συνέπεια των μελών στη παρουσία τους στο Κέντρο (βαθμός κινητοποίησης)
- Να έχουν κάνει τις κατάλληλες Ιατρικές Εξετάσεις
- Να το επιθυμεί το ίδιο το μέλος.
- Πέραν του προσωπικού στο Συμβουλευτικό Κέντρο, δράση λαμβάνει και η ομάδα των Συντονιστών. Οι συντονιστές είναι Μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο Θεραπείας (έχοντας πλέον τον τίτλο του Συντονιστή), τα οποία για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα (3 ή 4 εβδομάδες) πηγαίνουν καθημερινά και υποστηρίζουν τις δραστηριότητες του Συμβουλευτικού Κέντρου. Εκτός από το έργο της βοήθειας του προσωπικού, λειτουργούν σαν πρότυπο για τα μέλη του Συμβουλευτικού Κέντρου, και παράλληλα έρχονται αντιμέτωποι με τα θέματα της χρήσης.

Τέλος, στα πλαίσια του κέντρου λειτουργεί ομάδα υποτροπών η οποία υποδέχεται ανθρώπους που διακόπτουν τη θεραπεία τους, είτε σε μεγάλη κοινοτική ηλικία, είτε στη φάση της επανένταξης. Στόχος της συγκεκριμένης ομάδας είναι η υποστήριξη των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να ενταχθούν στη φάση του Προγράμματος από την οποία έχουν διακόψει ή σε κάποια άλλη φάση.

2. Η Θεραπευτική Κοινότητα

Η Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί την κύρια φάση Θεραπείας του Θεραπευτικού προγράμματος. Ο μέγιστος συνολικός χρόνος παραμονής των

μελών στη Θεραπευτική Κοινότητα είναι περίπου 11 μήνες. Στόχος είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής των Θεραπευόμενων μελών της μέσα από την κατάκτηση ενός συστήματος αξιών καθώς και η ατομική ανάπτυξη με όρια, προσωπική ευθύνη και συναισθηματική ωριμότητα. Στην Κοινότητα παρέχεται ασφάλεια, στήριξη και βοήθεια ώστε το μέλος να συνειδητοποιήσει και να αναπτύξει τις προσωπικές του δεξιότητες και την κοινωνικότητά του. Η είσοδος στην Θεραπευτική Κοινότητα γίνεται μετά από παραπομπή από το Συμβουλευτικό Κέντρο. Κατά την διαδικασία εισαγωγής στην Κοινότητα, τα μέλη περνούν από μία διαδικασία η οποία ονομάζεται **intake**. Η συγκεκριμένη διαδικασία έχει ως στόχο την διερεύνηση κινήτρου, την γνωριμία και την ενημέρωση για το κώδικα δικαιωμάτων των μελών. Στην παραπάνω διαδικασία συμμετέχουν προσωπικό και Σύμβουλοι της Κοινότητας καθώς και προσωπικό του Συμβουλευτικού Κέντρου, με σκοπό την ομαλότερη εισαγωγή των νέων μελών. Το επόμενο στάδιο της εισαγωγής είναι η υπογραφή του Συμβολαίου μεταξύ Μέλους - Κοινότητας καθώς και η ενημέρωση των μελών για το δικαίωμα του 24ωρου. Στη συνέχεια το νέο μέλος ξεναγείται στην Κοινότητα και ενημερώνεται για την Κοινότητα με την καθοδήγηση δύο παλαιότερων μελών, για την ομαλότερη εισαγωγή και εναρμόνιση του με το περιβάλλον της Κοινότητας. Απαιτείται διάστημα 2-3 ημερών για τα νέα μέλη ώστε να ενταχθούν σε κάποια ομάδα δουλειάς.

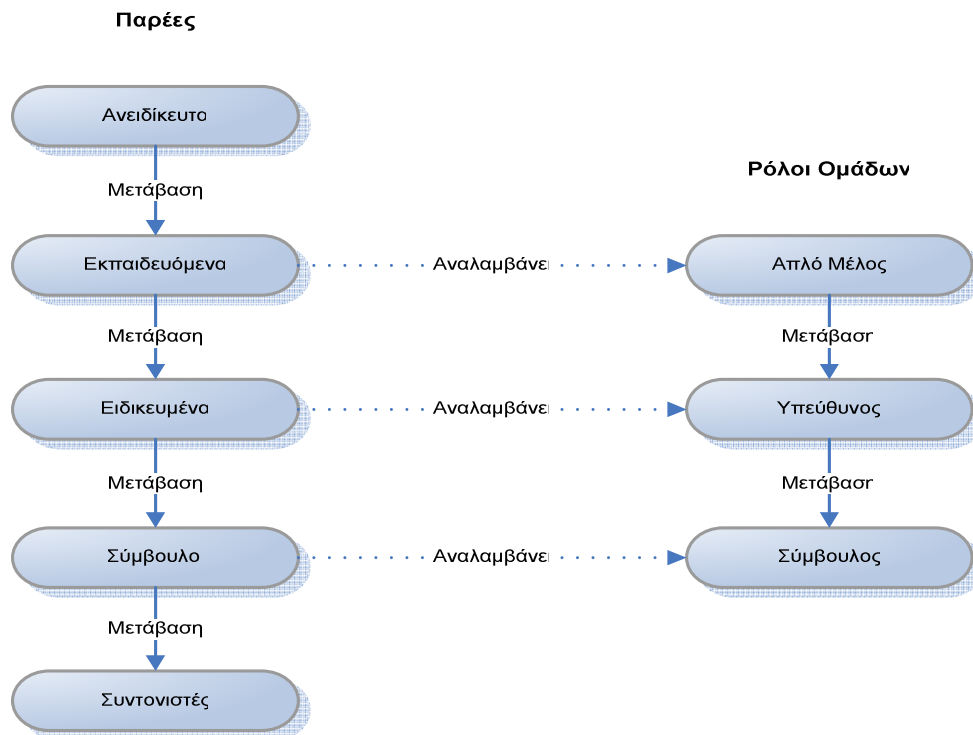
Κατά την παραμονή του στην Θεραπευτική Κοινότητα, το Μέλος αποτελεί μέλος μιας (1) Παρέας και μιας (1) ομάδας δουλειάς:

- **Παρέα:** Κατά την εισαγωγή του το νέο μέλος εισέρχεται στην παρέα των Ανειδίκευτων, όπου παραμένει περίπου 10 ημέρες και στη συνέχεια (ανάλογα με την πορεία του στην Κοινότητα) μεταβαίνει στην παρέα των Εκπαιδευόμενων, μετέπειτα στην παρέα των Ειδικευόμενων και τέλος

στην παρέα των Συμβούλων. Για την μετάβαση στην επόμενη παρέα συμπληρώνεται (από τα μέλη) το έντυπο Συμβόλαιο - Αίτημα Παρέας, ένα για κάθε διαφορετική παρέα. Το αίτημα αυτό εξετάζεται εσωτερικά από όλα τα μέλη της παρέας στην οποία ανήκει, διαδικασία γνωστή ως **outtake**, και στη συνέχεια στην νέα παρέα που αιτείται να μπει. Σε αυτές τις διαδικασίες συμμετέχει και το θεραπευτικό προσωπικό.

- **Ομάδα δουλειάς:** Τα εξαρτημένα μέλη από την είσοδό τους στην Κοινότητα, εντάσσονται σε ομάδες δουλειάς. Μέσα από αυτές μαθαίνουν να οργανώνονται, να συνδιαλέγονται και να αξιοποιούν την κάθε εμπειρία για την προσωπική τους ανάπτυξη. Το έργο των ομάδων δουλειάς υπηρετεί τις ανάγκες λειτουργίας της Κοινότητας, ενώ ταυτόχρονα τα μέλη ωριμάζουν μέσα από την ευθύνη για την ολοκλήρωση του έργου που έχουν αναλάβει, αποκτάται σεβασμός για τη δουλειά που κάνει ο καθένας και καλλιεργείται το αίσθημα της προσφοράς προς τρίτους.

Οι ομάδες δουλειάς αφορούν την καθαριότητα, την σίτιση, την γραμματεία, την διαχείριση, την κίνηση, την κατασκευή μουσικών οργάνων κλπ. Στο πλαίσιο μιας ομάδας και ανάλογα με την παρέα στην οποία ανήκει το Μέλος, αναλαμβάνει διαφορετικούς ρόλους: Μέλος, Υπεύθυνος ή Σύμβουλος. Τα απλά Μέλη διενεργούν τις απλές εργασίες που αφορούν την ομάδα. Οι Υπεύθυνοι εκτός από τις εργασίες που εκτελούν έχουν χρέος να εποπτεύουν και να εκπαιδεύουν τα Μέλη ενώ οι Σύμβουλοι έχουν τις πιο επιτελικές θέσεις που κάποιο μέλος μπορεί να έχει στη Θεραπευτική Κοινότητα την εποπτεία της ομάδας και ασχολούνται με εργασίες όπως π.χ. ο έλεγχος του εβδομαδιαίου προϋπολογισμού των τροφίμων κ.α.



Στο πλαίσιο της Θεραπευτικής δράσης της Κοινότητας, κάθε Μέλος συμμετέχει σε Αντιπαραθετικές Ομάδες (**Encounter Groups**). Τα Encounter Groups αφορούν τις εξής ομάδες: Group Παρέας, Group Δουλειάς και Μεικτή Ομάδα. Η Θεραπευτική Κοινότητα δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκπαίδευση και τον επαγγελματικό προσανατολισμό. Η εκπαίδευση που δέχεται κάθε μέλος είναι ανάλογη με τις ανάγκες, τις ικανότητες και τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του. Στόχος της εκπαίδευσης είναι να αποκτήσει κάθε μέλος γνώσεις βασικής παιδείας και επαγγελματική κατάρτιση ώστε να αποκατασταθεί επαγγελματικά ευκολότερα στο στάδιο της επανένταξής του. Στα μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχουν σε επιμορφωτικά σεμινάρια τα οποία πραγματοποιούνται από επαγγελματίες επιμορφωτές. Υπεύθυνο για αυτό είναι το Τμήμα Εκπαίδευσης του προγράμματος. Στόχος του τμήματος είναι να παρέχει στο μέλος τα μέγιστα εφόδια σε ότι αφορά τη εκπαίδευση και τη μόρφωσή του. Στην περίπτωση που κάποιο μέλος αποφασίσει να διακόψει με την κανονική

διαδικασία (χωρίς να φύγει κρυφά), τότε κάθεται στην «καρέκλα» και γράφει τους λόγους διακοπής τους οποίους διαβάζει σε όλη την Κοινότητα. Σε αυτή την περίπτωση, το μέλος έχει το δικαίωμα του 24ωρου δηλαδή το δικαίωμα της απουσίας του έως το χρονικό περιθώριο των 24 ωρών (δεν υπάρχει δέσμευση για το πόσες φορές μπορεί να λείψει αλλά όχι συνεχόμενες). Εάν το μέλος επιστρέψει στο πλαίσιο της παραπάνω προθεσμίας, τότε δίνει ούρα για τοξικολογική εξέταση, και σε περίπτωση που βρεθεί θετικός σε οποιαδήποτε παράνομη ουσία, διακόπτει αναγκαστικά και παραπέμπεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά δεν θεωρείται διακοπή και αφού γίνει σχετική θεραπευτική ομάδα συνεχίζει στην Κοινότητα. Βασικό μέλημα επίσης, στην Κοινότητα είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας όπου τα μέλη παραπέμπονται για ιατρικές εξετάσεις ή για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που έχουν καθώς και η διευθέτηση νομικών εκκρεμοτήτων.

3. Το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης

Το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης αποτελεί την τελευταία φάση του θεραπευτικού προγράμματος. Σε αυτήν εισέρχονται τα μέλη που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στην Θεραπευτική Κοινότητα. Ο σκοπός της φάσης αυτής είναι η υποστήριξη των εξαρτημένων μελών για να ενταχθούν αρμονικά στην κοινωνία. Στη φάση αυτή σταθεροποιούνται τα αποτελέσματα της θεραπείας και τα μέλη υποστηρίζονται μέσω της συστηματικής συμμετοχής τους σε θεραπευτικές ομάδες και ατομικές συναντήσεις, σε εξωτερική βάση.

Οι στόχοι στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης είναι οι εξής:

- Η στήριξη του μέλους για να αναλάβει πλήρως την ευθύνη του εαυτού του
- Η υποστήριξη του μέλους για την ένταξή του στην αγορά εργασίας

- Η ενίσχυση του μέλους αναφορικά με τον επαγγελματικό του προσανατολισμό και την επαγγελματική του κατάρτιση
- Η ενεργοποίηση των κοινωνικών δικτύων για την υποστήριξη του μέλους, κοινωνικά και επαγγελματικά
- Ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων, φιλικών, ερωτικών, οικογενειακών, μέσα από την διαφορετική στάση ζωής που ακολουθεί «σήμερα»
- Η αντιμετώπιση νομικών εκκρεμοτήτων και προβλημάτων υγείας
- Η πρόληψη της υποτροπής.

Η μετάβαση στην φάση Κοινωνικής Επανάταξης γίνεται μετά από παραπομπή από την Θεραπευτική Κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιείται μια πρώτη (ενημερωτική) συνάντηση του μέλους με το προσωπικό του Κέντρου Επανάταξης, κατά την οποία παρουσιάζεται τον πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου και ο τρόπος συμβολής του στην θεραπεία, συζητείται το ιστορικό του στην Κοινότητα, οι ανάγκες του μέλους κλπ. Κατά την δεύτερη συνάντηση με το προσωπικό του Κέντρου Επανάταξης, η συζήτηση επικεντρώνεται στα σημεία που χρειάζεται παρέμβαση και καθορίζεται το που πρέπει να εστιάσει η θεραπεία.. Παράλληλα συμπληρώνει το έντυπο «Συμβόλαιο Επανάταξης» το οποίο συζητάει με το προσωπικό στην τρίτη συνάντηση και το οποίο σηματοδοτεί την εισαγωγή του μέλους στην σχετική φάση. Στην συνέχεια ακολουθεί η διαδικασία intake στο πλαίσιο της οποίας το μέλος εντάσσεται σε μια αρχική ομάδα μελών, και συζητά διάφορα θέματα με τα μέλη και το θεραπευτικό προσωπικό. Στο ίδια διαδικασία, συντάσσεται το έντυπο «Σύμβαση Παροχής Στέγης» και παραδίδονται στο μέλος κλειδιά δωματίου του Ξενώνα (στις περιπτώσεις που το Κέντρο διαθέτει Ξενώνα). Κατά την διάρκεια παραμονής τους στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης, όλα τα μέλη εντάσσονται σε μία ομάδα (υπάρχουν πολλές ίδιες ομάδες στις οποίες μοιράζονται τα μέλη). Οι ομάδες αυτές συναντώνται μία φορά την εβδομάδα

με το Θεραπευτικό προσωπικό (ομαδική συνάντηση). Επίσης κάθε μέλος μπορεί να έχει ατομικές συναντήσεις με το Θεραπευτικό προσωπικό, εφόσον το ζητήσει ή το Θεωρήσει απαραίτητο το προσωπικό. Ανά 3 μήνες διεξάγεται ολοήμερη συνάντηση των μελών (Θεραπευτική ημέρα), στο πλαίσιο της οποίας πραγματοποιούνται βιωματικά σεμινάρια, Θεραπευτικές ασκήσεις, ανταγωνιστικός διάλογος κλπ. Επίσης, πραγματοποιείται (μία φορά συνολικά) μια οικογενειακή συνάντηση, είτε ατομική (οικογένεια μέλους και μέλος) είτε πολλαπλών οικογενειών (πολλές οικογένειες μαζί). Στις συναντήσεις αυτές το Θεραπευτικό προσωπικό καταγράφει πρακτικά, τα οποία περιλαμβάνονται στον φάκελο μέλους (μόνο για τις ατομικές συναντήσεις). Σε όλες τις συναντήσεις τηρείται Παρουσιολόγιο από το Θεραπευτικό προσωπικό. Κατά την διάρκεια παραμονής στο Κέντρο, μπορεί να ανατεθούν αναθέσεις στα μέλη (π.χ. εστίαση σε ένα προσωπικό θέμα), τα αποτελέσματα των οποίων περιλαμβάνονται στον φάκελο μέλους. Μόλις τελειώσουν το πρώτο στάδιο της Κοινωνικής Επανάσταξης (περίπου 14-15 μήνες) τα μέλη συντάσσουν τον «Ατομικό Απολογισμό Πορείας Επανάσταξης», για να περάσουν στη φάση των "ολοκληρωσάντων" (αίτημα μετάβασης). Το μέλος καλείται να διαβάσει τον απολογισμό του στην ομάδα του όπου κρίνεται και η καταλληλότητα του για να πάει στους ολοκληρώσαντες και αποχαιρετά. Ένα μήνα μετά πραγματοποιεί ατομική συνάντηση με τον Υπεύθυνο του Κέντρου, η οποία είναι υποστηρικτική για να προχωρήσει. Κατά την φάση των ολοκληρωσάντων σταματάει το κλασσικό πλαίσιο συναντήσεων. Συναντήσεις πλέον γίνονται ανά 3 μήνες για διάστημα ενός έτους, και δεν έχουν Θεραπευτικό ρόλο (δίνουν απλά το στίγμα) ενώ και δεν τηρούνται περαιτέρω στοιχεία για το μέλος (μόνο αν προκύψει κάτι ιδιαίτερο). Στις περιπτώσεις που το μέλος χρειάζεται Θεραπευτική βοήθεια, μπορεί να ζητήσει ατομική συνάντηση με το Θεραπευτικό προσωπικό. Μετά την ολοκλήρωση της φάσης των

ολοκληρωσάντων, το Μέλος υποβάλλει «Αίτημα Αποφοίτησης» με άξονες εργασιακή κατάσταση, αυτονόμηση, σχέσεις, χρήση αλκοόλ, παραβατικότητα, κά . Το ανάλογο έντυπο συμπληρώνεται από το μέλος στο σπίτι του, και στην συνέχεια καλείται να το παρουσιάσει στο πλαίσιο της ομάδας των ολοκληρωσάντων. Εφόσον το μέλος πληροί τα κριτήρια, στην συνέχεια αποφοιτεί. Ιδιαίτερο βάρος δίδεται στην επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των μελών. Μέσω του δικτύου συνεργασίας που έχει αναπτυχθεί με οργανισμούς εκπαίδευσης, παρέχονται υποτροφίες σε αντικείμενα της επιλογής τους ώστε να αποκτήσουν επαγγελματική κατάρτιση, να συμπληρώσουν τις σπουδές τους ή να αξιοποιήσουν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Σε ότι αφορά τον επαγγελματικό προσανατολισμό των μελών στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης λειτουργεί συνήθως γραφείο εύρεσης εργασίας και υποστήριξης.

4. Υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης οικογένειας

τα Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, παράλληλα με τις θεραπευτικές υπηρεσίες που απευθύνονται στα εξαρτημένα μέλη, παρέχονται και υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης των οικογενειών των μελών (γονείς και συγγενείς των εξαρτημένων ατόμων), με δεδομένο ότι η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα επηρεάζει θετικά την έκβαση της Θεραπείας.

- Συγκεκριμένα οι στόχοι των υπηρεσιών αυτών είναι:
- Η ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τη χρήση ουσιών και τις συνέπειές της καθώς και για τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης
- Η συναισθηματική στήριξη και ενίσχυση των ατόμων που έχουν άμεση σχέση με το εξαρτημένο άτομο
- Η κατανόηση του καθοριστικού ρόλου που διαδραματίζει η οικογένεια στην θετική έκβαση της Θεραπείας και στην πρόληψη της υποτροπής

- Η ενίσχυση αλλαγής στάσης απέναντι στο εξαρτημένο άτομο αλλά και σε προβλήματα που αφορούν συνολικά την οικογένεια
- Η εξομάλυνση των δυσλειτουργιών στο οικογενειακό περιβάλλον
- Η ανάπτυξη άλλων δεξιοτήτων προκειμένου να βρεθούν νέοι τρόποι αντιμετώπισης κρίσιμων καταστάσεων της ζωής.

Στο πλαίσιο της συμβουλευτικής στήριξης των οικογενειών παρέχονται υπηρεσίες συστηματικής συμβουλευτικής και υποστήριξης σε γονείς και συγγενείς χρηστών, ανεξάρτητα από το αν το εξαρτημένο μέλος βρίσκεται ήδη σε θεραπεία ή όχι. Ο κάθε ενδιαφερόμενος (γονιός / συγγενής) παίρνει τηλέφωνο στο Κέντρο και κλείνεται ατομικό ραντεβού σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέσα σε μία εβδομάδα το αργότερο). Κατά τη διάρκεια του ατομικού ραντεβού συμπληρώνεται από το προσωπικό ερωτηματολόγιο για τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και άλλων σημαντικών προσώπων, και ο προσερχόμενος υπογράφει το έντυπο συγκατάθεσης για παροχή και χρήση πληροφοριών. Επίσης, γίνεται αξιολόγηση και διερεύνηση του αιτήματος του ατόμου που προσήλθε για το αν μπορεί να ενταχθεί στο πρόγραμμα ή χρειάζεται να γίνει παραπομπή. Παραπομπή γίνεται εάν α) ο ίδιος έχει σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα, β) κάνει χρήση ναρκωτικών ή έχει εξάρτηση από το αλκοόλ και γ) έχει γίνει παραπομπή του εξαρτημένου ατόμου (για να τον οποίο προσήλθε) σε άλλο πλαίσιο. Μετά το ατομικό ραντεβού το άτομο θα παρακολουθήσει ένα κύκλο 3 σεμιναρίων. Τα τρία σεμινάρια πραγματοποιούνται σε τρεις συνεχόμενες ημέρες (Πέμπτη - Παρασκευή - Δευτέρα) είναι βιωματικά και έχουν σαν στόχο την ενημέρωση και την κινητοποίηση του ατόμου. Εάν το άτομο που προσέρχεται είχε ξαναέρθει και παλιότερα και έχει παρακολουθήσει τα σεμινάρια υπάρχει η πιθανότητα να ενταχθεί στην ομάδα χωρίς να παρακολουθήσει ξανά τα σεμινάρια. Συμπληρώνεται και ένα έντυπο για τους συμμετέχοντες σε κάθε κύκλο

σεμιναρίων. Με την ολοκλήρωση των σεμιναρίων, το άτομο εντάσσεται σε ομάδα: σε Ανεξάρτητη εάν το εξαρτημένο άτομο για τον οποίο προσήλθε δεν παρακολουθεί το πρόγραμμα ή βρίσκεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο, και σε Παράλληλη εάν το εξαρτημένο άτομο βρίσκεται στην φάση της Θεραπείας - απεξάρτησης ή κοινωνικής επανένταξης. Με την εισαγωγή στην ομάδα υπογράφεται Συμβόλαιο (ένταξης στην ομάδα). Επίσης, μόνο οι συμμετέχοντες στις παράλληλες ομάδες γράφουν μια βιογραφία. Οι Ανεξάρτητες ομάδες διαρκούν περίπου 1 χρόνο και στόχο έχουν την ενίσχυση του γονιού, την απενοχοποίηση και την ενδυνάμωση του για να κινητοποιήσει το χρήστη. Οι παράλληλες ομάδες διαρκούν περίπου 2 χρόνια και έχουν σαν στόχο ο ίδιος ο γονιός να λύσει τα δικά του ζητήματα ώστε να μπορέσει να βοηθήσει το εξαρτημένο άτομο. Υπάρχει ξεχωριστή ομάδα για τα αδέρφια και τους συντρόφους που διαρκεί 2 χρόνια και έχει σαν στόχο να εστιάσει το άτομο στον εαυτό του, να λύσει τα δικά του θέματα, να κατανοήσει το ρόλο του στην οικογένεια και η πρόληψη της χρήσης και για τον ίδιο. Λειτουργεί επίσης, ομάδα επαρχίας που διεξάγεται μία φορά το μήνα και αφορά μόνο τα άτομα που λόγω διαμονής μακριά από την έδρα του Κέντρου δεν μπορούν να συμμετέχουν συστηματικά στις ομάδες με στόχο την υποστήριξη τους. Εάν το εξαρτημένο μέλος εισαχθεί στην Θεραπευτική κοινότητα ο γονιός φεύγει από την ομάδα των Ανεξαρτήτων και πηγαίνει στην Παράλληλη. Ακόμα και αν ο γονιός έχει ολοκληρώσει την Ανεξάρτητη ομάδα και το εξαρτημένο άτομο εισαχθεί αργότερα στην Κοινότητα, ο γονιός εντάσσεται στην παράλληλη ομάδα. Εκτός από τις ομάδες γίνονται και ατομικές συναντήσεις και συναντήσεις ζευγαριών μετά από αίτημα των ιδίων ή και με προτροπή του προσωπικού όταν κρίνεται αναγκαίο. Πραγματοποιούνται οικογενειακές συναντήσεις όπου συμμετέχουν η οικογένεια και το εξαρτημένο μέλος που βρίσκεται στην Κοινότητα, την Επανένταξη ή στο Συμβουλευτικό Κέντρο, με

στόχο τη ενίσχυση της σχέσης γονιού-εξαρτημένου μέλους. Σε αυτές τις συναντήσεις συμμετέχει προσωπικό από τις δύο μονάδες. Επίσης, γίνονται θεραπευτικά διήμερα και βιωματικές ασκήσεις. Εκτός από το θεραπευτικό προσωπικό, στο Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης υπάρχουν και συντονιστές οι οποίοι συμμετέχουν μαζί με το προσωπικό στις ομάδες. Οι συντονιστές είναι γονείς που έχουν ολοκληρώσει την παράλληλη ομάδα αλλά και το παιδί τους (εξαρτημένο μέλος) έχει ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Οι γονείς που επιλέγονται εφόσον και οι ίδιοι το επιθυμούν να συμμετέχουν εθελοντικά ως συντονιστές συμπληρώνουν α) ένα συμβόλαιο εθελοντικής συμμετοχής στο πρόγραμμα, και β) βιογραφία / ανάθεση. Οι συντονιστές βοηθούν το προσωπικό και λειτουργούν ως θετικά πρότυπα για τους άλλους γονείς καθώς μοιράζονται τις προσωπικές τους εμπειρίες. Οι συντονιστές κάνουν συναντήσεις με το προσωπικό πριν από κάθε ομάδα, και μία φορά το μήνα κάνουν μια συνάντηση εκπαιδευτική και εποπτείας στην οποία συμμετέχουν όλοι. Το ανώτερο διάστημα συμμετοχής ενός ατόμου ως συντονιστής είναι 5 χρόνια εφόσον το επιθυμεί, ενώ υπάρχει ένα διάστημα δοκιμαστικό στην αρχή 6 μηνών για το αν θα συνεχίσουν. Οι συντονιστές κρατούν τις παρουσίες των μελών στις ομάδες και καταγράφουν τι έγινε στην κάθε ομάδα. Το προσωπικό του Κέντρου Οικογενειακής Υποστήριξης έχει συνεχή επικοινωνία με τις άλλες μονάδες του προγράμματος για την πορεία του εξαρτημένου μέλους ώστε να γίνει κάποια παρέμβαση στην οικογένεια αλλά και για ενημέρωση σε σχέση με τις διακοπές και τις ολοκληρώσεις των μελών. Στο Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης λειτουργούν και ομάδες εργασίας, καθαριότητας, γραμματείας και επισκευών στις οποίες συμμετέχουν μέλη των ομάδων οικογένειας. Η ομάδα γραμματείας είναι η πιο συστηματική και τα μέλη της ομάδας κάνουν συναντήσεις εκπαιδευτικές με το προσωπικό. Κλείνουν τα ατομικά ραντεβού και συμπληρώνουν τη φόρμα τηλεφωνημάτων

όπου παίρνουν κάποιες πρώτες πληροφορίες για τον ενδιαφερόμενο, και επίσης καταγράφουν και για το εάν προσήλθαν. Επίσης, γίνονται και επιμορφωτικά σεμινάρια από εκπαιδευτές στα οποία μπορούν όσοι το επιθυμούν να συμμετέχουν. Τα μέλη των ανεξαρτήτων ομάδων ολοκληρώνουν με το πέρας του ενός έτους, ενώ η ολοκλήρωση των μελών των παράλληλων ομάδων εξαρτάται και από την πορεία του εξαρτημένου μέλους (το εξαρτημένο μέλος να έχει ολοκληρώσει το πρόγραμμα). Με την ολοκλήρωση της ομάδας κάνουν ένα απολογισμό της πορείας τους στο πρόγραμμα (τι έμαθαν, τι κέρδισαν, τι δυσκολίες αντιμετώπισαν κλπ) και ξαναγράφουν μια βιογραφία. Διακοπή από τις ομάδες θεωρείται όταν α) υπάρχουν τρεις συνεχόμενες απουσίες χωρίς ειδοποίηση και β) όταν ο ίδιος θέλει να αποχωρήσει. Επίσης, κάποιο μέλος της ομάδας μπορεί να παραπεμφθεί σε άλλο πλαίσιο σε περίπτωση που βρεθεί να έχει σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα, πρόβλημα με το αλκοόλ ή με ναρκωτικά και στη περίπτωση που το εξαρτημένο μέλος για το οποίο προσέρχεται παραπεμφθεί σε άλλο πλαίσιο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

1. Οι Θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα μοντέλο Θεραπείας που αποσκοπεί πρώτα από όλα στην απεξάρτηση από ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση (σε αυτές περιλαμβάνονται και φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα).
2. Τα μέλη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων καλούνται:
 - (α) Να αναγνωρίζουν σε όλα τα άτομα που σχετίζονται με τη Θεραπευτική τους κοινότητα τα δικαιώματα που έχουν ως άνθρωποι και ως πολίτες και να δηλώνουν με σαφήνεια ποια είναι τα δικαιώματα, τα προνόμια και οι ευθύνες των μελών και του προσωπικού.
 - (β) Να αναγνωρίζουν σε κάθε άτομο που βρίσκεται στη Θεραπευτική κοινότητα το δικαίωμα να μην απειλείται από κακή χρήση της εξουσίας, από οποιοδήποτε άτομο ή ομάδα κι αν προέρχεται αυτή.
 - (γ) Να δηλώνουν ποια είναι η φιλοσοφία και οι στόχοι του προγράμματος.
 - (δ) Να ορίζουν κανονισμούς για τη Θεραπευτική τους κοινότητα οι οποίοι θα παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάρνησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας.
 - (ε) Να λειτουργούν σε περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη και το οποίο εγγυάται την ασφάλεια όλων.

(στ) Να διευκολύνουν τη συγκρότηση μιας κοινωνίας/κοινότητας που θα βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της και όπου η αξιοπρέπεια του ατόμου θα αποτελεί πρωταρχική αξία.

(ζ) Να παρέχουν εκπαίδευση και επαρκή εποπτεία στο προσωπικό.

(η) Να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό Διοικητικό Συμβούλιο που συγκαλείται ανά τακτά και προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα μέσα στο έτος, προκειμένου να έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.

(θ) Να παρουσιάζουν, ύστερα από λογιστικό έλεγχο, ετήσιο οικονομικό απολογισμό που θα επικυρώνεται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου

3. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων θα απαιτεί τη συμμόρφωση προς τις Προδιαγραφές και τους Στόχους, κάθε φορά που θα εξετάζει αιτήσεις απόκτησης ή ανανέωσης της ιδιότητας του μέλους. Θα απαιτεί επίσης ενεργό συμμόρφωση προς τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Παγκόσμια Ομοσπονδία στο Καταστατικό της, άρθρο ΙΙΙ με τίτλο "Ορισμός" και άρθρο VI με τίτλο "Ιδιότητα του μέλους" (με ιδιαίτερη αναφορά στις παραγράφους Α1, Α2, Β1, Β2 και Γ3).

ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Όλα τα μέλη των Θεραπευτικών προγραμμάτων έχουν απόλυτο δικαίωμα στα ακόλουθα:

1. Υποστηρικτικό περιβάλλον, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες.
2. Θεραπεία ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, ιδιότητα στρατιωτικού ή βετεράνου πολέμου, πνευματική και σωματική αναπηρία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο ή καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας.

3. Αξιοπρέπεια, σεβασμό, υγεία και ασφάλεια συνεχώς.
 4. Γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του προγράμματος.
 5. Ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους τρέχοντες κανονισμούς του προγράμματος, καθώς επίσης και τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων.
 6. Προσφυγή σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονά τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των κανονισμών, των κυρώσεων, των πειθαρχικών μέτρων και των τροποποιήσεων των δικαιωμάτων.
 7. Καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών*, καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά την αποχώρηση από αυτό.
 8. Απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας.
 9. Πρόσβαση στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς.
- * Στην Ελλάδα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους προς τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.
10. Αποχώρηση από το πρόγραμμα ανά πάσαν στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση.
 11. Προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος, εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό.

12. Προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό.
13. Παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
14. Ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησής της.
15. Δυνατότητα να λαμβάνουν νομικές συμβουλές και να εκπροσωπούνται ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται.
16. Τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του/της.
17. Όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί για αυτό κατηγορία.
18. Καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής.
19. Προστασία από εκμετάλλευση (αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν.

ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πρωταρχική υποχρέωση όλων των μελών του προσωπικού είναι να εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα υπό θεραπεία μέλη. Η σχέση του προσωπικού με τα μέλη είναι ειδική και είναι

απαραίτητο το προσωπικό να διαθέτει την ωριμότητα και την ικανότητα που απαιτούνται, ώστε να αντεπεξέρχεται στις ευθύνες που έχει αναλάβει.

Όλα τα μέλη του προσωπικού οφείλουν να γνωρίζουν ότι ο επαγγελματικός χώρος στον οποίο ανήκουν απαιτεί να προσέχουν τις δραστηριότητες, τις δικές τους και των μελών τους (θεραπευόμενων). Ο κώδικας δεοντολογίας ισχύει για το προσωπικό διαρκώς, τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας όσο και εκτός αυτής.

Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ

Τα μέλη του προσωπικού πρέπει:

1. Να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα.
2. Να τηρούν απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τα μέλη, σεβόμενα όλη τη σχετική νομοθεσία, καθώς και τους κανονισμούς του φορέα στον οποίο ανήκουν.
3. Να παρέχουν στα μέλη αντίγραφο του Χάρτη Δικαιωμάτων των Μελών και να βεβαιώνονται ότι όλα όσα αναγράφονται σε αυτόν γίνονται κατανοητά και εφαρμόζονται τόσο από το προσωπικό όσο και από τα μέλη.
4. Να σέβονται όλα τα μέλη και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική και μη τιμωρητική.
5. Να παρέχουν υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη φυλή, το δόγμα, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την ηλικία, τη σωματική αναπηρία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο και την οικονομική κατάσταση των μελών, σεβόμενα τη θέση των μελών σε περιπτώσεις ειδικών συνθηκών.
6. Να αναγνωρίζουν ότι μπορεί να είναι προς όφελος του μέλους η παραπομπή του/της σε άλλο φορέα ή επαγγελματία.

7. Να απαγορεύουν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, οποιουδήποτε τύπου, ανάμεσα στο προσωπικό και στα μέλη (καθώς και με πρόσωπα της οικογένειας των μελών).
8. Να ανταμείβουν επαρκώς το μέλος για οποιαδήποτε δουλειά κάνει το ίδιο για κάποιο μέλος του προσωπικού.
9. Να εμποδίζουν την εκμετάλλευση του μέλους για προσωπικό όφελος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΡΙΤΟ

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

- 1.Τι/πως συνέβη (η υποτροπή) ;
- 2.Ποια ήταν η εκείνη η εμπειρία που σε έφερε σε πρώτη επαφή με τις ουσίες;
- 3.Τι συναισθήματα ένοιωσες, τι σκέψεις έκανες τότε ;
- 4.Πως σε οδήγησε στην υποτροπή ;
- 5.Υπήρξε κάποιος που σε επηρέασε και αν ναι με ποιο τρόπο ;
- 6.Μπορείς να περιγράψεις τα γεγονότα που στην υποτροπή ;
- 7.Τι θεωρείς ότι έπαιξε σημαντικό ρόλο ;
- 8.Πως ήταν η ζωή σου μετά την υποτροπή ;
- 9.Πως θα περιέγραφες ότι έβλεπες την υποτροπή των άλλων πριν τη δική σου υποτροπή ;
- 10.Η άποψη σου έχει αλλάξει ;
- 11.Πως περιέγραφες τον άνθρωπο που ήσουν τότε ;
12. Πως θα περιέγραφες τη καθημερινότητα σου στην επανένταξη ;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΕΤΑΡΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΥΡΩΠΑΣΙ