

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - CONTENTS

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	Ομιλία από την Τιμητική Εκδήλωση και Συνέντευξη με τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο	9
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - DRUG ADDICTION IN GREECE	
	<i>Διεμφυλικοί - Ιστορίες ζωής</i>	17
	Κυριακή Δημητρακοπούλου, Ιωάννης Ζαχαρόπουλος <i>Transgender people - Life stories</i> Kiriaki Dimitrakopoulou, Ioannis Zacharopoulos	
	<i>Ψυχική υγεία μελών προγράμματος υποκατάστασης και η εξέλιξή της σε βάθος χρόνου</i>	33
	Όλγα Κωνσταντίνου, Πηνελόπη Παπαδοπούλου, Κωνσταντίνος Διαμαντής, Ανθή Φούντα, Τηλέμαχος Κράμπης <i>Mental health of a Buprenorphine substitution program members and its progress in time</i> Olga Konstadinou, Pinelopi Papadopoulou, Konstadinos Diamantis, Anthi Founda, Tilemachos Krabis	
	<i>Σύγκριση του προσωπικού προφίλ και της κινητοποίησης για απεξάρτηση σε χρήστες τριών μονάδων θεραπείας από τον ευρύτερο χώρο της Θεσσαλονίκης</i>	43
	Δημοσθένης Τσαπέκος, Μάρα Γιάτσιου, Φωτεινή Θρήσκου <i>Comparison of personal profile and motivation for rehabilitation among users in treatment of three units from the wider area of Thessaloniki</i> Dimosthenis Tsapekos, Fotini Thriskou, Mara Yiatsiou	
2	Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - INTERNATIONAL EXPERIENCE	
	<i>Θεραπευτικές κοινότητες για τις εξαρτήσεις: Αναθεώρηση της αποτελεσματικότητας από την οπτική της απεξάρτησης</i>	71
	<i>Therapeutic communities for addiction: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective</i> Wouter Vanderplasschen, Kathy Colpaert, Richard Charles Rapp, Steve Pearce, Eric Broekaert, and Stijn Vandevelde	
3	ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ - FOR THE READER	
	Νέα και γεγονότα - News and notes	103
	Οδηγίες προς τους συγγραφείς - Guidance to the authors	110

Για την καλύτερη ενημέρωση των αναγνωστών του περιοδικού τα περιεχόμενα, οι τίτλοι των άρθρων και των περιλήψεων είναι δίγλωσσοι.

Η αναδημοσίευση των πρωτότυπων ελληνικών άρθρων επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή και οι συγγραφείς. Επίσης, η αναδημοσίευση των μεταφρασμένων άρθρων του περιοδικού επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή, οι συγγραφείς και το όνομα του μεταφραστή του άρθρου.

For the better information of the readers of this journal the contents, the titles of the articles and of the abstracts are translated into two languages.

Reprint of the original Greek articles is only allowed after the written permission of the editor, and they should always refer the source and the authors. Also reprint of the translated articles is only allowed after the written permission of the editor and they should always refer the source, the authors and the translator.

Εκδοτικό Σημείωμα

ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ στο χώρο της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι ο Καθηγητής Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος, ο οποίος διετέλεσε και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΘΕΑ. Ο Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος, Ψυχίατρος, Ψυχαναλυτής, μέλος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ενώσεως, Ιδρυτικό μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, της Ελληνικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων και της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, αφοσιώθηκε στην αποασυλοποίηση και κοινωνική ένταξη των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Με την αφορμή της δημιουργίας των επτά ψυχοδιαγνωστικών κέντρων του ΚΕΘΕΑ τα οποία απευθύνονται σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών οι οποίοι βιώνουν παράλληλα σοβαρά ζητήματα ψυχικής υγείας και με γνώμονα τον συνεχή στόχο της κοινωνικής ένταξης των ανθρώπων, το περιοδικό *Εξαρτήσεις* ζήτησε από τον Καθηγητή Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο να μιλήσει για τα κοινά και τις σχέσεις των δυο συστημάτων, δηλαδή των προγραμμάτων απεξάρτησης και των προγραμμάτων κοινωνικής ψυχιατρικής.

Η επιλογή αυτή δεν είναι τυχαία. Αντίθετα σχετίζεται με την περίοδο της κρίσης και αποδιοργάνωσης των κοινωνικών δομών της χώρας μας και την συνεχώς αυξανόμενη τάση να υιοθετηθούν λανθασμένες πρακτικές που εγκαταλείφθηκαν στο παρελθόν και οδηγούν την απεξάρτηση και την κοινωνική ψυχιατρική στο περιθώριο, καλλιεργώντας το έδαφος για το διαχωρισμό, τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση.

Σε αυτήν την περίοδο η αναφορά στο έργο του Καθηγητή Παναγιώτη Σακελλαρόπουλου λειτουργεί τουλάχιστον ως υπενθύμιση του δικαιώματος κάθε ανθρώπου στην κοινωνική ένταξη, στην εργασία και στην εκπαίδευση.

Για την ολοκληρωμένη παρουσίαση του έργου του Καθηγητή, επιλέξαμε να συνδυάσουμε τις ερωτήσεις που τέθηκαν από το περιοδικό με την ομιλία του Αν/τη Καθηγητή Κοινωνικής Εργασίας Χαράλαμπου Πουλόπουλου, η οποία έγινε στο πλαίσιο τιμητικής εκδήλωσης για τον Καθηγητή Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο στον Πολυχώρο του Συλλόγου «Αρδηττός» στο Μετς.

Παράλληλα, σε αυτό το τεύχος του περιοδικού φιλοξενούμε ιδιαίτερα θέματα που αντιμετωπίζουν οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών όπως αυτό της ψυχικής υγείας αλλά και της διεμφυλικότητας και παράλληλα αναδεικνύουμε μια μελέτη που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων απεξάρτησης.

Οι αναφορές στα παραπάνω θέματα ελπίζουμε ότι θα οδηγήσουν σε έναν γό-

νιμο επιστημονικό διάλογο για την υιοθέτηση πολιτικών κοινωνικής και εργασιακής ένταξης έναντι των προκαταλήψεων που οδηγούν στα φαινόμενα του αποκλεισμού, της περιθωριοποίησης και της ανεργίας.

*Άννα Τιμπουκλή,
Αν/ρια Διευθύντρια Έκδοσης*

Editorial

PROFESSOR PANAYIOTIS SAKELLAROPOULOS, is one of the most important figures in the field of social psychiatry and child psychiatry, also a former member of the Board of Directors of KETHEA. As a psychiatrist, psychoanalyst, member of the International Psychoanalytic Association, founding member of the Hellenic Psychoanalytical Society, the Hellenic Society of Psychoanalytic Psychotherapy, the Mental Health Institute for Children and Adults and the Society of Social Psychiatry and Mental Health, he dedicated on the dehospitalisation and social reentry of chronic mental health patients.

In light of the recent planning and development of seven psychodiagnostic centers by KETHEA providing services to drug addicts with serious mental health problems aiming at their social reintegration, the scientific journal *Exartisis* presents an interview from Prof. Sakellaropoulos on his views about the common goals and associations of both systems, the full recovery drug treatment programs and programs of social psychiatry.

This decision is by no means taken at random. Instead, the socioeconomic symptoms of current European crisis and the subsequent disarray of social structures in this country along with the increasing pressure on adopting malpractices that have been negatively evaluated in the past, for leading full recovery and social psychiatry at a fringe while reinforcing disassociation, social exclusion and polarization.

At this critical point, reporting on the work of Prof. Sakellaropoulos works at least as an opportunity to remind all of us of the right of every human being to be socially included, of their right for education and work.

In order to present as fully as possible his work, we decided to combine the questions raised by the journal with the relevant speech given by the Ass. Professor of Social Work, Charalampos Pouloupoulos, former KETHEA Director, which was given as part of a festive celebration to Prof. Sakellaropoulos work and contribution hosted at Ardittos Hall in Mets.

In this journal issue, we further present special issues that drug addicts usually confront, such as mental health issues and the aspect of transgender while we illustrate a study over the efficacy of drug free treatment programs.

All reports on the above issues are expected to generate a fruitful scientific discourse on adopting policies for social and labor integration against all prejudice and stigma that reinforce phenomena of social exclusion, polarization and unemployment.

Anna Tsiboukli, Vice Editor

Ομιλία από την Τιμητική Εκδήλωση¹ και Συνέντευξη²
με τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο

Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος: ψυχίατρος, ψυχαναλυτής, καθηγητής Ψυχιατρικής και Παιδο-ψυχιατρικής, κοινωνικός θεραπευτής, γείτονάς μας και, πάντα, δραστήριο μέλος της κοινωνίας μας. Μια πορεία δράσης μεγαλύτερη των 50 χρόνων, παράλληλη με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Ο Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος όλα αυτά τα χρόνια βρέθηκε στην εμπροσθοφυλακή της πρωτοπορίας.

Μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση είναι αναγκαία για να γίνει κατανοητή η συνεισφορά του Π. Σακελλαρόπουλου στην ψυχική υγεία και την κοινωνία. Είναι γνωστό ότι με το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αναπτύσσεται στην Ευρώπη ένα κίνημα αμφισβήτησης της κατεστημένης ψυχιατρικής, η οποία ήταν συνδεδεμένη με τα ψυχιατρεία, την καθήλωση των ασθενών, τα ηλεκτροσόκ. Γίνεται προσπάθεια εξανθρωπισμού των ψυχιατρικών υπηρεσιών, στο πλαίσιο της γενικότερης αμφισβήτησης των ιδρυματικών δομών που λειτουργούσαν με αυταρχικό τρόπο. Οι προτάσεις για νέους τρόπους οργάνωσης των δομών της ψυχικής υγείας βρίσκουν αρκετούς υποστηρικτές, κυρίως μεταξύ των νέων επαγγελματιών. Μεταξύ αυτών και ο Σακελλαρόπουλος ως νεαρός γιατρός που βρίσκεται από το '54 ως το '60 στο Παρίσι για μετεκπαίδευση. Από την άλλη πλευρά, οι εκπρόσωποι της παραδοσιακής νευρολογίας της ψυχιατρικής κρατούν επικριτική στάση απέναντι στις νέες προσεγγίσεις και μεθόδους.

Στα χρόνια που θα ακολουθήσουν, τη δεκαετία του '60, υπήρξε έντονη αμφισβήτηση της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων και εκφράστηκε δυναμικά με την εξέγερση των φοιτητών το Μάη του '68 στο Παρίσι, με αντιπολεμικές διαδηλώσεις των Αμερικανών για τον πόλεμο του Βιετνάμ και με την υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που διέυρνε τις προσωπικές ελευθερίες. Η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η προσπάθεια ανατροπής των συνθηκών που επικρατούσαν στις φυλακές, στα ψυχιατρεία, στην εκπαίδευση, στο σύστημα παροχής κοινωνικής φροντίδας αποτέλεσαν σημαντικούς στόχους για ορισμένους επαγγελματίες υγείας με προοδευτικό προσανατολισμό. Η προσπάθεια αυτή συνδέεται με τα κινήματα της εποχής, το αντιπολεμικό, το φυλετικό, το φεμινιστικό, το οικολογικό. Την περίοδο αυτή σημειώνονται ραγδαίες εξελίξεις στους τομείς της κοινωνικής ψυχιατρικής, οι οποίες συνοδεύονται από μια προσπάθεια για εκδημοκρατισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και για αποασυλοποίηση. Στη Γαλλία και την Ιταλία τα νέα φιλοσοφικά ρεύματα «συναντούνται» με τα κινήματα για τα πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα και αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη των θέσεων της κοινωνικής ψυχιατρικής και της αποϊδρυματοποίησης.

1 Ομιλία του Χαράλαμπου Πουλόπουλου, Αν/τη Καθηγητή ΔΠΘ στην Τιμητική εκδήλωση του Συλλόγου ΑΡΔΗΤΤΟΣ για τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, Παρασκευή, 29 Μαρτίου 2013. Το video της εκδήλωσης έχει αναρτηθεί στη διεύθυνση <http://www.blod.gr/lectures/Pages/viewlecture.aspx?LectureID=757>

2 Ο Καθηγητής Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος παραχώρησε συνέντευξη στην Αν/ρια Διευθύντρια Έκδοσης του περιοδικού Εξαρτήσεις, Άννα Τσιμπουκλή, το Φεβρουάριο του 2014.

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθυστερεί σημαντικά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και ουσιαστικά ξεκίνα μετά την μεταπολίτευση. Η καθυστέρηση έχει τις ρίζες της σε κοινωνικοπολιτικά και οικονομικά αίτια που εμποδίζουν γενικότερα την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής και της ψυχιατρικής φροντίδας, στις αντιλήψεις της κοινωνίας και στη στάση των ειδικών για την ψυχική ασθένεια.

Η τετραετής εμφύλια σύγκρουση και αργότερα η επταετής στρατιωτική δικτατορία δημιουργούν κλίμα επιφυλακτικότητας και καχυποψίας της επίσημης πολιτείας απέναντι στις προτάσεις που έρχονται να ανατρέψουν την καθεστηκυία τάξη πραγμάτων. Για δεκαετίες τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα ήταν περιορισμένα και συνεπώς ήταν δύσκολο να εκφραστούν τα αντίστοιχα κοινωνικά κινήματα και οι νεωτεριστικές ιδέες που εμφανίστηκαν στην Ευρώπη, πολύ δε περισσότερο να εφαρμοστούν στην πράξη. Ο Σακελλαρόπουλος, επιστρέφοντας από το Παρίσι προσπαθεί να εφαρμόσει το πρόγραμμα της κοινωνικής ψυχιατρικής με την ψυχανάλυση, συναντά όμως πολλά εμπόδια. Λίγο αργότερα, κατά τη διάρκεια της δικτατορίας παραιτείται από τη θέση διευθυντή στο δημόσιο και βρίσκεται κοντά στις οικογένειες των συλληφθέντων και των αντιστασιακών.

Για μεγάλο χρονικό διάστημα η ψυχική ασθένεια αποτελούσε στη χώρα μας ηθικά φορτισμένη έννοια και γινόταν αντιληπτή ως μολυσματική ασθένεια που μεταδιδόταν κληρονομικά και επομένως στιγματίζε έντονα το άτομο που ήταν φορέας της, καθώς και την οικογένεια με την οποία είχε «δεσμούς αίματος». Η τρέλα ιδιαίτερα θεωρείτο αποκλειστικά αποτέλεσμα της «ψυχοπαθολογίας» της οικογένειας, και, άρα, απόδειξη της «αποτυχίας» της. Έτσι, από τη μια πλευρά η ταυτότητα του ατόμου συνδεόταν άμεσα με την οικογένεια καταγωγής και καθοριζόταν πρωταρχικά από αυτήν, ενώ από την άλλη τα χαρακτηριστικά του ατόμου διαμόρφωναν την αντίληψη της κοινωνίας για την οικογένειά του. Η οικογένεια, που είχε το ρόλο της πρωταρχικής μονάδας κοινωνικοποίησης, στην προσπάθειά της να προστατευθεί και να επιβιώσει κοινωνικά, έφτανε να οδηγηθεί στην εγκατάλειψη του μέλους της που απειλούσε την κοινωνική της ύπαρξη. Οι ψυχιατρικές κλινικές και τελικά το ψυχιατρείο, όπου συνήθως κατέληγαν οι άρρωστοι, ήταν χώροι απομόνωσης που απάλλασαν την οικογένεια από το κοινωνικό όνειδος. Η «επικινδυνότητα» εμφανιζόταν ως κύριος λόγος του εγκλεισμού και δυστυχώς συνεχίζει να εμφανίζεται μέχρι σήμερα.

Στο πλαίσιο επίσης των παραγόντων που συντέλεσαν στη διατήρηση της ιδρυματικής περιθάλψης θα πρέπει να σημειωθεί ο ιδιαίτερος ρόλος που έπαιξε η στάση των ειδικών της ψυχικής υγείας. Η ελληνική ψυχιατρική, έχοντας ιδρυματικό και βιολογικό προσανατολισμό, ήταν ταυτισμένη με τη νευρολογία. Η επικρατούσα αντίληψη και πρακτική δεν ήταν φιλική προς την εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, εναλλακτικού τύπου θεραπειών και παρεμβάσεων στην κοινότητα και παρέβλεπε την αναγκαιότητα για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σε αυτό το πλαίσιο, το ψυχιατρείο αποτελούσε τη βασική δομή για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων. Ο εγκλεισμός και η ασυλοποίηση απετέλεσαν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Ιδιαίτερα ο ακούσιος εγκλεισμός έχει οδηγήσει χιλιάδες ανθρώπους στο περιθώριο και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Ο Σακελλαρόπουλος, μεταξύ άλλων, το 1973 θα βρεθεί μέσα στο Πολυτεχνείο φροντίζοντας τραυματισμένους φοιτητές και εκφράζοντας την αντίθεσή του στη δικτατορία. Λίγο αργότερα μετά την πτώση της συμμετέχει σε ομάδες και επιτροπές για την καλύτερη

περίθαψη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, για τη βελτίωση της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, για την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης και της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Η κοινοτική παρέμβαση του Παναγιώτη Σακελλαρόπουλου τα πρώτα χρόνια της μεταπολίτευσης είχε το χαρακτήρα μιας ριζοσπαστικής δράσης που αμφισβήτησε το ψυχιατρικό κατεστημένο, τις θεσμικές και κοινωνικές διακρίσεις για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ενθάρρυνε τις οικογένειες των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας να κρατήσουν το άτομο κοντά τους και να προσπαθήσουν να το υποστηρίξουν μέσα στην κοινωνία, χωρίς ο φόβος να τους οδηγήσει σε απόγνωση. Δραστηριοποιήθηκε κυρίως στις περιοχές της Αττικής, της Φωκίδας και της Θράκης, παρέχοντας υπηρεσίες θεραπειάς και κοινωνικής αποκατάστασης και προσφέροντας εκπαίδευση και εποπτεία. Το 1985 εξελέγη καθηγητής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Θράκης και το 1991 ξεκίνησε με την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας την εφαρμογή μεταπτυχιακού προγράμματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Η παρέμβαση του Παναγιώτη Σακελλαρόπουλου στηρίζεται σε μια σύνθετη διεπιστημονική μέθοδο και μια ανθρωπιστική ιδεολογία που βλέπει το άτομο μέσα στην κοινότητα. Περιλαμβάνει στοιχεία από τη σύγχρονη επιστημονική θεωρία και πρακτική της ψυχανάλυσης και της κοινωνικής ψυχιατρικής και διέπεται από τις αρχές της συλλογικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Συμβάλλει σημαντικά στην μείωση των προκαταλήψεων και της απομόνωσης των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, που πολύ συχνά στιγματίζονται, στοχοποιούνται και χρησιμοποιούνται ως αποδιοπομπαίοι τράγοι.

Βασίζεται στη σκέψη ότι η απάντηση στα κοινωνικά προβλήματα βρίσκεται στη διερεύνηση και την κριτική συνειδητοποίηση της αιτιολογίας τους και στη διαμόρφωση δυναμικών πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης και θεραπείας σε επίπεδο τοπικής κοινότητας και ευρύτερης κοινωνίας, ώστε μέσα από την πολιτισμική και κοινωνική ανάπτυξη να καλύπτονται οι ανάγκες των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Σε θεραπευτικό επίπεδο η σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου αποτελεί για τον Σακελλαρόπουλο τον ακρογωνιαίο λίθο για την ουσιαστική φροντίδα και την αυτονόμηση των ασθενών.

Αυτή η προσέγγιση υπερβαίνει τις ιδρυματικές πρακτικές και τα γραφειοκρατικά μοντέλα των δομών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Συνδέεται περισσότερο με τα κοινωνικά κινήματα που διεκδικούν την ελευθερία, την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη. Βγάζει την ψυχανάλυση από τα στενά όρια ενός γραφείου, την αξιοποιεί ως εργαλείο για την κατανόηση των προβλημάτων και των δυναμικών και της δίνει νέο νόημα και προοπτικές.

Η παρέμβαση αυτή απαιτεί την ενεργή συμμετοχή της γειτονιάς, της κοινότητας, της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και όχι την ανάθεσή τους μόνο σε ομάδες ειδικών επαγγελματιών ή υπηρεσιών που είναι αποκομμένες από την κοινότητα και που, στο πλαίσιο ενός επαγγελματικού ναρκισσισμού, θεωρούν ότι αυτές είναι οι μόνες αρμόδιες για εξειδικευμένα προβλήματα όπως η ψυχική υγεία, οι εξαρτήσεις, η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά.

Ο Σακελλαρόπουλος γνωρίζει ότι όταν σπάει η κοινωνική συνοχή που μπορεί να υποστηρίξει τα άτομα στις δυσκολίες τους, καλλιεργείται το έδαφος για την ανάπτυξη των ψυχι-

κών διαταραχών ή και παρεκκλίσεων. Γι' αυτό εντάσσει την κοινότητα στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι συναντήσεις στη γειτονιά, στην πλατεία του χωριού, ξαναζωντανεύουν την κοινότητα, απομυθοποιούν την επικινδυνότητα, ενισχύουν την συλλογικότητα και την ενεργή συμμετοχή των πολιτών.

Αυτή η ένταξη της κοινότητας και της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ήταν που ενόχλησε ορισμένους ειδικούς οι οποίοι θεώρησαν ότι περιορίζεται η επαγγελματική, επιστημονική ή συντεχνιακή τους εξουσία. Ή και κάποιους πολιτικούς οι οποίοι θεώρησαν ότι η παρέμβαση του Παναγιώτη Σακελλαρόπουλου ξεπερνάει τα συγκεκριμένα όρια αντιμετώπισης του προβλήματος και εγείρει θέματα ευρύτερης κοινωνικής και πολιτικής αλλαγής.

Γι' αυτό το λόγο ο Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος έχει πιστούς φίλους και φανατικούς εχθρούς. Πολλοί από τους τελευταίους επεχείρησαν στο παρελθόν να τον συκοφαντήσουν, να μειώσουν την αξία της παρέμβασής του, να αμφισβητήσουν την ορθότητα της επιστημονικής του πρακτικής.

Γιατί, ενώ είναι συστημικός στην προσέγγιση, με την έννοια ότι βλέπει το άτομο, την οικογένεια, τη γειτονιά και το περιβάλλον, όταν θεραπεύει είναι αντισυστημικός στην ιδεολογία, με την έννοια ότι αμφισβητεί στο σύστημα, το κατεστημένο, τις ξεπερασμένες πρακτικές, μεθόδους και αντιλήψεις.

Η παρέμβασή του στοχεύει όχι μόνο στην κάλυψη των αναγκών ή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά και στην αποκάλυψη της φύσης των υφισταμένων εξουσιαστικών σχέσεων ανάμεσα στους ανθρώπους, είτε αυτοί είναι μέλη μιας οικογένειας, μιας κοινότητας ή μιας επαγγελματικής ομάδας. Με αυτή την έννοια δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων, αλλά φέρνει στην επιφάνεια την αιτιολογία και τις πρακτικές των κοινωνικών ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Αυτή η προσέγγιση είναι που συνδέεται με τα κοινωνικά κινήματα των δεκαετιών '60-'70 στην Ευρώπη τα οποία γνωρίζει ο καθηγητής Σακελλαρόπουλος, αλλά μπόρεσε να την εφαρμόσει ουσιαστικά στην Ελλάδα μετά την πτώση της δικτατορίας. Σήμερα αυτή η προσέγγιση παραμένει σύγχρονη και επίκαιρη. Σχετίζεται με τις εναλλακτικές κοινωνικές συλλογικότητες και τα εναλλακτικά κοινωνικά κινήματα που αναζητούν νέους δρόμους στην περίοδο της κρίσης, χαρακτηρίζονται από δημοκρατικότητα στη λήψη των αποφάσεων και έχουν ως προτεραιότητα τις ανάγκες των ανθρώπων και ως κύριο μέλημα το κοινωνικό όφελος. Προωθούν τις αρχές της αλληλεγγύης, της αλληλοβοήθειας, της συλλογικής δράσης και της ενεργητικής συμμετοχής.

Ενδεχομένως αυτός είναι και ένας βασικός λόγος για τον οποίο ο καθηγητής Σακελλαρόπουλος βρέθηκε κοντά στο Σύλλογό μας, διαβλέποντας ότι μια νέα συλλογικότητα αναδύεται στη γειτονιά του.

Σήμερα που η οικονομική κρίση διαρρηγγύνει την κοινωνική συνοχή και αναζητούνται τρόποι για την αντιμετώπισή της ο Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος μάς δείχνει νέους δρόμους μέσα από τα παλιά μονοπάτια που έχει ο ίδιος περπατήσει. Μονοπάτια συχνά πιο δύσβατα αλλά που οδηγούν σε μια καλύτερη κοινωνία.

Στην συνέντευξη με τον Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, που πραγματοποιήθηκε στην έδρα της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, αντικείμενο της συζή-

τησης είναι η έννοια της αλλαγής, την οποία ο Καθηγητής θεωρεί «κύριο σκοπό της ψυχικής υγείας, της δραστηριότητας για την ψυχική υγεία» και η οποία εμπεριέχει την ανάγκη για κοινωνική αλλαγή καθώς σύμφωνα με τα λεγόμενα του, στόχος «της δραστηριότητας για την ψυχική υγεία είναι να μπορέσει να φέρει κοινωνικές αλλαγές και να συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας κοινωνικής ψυχιατρικής».

Ο Καθηγητής αναγνωρίζει πως τα κοινά ανάμεσα στις δομές απεξάρτησης και στις δομές ψυχικής υγείας είναι πολλά. Χαρακτηριστικά μας αναφέρει «...υπάρχουν πολλά κοινά... η άσκηση της δραστηριότητας του τύπου του δικού μας, δηλαδή η θεραπεία, η δουλειά με την οικογένεια, τα αδέρφια, τους συγγενείς είναι πολύ σημαντική για να ξεπεράσουμε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας την εξάρτηση του αρκετά διαταραγμένου (ψυχωσική συνδρομή) συγγενικού προσώπου και κυρίως για να μπορέσουν τα άτομα μέσα από την συμμετοχή τους σε ομάδες και μέσα από τη θεραπεία στην κοινότητα να συσχετιστούν με πρόσωπα κύρους...»

Μέσα από αυτόν τον συσχετισμό ο Καθηγητής αναδεικνύει και τον τρόπο με τον οποίο το έργο των δομών θεραπείας και απεξάρτησης μπορεί να γίνει γνωστό και να αποκτήσει σχέσεις με την τοπική κοινωνία που θα λειτουργήσουν προς όφελος της κοινωνικής και εργασιακής ένταξης των θεραπευόμενων. Χαρακτηριστικά μας λέει:

«Στα πρόσωπα κύρους δε θα πρέπει να πάμε εμείς, θα πρέπει εκείνοι να έρθουν προς εμάς. Πως μπορεί να συμβεί αυτό; Θα πρέπει να έχει προχωρήσει τόσο πολύ η εργασία μας ώστε τα πρόσωπα κύρους να θέλουν να μας γνωρίσουν, να θέλουν να συμμετάσχουν σε επιτροπές, να θέλουν να δουλέψουν μαζί μας»

Στην πράξη, η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας όπως άλλωστε και το ΚΕΘΕΑ έχουν επιτύχει την αποδοχή της κοινωνίας και δια μέσου της δημιουργίας σχέσεων που καλλιεργούν οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι με τα πρόσωπα κύρους. Με τον τρόπο αυτό οι πρώην θεραπευόμενοι παύουν να είναι απλοί αποδέκτες υπηρεσιών και γίνονται ουσιαστικά μέτοχοι στη διαδικασία απεξάρτησης, στην ανάκτηση της ψυχικής τους υγείας και στην κοινωνική και εργασιακή τους ένταξη. Παράλληλα, όπως αναφέρει ο Καθηγητής Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος γίνονται πρεσβευτές και του δικού τους έργου και των φορέων:

«οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι μπορούν να κάνουν ικανοποιητικές σχέσεις με τους επισήμους, να εκφράζονται και να καλλιεργούν την σχέση για να μπορέσουν με την πρόοδο τους να βοηθήσουν την κοινωνική ομάδα να συνευρεθεί με τους επίσημους, δηλαδή με τη βελτίωση που είχαν και την επιθυμία τους να παίξουν ρόλο στην κοινότητα, όχι πλέον αυτόν του περιθωριακού, αλλά ρόλο κοινωνικά δραστήριο, ενεργητικό, μαζί με μας, τους πρώην θεραπευτές τους, να παίζουν το ρόλο του πρεσβευτή στην σχέση τη δική τους με την κοινότητα μαζί με μας. Είναι εκπληκτικό πως αυτοί οι συνεργάτες πλέον και πρώην θεραπευόμενοι μας έχουν τη δυνατότητα να δημιουργούν σχέσεις με τους επισήμους και πολλές φορές λόγου χάρη στον τομέα της εργασίας, να έχουν την ουσιαστική βοήθεια των επισήμων στην κάλυψη των κοινωνικών τους αναγκών».

Ο Καθηγητής Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος καταλήγει στον στόχο των προγραμμάτων απεξάρτησης και ψυχικής υγείας, δηλαδή στην κοινωνική ένταξη μέσα από την καλλιέργεια σχέσης : «τα προγράμματα χρειάζεται όσο μπορούν να αυξήσουν την κοινωνικοποίηση τριών στοιχείων: α) θεραπευόμενου και πρώην θεραπευόμενου β) κοινωνική ομάδα και ανάδειξη θεραπευόμενων ή πρώην θεραπευόμενων στα πλαίσια των δο-

μών μας και γ) την συνολική δραστηριότητα των τριών παραγόντων και την συναισθηματική σύνδεση μεταξύ τους (α,β)».

Στα σημεία αυτά φαίνεται να βρίσκεται και το κλειδί για προγράμματα με έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα, δηλαδή για προγράμματα με επίκεντρο τον άνθρωπο, τα οποία στοχεύουν στην ισότιμη ένταξη και συμμετοχή και στη διεκδίκηση του κοινωνικού ρόλου καθενός από εμάς..

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
DRUG ADDICTION IN GREECE



TRANSGENDER PEOPLE – LIFE STORIES

KIRIAKI DIMITRAKOPOULOU³, PSYCHOLOGIST, PSYCHOTHERAPIST,
IOANNIS ZACHAROPOULOS*, SOCIOLOGIST MA

A b s t r a c t

Aim of the study: The study aimed at describing the basic characteristics of the special population of trans-sexuals that carry out prostitution in Greece. The study also aimed to understand the links between a risky lifestyle (poverty, illegal substance abuse) with various factors (social, psychological, family-related) that contribute to making such choices.

Method: A biographical-interpretative method was chosen with the use of structured interviews and biographical analysis. This method is based on the accumulation of information regarding participants' life stories, where participants structure their life story according to the references chosen for presentation. Participants in this study were six trans-sexuals that have not proceeded with sex alteration operation, working as prostitutes in Athens.

Conclusions: The analysis of the interviews pinpointed some common basic characteristics in the lives of all participants. Elements of effeminacy are evident from an early age, stigmatization is an experience they all share and perceive as intense in many different aspects of their lives. The desire to proceed with sex alteration operation is commonplace but cannot be realized and according to participants the choice of a life in prostitution is thought to be inevitable.

Key Words: Transgender people, Transsexual, Biographic Method, Life Stories

3 Contact Details: KETHEA EXELIXIS, Koumoundourou st. 28, 10437, Athens, Tel.: +30 2103821007

ΔΙΕΜΦΥΛΙΚΟΙ – ΙΣΤΟΡΙΕΣ ΖΩΗΣ

ΚΥΡΙΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ⁴, ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ,
ΙΩΑΝΝΗΣ ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ⁵, ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ ΜΑ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Σκοπός: Η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών του ειδικού πληθυσμού των διεμφυλικών καθώς και ο λόγος που επιλέγουν έναν τόσο παρακινδυνευμένο τρόπο ζωής (πορνεία, χρήση παράνομων ουσιών κ.ά.) και ποιοι παράγοντες (κοινωνικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί) οδηγούν σε αυτόν.

Μέθοδος: Επιλέχθηκε η βιογραφική-ερμηνευτική μέθοδος με διενέργεια ατομικών συνεντεύξεων και ανάλυση βιογραφιών ζωής. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη συλλογή στοιχείων από την ιστορία ζωής, όπου ο αφηγητής (ερωτώμενος) δομεί την πορεία ζωής του σύμφωνα με τις δικές του αναφορές. Το δείγμα αποτέλεσαν 6 διεμφυλικά άτομα που ασκούν πορνεία στην Αθήνα και δεν έχουν προχωρήσει σε εγχείρηση αλλαγής φύλου.

Συμπεράσματα: Κατόπιν επεξεργασίας των συνεντεύξεων διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν κάποια βασικά στοιχεία στη ζωή όλων των ατόμων του δείγματος. Τα στοιχεία θηλυπρέπειας κάνουν την εμφάνισή τους στα άτομα αυτά από πολύ μικρή ήδη ηλικία, είναι έντονος ο στιγματισμός που υφίστανται σε πολλά επίπεδα στη ζωή τους, επιθυμούν να προχωρήσουν σε εγχείρηση αλλαγής φύλου αλλά εν τέλει δεν το καταφέρνουν και τέλος φαίνεται ότι σύμφωνα με τις ίδιες, η επιλογή για τον συγκεκριμένο τρόπο ζωής (πορνεία) είναι μονόδρομος.

Λέξεις κλειδιά: Διεμφυλικά άτομα, Transsexual, Βιογραφική μέθοδος, Ιστορίες ζωής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μιλώντας για τον πληθυσμό των διεμφυλικών είναι αναγκαίο να κάνουμε ένα διαχωρισμό στις ορολογίες που χρησιμοποιούνται τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας. Ένας από τους συνήθεις χαρακτηρισμούς που χρησιμοποιείται για τα εν λόγω άτομα είναι το *διεμφυλικός/transgender*, όρος ο οποίος προσδιορίζει τα άτομα που αισθάνονται πως ανήκουν σε διαφορετικό φύλο από αυτό της ανατομίας τους και κατ' επέκταση η συ-

4 Διεύθυνση Επικοινωνίας: KETHEA EXELIXIS, Koumoundourou st. 28, 10437, Athens, Tel.: +30 2103821007

5 Για την πληρέστερη κατανόηση του όρου «διεμφυλικός/transgender», βλ. «Answers to Your Questions about transgender people, gender, identity and gender expression», American Psychological Association, επίσης στο: «Focus – A Guide to AIDS Research and Counseling», Aids Health Project, v.23, n.2., καθώς και Currah P. et al., (2000), p.1-4.

μπεριφορά τους δεν σχετίζεται με το φύλο που προσδιορίστηκαν κατά την γέννησή τους⁵. Να σημειωθεί ότι πολλές φορές χρησιμοποιείται στην καθομιλουμένη, όπως και στα πλαίσια αυτής της εργασίας, ο σύντομος όρος «τρανς» για να προσδιορίσει ακριβώς αυτήν την ομάδα των διεμφυλικών. Ο άλλος χαρακτηρισμός-που στη χώρα μας χρησιμοποιούταν κυρίως παλαιότερα-είναι το *διαφυλικός/transsexual*, όπως ονομάζεται το άτομο που επιθυμεί να αλλάξει το φύλο της φυσιολογίας του/της και να ζήσει μόνιμα στο νέο του ρόλο και ως εκ τούτου, διαιρούνται με βάση το αν έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση αλλαγής φύλου ή όχι. Τέλος, είναι σκόπιμο να διακριθούν και από τον όρο *τραβεστί/transvestite/cross-dresser*, ο οποίος αναφέρεται σε άτομα που ντύνονται με τα ρούχα του άλλου φύλου, χωρίς να είναι απαραίτητο ότι επιθυμούν να γίνουν το αντίθετο φύλο⁶.

Στους διεμφυλικούς που τους δημιουργεί θλίψη και δυσλειτουργία η κατάστασή τους (ότι δηλαδή είναι διεμφυλικοί) τίθεται η διάγνωση της *διαταραχής ταυτότητας φύλου*⁷. Τα άτομα όμως που αισθάνονται άνετα με το φύλο τους και αυτά που το φύλο τους δε τους προκαλεί εσωτερική ματαίωση ή δεν επηρεάζει την λειτουργικότητά τους, δεν πάσχουν από διαταραχή ταυτότητας φύλου. Επίσης, το να αισθάνεται κάποιος καταπιεσμένος από τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές του περίγυρού του –οικογενειακού και κοινωνικού - δεν θεωρείται ότι πάσχει από διαταραχή ταυτότητας φύλου.

Γενικότερα, τα θέματα που αφορούν την διεμφυλικότητα είναι καινούρια στην επιστημονική κοινότητα και αφορούν αρκετούς ανθρώπους. Πολλοί ειδικοί ψυχικής υγείας ελάχιστα γνωρίζουν για τα εν λόγω θέματα. Οι διεμφυλικοί που αναζητούν βοήθεια από αυτούς τους ειδικούς συνήθως ελάχιστα βοηθούνται παρά βοηθούν τους ειδικούς να λάβουν περισσότερη γνώση για το θέμα.⁸ Πολλοί θεραπευτές θεωρούν ότι οι καλύτερη λύση είναι η μετάβαση από το ένα φύλο στο άλλο. Αντ' αυτού οι θεραπευτές οφείλουν να υποστηρίζουν τους πελάτες σε όποιο βήμα επιλέγουν κάθε φορά είτε αυτό είναι η μετάβαση στο άλλο φύλο ή όχι⁹.

Πλήθος παραγόντων συνδράμουν στη δυσκολία να παρουσιαστούν επιδημιολογικές μελέτες σε αυτόν το πληθυσμό, έτσι δεν υπάρχουν επίσημες μελέτες που να προσδιορίζουν τον αριθμό των διεμφυλικών. Ερευνητές έχουν εστιάσει τις προσπάθειές τους σε ένα πιο εύκολα μετρήσιμο φάσμα των ατόμων που δεν «αισθάνονται καλά με το φύλο τους»: στα διαφυλικά άτομα που έχουν λάβει ορμονοθεραπεία και σε εκείνα που έχουν χειρουργηθεί. Μια ανασκόπηση δέκα ερευνών που έγιναν στην Ευρώπη αναφέρουν ότι το ποσοστό των διεμφυλικών που *τείνουν* να είναι γυναίκες (*transwomen*) κυμαίνεται από 1 στους 11.900 έως 1 στους 45.000 και εκείνο των διεμφυλικών που *τείνουν* να είναι άντρες (*transmen*) κυμαίνεται από 1 στους 30.400 σε 1 στους 200.000. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα αλλά υπάρχει δυσκολία στην πραγματική εκτίμηση¹⁰.

Στο παραπάνω πλαίσιο μεταξύ των δράσεων της Κινητής Μονάδας Streetwork προστέθηκαν

6 www.wikipedia.org/wiki/Transgender

7 Psychological Association - "Is being transgender a mental disorder?"

8 Βλ. Brown, M.L. & Rounsley, C.A. (1996).

9 Βλ. Kozee, H. B., Tylka, T. L., & Bauerband, L. A. (2012), p. 179-196

10 Βλ. Paul M. Elizondo III, D.O.; Willy Wilkinson, M.P.H., & Christopher Daley, M.D. 2013.

διερευνητικά το 2004, εξορμήσεις στις Λεωφόρους Καβάλας, Συγγρού και στην Ιερά Οδό, με σκοπό την υποστήριξη διεμφυλικών ατόμων που κάνουν πορνεία. Από την άνοιξη του 2005 έως σήμερα, οι εξορμήσεις γίνονται σταθερά με εβδομαδιαία συχνότητα. Στις τρεις παραπάνω πολυσύχναστες λεωφόρους, μετά τις απογευματινές ώρες, διεμφυλικοί ασκούν πορνεία.

Αρχικός σκοπός της ομάδας Streetwork¹¹ είναι η γνωριμία με αυτόν τον πληθυσμό, ως ομάδα υψηλού κινδύνου για χρήση και η σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους. Η συνεχής επαφή μαζί τους, όμως, κατέδειξε το στίγμα της διαφορετικότητας που βιώνουν. Μια διαφορετικότητα που κοινωνικά πλέον και όχι βιολογικά, ξεκινά από την επιλογή του φύλου. Επίσης, αναπάντητο έμενε πολλές φορές το ερώτημα εάν το επάγγελμα αυτό προέκυψε από επιλογή ή από ανάγκη.

Το ερώτημα αυτό ήταν και η βασική αφορμή που γέννησε την ανάγκη για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της ιδιαίτερης αυτής πληθυσμιακής ομάδας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Οι βασικοί στόχοι της ερευνητικής εργασίας είναι:

1. Να καταγραφούν τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτού.
2. Να κατανοήσουμε γιατί επιλέγουν τον συγκεκριμένο παρακινδυνευμένο τρόπο ζωής (πορνεία, χρήση παράνομων ουσιών κ.ά.) και ποιοι παράγοντες (κοινωνικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί) οδηγούν σε αυτόν τον τρόπο ζωής.
3. Να κατανοήσουμε γιατί επιλέγουν να μην προχωρούν σε χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου.

Η μέθοδος που επιλέχθηκε είναι η βιογραφική – ερμηνευτική μέθοδος¹² με διενέργεια ατομικών συνεντεύξεων και ανάλυση βιογραφιών ζωής.¹³ Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη συλλογή στοιχείων από την ιστορία ζωής, όπου ο αφηγητής (ερωτώμενος) δομεί την

11 Η ομάδα Streetwork αποτελεί μια ομάδα εξωτερικής δουλειάς που προσεγγίζει χρήστες εξαρτητικών ουσιών στον «δικό» τους χώρο, το δρόμο, όπου κινούνται, συναλλάσσονται επαγγελματικά ή επιβιώνουν στα όρια του κοινωνικού συστήματος. Βασικότερος στόχος και μέλημα της ομάδας, είναι η δημιουργία προσωπικής σχέσης με τους ανθρώπους που προσεγγίζουν, οι οποίοι είναι χρήστες υψηλού κινδύνου, όσον αφορά σε θέματα υγείας και επιβίωσης, περιθωριοποιημένα γενικά άτομα που έχουν άμεση σχέση με την χρήση εξαρτητικών ουσιών (άστεγοι, πόρνες, διεμφυλικοί, πρόσφατα αποφυλακισμένοι), εξαρτημένα από ουσίες άτομα που επιθυμούν θεραπεία αλλά δεν ξέρουν που μπορούν να απευθυνθούν καθώς και χρήστες που δεν έχουν εκφράσει συγκεκριμένη επιθυμία ή αίτημα για αλλαγή, αλλά έχουν έντονη ανάγκη ανθρώπινης επαφής και συναισθηματικής υποστήριξης.

12 Θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να σώσουμε στην καθηγήτρια Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ, κα Έλλη Ιωαννίδου η οποία στάθηκε αφορμή να επιλέξουμε τη συγκεκριμένη ερευνητική μέθοδο και είχε τη γενική εποπτεία του όλου εγχειρήματος, καθώς και στην κα Κατερίνα Βασιλικού, εξωτερική συνεργάτη της ΕΣΔΥ για το ενδιαφέρον που έδειξε από την πρώτη στιγμή.

13 Για ένα πληρέστερο ιστορικό καθώς και μία εκτενή παρουσίαση της βιογραφικής προσέγγισης στην ελληνόφωνη βιβλιογραφία, βλ. Θανοπούλου, Πετρονάτη (1987) και Σαββάκης (2003 σ.65-87). Για τη χρήση της βιογραφίας από τη σχολή του Σικάγο, βλ. την παρουσίαση του Rineff (1990, κεφ. 2 και 3)

πορεία ζωής του σύμφωνα με τις δικές του αναφορές.¹⁴ Αυτές οι αφηγήσεις ζωής, λοιπόν, δεν αποτελούν ασύνδετες υποκειμενικές βιογραφικές διαδρομές, αλλά όπως μας λέει και ο Σαββάκης, συνθέτουν ένα είδος αντικειμενικού κοινωνικού βιώματος μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας.¹⁵ Στην περίπτωση μας, της ομάδας των διεμφυλικών.

Να σημειωθεί ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή των συμμετεχόντων ήταν η εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα, καθώς επίσης ότι οι ερευνητές εξασφάλισαν την ανωνυμία και κατόπιν τη συναίνεση του αφηγητή στη χρήση μαγνητοφώνου. Οι συμμετέχοντες λοιπόν ήταν άτομα διεμφυλικά, τα οποία ασκούν πορνεία στην Αθήνα. Ολοκληρώθηκαν συνολικά επτά συνεντεύξεις και ο μέσος χρόνος διάρκειας των συνεντεύξεων ήταν 60 λεπτά. Οι ερευνητές ήρθαν αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες στην προσπάθεια διενέργειας των συνεντεύξεων. Οι δυσκολίες αφορούσαν κυρίως τα ραντεβού κατά τις νυχτερινές εξορμήσεις και τη μη εμφάνιση των ατόμων το πρωί. Υπήρχαν εξαιρετικές δυσκολίες στην επικοινωνία κατά τη διάρκεια της ημέρας με αποτέλεσμα την αναξιοπιστία σε πολλές περιπτώσεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την χρονική παράταση της έρευνας στο στάδιο της ανεύρεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα¹⁶.

Το γεγονός ότι ο πληθυσμός των υπό μελέτη διεμφυλικών είναι αρκετά περιορισμένος και ο κίνδυνος ταυτοποίησης κάποιων ατόμων ιδιαίτερα σοβαρός, μας οδήγησαν στο να χρησιμοποιήσουμε στοιχεία από όλες τις βιογραφίες ζωής, αλλάζοντας αρκετά τα προσωπικά στοιχεία των ατόμων για την αποφυγή τέτοιου είδους ταυτίσεων.

Ωστόσο, η βιογραφία που επιλέχθηκε και αναλύθηκε ήταν της Ραφαέλας.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εδώ εξετάζονται τα γεγονότα με τη χρονολογική τους σειρά και, για κάθε σταθμό στη ζωή του αφηγητή, επιδιώκεται, μέσα από τη δημιουργία υποθέσεων, να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα: πως το συγκεκριμένο γεγονός έχει βιωθεί στη συγκεκριμένη ηλικία, πως σχετίζεται με την προσωπική ανάπτυξη, ποια η συμβολή του οικογενεια-

14 Χαρακτηριστικές περιπτώσεις αξιοποίησης ερευνητικά της βιογραφικής μεθόδου στη χώρα μας, αποτελούν οι εργασίες: α) της Χ. Ιγγλέση (1990) η οποία μελέτησε τις διαδικασίες φεμινιστικής συνειδητοποίησης και πρακτικής, β) του Ν. Χρηστάκη (1994), ο οποίος διερεύνησε τους τρόπους σύστασης της μουσικο-κοινωνικής ταυτότητας νεαρών μελών συγκροτημάτων της ανεξάρτητης ροκ σκηνής και αργότερα (2002) των μοτοσικλετιστών, καθώς και γ) του Μ. Τζανάκη (2012), ο οποίος αξιοποίησε «επώδυνες» αφηγήσεις ζωής για να μελετήσει την εμπειρία της ψυχικής ασθένειας, τη σταδιοδρομία στους ψυχιατρικούς θεσμούς και τους μετασηματισμούς του εαυτού που την συνοδεύουν.

15 Βλ. Σαββάκης, 2006, σ.48.

16 Οι συνεντεύξεις και οι απομαγνητοφωνήσεις του υλικού εκτός των δύο συγγραφέων διενεργήθηκαν από τους Δημήτρη Παπαδημητρίου, Θανάση Σόλια, Πωλίνα Πάτση και Ελένη Μαρίνη, προσωπικό της ομάδας Streetwork. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε να δώσουμε στους Παναγιώτη Σαϊβανίδη (Υπεύθυνο της Κινητής Μονάδας Streetwork), Μυρτώ Παπαδοπούλου και Ιορδάνη Περτετσόγλου καθώς και όλο το προσωπικό της ομάδας Streetwork για τις γόνιμες συζητήσεις και τη γενικότερη συμβολή τους στην έρευνα. Τέλος, να ευχαριστήσουμε τη γραμματεία και το προσωπικό από το λογιστήριο του ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ (Φρατζέσκα Βολτή, Μαρία Καραπάνου) για τη συμμετοχή τους στις ομάδες εργασίας.

κού περιβάλλοντος, αν ληφθούν υπόψη η χρονική περίοδος και το κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίχθηκε το γεγονός που αναλύεται. Οι υποθέσεις πρέπει να είναι αρκετές, όσες είναι δυνατόν να διατυπωθούν με τα δεδομένα βιογραφικά στοιχεία και για κάθε υπόθεση, όπου είναι εφικτό, να υπάρχει και η «αντι-υπόθεση», εκείνη δηλαδή που να ισχυρίζεται το αντίθετο ακριβώς. Στη συνέχεια, εντοπίζονται ποιες υποθέσεις επιβεβαιώνονται και ποιες απορρίπτονται τελικά σύμφωνα με τα πραγματικά γεγονότα που ακολουθούν. Οι υποθέσεις που αρχικά απορρίπτονται μπορεί σε ένα μεθεπόμενο στάδιο να επιβεβαιωθούν, για αυτό το λόγο μέχρι το τέλος της ανάλυσης, όλες οι υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί λαμβάνονται υπόψη. Τελικά, το σημαντικό ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί μέσα από αυτή την ανάλυση είναι το ακόλουθο: πως αυτά τα γεγονότα διαμόρφωσαν την πραγματική ζωή (lived life) του αφηγητή και όχι αυτή που ο ίδιος αφηγείται (told life).¹⁷

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του πως ο ερευνητής κατασκευάζει μια υπόθεση είναι η παρακάτω:

Βασιζόμενοι στο γεγονός ότι η Ραφαέλα μεγάλωσε σε ένα περιβάλλον όπου περνούσε τον περισσότερο χρόνο της με παππούδες και γιαγιάδες, οι οποίοι δεν της χαλούσαν χατίρι, υποθέτουμε ότι θα μεγαλώσει ως ένα κακομαθημένο παιδί, το οποίο μαθαίνει να έχει αυτό που επιθυμεί όταν το θέλει. Μια αντίθετη υπόθεση που μπορεί να γίνει είναι ότι θα μεγαλώσει ως ένα κλειστό παιδί με το παράπονο ότι οι γονείς του το έχουν παρατήσει στους παππούδες και τις γιαγιάδες.

Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, έγιναν διάφορες υποθέσεις στηριζόμενοι στα στοιχεία της αφήγησης που δεν έτυχαν ερμηνείας από τον αφηγητή. Η πορεία της αφήγησης επιβεβαίωσε κάποιες από αυτές τις υποθέσεις και απέρριψε τις υπόλοιπες.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΑΥΤΟΥ

1. Η Ραφαέλα πιθανόν θα παρουσιάσει τη ζωή της με έναν τρόπο που θα καταδεικνύει τα αρνητικά γεγονότα.
2. Πιθανώς, θα περιγράψει τη ζωή της με επίκεντρο τον εαυτό της και το τι έχει καταφέρει παρά τις αντίξοες, κατά την ίδια, συνθήκες που μεγάλωσε.
3. Θα παρουσιάσει τη ζωή της ως θύμα τόσο της οικογένειας όσο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
4. Θα παρουσιάζει τη ζωή της, καταλογίζοντας ευθύνες για τον τρόπο που ζει τώρα.
5. Θα παρουσιάζει τη ζωή της μοιρολατρικά, ως ότι τα πράγματα έρχονται στη ζωή της σαν να μην τα ορίζει η ίδια.

17 Βλ. Ιωαννίδη Ε., Βασιλικού Κ., Σημειώσεις, ΕΣΔΥ.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η Ραφαέλα ξεκινά την αφήγησή της με τα ανέμελα παιδικά της χρόνια και πόσο χαιρόταν που περνούσε αρκετό χρόνο με κοντινούς συγγενείς παρά με τους γονείς της. Καθώς αναφέρει ότι από πολύ μικρή ηλικία είχε εμφανή θηλυκά χαρακτηριστικά περιγράφει δύσκολες καταστάσεις στο σχολείο, στην οικογένεια αλλά και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο. Όλα αυτά τα προβλήματα και η άσχημη αντιμετώπιση που είχε λόγω της εξωτερικής της εμφάνισης, της δημιουργούσαν έντονα το αίσθημα της φυγής, ιδίως από το πατρικό σπίτι.

Η στρατιωτική θητεία παρουσιάζεται ως μια εμπειρία μάλλον αμφιλεγόμενη, που άλλοτε αντιμετώπιζε ρατσιστικές έως εξευτελιστικές καταστάσεις άλλοτε πάλι καλύτερη και ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Πλέον, παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισε, περιγράφει την εμπειρία της θητείας της σημαντική για τη μετέπειτα ζωή της.

Μετά την περίοδο του στρατού και αφού νιώθει πιο σίγουρη για την εμφάνιση της, συναναστρέφεται με διεμφυλικούς και αρχίζει να συνειδητοποιεί πως μάλλον σε αυτήν την κατηγορία ανήκει, τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε επίπεδο εμφάνισης.

Παρά τη σημαντική αυτή συνειδητοποίηση, κατά την ίδια, δε βρήκε συμμάχους στο πλευρό της, τους γονείς της, και έκτοτε οι σχέσεις τους περιγράφονται τεταμένες και στην ουσία η ίδια νιώθει ότι εγκαταλείφτηκε στη μοίρα της. Σαφώς, παρά τη σιγουριά της Ραφαέλας ότι έτσι πλέον θέλει να είναι η ζωή της (ως επιλογή φύλου) και την μεγάλη επιθυμία της να προχωρήσει σε εγχείρηση αλλαγής φύλου δεν κατάφερε να το κάνει τόσο για οικονομικούς όσο και ψυχολογικούς λόγους.

Κατόπιν, η Ραφαέλα αναφέρεται στη ζωή στο πεζοδρόμιο και την περιγράφει ως τη μόνη επιλογή που είχε μετά την εγκατάλειψη από τους δικούς της ανθρώπους. Τους θεωρεί αποκλειστικά υπεύθυνους για την απόφασή της να εκδίδεται καθώς δεν είχε κανενός είδους βοήθεια από αυτούς.

Στο τελευταίο μέρος της αφήγησής της, αναφέρεται αποκλειστικά στη δύσκολη δουλειά στο πεζοδρόμιο. Αυτήν θεωρεί ως την μόνη επιλογή που είχε και κατηγορεί ανοικτά για αυτό τόσο τους γονείς της όσο και το κοινωνικό σύνολο και το κράτος εν γένει.

Όταν της ζητήθηκε να μιλήσει παραπάνω για την προσωπική της ζωή αναφέρθηκε στις σεξουαλικές εμπειρίες που είχε και τις ερωτικές σχέσεις. Οι πρώτες περιγράφονται πιο τραυματικές και η ίδια θεωρεί τον εαυτό της θύμα σε αυτές, ενώ οι δεύτερες περιγράφονται με πιο πολύ συναίσθημα αλλά και πίκρα καθώς με τις επιλογές της ζωής της είναι δύσκολο να μιλά για έρωτα.

ΕΠΑΝΑΔΟΜΗΣΗ

Η πορεία ζωής της Ραφαέλας φαίνεται πως έχει επηρεαστεί αρκετά από τη σχέση αποδοχής – απόρριψης τόσο από τους γονείς της όσο και από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Οι γονείς της δεν αποδέχθηκαν ποτέ τη θηλυκή της ταυτότητα και προσπάθησαν να αποτρέψουν με κάθε τρόπο την πορεία αυτή της ζωής της:

«...γιατί πίστευαν (οι γονείς) θα έχω αρνητική, ότι βγάζω αρνητική συμπεριφορά... γιατί είχα εμφανίσει τάσεις ομοφυλοφιλίας ή τρανσβεστισμού...και με έλεγαν

πούστη...ήταν άσχημες εποχές τότε, η λέξη πούστης δεν ακουγόταν όπως τώρα...».

Αυτό φαίνεται να είναι και το κεντρικό ζήτημα της ζωής της. Η αποδοχή της ομοφυλοφιλίας ή της επιλογής του θηλυκού φύλου, σε όλες τις εκφάνσεις στη ζωή της. Όπως λέει και η ίδια:

«...είχα πολύ κακή αντιμετώπιση από τα παιδιά και στο σχολείο...δεν μπορούσε κανείς να συνηθίσει ότι έμοιαζα με κορίτσι...έβλεπα τον κόσμο να αναρωτιέται τι είναι αυτό τώρα και τέτοια...έκρυβα την αλήθεια...ντρεπόμουν...».

Επίσης, φαίνεται πως αυτή η επιλογή ήρθε ως κάτι *έμφυτο* στη ζωή της καθώς συνέβη από πολύ μικρή ηλικία. Χαρακτηριστικά λέει και η ίδια:

«...το' χα από πολύ μικρή γιατί έμοιαζα σαν κοριτσάκι...από μικρό ήμουν διαφορετικό σαν παιδί...σαν να γεννήθηκα έτσι...».

Μέσα από την αφήγηση της Ραφαέλας γίνεται αντιληπτό ότι η κύρια προσπάθεια της ζωής της ήταν η αλλαγή της εικόνας του εαυτού της η οποία θα γινόταν εφικτή μέσω της αλλαγής φύλου και η αποδοχή αυτής της επιλογής από την οικογένεια και τους γύρω της. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά:

«...να κάνω μια αλλαγή την οποία ήθελα πάντα από μικρό παιδί, να κάνω αυτό που είμαι και σήμερα...ήθελα βέβαια να κάνω...το μόνο πράγμα που δεν έκανα και έχω μετανιώσει, είναι που δεν έκανα αλλαγή φύλου...».

Η Ραφαέλα θεωρεί ότι η επιλογή της να βγει στο πεζοδρόμιο ήταν αναγκαστική λόγω της απόρριψης των γονέων. Το περιγράφει σαν ένα μονόδρομο που όχι μόνο δεν παίρνει ικανοποίηση αλλά της δημιουργεί και πλειάδα ψυχολογικών προβλημάτων:

«έκανα τα πάντα για να αποτρέψω να βγω στο δρόμο, δεν είχα τέτοιες τάσεις...την πορνεία την ξεκίνησα στα 22...έπρεπε να ζήσω κάπως και άρχισα αυτό το πράγμα...δηλαδή είναι μεγάλο τίμημα αυτό που πληρώνεις... είμαι αναγκασμένη, να, μια τώρα σαράντα τόσο χρονών για να βγαίνω για να βγάλω τα καθημερινά μου έξοδα, τα έξοδα του μήνα...».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στοιχεία θηλυπρέπειας από μικρή ηλικία

Ένα κοινό στοιχείο που προέκυψε από όλες σχεδόν τις συνεντεύξεις είναι πως οι ερωτώμενοι περιγράφουν τον εαυτό τους από πολύ μικρή ηλικία να αισθάνονται πιο άνετα υποδύομενοι το ρόλο του άλλου φύλου και να νιώθουν ότι έχουν έντονα θηλυκά στοιχεία.

Το στοιχείο αυτό συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με την αιτιολογία του τρανσσεξουαλισμού. Ειδικότερα, πρόσφατες έρευνες προτείνουν ισχυρές νευροβιολογικές απαρχές στην διεμφυλικότητα. Πιο συγκεκριμένα, κάτι φαίνεται να συμβαίνει κατά την ανάπτυξη του ΚΝΣ του εμβρύου μέσα στη μήτρα, ώστε το παιδί παραμένει με μια έμφυτη ισχυρή διεμφυλική αντίληψη του σώματος και ανάλογα συναισθήματα. Αν και δεν έχει βρεθεί ακόμη ο τρόπος που γίνεται αυτό, η νευροβιολογική κατεύθυνση αυτής της ανακάλυψης είναι πολύ ισχυρή. Την υπόθεση αυτή ενισχύουν δύο έρευνες που διενεργήθηκαν το 1995 (*NATURE*, 378: p. 60-70) και το Μάιο του 2000 αντίστοιχα (*The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, p. 2034-2041), οι οποίες υπο-

δεικνύουν ότι η διεμφυλικότητα μπορεί να οφείλεται σε έναν αυξημένο θηλυκό προσανατολισμό του αρσενικού φύλου.

Είναι αλήθεια πως οι διεμφυλικοί αντιλαμβάνονται τις διαφορές του φύλου τους από μικρή ηλικία. Ειδικά τα διεμφυλικά παιδιά ταυτοποιούνται σε μεγάλο βαθμό με το άλλο φύλο, συχνά από την ηλικία των 2-3. Τα παιδιά αυτά έχουν έντονη την αίσθηση της έλλειψης του τι είναι και έχουν την αίσθηση ότι έχουν γεννηθεί σε ένα λάθος σώμα. Συχνά αντιμετωπίζουν καταθλιπτικά και αγχώδη συναισθήματα, όχι για το ότι είναι διεμφυλικά αλλά γιατί το οικογενειακό τους περιβάλλον δεν τους καταλαβαίνει και πασχίζει να τα αλλάξει. Έτσι, μεγαλώνοντας αυτά τα παιδιά όταν θα έχουν αναπτυχθεί και τα σεξουαλικά τους αισθήματα δεν επιθυμούν να κάνουν σεξ με ανθρώπους του ίδιου φύλου αλλά θεωρούν ότι οι ίδιοι είναι το άλλο φύλο-το θηλυκό εν προκειμένω-και αναζητούν παράλληλα και την αγάπη των αγοριών.

Πολλοί γονείς ενοχοποιούνται ότι φταίνει που τα παιδιά τους είναι διεμφυλικά είτε επειδή θεωρούν ότι κάτι δεν έκαναν σωστά, είτε διότι επιθυμούσαν να έχουν παιδί άλλου φύλου. Στην ουσία δεν συμβαίνει κάτι από όλα αυτά, αλλά μάλλον τα παιδιά αυτά γεννιούνται με αυτήν την «προδιάθεση». Οι γονείς προσπαθούν με κάθε τρόπο να αποτρέψουν αυτήν την πορεία ζωής των παιδιών τους και πολλές φορές δημιουργούνται συγκρουσιακές σχέσεις και καταστάσεις-μπορεί και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Το στοιχείο αυτό που προκύπτει από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται καθαρά και σε έντονο βαθμό και στην βιογραφία της Ραφαέλας.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι στις οικογένειες που οι γονείς πιέζουν τα παιδιά τους να συμμορφωθούν με το εγγενές φύλο τους, τα παιδιά αυτά σε νεαρή ηλικία παρουσιάζουν συχνότερα καταθλιπτικά συναισθήματα, έχουν περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας ή να κάνουν χρήση παράνομων ουσιών και δυο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό HIV, από εκείνα τα παιδιά που δεν πιέζονται να συμμορφωθούν με το φύλο που γεννήθηκαν. Το στοιχείο αυτό που προκύπτει από τη βιβλιογραφία μπορεί να σχετιστεί με την ριψοκίνδυνη ζωή που κάνουν τα άτομα αυτά κατά την ενήλικη ζωή τους (πορνεία, χρήση παράνομων ουσιών, ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα κλπ).

Στιγματισμός

Ο πληθυσμός των διεμφυλικών βιώνει υψηλά επίπεδα διάκρισης και στιγματισμού σε διαφορετικούς κοινωνικούς χώρους, όπως στην εργασία, στις υπηρεσίες υγείας, στην εκπαίδευση, στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης, ακόμη και μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον.¹⁸ Στιγματισμός που έχει τις ρίζες του στον σεξισμό και τα στερεότυπα του φύλου.¹⁹ Αυτή καθαυτή η ταυτότητα ή η εκφραζόμενη συμπεριφορά που σχετίζεται με το φύλο για τους διεμφυλικούς αποτελούν από μόνα τους αιτίες στιγματισμού, για τον λόγο ότι διαφέρουν από τα στερεοτυπικά πρότυπα του φύλου όπως αυτά ορίζονται από τις κοινωνίες.²⁰ Συμπληρωματικά, όπως διαπιστώνει και η Αμερικανική Ένωση Ψυχολόγων, δεν είναι λίγες οι φορές που οι διεμφυλικοί μένουν με την απο-

18 Βλ. National Transgender Discrimination Survey, 2011.

19 Βλ. Currah P. et al., (2000), p. 8.

20 Βλ. Currah P. et al., (2000) p. 4.

ρία εάν στιγματίζονται εξαιτίας της ταυτότητας του φύλου τους ή εξαιτίας του πώς εκφράζουν την ταυτότητα αυτή στην καθημερινότητά τους.²¹

Οι διεμφυλικοί, ως μέλη μιας μειονοτικής ομάδας, όσον αφορά την ταυτότητα του φύλου τους, με μικρότερη κοινωνική αποδοχή από τις αντίστοιχες ομάδες των ανδρών ομοφυλόφιλων (gay), των αντίστοιχων γυναικών (lesbian), καθώς και των αμφιφυλόφιλων (bisexual) βιώνουν έντονο κοινωνικό στιγματισμό, που συχνά οδηγεί στην απομόνωση, τη ντροπή και το φόβο.

Μια σχετική έρευνα που χρησιμοποίησε βιογραφίες και ανέλυσε τις πορείες ζωής 571 διεμφυλικών στη Νέα Υόρκη κατέληξε στο ότι το να φέρει κάποιο άτομο την ταυτότητα του διεμφυλικού έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πνευματική του υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η ιδιαιτερότητα της ταυτότητας του φύλου των διεμφυλικών που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς και η αποκάλυψη αυτής της ταυτότητας στις διάφορες κοινωνικές και προσωπικές συναναστροφές τους έδειξε να αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου και να σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη.²²

Επιπρόσθετα, μια μεγάλου εύρους ερευνητική δουλειά του Εθνικού Κέντρου για την Ισότητα των Διαφυλικών στις ΗΠΑ, εμφάνισε ένα ποσοστό της τάξης του 41%, όσον αφορά τους διεμφυλικούς που ανέφεραν αυτοκτονική συμπεριφορά είτε επειδή έχασαν τη δουλειά τους, είτε επειδή έπεσαν θύματα σεξουαλικής ή σωματικής βίας, έναντι του 1,6 του γενικού πληθυσμού.²³ Επίσης, μόλις το 4% του δείγματος δήλωσε ότι αποκάλυψε την ιδιαιτερότητα του φύλου του στο εργασιακό, το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του, εξαιτίας του κινδύνου να στιγματιστεί.²⁴

Η διεθνής εμπειρία πλαισιώνει με τον καλύτερο τρόπο τις αφηγήσεις ζωής τόσο της Ραφαέλας, όσο και των άλλων συμμετεχόντων, στο κομμάτι που αφορά το στίγμα που βιώνουν οι διεμφυλικοί από τη ελληνική κοινωνία. Στη βιογραφία της Ραφαέλας είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς την διαφορετική αντιμετώπιση που είχε από τους συμμαθητές, τους δασκάλους της, όπως και τα μέλη της οικογενείας της. Στις άλλες πορείες ζωής φαίνεται καθαρά η προσπάθεια να μην αποκαλυφθεί η ταυτότητα του διεμφυλικού στο εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του, υπό τον φόβο της ανεργίας και της κοινωνικής απομόνωσης. Αυτού του είδους η περιθωριοποίηση μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες στην πνευματική και σωματική υγεία του ατόμου και χρήζει, σαφώς, περαιτέρω διερεύνησης.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι στο μυαλό πολλών ανθρώπων επικρατεί η άποψη ότι οι διεμφυλικοί προκάλεσαν την παγκόσμια επιδημία του ιού HIV, κουβέντα που πρωτοξεκίνησε τη δεκαετία του '80 και ταυτίζεται με την εμφάνιση του ιού παγκοσμίως. Η ομοφυλοφοβία φαίνεται ότι επεκτείνεται και στον πληθυσμό των διεμφυλικών με συνέπειες τόσο τον περαιτέρω στιγματισμό τους, όσο και την αδυναμία ύπαρξης μιας αποτελεσματικής απάντησης κατά του HIV ανάμεσα στον πληθυσμό των

21 Βλ. *Answers to Your Questions about transgender people, gender, identity and gender expression*, American Psychological Association.

22 Βλ. Nuttbrock L. et al., (2011), p. 91-103.

23 Βλ. Grant J. et al., (2011)

24 Βλ. Grant J. et al., ο.π

ομοφυλόφιλων, στους τομείς πρόληψης και θεραπείας. Τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν υψηλά ποσοστά μόλυνσης από τον ιό στους άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες, καθώς και πολλά περιστατικά σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου από τρανς στις ΗΠΑ.²⁵

Η προσπάθεια για αλλαγή του φύλου

Ένα άλλο στοιχείο που προκύπτει τόσο από την βιογραφία της Ραφαέλας όσο και από τις άλλες συνεντεύξεις είναι η επιθυμία τους να προχωρήσουν σε αλλαγή φύλου, κάτι που εν τέλει καμία δεν το καταφέρνει.

Το γεγονός ότι πολλά διεμφυλικά άτομα δε νιώθουν καλά με το σώμα τους και θέλουν να αλλάξουν κάνοντας αυτή τη μετάβαση στο άλλο φύλο μένει τις περισσότερες φορές σε ένα πιο αφηρημένο στάδιο σκέψης. Οι λόγοι που αναφέρουν είναι πολλοί και συνάδουν με όσα περιγράφονται και στην σχετική διεθνή βιβλιογραφία.

Μερικοί ανασταλτικοί παράγοντες του να πάρουν αυτήν την απόφαση μπορεί να είναι οι ακόλουθοι: αυτές οι εγχειρήσεις γίνονται κυρίως στο εξωτερικό, κοστίζουν συνήθως μεγάλα χρηματικά ποσά και δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον, φοβούνται τις τυχούσες ιατρικές επιπλοκές ή νευρολογικές καταστροφές που μπορεί να έχει μια τέτοια επέμβαση. Πολλοί υποστηρίζουν, για παράδειγμα, ότι μια ενδεχόμενη αλλαγή φύλου θα τους στερήσει την αίσθηση του σεξουαλικού οργασμού.

Από την άλλη, πολλοί από εκείνους που προχωρούν στην αλλαγή φύλου μπορεί να το μετανιώσουν αργότερα στη ζωή τους. Αυτό κυρίως οφείλεται στη μη υποστήριξη από συγγενείς και φίλους. Σε μια ανασκόπηση στην ανάλογη ιατρική βιβλιογραφία φαίνεται πως το ποσοστό αυτών που έχουν μετανιώσει για την αλλαγή ανέρχεται στο 8%.

Εξάλλου, αξίζει να σημειώσουμε ότι η εγχείρηση για την αλλαγή φύλου προϋποθέτει ψυχοθεραπεία αρκετό διάστημα πριν πραγματοποιηθεί, ώστε να αποφευχθούν όσο το δυνατό τέτοιες καταστάσεις.

Τέλος, οι διεμφυλικοί που εκδίδονται –και αποτελούν και το δείγμα μας– θεωρούν πως από τη στιγμή που προχωρήσουν στην επέμβαση αλλαγής φύλου δε θα εργάζονται σε μεγάλο βαθμό, διότι οι πελάτες τις προτιμούν και τις επιλέγουν εξαιτίας της ύπαρξης αντρικού μορίου.

Εν τούτοις, ακόμη κι αν δεν προχωρούν στην επέμβαση οι περισσότεροι κάνουν θεραπείες με ορμόνες, βάζουν σιλικόνη, βάζουν ψεύτικα μαλλιά, για να αναδεικνύουν όσο περισσότερο τα θηλυκά στοιχεία τους.

Η πορνεία ως η μόνη επαγγελματική «επιλογή»

Η Ραφαέλα αναφέρει την πορνεία ως μονόδρομο στη ζωή της και ως μια μη ευχάριστη καταναγκαστική εργασία. Το ίδιο παρατηρείται και στις υπόλοιπες συνεντεύξεις. Η αίσθηση αυτή των ερωτωμένων στο δείγμα μας συνάδει με την κατάσταση που αντιμετωπίζουν διεθνώς τα διεμφυλικά άτομα αναφορικά με αυτήν την επαγγελματική επιλογή.

25 Βλ. Mitchell M & Howard Ch., (2001), p.56.

Ειδικότερα, στις περισσότερες κοινωνίες του κόσμου τα διεμφυλικά άτομα αναγνωρίζονται νομικά, ζουν και λειτουργούν με τη νέα τους ταυτότητα, ενώ στις περιπτώσεις όπου δεν έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση, το εργασιακό τους δικαίωμα δεν κατοχυρώνεται και δεν προστατεύεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εξώθησή τους στην πορνεία, ώστε να εξασφαλίσουν το βιοπορισμό τους.²⁶ Αντίθετα, σε κάποια κράτη (όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Βραζιλία), τα διεμφυλικά άτομα έχουν υπό προϋποθέσεις την δυνατότητα αλλαγής των εγγράφων τους, χωρίς να έχει επέλθει χειρουργική επέμβαση.

Οι διακρίσεις στον επαγγελματικό τομέα στα διεμφυλικά άτομα είναι πολύ μεγάλος και αρκετοί απολύονται ή οδηγούνται σε εθελούσια έξοδο από την εργασία όταν αποφασίζουν να αυτοπαρουσιάζονται με το φύλο που επιλέγουν. Γι' αυτό πολλοί όταν αποφασίζουν να κάνουν αυτή την αλλαγή -όχι απαραίτητα χειρουργικά- μπαίνουν στην διαδικασία να αναζητήσουν αλλού εργασία, φοβούμενοι την αντίδραση των συναδέλφων τους. Αυτή βέβαια η μεταβατική φάση καθιστά πολύ δύσκολη την αναζήτηση εργασίας. Τα διεμφυλικά άτομα που μιλούν ανοιχτά για την ταυτότητα του φύλου τους στον χώρο εργασίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύματα παρενόχλησης από τους συναδέλφους τους και να αναγκαστούν να αλλάξουν εργασία.

Η εγκατάλειψη από την οικογένεια, αποτελεί έναν λόγο που οι πιο πολλοί διεμφυλικοί οδηγούνται στην πορνεία. Δεν έχουν χρήματα και οι δεξιότητες, η ηλικία και ο σεξουαλικός τους προσανατολισμός τους αφήνει ελάχιστες διεξόδους για εξασφάλιση της οικονομικής τους αυτονομίας (Kulick, 1997 και 1998). Στην καλύτερη περίπτωση μπορεί να απασχοληθούν ως οικιακοί βοηθοί ή σε καταστήματα ομορφιάς, όμως σύντομα συνειδητοποιούν από τις μεγαλύτερες σε ηλικία τρανς ότι ο τρόπος για να βγάλουν περισσότερα χρήματα είναι να εκδίδονται. Πέραν αυτού, σε έναν τέτοιο κύκλο γίνονται περισσότερο αποδεκτές σε μια κοινωνική ομάδα που ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους, σε έναν κόσμο όπου οι υπόλοιπες ομάδες είναι εχθρικές προς αυτές. Οι γηραιότερες τρανς θα διδάξουν στις νεότερες πώς να κερδίζουν περισσότερα χρήματα, μέσα από την πορνεία, καθώς και πώς να γίνουν πιο ελκυστικές στους άντρες ώστε να νιώθουν πιο ασφαλείς και να βγάζουν περισσότερα.

Η πορνεία από την άλλη τις κάνει να κερδίζουν αρκετά χρήματα αλλά και να είναι αρεστές στους άντρες, ειδικά σε ένα κόσμο που αντιμετωπίζονται μέσω διακρίσεων και βίας, σωματικής και λεκτικής.

Ένα άλλο πλεονέκτημα της πορνείας, όπως προαναφέρθηκε είναι η οικονομική ανεξαρτησία. Αυτό τις βοηθά στις σχέσεις τους με τους άντρες, καθώς συνήθως σχετίζονται με φτωχούς και αδύναμους άντρες και έτσι τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν το πάνω χέρι στη σχέση, καθώς και να έχουν κάποιον άλλο να εξαρτάται από αυτές καλύτερα από την ανασφάλειά τους ενίοτε.

26 Βλ. Bockting et al. 1998, p. 514.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι αρχικές προσδοκίες για ομολογία από την πλευρά των συμμετεχόντων στην έρευνα για την ύπαρξη ενός παρακινδυνευμένου τρόπου ζωής (χρήση ουσιών, κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV καθώς και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κλπ) με στόχο μια πιο αποτελεσματική παρέμβαση της ομάδας street work στον εν λόγω πληθυσμό, δεν επιβεβαιώθηκαν. Οι ερωτώμενοι επέλεξαν να κατευθύνουν την κουβέντα γύρω από θέματα στιγματισμού, οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων καθώς και επαγγελματικών αναγκών. Μια σχετικά ασφαλής ερμηνεία γι' αυτό είναι ότι η περιστασιακή χρήση διεγερτικών-κυρίως-ουσιών αποτελεί «εργαλείο» της δουλειάς τους και για το λόγο αυτό δεν αυτοχαρακτηρίζονται ως προβληματικοί χρήστες. Πολλοί από τους διεμφυλικούς που εκδίδονται θεωρούν ότι η περιστασιακή χρήση, ειδικά της κοκαΐνης, βοηθάει τόσο τις ίδιες όσο και τους πελάτες να «χαλαρώνουν» και να δουλεύουν περισσότερο. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι υπάρχει φόβος τόσο στην αποκάλυψη όσο και στην αποδοχή του χαρακτηρισμού ως «χρήστη παράνομων ουσιών», ειδικά σε ένα τόσο μικρό πληθυσμό ατόμων που είναι δεδομένη η σχέση μεταξύ τους και άρα ο φόβος μη χαρακτηριστούν αρνητικά από τους υπόλοιπους. Κάτι τέτοιο ενδέχεται να τους στιγματίσει και να τους βλάψει εργασιακά (π.χ. αν κάποια αποδεχτεί ότι κάνει χρήση ουσιών μπορεί να μην την προτιμούν οι πελάτες επειδή φοβούνται). Τέλος, ίσως οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα να θεώρησαν ότι είναι ευκαιρία μέσα από αυτήν την συμμετοχή τους, να καταδείξουν αυτά που οι ίδιοι θεωρούν προβλήματα και να «ακουστούν» γι' αυτά με την ελπίδα να αλλάξει κάτι στην καθημερινότητά τους. Στα προβλήματα αυτά δεν κατατάσσεται προφανώς η χρήση ουσιών καθώς δε θεωρείται πρωτεύον θέμα όπως είναι η έλλειψη εργασίας άρα και οικονομικής ανέχειας, ο ρατσισμός και η μοναξιά που βιώνουν.

Ωστόσο, η φύση της εργασίας τους και η –υψηλού κινδύνου- ζωή τους εν γένει καθιστά τους διεμφυλικούς ιδιαίτερα ευάλωτους, αναφορικά με τη μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το HIV ειδικότερα.

Το ερευνητικό κενό που υπάρχει στον ελληνικό χώρο αναφορικά με τον ιδιαίτερο αυτό πληθυσμό των διεμφυλικών σίγουρα δεν καλύπτεται με την παρούσα εργασία. Ωστόσο, μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για την περαιτέρω διερεύνηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και αναγκών αυτής της ειδικής, από κοινωνιολογική και ερευνητική σκοπιά, πληθυσμιακής ομάδας. Χαρακτηριστικά όπως η γεωγραφική χαρτογράφηση των περιοχών που ζουν και εργάζονται οι ομάδες των τρανς, η κατανόηση της ποικιλομορφίας που επικρατεί ανάμεσα στον πληθυσμό των τρανς, όπως επίσης η εκτίμηση του μεγέθους του πληθυσμού τους. Τέτοιου είδους δεδομένα θα εμπλουτίσουν την επιστημονική γνώση πάνω στο θέμα και θα συμβάλουν στην αποφόρτιση και στον εκ νέου προσδιορισμό του όρου «διεμφυλικός».

Σύμφωνα με τα παραπάνω θεωρούμε ότι ο πληθυσμός των διεμφυλικών είναι ένας πληθυσμός με αρκετά προβλήματα που χρήζει υποστήριξης και συμβουλευτικής σε πολλά επίπεδα. Η ομάδα street work έχει καταφέρει να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων πράγμα που δεν γίνεται από κάποιο άλλο φορέα. Η υποστήριξη αφορά σε διάφορους τομείς τόσο στο πρόβλημα ή στην αποδοχή του προβλήματος της χρήσης ουσιών όσο και σε επίπεδο ιατρικής πρόληψης σε σχέση με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Από την έρευνα προκύπτει πως οι άνθρωποι αυτοί έχουν ανάγκη εντατικότερης ψυχολογικής υποστήριξης με σκοπό να

διαχειρίζονται τα φαινόμενα έντονου κοινωνικού ρατσισμού που βιώνουν καθώς και στο να καταφέρουν να αποδεχτούν και άρα να θεωρήσουν ως προβληματική την κατάχρηση παράνομων ουσιών.

Θεωρούμε πως σίγουρα αξίζει να συνεχίσει αυτή η προσπάθεια με τον εν λόγω πληθυσμό με πιο ειδικούς στόχους ή με εναλλακτικούς τρόπους. Μερικές προτάσεις που μπορεί να γίνουν είναι να δημιουργηθεί ένας χώρος-ως στέκι- υποδοχής αυτών ώστε να νιώθουν ότι ανήκουν κάπου και γίνονται αποδεκτοί ακόμη και τις ώρες που δεν εργάζονται με στόχο να περνούν κάποιες ώρες εκτός δουλειάς και να ενημερώνονται για διάφορα θέματα (ιατρικά, ουσίες, υπηρεσίες πρόνοιας κλπ). Στο πλαίσιο αυτό μπορεί να γίνει ομαδική δουλειά και μέσα από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση και σχέση να δημιουργηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης και υποστήριξης τόσο σε επίπεδο ειδικών όσο και αυτοβοήθειας.

Βιβλιογραφία Ελληνόγλωσση

- Θανοπούλου Μ. & Πετρονώτη Μ., (1987), «Βιογραφική προσέγγιση: μια άλλη πρόταση για την κοινωνιολογική θεώρηση της ανθρώπινης εμπειρίας», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 64, σ. 20-42
- Ιγγλέση, Χ., (1990), *Πρόσωπα Γυναικών, Προσωπεία της Συνείδησης*, Οδυσσέας
- Ιωαννίδη-Καπόλου Ε., Βασιλικού Κ., *Βιογραφικές μέθοδοι: Η περίπτωση της βιογραφικής-ερμηνευτικής μεθόδου*, Σημειώσεις, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Ιωαννίδη-Καπόλου Ε., *Κοινωνιολογική Έρευνα – Μέθοδοι και Τεχνικές*, Σημειώσεις μαθήματος: *Μεθοδολογία Έρευνας*, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Σαββάκης Μ., & Τζανάκης Μ., (2003), «Η Βιογραφική έρευνα ως εναλλακτικό ερευνητικό εγχείρημα και ως μεθοδολογικό διάβημα: Πλεονεκτήματα και όρια», *Δοκίμες*, τ.11-12, σ.65-87
- Σαββάκης Μ., & Τζανάκης Μ., (2006), «Βιογραφική Ρήξη και Ιδρυματισμός: Θεσμικές και Αφηγηματικές Διαστάσεις μιας Κοινωνικής Διαδικασίας», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 120 Β', σ. 37-64
- Τζανάκης μ, (2012), *Ψυχική ασθένεια και σύγχρονες πρακτικές του εαυτού - Μαρτυρίες ζωής*, Πεδίο
- Χρηστάκης Ν., (1994), *Μουσικές ταυτότητες. Αφηγήσεις ζωής μουσικών συγκροτημάτων της ελληνικής ανεξάρτητης σκηνής ροκ*, Αθήνα: Δελφίνι
- Χρηστάκης Ν., (2002), «Όρια του εαυτού και "οριακή" οδήγηση μοτοσικλέτας: Η ριψοκινδύνευση ως απάντηση στη διακινδύνευση», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 108-109 Β-Γ, σ. 37-64

Βιβλιογραφία Ξενόγλωσση

- Answers to Your Questions about transgender people, gender, identity and gender expression*", American Psychological Association.
- Barlow, P., (2003), *Speaking Out! Experiences of Lesbians, Gay Men, Bisexuals and Transgender People in Newham and Issues for Public Sector Service Providers*, London, Newham Council

- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press, p. 85
- Beyond Barriers (2002), "First Out... Report of the Findings of the Beyond Barriers - Survey of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People in Scotland", Glasgow
- Bockting W., Robinson B., Rosser B., (1998), "Transgender HIV prevention a qualitative needs assessment", *AIDS CARE*, vol.10, No 4., p. 505-526
- Brown, M.L. & Rounsley, C.A. (1996) *True Selves: Understanding Transsexualism - For Families, Friends, Coworkers, and Helping Professionals* Jossey-Bass: San Francisco
- Currah P., Minter S., Green J., (2000), *Transgender Equality: A Handbook for Activists and Policymakers*, Washington D.C: Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force
- "Focus – A Guide to AIDS Research and Counseling", Aids Health Project, v.23, n.2, Spring 2008
- Frank P. M. Kruijver, Jiang-Ning Zhou, Chris W. Pool, Michel A. Hofman, Louis J. G. Gooren, and Dick F. Swaab, (2000), "Male-to-Female Transsexuals Have Female Neuron Numbers in a Limbic Nucleus" *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, p. 2034-2041
- Grant J. et al., (2011), *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian task Force, Washington
- Ioannidi- Kapolou E., Mestheneos E., (2002) "Male Journeys into uncertainty" in: (eds.) Chamberlayne P., Rustin M., Wengraf T., *Biography and social exclusion in Europe. Experiences and life journeys*, The Policy Press, London
- Kozee, H. B., Tylka, T. L., & Bauerband, L. A. (2012). Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychology of Women Quarterly*, 36, 179-196.
- Kulick, Don., (1997), "The Gender of Brazilian Transgendered Prostitutes", *American Anthropologist*. 99.3, 574-85. Print
- Kulick, Don., (1998), "Travesti, Sex, Gender, and Culture Among Brazilian Transgendered Prostitutes", University Of Chicago Press
- Lawrence, A. A., (2003), Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 299-315.
- Lawrence, A. A. (2008), Male-to-female transsexual subtypes: Sexual arousal with cross-dressing and physical measurements [Letter to the editor]. *Psychiatry Research*, 157, 319-320.
- Mestheneos E., Ioannidi- Kapolou E., (2002) "Gender and Family in the development of Greek state and society" in: (eds.) Chamberlayne P., Rustin M., Wengraf T., *Biography and social exclusion in Europe. Experiences and life journeys*, The Policy Press, London
- Mitchell M. and Howarth Ch., (2009), *Trans research review*, Equality and Human Rights Commission, Research report 27
- Nuttbrock L. et al., (2011), Gender identity conflict/affirmation and major depression across the life course of transgender women, *International Journal of Transgenderism*, vol.13, p. 93-101.
- Paul M. Elizondo III, D.O.; Willy Wilkinson, M.P.H., & Christopher Daley, M.D. (6). *Psychiatric Times*. Retrieved 2013-09-17. "If you are not sure which pronoun to use, you can ask the patient".
- Peneff J., (1990), *La me_thode biographique de l'Ecole de Chicago a_ l'histoire orale*, Armand Colin, Paris
- Peneff J., (1990), *Myths in life stories*, στο συλλογικό έργο: "The Myths we live by", Samuel R, & Thompson P., Routledge, σ. 36-48.
- Whittle S. et al, (2007), *Engendered Penalties:Transgender and TranssexualPeople's Experiences of Inequality and Discrimination*, Manchester Metropolitan University Ulrike B., (2002), "Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations", *American Journal of Public Health*, Vol 92, No.

Ιστοσελίδες

www.wikipedia.org

www.10percent.gr

[WPATH - World Professional Association for Transgender Health](#)

[TransGender Europe - TGEU.net](#)

[TransLiving - Magazine & Support Group for Cross-Dressers \(Transvestites\) & Transgendered](#)

[Theories of the Causes of Transsexualism](#)

[A Critique of the Brain-Sex Theory of Transsexualism](#)

MENTAL HEALTH ISSUES ON MEMBERS OF A BUPRENORPHINE SUBSTITUTION PROGRAM AND ITS PROGRESS IN TIME

OLGA KONSTADINOY²⁷, PINELOPI PAPADOPOULOU, KONSTADINOS DIAMANTIS, ANTHI FOUNDA, TILEMACHOS KRABIS

BUPRENORPHINE SUBSTITUTION PROGRAMM HELD BY O.KA.NA IN GENERAL HOSPITAL OF ATHENS «G.GENNIMATAS»

Abstract

This research is an attempt to record the mental health issues of drug addicts in substitution programs as well as their overall progress.

The research was carried out in a buprenorphine substitution program held by O.KA.NA in General Hospital of Athens «G.Gennimatas». Participants taking part in the research were 34, all members of the above mentioned O.KA.NA program. Symptom Checklist Revised questionnaire was used to record each participant's medical behaviour and symptoms evaluation. The results showed statistically significant decrease of psychopathology levels one year after entering the program.

Keywords: substitution, psychopathology, mental health, drug addiction

²⁷ Contact Details: Olga Konstadinou, buprenorphine substitution programm held by O.KA.NA in General Hospital of Athens «G.Gennimatas», 154 Mesogeion Avn., 11527, Holargos

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΧΡΟΝΟΥ

ΟΛΓΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ²⁸, ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ, ΑΝΘΗ ΦΟΥΝΤΑ, ΤΗΛΕΜΑΧΟΣ ΚΡΑΜΠΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ Ο.ΚΑ.ΝΑ Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 154, 11527, ΧΟΛΑΡΓΟΣ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής της ψυχικής υγείας τοξικοεξαρτημένων ατόμων από την εισαγωγή τους σε προγράμματα υποκατάστασης και η εξέλιξη της σε βάθος χρόνου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πρόγραμμα υποκατάστασης βουπρενορφίνης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. που βρίσκεται στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Στην έρευνα συμμετείχαν 34 άτομα, μέλη του προγράμματος υποκατάστασης βουπρενορφίνης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Για τις δυο μετρήσεις, μια κατά την εισαγωγή και μια μετά από ένα χρόνο, των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist Revised (SCL-90-R). Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μειώσεις των επιπέδων ψυχοπαθολογίας μετά τον πρώτο χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα.

Λέξεις κλειδιά: υποκατάσταση, ψυχοπαθολογία, ψυχική υγεία, τοξικοεξάρτηση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν τη σχέση ανάμεσα σε προβλήματα ψυχικής υγείας και στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Kessler et al, 1994; Regier et al, 1990). Έρευνες δείχνουν ότι σε άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα υποκατάστασης (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άλλων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Wittchen et al, 2008; Ahmad, 2001). Επιπρόσθετα, από άλλες ερευνητικές μελέτες προκύπτει ότι περίπου 50% των νέων εισαγωγών σε προγράμματα υποκατάστασης εμφανίζουν κάποια διαταραχή της διάθεσης ή διαταραχή προσωπικότητας (Brooner et al., 1997; McGovern et al., 2006).

Τα προγράμματα υποκατάστασης έχει διαπιστωθεί ότι μειώνουν την παράνομη χρήση ουσιών, αυξάνουν τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας και επιτρέπουν την κοινωνική ενσωμάτωση των εξαρτημένων ατόμων που εντάσσονται σε αυτά (Parmenter et al,

28 Στοιχεία Επικοινωνίας: Όλγα Κωνσταντίνου, Ο.ΚΑ.ΝΑ, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» Μεσογείων 154, 11527, Χολαργός

2012; Schifano et al, 2012). Ακόμη, διαφαίνεται η αναλογική σχέση του χρόνου παραμονής σε προγράμματα υποκατάστασης με την αύξηση τόσο των θετικών συμπτωμάτων σε σχέση με τη χρήση ουσιών (Simpson et al, 1997) όσο και με την ποιότητα ζωής των μελών των προγραμμάτων (Maremmani et al, 2007). Επιπλέον, βρέθηκε ότι η αύξηση του χρόνου παραμονής κάποιου σε προγράμματα υποκατάστασης συνδέεται αναλογικά και με τη μείωση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας (Simpson et al, 1997). Επίσης, μειωμένος χρόνος παραμονής υποστηρίζεται ότι σχετίζεται με επιστροφή σε προβληματική χρήση ουσιών (Festinger et al, 1996).

Οι διαθέσιμες ερμηνείες που έχουν προταθεί για το είδος της σχέσης ανάμεσα στη χρήση ουσιών και σε άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας υποστηρίζουν είτε ότι η παρουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας προκαλεί την εμφάνιση της εξάρτησης, είτε ότι η εξάρτηση οδηγεί στην εμφάνιση άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας, είτε ότι εξάρτηση και προβλήματα ψυχικής υγείας συνδέονται με κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες, είτε ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη δειγματοληψία, την επιλογή των διαγνωστικών εργαλείων και την ανάλυση οδηγούν σε εσφαλμένη εκτίμηση για τη συνοσηρότητα.

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει ερευνητικό ενδιαφέρον προς την κατεύθυνση του μη διαχωρισμού κάποιων προβλημάτων ψυχικής υγείας από την ψυχοπαθολογία της εξάρτησης. Προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και έλεγχος της παρόρμησης έχει υποστηριχθεί ότι εντάσσονται στην ψυχοπαθολογία της εξάρτησης και δεν σχετίζονται με συνοσηρότητα (Pani et al, 2010; Maremmani et al, 2006; 2010).

Η παρούσα έρευνα θέλησε να διερευνήσει την εμφάνιση και την επικράτηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των μελών ενός προγράμματος υποκατάστασης με βουπρενορφίνη κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα. Ένας ακόμη στόχος ήταν να παρακολουθήσει την εξέλιξη των προβλημάτων ψυχικής υγείας για κάθε άτομο χωριστά σε βάθος χρόνου και να διερευνήσει κατά πόσο υπάρχουν αλλαγές ως προς την ένταση των συμπτωμάτων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση του SCL-90-R (Derogatis, 1977) ως ψυχομετρικό εργαλείο για την ανίχνευση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991). Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε καθώς αποτελεί σταθμισμένο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που επιτρέπει την σύντομη χορήγηση και συμπλήρωση του.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια από τις Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. που βρίσκεται στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Οκτώβριο του 2011. Στην έρευνα συμμετείχαν όλες οι νέες εισαγωγές (τρεις συνολικά) του προγράμματος από τον Νοέμβριο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012. Συνολικά 44 άτομα συμμετείχαν στην έρευνα κατά την πρώτη μέτρηση και στη συνέχεια συμπλήρωσαν το Symptom Checklist Revised (SCL-90-R). Κατά την επαναξιολόγηση, μετά από ένα χρόνο, 34 άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και αυτά τελικώς εντάχθηκαν και στην ανάλυση δεδομένων. Από τα 10 άτομα που δεν συμμετείχαν στην έρευνα δυο αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ενώ οι υπόλοιποι δεν βρίσκονταν στο πρόγραμμα είτε λόγω προσωρινής απομάκρυνσης τους για παράλληλη χρήση είτε λόγω φυλάκισης.

Το SCL-90-R αποτελεί μια αυτό-χορηγούμενη κλίμακα μέτρησης των παρόντων υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς ενώ έχει ως στόχο την ποσοτικοποίηση της ψυχοπαθολογίας με όρους εννέα συμπτωματολογικών εννοιών. Το εργαλείο περιλαμβάνει 9 υπο-κλίμακες: σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμός, φοβικό άγχος, παρανοειδή ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ενώ από τις υπο-κλίμακες αυτές εξάγονται 3 συνολικοί δείκτες: ο γενικός δείκτης, το σύνολο θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα. Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων αφορά το επίπεδο ψυχικής δυσφορίας του ατόμου. Το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων είναι ο δείκτης του εύρους της ψυχοπαθολογίας του ατόμου ενώ ο Δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα αντανακλά το μέσο επίπεδο ενόχλησης του ατόμου από τα συμπτώματα.

ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 34 θεραπευόμενων του δείγματος περιλαμβάνουν την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αν έχουν φυλακισθεί ή όχι, η εργασιακή τους κατάσταση και τα χρόνια χρήσης.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, 27 από τα 34 μέλη είναι ανύπαντροι, 5 σε διάσταση, 1 διαζευγμένος και 1 παντρεμένος.

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 13 δηλώνουν απόφοιτοι δημοτικού, 10 απόφοιτοι γυμνασίου και 11 απόφοιτοι λυκείου.

Ως προς την εργασιακή κατάσταση 8 εργάζονται κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα ενώ 26 δηλώνουν άνεργοι.

Ως προς το συνολικό χρόνο χρήσης ουσιών, 2 αναφέρουν χρήση ουσιών κάτω από 10 χρόνια, 24 άτομα αναφέρουν χρήση ουσιών από 11-20 χρόνια και 8 άτομα πάνω από 20 χρόνια.

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται οι μέσοι όροι των κλιμάκων του SCL-90-R στους δυο χρόνους της μέτρησης, κατά την εισαγωγή και στον πρώτο χρόνο παραμονής του μέλους στο Πρόγραμμα υποκατάστασης (Π.Υ). Πιο συγκεκριμένα, κατά την εισαγωγή στο Π.Υ. οι μέσοι όροι που κινούνται πάνω από το κλινικό φάσμα ($T \Rightarrow 60$) είναι στις εξής κλίμακες: γενικός δείκτης συμπτωμάτων, σύνολο θετικών συμπτωμάτων, δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα, σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, παρανοειδής ιδεασμός.

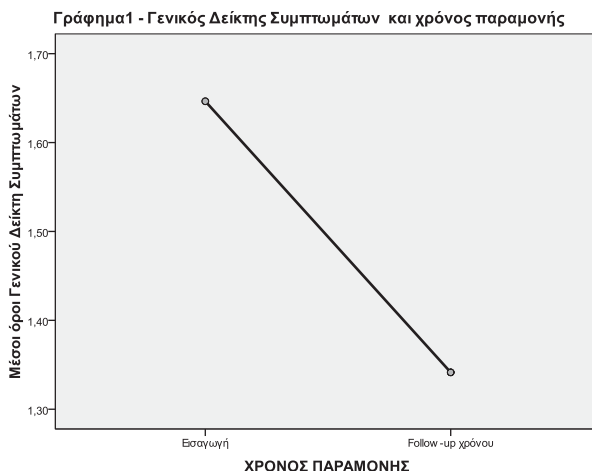
Κατά την επαναξιολόγηση, οι μέσοι όροι που συνεχίζουν να βρίσκονται πάνω από το κλινικό φάσμα ($T \Rightarrow 60$) είναι στις εξής κλίμακες: δείκτης ενασχόλησης από θετικά συμπτώματα, κατάθλιψη, άγχος, παρανοειδής ιδεασμός. Σε καμία από τις δυο μετρήσεις δεν εμφανίσθηκαν τιμές πάνω από το κλινικό φάσμα στις κλίμακες που μετρούν θυμό, φοβικό άγχος και ψυχωτισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΤΙΜΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ SCL-90-R ΣΤΙΣ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ (ΑΡΧΙΚΗ & FOLLOW-UP)

Κλίμακες SCL-90-R	Εισαγωγή στο πρόγραμμα	Επαναξιολόγηση μετά από ένα χρόνο
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	1,64	1,34
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	57,3	51,2
Δείκτης Ενασχόλησης από Θετικά Συμπτώματα	2,5	2,25
Σωματοποίηση	17,88	13,20
Ψυχαναγκαστικότητα	19,11	14,91
Διαπροσωπική Ευαισθησία	14,70	10,32
Κατάθλιψη	26,70	23,58
Άγχος	18	14,8
Θυμός	8,9	8,2
Φοβικό άγχος	4,9	4,08
Παρανοειδής ιδεασμός	11,67	11,02
Ψυχωτισμός	12,2	10,3

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για να διερευνηθεί κατά πόσο υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες του SCL-90-R ανάλογα με τον χρόνο παραμονής κάποιου στο πρόγραμμα.

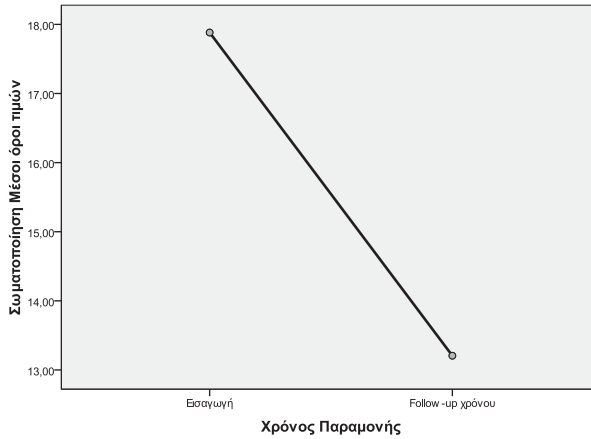
Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν στις εξής κλίμακες: γενικός δείκτης συμπτωμάτων $F(1,33)=4,45, p<0,05$ (γράφημα 1), δείκτης ενασχόλησης από θετικά συμπτώματα $F(1,33)=5,1, p<0,05$ (γράφημα 2), σωματοποίηση $F(1,33)=5,34, p<0,05$, (γράφημα 3), ψυχαναγκαστικότητα, $F(1,33)=7,57, p<0,05$, (γράφημα 4) και διαπροσωπική ευαισθησία, $F(1,33)=9,49, p<0,05$ (γράφημα 5). Οι μέσοι όροι στις υπόλοιπες επιμέρους κλίμακες εμφανίζουν πτωτική τάση χωρίς να φτάνουν σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα.



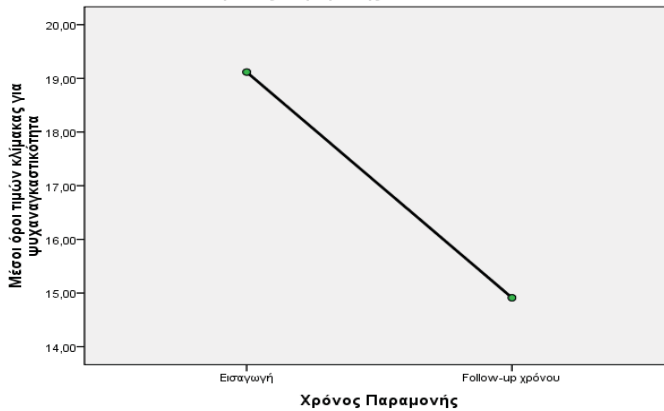
Γράφημα 2 - Δείκτης Ενασχόλησης με Θετικά Συμπτώματα και Επαναλαμβανόμενες Μετρήσεις



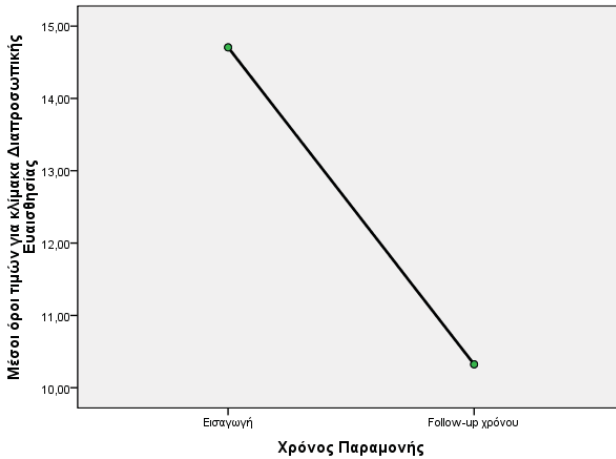
Γράφημα 3 - Σωματοποίηση και Επαναλαμβανόμενες Μετρήσεις



Γράφημα 4 - Ψυχαναγκαστικότητα και Χρόνος Παραμονής στο Π.Υ.



Γράφημα 5 - Διαπροσωπική Ευαισθησία και Χρόνος Παραμονής στο Π.Υ.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση προκύπτει ότι τα μέλη του προγράμματος υποκατάστασης παρουσιάζουν κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στις περισσότερες τιμές των κλιμάκων σε σχέση με τον φυσιολογικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, ξεπερνούν τα όρια του κλινικού φάσματος οι διαστάσεις της σωματοποίησης, ψυχαναγκαστικότητας, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, παρανοειδή ιδεασμού, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων που δείχνει το συνολικό επίπεδο ψυχικής δυσφορίας του ατόμου αλλά και ο δείκτης ενόχλησης από τα συμπτώματα.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλες έρευνες που αποτυπώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των εξαρτημένων ατόμων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ειδικότερα, έχει βρεθεί ότι από τις νέες εισαγωγές σε προγράμματα υποκατάστασης περίπου οι μισοί πάσχουν από ένα τουλάχιστον ψυχιατρικό πρόβλημα όπως κατάθλιψη, άγχος ή διαταραχή προσωπικότητας (McGovern et al., 2006).

Στην παρούσα έρευνα τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας μειώνονται αισθητά μετά τον πρώτο χρόνο παραμονής κάποιου στο πρόγραμμα. Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που παρέχονται στο πρόγραμμα περιλαμβάνουν ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική, σεμινάρια, ψυχιατρική γνωμάτευση και παρακολούθηση. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλα ερευνητικά δεδομένα που αποτυπώνουν σημαντική μείωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των θεραπευομένων σε προγράμματα υποκατάστασης (Teesson et al, 2006; Simpson DD & Sells SB, 1982; Hubbard et al, 1989; Laine et al, 2001; Gerstein et al, 1997; Collins et al, 2009). Παρότι το άγχος και η κατάθλιψη παρουσιάζουν μείωση, η μείωση αυτή δεν κρίνεται ως στατιστικά σημαντική. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με ερευνητικά δεδομένα που θεωρούν το άγχος και την κατάθλιψη ως ενσωματωμένα με την εξάρτηση.

Επιπρόσθετα, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων καταδεικνύει μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα όσο αφορά στη βελτίωση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και παρανοειδούς ιδεασμού. Η διαπίστωση αυτή εγείρει προβληματισμούς γύρω από τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στα παραπάνω ευρήματα.

Αρχικά, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή του άρθρου, η υπόθεση που θεωρεί ότι η εξάρτηση συμπεριλαμβάνει τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ελέγχου των παρορμήσεων ως ενιαία συμπτωματολογία θα μπορούσε να εξηγήσει τη μη σημαντική μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και του ελέγχου των παρορμήσεων (Pani et al, 2010; Maremmani et al, 2006; 2010). Από τη στιγμή που τα άτομα χορηγούνται σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης και λαμβάνουν βουπρενορφίνη, άρα χορηγούνται μια φαρμακευτική ουσία, είναι προφανές ότι η εξάρτηση από ουσίες συνεχίζεται. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι μια άλλη μερίδα των συμμετεχόντων συνεχίζει και την παράλληλη χρήση ουσιών ανεξαρτήτως της βουπρενορφίνης.

Με βάση τον παραπάνω συλλογισμό, τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ελέγχου των παρορμήσεων παραμένουν σε σχετικά υψηλά επίπεδα ή υφύονται δυσκολότερα σε σχέση με τα υπόλοιπα, για τον προφανή λόγο ότι η εξάρτηση παραμένει. Όσο παραμένει η εξάρτηση από ουσίες τόσο παραμένει το άγχος, η κατάθλιψη και η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων.

Επίσης, τα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού, αν και ελαττώνονται αισθητά, φαίνεται ότι δεν έχουν στατιστικά σημαντική μείωση. Μια υπόθεση που πιθανόν εξηγεί αυτό το ερευνητικό δεδομένο θα μπορούσε να είναι ότι τα άτομα που εμφανίζουν παρανοειδή στοιχεία είναι πιο καχύποπτα και επιφυλακτικά στην ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική και θεραπεία με αποτέλεσμα, είτε να απέχουν εντελώς από τις παραπάνω διαδικασίες είτε να συμμετέχουν με αντίσταση και παθητική στάση, είτε να χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να βοηθηθούν. Κατά συνέπεια, δεν επωφελούνται στον ίδιο βαθμό σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι, όταν οι ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες παρέχονται στα μέλη στο πλαίσιο του προγράμματος υποκατάστασης, υπάρχουν μεγαλύτερες μειώσεις στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με αντίστοιχες υπηρεσίες που παρέχονται στα μέλη εκτός του πλαισίου του προγράμματος από κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας (Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Peirce J, Neufeld K, Stoller K, Kolodner K, 2013).

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι παράμετροι που αυξάνουν την πιθανότητα παραμονής κάποιου στο πρόγραμμα είναι η αυξημένη κινητοποίηση του κατά την εισαγωγή καθώς και η άμεση συμμετοχή του σε δραστηριότητες του προγράμματος (Simpson, D.D., Joe, G., Rowan-Szal, G.A., 2009). Ενδιαφέροντα ευρήματα προκύπτουν και από έρευνες που εστιάζουν στην αυτό-αναφερόμενη ποιότητα ζωής μελών που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης.

Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες η αντίληψη μιας καλής ποιότητας ζωής δεν συνδέεται τόσο με τη χρήση ή την αποχή από άλλες ουσίες όσο με την καλή ψυχολογική κατάσταση, με την απουσία ψυχοφαρμακευτικής αγωγής, με την ύπαρξη ενός κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, με μια οργανωμένη καθημερινή δραστηριότητα, (De Mayer et al, 2011), αλλά και με την απουσία ή καλή διαχείριση διαπροσωπικών συγκρούσεων με την οικογένεια ή τον σύντροφο (Karow A, Verthein U, Krausz M, Schafer I, 2012).

Ένας περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν το μικρό δείγμα. Ειδικότερα, κατά την επαναξιολόγηση από τα αρχικά 44 άτομα παρέμεναν στο πρόγραμμα 34 άτομα ή αυτά ήταν που συμφώνησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια καταγραφής των προβλημάτων ψυχικής υγείας μελών του προγράμματος υποκατάστασης και της εξέλιξης τους σε βάθος χρόνου για κάθε άτομο χωριστά.

Ένας άλλος προβληματισμός σχετίζεται με το κατά πόσο η αναφερόμενη βελτίωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας μετά από ένα χρόνο παραμονής κάποιου στο πρόγραμμα θα διατηρηθεί ή θα υπάρξει αύξηση τους σε βάθος χρόνου. Για το σκοπό αυτό θα επαναληφθούν οι μετρήσεις και μετά το τέλος του δεύτερου χρόνου παραμονής των μελών στο πρόγραμμα.

Βιβλιογραφία

- Ahmad, B., Mufti, K.A., Farooq, S. (2005). Psychiatric comorbidity in substance abuse (opioids), *Subst Use Misuse*, 40, p.13-14.
- Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., Bigelow, G.E. (1997) Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers, *Archives of General Psychiatry*, 54, p.71-80.
- Brooner, R.K., Kidorf, M.S., King, V.L., Peirce, J., Neufeld, K., Stoller, K., Kolodner, K. (2013). Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: A randomized and controlled evaluation, *Addiction Article in Press*
- Collins, R., Ewing, D., Boggs, B., Taggart, N., Drillingcourt, A., Kelly, M., Patterson, D. (2009). Opiate substitution prescribing in Belfast - two year follow up study. *Irish Journal of Psychological Medicine*.
- Derogatis, L.R. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation, *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Festinger, D.S., Lamb R.J., Kountz, M.R., Kirby, K.C., Marlowe, D. (1995) Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables, *Addict Behav*, Jan-Feb; 20(1):111-5.
- Gerstein, D.R., Datta, A.R., Ingels, J.S., et al. (1997). National Treatment Improvement Evaluation Study. Final Report Rockville, Md: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.V., Kendler, H.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Laine, C., Hauck, W.W., Gourevitch, M.N., Rothman, J., Cohen, A., Turner, B.J. (2001) Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs, *JAMA*, p: 2355-62
- Maremmani, I., Perugi, G., Pacini, M., Akiskal, H.S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm, *Journal of Affective Disorder*, 93, 1-12.
- Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Perugi, G. (2007) Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33,(1), p: 91-98.
- Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Bizzarri, J.V., Trogu, E., Maremmani, A.G.I., Perugi, G., Gerra, G., Dell'Osso, L. (2010) Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factors derived from the SCL-90, *Annals of General Psychiatry*, 9, 15.

- McGovern, M.P., Xie, H., Segal, S.R., Siembab, L., Drake, R.E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices, and barriers *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, p.267-275.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist – 90- R σε ελληνικό πληθυσμό, *Τετράδια ψυχιατρικής*, σ:42-48
- Pani, P.P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P., Akiskal, H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse –control dysregulation be included?. *Journal of Affective Disorder*, 122, 185-197
- Parmenter, J Mitchell, C Keen, J Oliver, P Rowse, G Neligan, I Keil, C Mathers, N (2012). Predicting biopsychosocial outcomes for heroin users in primary care treatment: a prospective longitudinal cohort study.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, *JAMA*, 19, 2511-251 8.
- Simpson, D.D., Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program, *Adv Alcohol Subst Abuse*, p: 7-29.
- Simpson, D., Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., Best, D., Day, E., Campbell, A. (2009) Relating counselor attributes to client engagement in England, *Journal of Substance Abuse Treatment* 36 (3), pp. 313-320.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., Cooke, R. (2006). One year outcomes for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), *Drug and Alcohol Dependence* 83 (2), pp. 174-180.
- Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gol, J. et al. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Depend*, 95, 245-257.

COMPARISON OF PERSONAL PROFILE AND MOTIVATION FOR REHABILITATION AMONG USERS IN TREATMENT OF THREE UNITS FROM THE WIDER AREA OF THESSALONIKI

DIMOSTHENIS TSAPEKOS²⁹, FOTINI THRISKOU, MARA YIATSIU

SUPERVISOR: ASSOCIATE PROF. ZAFIRIDIS PHOEBUS

ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI, SCHOOL OF PSYCHOLOGY, OFFICE 416
("L. CHOUSIADAS" HALL), FACULTY OF PHILOSOPHY

Abstract

Aims: This study examines and compares differences between participants of three rehabilitation programs from the wider area of Thessaloniki, in respect of personal profile and motivation for rehabilitation.

Setting: Data were collected in the units of the following rehabilitation programs: Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA), Narcotics Anonymous Greece (NA), Hellenic Organization Against Drugs (OKANA).

Participants: Users of the three programs on their first months in treatment. In total, 94 subjects participated in the research: 36 from KETHEA, 30 from NA and 28 from OKANA.

Measurements: Research tool, divided in two parts, was administered: a 26-item questionnaire of personal-demographic attributes and the TCU/IBR Treatment Motivation Scale developed by the Institute of Behavioral Research of Texas Christian University (Knight, Holcom, & Simpson, 1994).

Design: Quantitative evaluation design was applied. Results were analyzed both per part of the tool and comparative between the parts. All statistical analysis was performed using PASW Statistics 18.0.

Findings: Major findings included: a) statistically significant relationship between personal-demographic indicators and rehabilitation programs, b) lack of statistical significance in motivation scores among three units, c) differentiations in motivation scales grading not only per unit but also in the entire sample.

Conclusions: Research assumptions regarding connection among personal-demographic indicators and chosen rehabilitation program were confirmed, specifically for the factors of age, employment type, years of abuse and external pressures for treatment. The common belief that users of outpatient methadone substitution programs lack in treatment motivation is being disputed in this particular study. Contrariwise, the study reinforces Self-help Groups' connection with high motivation levels. Differentiations

²⁹ Contact details: Tsapekos Dimosthenis, +306972 701 369, Adrianoupoleos 27 / Sachtouri 28, Drama, 66100, Thessaloniki, 54632, Greece

regarding the motivation scales grading is another important finding, as it highlights the components shaping motivation levels per user and also per unit. All findings are interpreted in relation to existing references.

Keywords: rehabilitation programs, personal profile, motivation, TCU/IBR Treatment Motivation Scale, KETHEA, NA, OKANA

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΡΙΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΤΣΑΠΕΚΟΣ³⁰, ΜΑΡΑ ΓΙΑΤΣΙΟΥ, ΦΩΤΕΙΝΗ ΘΡΗΣΚΟΥ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΦΟΙΒΟΣ ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΓΡΑΦΕΙΟ 416
(ΑΙΘΟΥΣΑ "Λ. ΧΟΥΣΙΑΔΑ"), ΝΕΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π ε ρ ί λ η ψ η

Στόχος: Η παρούσα έρευνα διερευνά και συγκρίνει τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα σε συμμετέχοντες 3 μονάδων απεξάρτησης, από τον ευρύτερο χώρο της Θεσσαλονίκης, ως προς το προσωπικό τους προφίλ και την κινητοποίηση τους για απεξάρτηση.

Πλαίσιο/Χώρος: Χώροι των παρακάτω θεραπευτικών προγραμμάτων: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), Ομάδα Αυτοβοήθειας των Нарκομανών Ανώνυμων (Ν.Α.), Οργανισμός κατά των Нарκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Συμμετέχοντες: Μέλη των τριών θεραπευτικών προγραμμάτων κατά τους πρώτους μήνες συμμετοχής στο εκάστοτε πρόγραμμα.

Μετρήσεις: Χορηγήθηκε ερευνητικό εργαλείο το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη, ένα ερωτηματολόγιο προσωπικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών και μία Κλίμακα Κινητοποίησης για Θεραπεία, κατασκευασμένη από το Ινστιτούτο Συμπεριφορικής Έρευνας του Χριστιανικού Πανεπιστημίου του Τέξας (Treatment Motivation Scale, Institute of Behavioral Research, Texas Christian University) (Knight, Holcom, & Simpson, 1994).

Σχεδιασμός: Ποσοτική μεθοδολογία. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν τόσο ανά μέρος του εργαλείου όσο και μεταξύ των μερών. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του PASW Statistics 18.0.

Ευρήματα: Τα κύρια ευρήματα ήταν: α) εντοπισμός στατιστικώς σημαντικών συνδέσεων ανάμεσα σε προσωπικά/δημογραφικά χαρακτηριστικά και προγράμματα θεραπείας, β) απουσία στατιστικώς σημαντικών διαφορών ως προς την κινητοποίηση ανάμεσα στις 3 μονάδες, γ) διαφοροποιήσεις στη βαθμολόγηση των κλιμάκων κινητοποίησης τόσο ανά μονάδα όσο και στο σύνολο του δείγματος.

Συμπεράσματα: Οι υποθέσεις για τη σύνδεση προσωπικών χαρακτηριστικών με συγκεκριμένα προγράμματα επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα της έρευνας, ιδιαίτερα για τους παράγοντες της ηλικίας, της εργασίας, των χρόνων χρήσης και των εξωτερικών πιέσεων. Η ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση πως οι χρήστες των προγραμμάτων υποκατάστασης υστερούν σε κινητοποίηση αμφισβητείται από την παρούσα έρευνα. Αντιθέ-

30 Διεύθυνση επικοινωνίας: Αδριανουπόλεως 27 / Σαχτούρη 28, Δράμα, 66100, Θεσσαλονίκη, 54632, Ελλάδα

τως, ενισχύεται η θέση ότι οι Ομάδες Αυτοβοήθειας συνδέονται με υψηλά επίπεδα κινητοποίησης. Οι διαφοροποιήσεις ως προς τη βαθμολόγηση των κλιμάκων είναι πολύ σημαντικό εύρημα, καθώς αναδεικνύει τις συνιστώσες που διαμορφώνουν εντονότερα το επίπεδο κινητοποίησης ανά χρήστη και ανά μονάδα. Για όλα τα ευρήματα, αναζητώνται ερμηνευτικές βάσεις σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: απεξάρτηση, προσωπικό προφίλ, κινητοποίηση, ΚΕ.Θ.Ε.Α., Ο.ΚΑ.ΝΑ., Ν.Α.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το προφίλ των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, οριζόμενο από τα δημογραφικά και τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και η κινητοποίηση για απεξάρτηση, οριζόμενη ως το σύνολο των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που παρακινούν το άτομο να εγκαταλείψει την εξαρτητική συμπεριφορά και να στραφεί σε αναζήτηση βοήθειας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες τόσο για την έναρξη όσο και για τη συνέχιση της θεραπευτικής προσπάθειας. Στην παρούσα έρευνα, αυτοί οι δύο παράγοντες αξιολογούνται και συγκρίνονται ανάμεσα σε συμμετέχοντες τριών, διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης, προγραμμάτων απεξάρτησης.

Το προσωπικό προφίλ

Το προφίλ του χρήστη μπορεί να ιδωθεί από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες. Η πρώτη αφορά στην κοινωνική κατασκευή του χρήστη, την εικόνα δηλαδή που του έχει αποδοθεί από την κοινωνία στην οποία ζει. Αυτή μεταβάλλεται ανάλογα με την χρονική περίοδο και με το εκάστοτε πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο (Ζαφειρίδης, 2009). Παλαιότερα, το στερεότυπο του χρήστη ουσιών περιελάμβανε ένα άτομο περιθωριοποιημένο και στιγματισμένο. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αλλαγή στην εικόνα του χρήστη ο οποίος, ενώ αρχικά αντιμετωπίζονταν ως μία απειλή, κατέληξε να αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης (Γκανάσιου, 2003). Η δεύτερη σχετίζεται με το προφίλ του χρήστη όπως αυτό προκύπτει μέσα από ερευνητικές διαδικασίες. Στην Ελλάδα, έρευνες για τη μελέτη των προσωπικών χαρακτηριστικών των χρηστών πραγματοποιούνται συστηματικά από τον ΚΕ.Θ.Ε.Α (2007; 2010), αλλά και από άλλες πηγές κατά περίπτωση (Δουζένης, Τσακλακίδου, Στεφάνης, & Κοκκέβη, 2000; Αλεκτορίδης και άλλοι, 2008), οι οποίες μάλιστα έχουν μεγάλη συμφωνία μεταξύ τους ως προς τα χαρακτηριστικά των χρηστών. Ένα από τα βασικά στοιχεία που προκύπτει είναι η ανισοκατανομή των δύο φύλων στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξαρτημένων ατόμων, περίπου 86%, το αποτελεί ο ανδρικός πληθυσμός. Οι χρήστες είναι ως επί το πλείστον ελληνικής υπηκοότητας και κατοικούν σε αστικές περιοχές. Η πλέον συνηθισμένη ηλικία στην οποία τα άτομα ζητούν βοήθεια από ένα πρόγραμμα απεξάρτησης είναι τα 26-28 χρόνια. Αυξητικές τάσεις έχει το ποσοστό των ατόμων που αποφοιτούν από το Λύκειο, ενώ φαίνεται να μειώνεται το ποσοστό των αποφοίτων του Γυμνασίου και της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά στην εργασιακή τους κατάσταση περίπου το 60% των ατόμων είναι άνεργοι, ενώ σε αντίστοιχο ποσοστό εμφανίζεται η διαμονή με την

γονική οικογένεια. Μικρότερο είναι το ποσοστό εκείνων που διαμένουν με κάποιον σύντροφο (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2007; ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2010; Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

Η επικρατέστερη ουσία κατάχρησης είναι σύμφωνα με την βιβλιογραφία η ηρωίνη, εν συνεχεία η κάνναβη και ακολουθούν η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και τα διεγερτικά ουσίες, οι οποίες αυξάνονται τα τελευταία χρόνια. Ως κύρια ουσία έναρξης παρουσιάζεται η κάνναβη και ως συνηθέστερη ηλικία έναρξης της χρήσης η εφηβεία και συγκεκριμένα το διάστημα μεταξύ 15-17 ετών. Μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος προέβαλε σαν αιτία έναρξης της χρήσης την περιέργεια και την παρέα, ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό που θεωρεί τα προσωπικά προβλήματα ως τον κύριο λόγο έναρξης. Το 66,8% ανέφερε παράλληλη χρήση τουλάχιστον μίας επιπλέον ουσίας όπως το αλκοόλ ή η λήψη φαρμάκων (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2010).

Συνήθη αρνητικά φαινόμενα τα οποία συνδέονται με τη χρήση είναι η εμπλοκή με το νόμο, η υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας που συνδέονται συχνά με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, κατά βάση αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2010; Σαββίδου & Κουτσομπίνα, 2002; Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν υποδεικνύει ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας των τοξικομανών. Σύμφωνα με τον Bergeret (1999), οι εξαρτημένοι χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, εσωτερικές συγκρούσεις και ιδιαίτερη ευαισθησία. Επίσης, αρέσκονται να συμπεριφέρονται ριψοκίνδυνα και να ρισκάρουν όχι μόνο όσον αφορά στη χρήση παράνομων ουσιών αλλά και σε άλλους τομείς της ζωής τους. (Bergeret, 1999). Βάσει των μελετών του Bergeret και άλλων ερευνητών υποστηρίζεται ότι η συμπεριφορά της εξάρτησης δεν περιορίζεται μόνο στο πλαίσιο των ναρκωτικών ουσιών αλλά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς. Θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει ότι υπάρχει μία «τάση για εξάρτηση» η οποία εκδηλώνεται είτε προς άλλα άτομα με την μορφή της προσκόλλησης, είτε προς άλλες δραστηριότητες όπως ο τζόγος και η χαρτοπαιξία (Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

Η κινητοποίηση στη θεραπευτική διαδικασία

Η σημασία του κινήτρου στη διαδικασία της απεξάρτησης έχει διατυπωθεί ερευνητικά εδώ και πολλά χρόνια (Glasscote et al., 1972; Tuchfeld, 1981; Orford, 1985). Πιο σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι η υψηλή κινητοποίηση είναι σημαντικός δείκτης για την ένταξη και την παραμονή του χρήστη στο θεραπευτικό πρόγραμμα, είτε πρόκειται για ανοιχτό ή πρόγραμμα υποκατάστασης (Simpson & Joe, 1993; Simpson και Joe, 2004), είτε για θεραπευτική κοινότητα (De Leon et al., 1994; De Leon, Melnick, & Tims, 2001). Μεγάλη ανασκόπηση ερευνών για την αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων από τον Simpson (2004), έδειξε ότι η αρχική υψηλή κινητοποίηση ενισχύει την ομαλή πορεία της θεραπείας, την επιτυχή επανάκαμψη και την αποφυγή υποτροπών. Η κινητοποίηση, λοιπόν, είναι «ουσιαστικό στοιχείο για την επιτυχία μιας ψυχοκοινωνικής παρέμβασης ενάντια στην εξάρτηση, ενώ η απουσία του παράγοντας αποτυχίας» (Groshkova, 2010).

Θεωρητικές προσεγγίσεις της κινητοποίησης

Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για το ρόλο του κινήτρου στη θεραπεία. Οι Pochaska και

DiClemente (1986; 1992) με το «Διαθεωρητικό μοντέλο της αλλαγής» (Transtheoretical model of change, TTM) πρότειναν πέντε στάδια στη θεραπεία της εξάρτησης, συνοδευόμενα από «διαδικασίες αλλαγής», όπως οι προσωπικές δεσμεύσεις του ατόμου και η ανάληψη δράσεων. Το κίνητρο αποτελεί ενισχυτικό παράγοντα όλης της σταδιακής αυτής πορείας (DiClemente, 2003). Αντίστοιχα, το κίνητρο τονίζεται ως παράγοντας αλλαγής της προβληματικής συμπεριφοράς και σε άλλες σταδιακές προσεγγίσεις της απεξάρτησης (Klingemann, 1991; Klingemann, 1992).

Διαφορετικό μοντέλο προτείνεται από το Ινστιτούτο Συμπεριφορικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Τέξας (TCU Model). Σύμφωνα με αυτό η κινητοποίηση είναι καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία μιας θεραπευτικής προσπάθειας (Simpson & Joe, 1993; Knight, Holcom, & Simpson, 1994). Η κινητοποίηση για θεραπεία συνίσταται σε έναν συνεχή άξονα που περιλαμβάνει την αναγνώριση του προβλήματος, τη διάθεση και επιθυμία για λήψη βοήθειας, και την ετοιμότητα για θεραπεία. Η επιτυχής αλλαγή προϋποθέτει την «διέλευση» του ατόμου και από τα τρία στάδια (Simpson, 1991; Simpson, 1993). Με βάση αυτό το μοντέλο έχουν συσταθεί προγράμματα για την ενίσχυση της κινητοποίησης ατόμων που προσέρχονται για θεραπεία (Simpson & Bartolomew, 2008; Bartholomew, Dansereau, & Simpson, 2006).

Εσωτερική και εξωτερική κινητοποίηση

Ο «τόπος του κινήτρου» (locus of motivation), που αναφέρεται στο δίπολο εσωτερικών και εξωτερικών κινητοποιητικών ερεθισμάτων, είναι ένα σημαντικό ζήτημα στη θεραπεία της εξάρτησης. Οι DeLeon, Melnick και Tims (2001) συνδέουν την εσωτερική κινητοποίηση με την επίγνωση των αρνητικών συνεπειών λόγω της χρήσης, την αίσθηση αδυναμίας για κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, καθώς και την απώλεια του αυτοελέγχου. Αντίθετα, η εξωτερική συνδέεται με πιεστικούς παράγοντες όπως ο νόμος, η οικογένεια, η ανεργία ή τα σοβαρά ζητήματα υγείας.

Κάποιοι ερευνητές δίνουν έμφαση στα εσωτερικά κίνητρα για θεραπεία (Simpson & Joe, 1993; De Leon et al., 1994), ακόμη κι αν πρόκειται για άτομα που βρίσκονται στη φάση του στερεητικού συνδρόμου (Murphy, Bental & Owens, 1989). Επιπλέον, η έννοια του εσωτερικού ελέγχου θεωρείται σημαντική. Χρήστες που επιλέγουν οι ίδιοι το θεραπευτικό πρόγραμμα ενδέχεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Peavy, Cochran & Wax, 2010).

Η κινητοποίηση έχει συνδεθεί θετικά και με εξωτερικούς παράγοντες, όπως τα σοβαρά προβλήματα που απορρέουν από τη χρήση, ιδιαίτερα του αλκοόλ, τόσο για ενηλίκους (Burton & Williamson, 1995; Freyer, Tonigan, Keller, Rumpf, John, & Herke, 2005) όσο και για εφήβους (Battjes, Gordon, O'Grandy, Kinlock & Carswell, 2003). Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν και έρευνες βασισμένες σε ποιοτική μεθοδολογία. Η Tsogia (2002) βασισμένη σε 10 ημιδομημένες συνεντεύξεις με άτομα που είχαν ξεκινήσει θεραπεία για την κατάχρηση αλκοόλ, πρότεινε ότι τα σημαντικότερα κίνητρα για την αναζήτηση βοήθειας ήταν η βίωση σημαντικών απωλειών στην κοινωνική ζωή και σε θέματα υγείας, οι οποίες οδήγησαν τα άτομα να αισθάνονται άμεσα τον κίνδυνο του θανάτου. Παρομοίως, η Ζυγάκη (2005), βασιζόμενη επίσης σε ημιδομημένες συνεντεύξεις, εξήγαγε τις εξής κατηγορίες λόγων ως σημαντικότερες για την έναρξη και τη συνέχιση της θεραπείας: το να «πιάσει κανείς πάτο» (hitting bottom), ο θάνατος φίλων, η ανάγκη ενός πλαισίου στήριξης, ο φόβος του θανάτου, οι σημαντικοί άλλοι και οι θετικές προσδοκίες για τη ζωή.

Σύγκριση της κινητοποίησης μεταξύ προγραμμάτων

Το ζήτημα της συσχέτισης της κινητοποίησης με το είδος του θεραπευτικού προγράμματος συνδέεται άμεσα με το θέμα της παρούσας έρευνας. Οι Murphy και Bentall (1992) αξιολογώντας 165 χρήστες ηρώνης από διαφορετικές μονάδες, βρήκαν ότι η κινητοποίηση είναι υψηλότερη σε άτομα που βρίσκονται σε κλειστές μονάδες αποτοξίνωσης απ' ό,τι σε ανοιχτά ή σε κοινοτικά προγράμματα. Ο Ekendahl (2007) συνέκρινε τον βαθμό της κινητοποίησης ανάμεσα σε χρήστες που δεν λάμβαναν κάποια θεραπεία και σε συμμετέχοντες θεραπευτικών προγραμμάτων, κάποιιοι από τους οποίους βρίσκονταν στη θεραπεία με δική τους θέληση και κάποιιοι υποχρεωτικά. Οι «μη θεραπευόμενοι» υστερούσαν σημαντικά στην κινητοποίηση, ενώ μεταξύ των άλλων δύο ομάδων δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Τέλος, σε έρευνα σύγκρισης μεγάλου δείγματος από τρία διαφορετικά προγράμματα, ένα κλειστό μακράς παραμονής, ένα εξωτερικό με χορήγηση μεθαδόνης και ένα εξωτερικό χωρίς φαρμακευτική αγωγή, οι Joe, Simpson και Broome (1998) δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στην κινητοποίηση των μελών των διαφορετικών μονάδων.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 94 ενήλικοι από τις τρεις μονάδες απεξάρτησης. Οι χώροι των μονάδων στους οποίους έγινε η δειγματοληψία βρίσκονταν όλοι στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης. Συγκεκριμένα, πήραν μέρος 36 άτομα από το ΚΕ.Θ.Ε.Α., από τους οποίους 33 προέρχονταν από το Συμβουλευτικό Κέντρο προετοιμασίας για την Κοινότητα και τρεις από την Κοινότητα του προγράμματος στη Σίνδο, 30 άτομα από τους Ν.Α., προερχόμενα από τα Δωμάτια του Βαρδάρη και της Καλαμαριάς και, τέλος, 28 άτομα από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., προερχόμενα από τρεις διαφορετικές μονάδες του προγράμματος, την Ε' Μονάδα Υποκατάστασης στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, την Δ' Μονάδα στην περιοχή του Λιμανιού και τη Γ' Μονάδα στο Νοσοκομείο Παπανικολάου. Η ανισοκατανομή στην περίπτωση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προέκυψε από το γεγονός ότι η περίοδος παραμονής στο Συμβουλευτικό Κέντρο συνήθως υπερβαίνει τους δύο μήνες και έτσι τα άτομα που μπαίνουν στην Κοινότητα θα είχαν ξεπεράσει το χρονικό όριο που τέθηκε. Εξαίρεση αποτελούν κάποια άτομα που είτε έχουν ξεναπεράσει το στάδιο του Συμβουλευτικού Κέντρου είτε για κάποιον άλλο λόγο κρίνεται αναγκαία η άμεση εισαγωγή τους στην Κοινότητα.

Από τα 94 άτομα του δείγματος οι 78 ήταν άνδρες και οι 16 γυναίκες, ενώ οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 18 έως και 45+. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν προβλήματα χρήσης και εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες και την περίοδο που συμμετείχαν στην έρευνα βρίσκονταν στο στάδιο της απεξάρτησης, παρακολουθώντας τα τρία παραπάνω θεραπευτικά προγράμματα. Βασικός περιορισμός που τέθηκε για τη συμμετοχή στην έρευνα είναι να βρίσκονται οι ερωτώμενοι εντός των πρώτων μηνών από την πρώτη τους επαφή με το πρόγραμμα θεραπείας στο οποίο συμμετέχουν, ανεξάρτητα από το αν είναι ή δεν είναι η πρώτη φορά που εντάσσονται σε αυτό ή σε κάποιο άλλο πρόγραμμα. Αυτό το διάστημα ορίστηκε στους 2 μήνες, ως κριτήριο για την έγκυρη μελέτη του κινήτρου των συμμετεχόντων για απεξάρτηση. Εξάλλου, η κλίμακα κινητοποίησης που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα προορίζεται για χορήγηση στην έναρξη της θεραπευτικής προσπάθειας (Knight, Holcom, & Simpson, 1994;

Simpson & Bartholomew, 2008). Ωστόσο, στην πορεία της έρευνας αποφασίστηκε το διάστημα το δύο μηνών να διπλασιαστεί για την ομάδα των Ν.Α. Αυτό συνέβη με τη λογική ότι στις Ομάδες Αυτοβοήθειας η τριβή και η πρακτική επαφή με το πρόγραμμα είναι πιο περιορισμένη και η συμμετοχή στις δραστηριότητές του πιο ελεύθερη σε σχέση με τα άλλα δύο, όπου υπάρχουν καθημερινές συναντήσεις, πρόσωπα αναφοράς καθώς και λειτουργοί ψυχικής υγείας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν για όλους εθελοντική και ανώνυμη.

Εργαλεία

Για την διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος ήταν ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών και προσωπικών χαρακτηριστικών που περιελάμβανε 25 ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από τους ερευνητές σε συνεργασία με τον επόπτη της έρευνας. Τα ερωτήματα αντιστοιχούσαν στο ακόλουθα ατομικά στοιχεία:

«Ηλικία», «Φύλο», «Εθνικότητα», «Εργασιακή κατάσταση», «Οικογενειακή κατάσταση», «Παρούσα συνθήκη διαβίωσης», «Επίπεδο εκπαίδευσης», «Κοινωνικές σχέσεις/συναναστροφές», «Κοινωνικές επαφές μέσα στο πλαίσιο της χρήσης», «Ηλικία έναρξης της χρήσης», «Ουσία έναρξης», «Βασική ουσία κατάχρησης», «Πολυχρήση ουσιών», «Ενέσιμη χρήση ουσιών», «Διάρκεια συστηματικής χρήσης πριν ζητήσει βοήθεια», «Συχνότητα χρήσης», «Προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν», «Λόγοι έναρξης της χρήσης», «Σύλληψη στο παρελθόν», «Εμπειρία εγκλεισμού σε ίδρυμα», «Διάγνωση μολυσματικής ασθένειας» και «Διάγνωση ψυχικής διαταραχής», «Οικειοθελής προσέλευση στο πρόγραμμα», «Προσδοκίες από το πρόγραμμα» και «Ίκανοποίηση από το πρόγραμμα».

Το δεύτερο μέρος του ερευνητικού εργαλείου ήταν η «Κλίμακα Κινητοποίησης για Θεραπεία», κατασκευασμένη από το Ινστιτούτο Συμπεριφορικής Έρευνας του Χριστιανικού Πανεπιστημίου του Τέξας (Treatment Motivation Scale, Institute of Behavioral Research, Texas Christian University) (Knight, Holcom, & Simpson, 1994). Είναι μέρος ενός ευρύτερου συνόλου 144 αυτοσυμπληρούμενων ερωτημάτων που βαθμολογούνται σε 16 κλίμακες για την «Αξιολόγηση του Εαυτού και της Θεραπείας» (Client Evaluation of Self and Treatment, CEST), εργαλείο αξιολόγησης που χρησιμοποιείται τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά την πορεία της θεραπείας. Η κλίμακα μπορεί να χορηγηθεί αυτόνομα και προτείνεται ως ερευνητικό εργαλείο από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA). Είναι εξειδικευμένη για άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες, με δείγματα από διαφορετικής προσέγγισης θεραπευτικά προγράμματα (Simpson, 1991; Simpson, 1992; Simpson, 1993; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Clatham, & Joe, 1993). Μολονότι χρησιμοποιείται συνήθως στην αρχή της θεραπείας, μπορεί να επαναληφθεί σε ενδιάμεσες στιγμές προκειμένου να διαπιστωθεί η πρόοδος του βαθμού στον οποίο κάποιος είναι κινητοποιημένος προς την κατεύθυνση της αλλαγής (Simpson & Bartholomew, 2008). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 29 ερωτημάτων, τα οποία είναι στην ουσία δηλώσεις με τις οποίες ο ερωτώμενος εκφράζει τη συμφωνία του ή τη διαφωνία του με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Τα ερωτήματα ταξινομούνται σε τρεις βασικές επιμέρους κλίμακες, που είναι η «Αναγνώριση Προβλήματος» (Problem Recognition, PR), η «Διάθεση για Βοήθεια» (Desire for Help,

DH) και η «Ετοιμότητα για Θεραπεία» (Treatment Readiness, TR). Υπάρχει και μία επιπλέον κλίμακα, οι «Πιέσεις για Θεραπεία» (Pressures for Treatment, PT), η οποία συχνά αναφέρεται και ως «Εξωτερικές Πιέσεις» (External Pressures, EP).

Η κλίμακα βαθμολογείται από το 10 έως και το 50. Το 30 θεωρείται βαθμολογία ουδετερότητας, ενώ βαθμολογία μικρότερη του 30 υποδεικνύει χαμηλή κινητοποίηση και βαθμολογία μεγαλύτερη του 30 υψηλή. (Knight, Holcom, & Simpson, 1994; Simpson & Bartholomew, 2008; Simpson, 2009).

Η κλίμακα έχει ελεγμένη αξιοπιστία. Συγκεκριμένα, μετρημένες με τον δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας alpha του Cronbach, οι κλίμακες κινητοποίησης έχουν επιδείξει σε διάφορες έρευνες τιμές μεταξύ .71 και .92 για την «Αναγνώριση Προβλήματος», μεταξύ .64 και .91 για την «Διάθεση για Βοήθεια», μεταξύ .64 και .75 για την «Ετοιμότητα για Θεραπεία» και άνω του .80 για τη συνολική βαθμολογία της κινητοποίησης. Η κλίμακα «Πιέσεις για Θεραπεία» δεν είχε αντίστοιχα υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας, κατά βάση μεταξύ .50 και .60 (Simpson, 1991; Simpson, 1992; Simpson, 1993; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Clatham, & Joe, 1993; Simpson, 1995; Simpson, 2001; Simpson, 2002; Joe, Broome, Rowan-Szal, & Simpson, 2002; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 2004; Simpson, 2006). Η πλέον εκτεταμένη έρευνα με τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου αξιολόγησης έγινε από τους Joe, Broome, Rowan-Szal και Simpson (2002), στην οποία οι ερευνητές αξιολόγησαν με το συνολικό εργαλείο CEST (Client Evaluation of Self and Treatment) 1700 άτομα σε 87 ανεξαρτήτως προσέγγισης και φιλοσοφίας προγράμματα από διάφορες πολιτείες των ΗΠΑ ως προς τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη θεραπεία. Η έρευνα αυτή επιβεβαίωσε την υψηλή εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων κινητοποίησης, με τιμές άνω του .60, και την εγκυρότητα κατασκευής τους μέσω παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis).

Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με ποσοτική μεθοδολογία. Ειδικότερα, ο σχεδιασμός της έρευνας κινήθηκε σε τρία επίπεδα.

Το πρώτο ήταν η ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από το πρώτο ερωτηματολόγιο, αυτό των δημογραφικών και προσωπικών χαρακτηριστικών. Πραγματοποιήθηκε περιγραφικός έλεγχος με κατανομή συχνοτήτων και διερεύνηση της σύνδεσης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών με μονάδες απεξάρτησης.

Το δεύτερο ήταν η ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την κλίμακα της κινητοποίησης, το δεύτερο μέρος του ερευνητικού εργαλείου. Ο βασικός έλεγχος ήταν η διερεύνηση διαφορών στην κινητοποίηση των χρηστών όπως αυτή αξιολογήθηκε στα τρία θεραπευτικά προγράμματα.

Το τρίτο επίπεδο είχε να κάνει με τη σύνδεση του πρώτου και του δεύτερου μέρους του ερευνητικού εργαλείου, προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει κάποια σύνδεση ανάμεσα στα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά των χρηστών και την κινητοποίησή τους για απεξάρτηση.

Σε όλα τα επίπεδα ανάλυσης οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν τόσο ανά μονάδα όσο και στο σύνολο του δείγματος. Οι μεταβλητές που αξιολογήθηκαν κατά την ανάλυση των δεδομένων ήταν: α) τα 26 χαρακτηριστικά που βαθμολογούνται στο πρώτο ερωτηματο-

λόγιο, β) η συνολική βαθμολόγηση της κινητοποίησης ανά μονάδα απεξάρτησης και γ) η βαθμολόγηση των τεσσάρων επιμέρους κλιμάκων κινητοποίησης ανά μονάδα απεξάρτησης.

Διαδικασία

Η περίοδος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το τρίμηνο Φεβρουαρίου-Απριλίου 2011. Η επιλογή των συγκεκριμένων δομών που θα συμμετείχαν σε αυτήν έγινε διότι αντιπροσωπεύουν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της εξάρτησης.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στις δύο από τις τρεις μονάδες, ΚΕ.Θ.Ε.Α. και Ο.ΚΑ.ΝΑ., όπου και χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες από ψυχολόγους των δομών. Στις δομές των Ν.Α. τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους χώρους συνάντησης από τους ίδιους τους ερευνητές.

Όταν η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε, δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα PASW Statistics 18.0. Για το εργαλείο μέτρησης της κινητοποίησης αντιστράφηκαν τα ερωτήματα που έπρεπε να αντιστραφούν και υπολογίστηκαν οι επιμέρους κλίμακες κινητοποίησης. Το πρώτο ζήτημα που έπρεπε να ελεγχθεί ήταν η αξιοπιστία των κλιμάκων. Ο έλεγχος εσωτερικής αξιοπιστίας με το δείκτη alpha του Cronbach επέφερε αποτελέσματα μετρίως ικανοποιητικά. Συγκεκριμένα, η κλίμακα «Αναγνώριση Προβλήματος» είχε καλή αξιοπιστία με τιμή .807, όπως και η «Διάθεση για Βοήθεια» με .661. Ωστόσο, οι κλίμακες «Ετοιμότητα για Θεραπεία» και «Πιέσεις για Θεραπεία» είχαν χαμηλές τιμές, .436 και .523 αντίστοιχα. Η κλίμακα εν συνόλω είχε τιμή alpha .827 η οποία κρίνεται πολύ ικανοποιητική. Στις δύο κλίμακες που παρουσίαζαν χαμηλή τιμή αξιοπιστίας υπήρχαν συγκεκριμένα ερωτήματα που είχαν πολύ χαμηλή συσχέτιση με την κλίμακα της οποίας αποτελούσαν μέρος βαθμολογημένης συνολικά (Corrected Item-Total Correlation). Με τη σύμφωνη γνώμη του επόπτη αφαιρέθηκαν τα συγκεκριμένα ερωτήματα από τον υπολογισμό των δύο κλιμάκων και τις ακόλουθες στατιστικές αναλύσεις προκειμένου να αυξηθεί η αξιοπιστία των κλιμάκων. Οι τελικές τιμές του δείκτη alpha για τις τέσσερις κλίμακες και τη συνολική βαθμολογία της κινητοποίησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (ALPHA CRONBACH) ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (IBR/TCU TREATMENT MOTIVATION SCALES)(KNIGHT, HOLCOM, & SIMPSON, 1994)

<i>Εργαλεία Μέτρησης</i>	<i>Alpha</i>
«Αναγνώριση προβλήματος»	0,807
«Διάθεση για βοήθεια»	0,661
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	0,573
«Πιέσεις για θεραπεία»	0,599
Συνολική βαθμολογία Κινητοποίησης	0,860

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση του πρώτου ερωτηματολογίου εστιάστηκε, αρχικά, στον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι συμμετέχοντες από τις διαφορετικές μονάδες στα επίπεδα των ερωτήσεων. Οι 26 ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις, εννοιολογικά συναφείς μεταξύ τους, κατηγορίες για την ευκολότερη περιγραφή και ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Βάσει αυτών των κατηγοριών κατασκευάστηκαν πίνακες όπου παρουσιάζονται οι απόλυτες και ποσοστιαίες κατανομές των συμμετεχόντων στα ερωτήματα ανά μονάδα.

Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 2.). Διαφορές μεταξύ των δομών σημειώθηκαν στα χαρακτηριστικά της ηλικίας, της παρούσας συνθήκης διαβίωσης και στο επίπεδο εκπαίδευσης. Πέρα από τις μεταβλητές μεμονωμένα, διερευνήθηκε μεταξύ των ομάδων μία πολυπαραγοντική μεταβλητή, το «κοινωνικό κεφάλαιο», οριζόμενο από τις μεταβλητές της «Εργασιακής κατάστασης», της «Οικογενειακής κατάστασης», της «Παρούσας συνθήκης διαβίωσης» και των «Κοινωνικών σχέσεων». Το κοινωνικό κεφάλαιο (social capital) αναφέρεται στο κοινωνικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και οικονομικό υπόβαθρο του ατόμου, και θεωρείται ότι σχετίζεται τόσο με την έναρξη όσο και με τη διακοπή της χρήσης (Ζαφειρίδης, 2009). Εξετάζοντας συνδυαστικά τις μεταβλητές που ορίζουν το κοινωνικό κεφάλαιο, του βάσει του πίνακα όσο και της παραπάνω σκιαγράφησης των σημαντικότερων αποτελεσμάτων, διαπιστώνουμε ότι το πιο ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο εντοπίζεται στην μονάδα των Ν.Α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ερωτήματα	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.	
	N	%	N	%	N	%
Ηλικία						
18-22	5	13,88	0	0	0	0
23-27	9	25	7	23,33	4	14,28
28-32	14	38,88	16	53,33	11	39,28
33-37	7	19,44	5	16,66	2	7,14
38-45	1	2,77	2	6,66	9	32,14
45+	0	0	0	0	2	7,14
Φύλο						
Άνδρας	29	80,55	23	76,66	26	92,85
Γυναίκα	7	19,44	7	23,33	2	7,14
Εθνικότητα						
Ελληνική	33	91,66	30	100	28	100
Άλλη	3	8,33	0	0	0	0
Εργασιακή κατάσταση						
Εργαζόμενος	3	8,33	10	33,33	8	28,57
Άνεργος	33	91,66	16	53,33	20	71,42
Άλλο	0	0	3	10	0	0
Οικογενειακή κατάσταση						
Έγγαμος	4	11,11	5	16,66	7	25
Άγαμος	28	77,77	19	63,33	18	60,71

Διαζευγμένος/Σε διάσταση	4	11,11	3	10	2	7,14
Άλλο	0	0	3	10	1	3,57
Παρούσα συνθήκη διαβίωσης						
Μόνος/Με συγκάτοικο	3	8,33	15	50	6	21,42
Με γονική οικογένεια	26	72,22	9	30	16	57,14
Με σύζυγο με/χωρίς παιδιά	2	5,55	4	13,33	6	21,42
Άστεγος	2	5,55	1	3,33	0	0
Άλλο	3	8,33	1	3,33	0	0
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Δημοτικό	6	16,66	3	10	4	14,28
Γυμνάσιο	14	38,88	5	16,66	15	53,57
Τεχνικό/Γενικό Λύκειο	7	19,44	14	46,66	5	17,85
Τεχνική Σχολή/ΟΑΕΔ	4	11,11	3	10	2	7,14
ΙΕΚ/ΤΕΙ/ΑΕΙ	5	13,88	5	16,66	2	7,14
Κοινωνικές σχέσεις						
Έντονες	8	22,22	9	30	6	21,42
Μέτριες	19	52,77	18	60	20	71,42
Μηδαμινές	7	19,44	2	6,66	2	7,14

Ακολουθεί η δεύτερη κατηγορία, που αναφέρεται στα στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών, σε ένα «προφίλ χρήσης» (Πίνακας 3.). Μεταξύ των μονάδων διαπιστώνεται ισορροπία σχεδόν σε όλα τα ερωτήματα. Διαφορές παρουσιάζονται στη διάρκεια της συστηματικής χρήσης πριν το αίτημα για βοήθεια. Όλες οι μονάδες εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό τους στη διάρκεια χρήσης άνω των πέντε χρόνων, ωστόσο ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει σαφώς μεγαλύτερο ποσοστό από το ΚΕ.Θ.Ε.Α., το οποίο εμφανίζει εξίσου υψηλό ποσοστό και στη χρονική διάρκεια μεταξύ τριών και πέντε χρόνων. Κάτι που ενισχύει τις διαφοροποιήσεις είναι επίσης το γεγονός ότι μετρήσιμη κατανομή στη χρονική κάτω του ενός έτους εμφανίζεται μόνο στους Ν.Α.

Η τρίτη κατηγορία μεταβλητών αναφέρεται σε στοιχεία σχετιζόμενα με νομικά και υγειονομικά ζητήματα (Πίνακας 4.). Εδώ, χαρακτηριστικό είναι ότι παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά προηγούμενη σύλληψης και εγκλεισμού σε ιδρύματα. Τα ιδρύματα που προσδιορίστηκαν από αυτούς που έδωσαν θετική απάντηση ήταν η «φυλακή», το «αναμορφωτήριο», το «οικοτροφείο», οι και το «ψυχιατρείο». Μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται στις διαγνώσεις μολυσματικών ασθενειών και ψυχικών διαταραχών.

Η τετάρτη και τελευταία κατηγορία μεταβλητών έχει να κάνει με στοιχεία σχετικά με το παρόν θεραπευτικό πρόγραμμα συμμετοχής (Πίνακας 5.). Η προσέλευση στο πρόγραμμα βλέπουμε ότι αυτή είναι οικειοθελής σε μεγάλο ποσοστό και για τις τρεις μονάδες, ειδικά για τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Για όσους δεν προσήλθαν αυτοβούλως, η πίεση των άλλων και η κακή οικονομική κατάσταση φαίνεται να είναι οι σημαντικότεροι λόγοι. Στις προσδοκίες από το θεραπευτικό πρόγραμμα η απεξάρτηση λαμβάνει υψηλές κατανομές σε όλα τα προγράμματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ερωτήματα	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.	
	N	%	N	%	N	%
Κοινωνικές επαφές μέσα στο πλαίσιο της χρήσης						
Ναι	18	50	16	53,33	17	60,71
Όχι	18	50	14	46,66	11	39,28
Ηλικία έναρξης						
<15	14	38,88	18	60	12	42,85
15-17	14	38,88	8	26,66	6	21,42
18-20	4	11,11	2	6,66	7	25
21-23	2	5,55	1	3,33	1	3,57
>23	2	5,55	1	3,33	2	7,14
Ουσία έναρξης						
Κάνναβη	27	75	16	53,33	18	64,28
Κοκαΐνη/Κρακ	1	2,77	1	3,33	0	0
Ηρωΐνη/Οπιούχα	2	5,55	1	3,33	1	3,57
Βενζοδιαζεπίνες	2	5,55	2	6,66	1	3,57
Συνδυασμός ουσιών	3	8,33	7	23,33	5	17,85
Άλλη	1	2,77	3	10	3	10,71
Βασική ουσία κατάχρησης						
Κάνναβη	0	0	1	3,33	0	0
Κοκαΐνη/Κρακ	0	0	1	3,33	0	0
Ηρωΐνη/Οπιούχα	27	75	16	53,33	21	75
Αμφεταμίνες	0	0	1	3,33	0	0
Παραισθησιογόνα	0	0	1	3,33	0	0
Συνδυασμός ουσιών	8	22,22	9	30	5	17,85
Άλλη	1	2,77	1	3,33	2	7,14
Πολυχρήση ουσιών						
Ναι	27	75	27	90	20	71,42
Όχι	9	25	3	10	8	28,57
Ενέσιμη χρήση						
Ναι	32	88,88	24	80	24	85,71
Όχι	4	11,11	6	20	4	14,28
Διάρκεια συστηματικής χρήσης πριν ζητήσει βοήθεια						
<1 χρόνο	0	0	2	6,66	0	0
1-2 χρόνια	3	8,33	0	0	3	10,71
3-5 χρόνια	14	38,88	8	26,66	5	17,85
>5 χρόνια	18	50	20	66,66	20	71,42
Συχνότητα χρήσης						
Καθημερινή βάση	33	91,66	29	96,66	26	92,85
Εβδομαδιαία βάση	2	5,55	1	3,33	1	3,57
Μηνιαία βάση	0	0	0	0	1	3,57
Σπανιότερα	0	0	0	0	0	0

Προσπάθειες απεξάρτησης						
Ναι	25	69,44	27	90	27	96,42
Όχι	11	30,55	3	10	0	0
Λόγοι έναρξης της χρήσης						
Περιέργεια δοκιμής	25	69,44	11	36,66	10	35,71
Πίεση παρέας	2	5,55	1	3,33	5	17,85
Προσωπικό πρόβλημα	7	19,44	8	26,66	5	17,85
Συνδυασμός λόγων	1	2,77	3	10	6	21,42
Άλλο	0	0	5	16,66	2	7,14

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΜΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

<i>Ερωτήματα</i>	<i>ΚΕ.Θ.Ε.Α</i>		<i>Ν.Α.</i>		<i>Ο.ΚΑ.ΝΑ.</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Σύλληψη στο παρελθόν						
Ναι	32	88,88	25	83,33	22	78,57
Όχι	4	11,11	5	16,66	6	21,42
Εμπειρία εγκλεισμού σε ίδρυμα						
Ναι	18	50	20	66,66	15	53,57
Όχι	18	50	10	33,33	13	46,42
Διάγνωση μολυσματικής ασθένειας						
Ναι	13	36,11	10	33,33	12	42,85
Όχι	21	58,33	20	66,66	15	53,57
Διάγνωση ψυχικής διαταραχής						
Ναι	8	22,22	13	43,33	10	35,71
Όχι	28	77,77	17	56,66	18	64,28

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

Ερωτήματα	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.	
	N	%	N	%	N	%
Αυτόβουλη προσέλευση στο πρόγραμμα						
Ναι	25	69,44	19	63,33	24	85,71
Όχι	11	30,55	11	36,66	4	14,28
Λόγοι προσέλευσης						
Πίεση άλλων	5	45,43	4	36,36	1	25
Δικαστική απόφαση/ αποφυγή δικαστηρίου	3	27,26	0	0	0	0
Κακή οικονομική κατάσταση	2	18,16	0	0	2	50
Έλλειψη κατοικίας	0	0	1	9,08	0	0
Συνδυασμός λόγων	1	9,06	3	27,27	0	0
Άλλο	0	0	3	27,27	1	25
Προσδοκίες από το πρόγραμμα						
Απεξάρτηση	31	86,11	16	53,33	22	78,57
Διάλειμμα από χρήση	0	0	0	0	0	0
Αποφυγή δικαστηρίου/ φυλακής	0	0	0	0	0	0
Ικανοποίηση οικογενειακών πιέσεων	0	0	0	0	1	3,57
Μείωση της βλάβης	0	0	0	0	1	3,57
Συνδυασμός προσδοκιών	5	13,88	7	23,33	2	7,14
Άλλο	0	0	7	23,33	2	7,14
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα						
Ναι	34	94,44	29	96,66	27	96,42
Όχι	2	5,55	1	3,33	1	3,57

Πέρα από την περιγραφή των κατανομών, για την ανάλυση του πρώτου ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 . Στόχος ήταν να ελεγχθεί αν υπάρχει σύνδεση, με την έννοια της αλληλεπίδρασης, ανάμεσα σε συγκεκριμένα προσωπικά χαρακτηριστικά και σε συγκεκριμένες μονάδες απεξάρτησης. Ο έλεγχος διενεργήθηκε για κάθε προσωπικό χαρακτηριστικό, όπως αυτά προκύπτουν από τα 26 ερωτήματα, σε σχέση με τις τρεις μονάδες απεξάρτησης. Στατιστικά σημαντική σύνδεση υπήρχε στη μεταβλητή της ηλικίας [$\chi^2 (10) = 28,278, p = .001$]. Ειδικότερα, η σύνδεση, βάσει Προσαρμοσμένου Τυποποιημένου Υπολοίπου (Adjusted Standardized Residual) ήταν σημαντική ανάμεσα στην ηλικιακή κατηγορία «18-22» και στη μονάδα ΚΕ.Θ.Ε.Α., και ανάμεσα στην κατηγορία «45+» και στη μονάδα «Ο.ΚΑ.ΝΑ.». Άλλος ένας έλεγχος με στατιστική ισχύ ήταν αυτός της εργασιακής κατάστασης [$\chi^2 (4) = 15,046, p = .002$]. Η σύν-

δεση ήταν ανάμεσα στο επίπεδο «Άνεργος» και στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., κάτι που εξηγείται, καθώς πρόκειται για ένα κλειστό πρόγραμμα που προϋποθέτει την παύση της εργασίας. Στη συνθήκη διαβίωσης [$\chi^2(8) = 24,132, p = .002$], η σύνδεση ήταν μεταξύ του «Μόνος/με συγκάτοικο» και των Ν.Α., αλλά και μεταξύ του «Με γονική οικογένεια» και του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Σημαντική σχέση βρέθηκε και με τις προηγούμενες προσπάθειες για απεξάρτηση [$\chi^2(2) = 12,149, p = .002$], με αλληλεπίδραση ανάμεσα στην έλλειψη προσπαθειών για απεξάρτηση και στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., και ανάμεσα στην ύπαρξη προσπαθειών και στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Τελευταία στατιστικώς σημαντική σύνδεση υπήρξε στις προσδοκίες των ατόμων για το πρόγραμμα συμμετοχής [$\chi^2(8) = 19,394, p = .003$]. Η σύνδεση ήταν ανάμεσα στην προσδοκία της «Απεξάρτησης» και το ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Περνώντας στο δεύτερο επίπεδο ανάλυσης των δεδομένων, εστιάζομαστε αρχικά στο μέσο όρο «επίδοσης» των τριών ομάδων στις κλίμακες κινητοποίησης (Πίνακας 6.). Παρατηρώντας μόνο τα περιγραφικά στοιχεία του Πίνακα προκύπτουν δύο βασικά στοιχεία. Κατ' αρχάς, και οι τρεις μονάδες βαθμολογούνται αρκετά υψηλά σε όλες τις κλίμακες, καθώς και στη συνολική αξιολόγηση της κινητοποίησης. Οι τιμές άνω του «40» που εμφανίζονται υποδεικνύουν, συγκρινόμενες με το ουδέτερο σημείο «30», υψηλό επίπεδο κινητοποίησης για όλες τις μονάδες. Το δεύτερο στοιχείο είναι ότι οι μονάδες φαίνεται να έχουν μικρές διαφορές μεταξύ τους. Οι Ν.Α. έχουν με ελάχιστη διαφορά τον υψηλότερο μέσο όρο, ακολουθεί ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. και έπεται ο ΚΕ.Θ.Ε.Α. Ωστόσο, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. εμφανίζει τη μεγαλύτερη τυπική απόκλιση στη βαθμολόγηση των κλιμάκων, κάτι που υποδεικνύει ευρεία διακύμανση και πιο ακραίες μέγιστες ή ελάχιστες τιμές.

Η ανάλυση διακύμανσης μεταξύ των μονάδων (Πίνακας 6.) έδειξε ότι στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μονάδων υπήρχε μόνο για την κλίμακα της αναγνώρισης προβλήματος [$F(2,87) = 3,104, p = .05$]. Με χρήση του «post hoc» ελέγχου Tukey διαπιστώθηκε ότι η διαφορά ήταν σημαντική μόνο ανάμεσα στους Ν.Α και στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. [$p = .05$] προς τους Ν.Α. Η διαφορά ήταν στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας. Η συνολική κινητοποίηση δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των μονάδων.

Ο επόμενος έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανάλυση διακύμανσης με δύο παράγοντες (Πίνακας 7.). Ο έλεγχος αυτός διερευνά αν ο συνδυαστικός παράγοντας (mixed design) της μονάδας απεξάρτησης και των κλιμάκων κινητοποίησης επηρεάζει κατά οποιοδήποτε τρόπο τον πως βαθμολογούνται οι κλίμακες. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα [$F(6,249) = 1,239, p = .287$] δεν υπάρχει καμία επίδραση των δύο αυτών παραγόντων στη διαμόρφωση και τη διαφοροποίηση της βαθμολογίας των κλιμάκων, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανεξάρτητη από αυτούς. Ο έλεγχος αυτός επιβεβαιώνει την ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα ως προς την επίδραση της μεταβλητής «Μονάδα» στην κινητοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΜΕ ΕΝΑΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΙΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (ONE-WAY ANOVA)

Κλίμακες	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.		F	ρ
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
«Αναγνώριση προβλήματος»	42,08	7,43	45,55	5,02	44,69	3,86	3,104	.050*
«Διάθεση για βοήθεια»	43,14	6,64	42,75	5,30	42,85	4,41	,041	.960
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	40,17	6,63	42,20	6,52	40,92	4,90	,873	.421
«Πιέσεις για θεραπεία»	34,65	8,86	33,83	7,00	34,37	7,95	,086	.917
Συνολική βαθμολογία κινητοποίησης	40,71	6,34	42,20	4,30	42,09	2,75	,895	.412

Σημείωση: * $p < 0.05$

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΜΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ «ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ» ΚΑΙ «ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ» ΣΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ (TWO-WAY ANOVA)

Κλίμακες	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.		F	ρ
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
«Αναγνώριση προβλήματος»	41,97	7,52	45,47	5,09	44,71	3,97	1,239	.287
«Διάθεση για βοήθεια»	43,03	6,88	42,75	5,30	43,60	3,47		
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	40,12	6,83	42,27	6,62	41,12	4,90		
«Πιέσεις για θεραπεία»	34,53	9,14	33,79	7,12	34,80	8,25		

Ακολουθεί η ανάλυση διακύμανσης επαναληπτικών μετρήσεων μεταξύ των τεσσάρων κλιμάκων στο σύνολο του δείγματος (Πίνακας 8.). Σύμφωνα με αυτήν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά [$F(3,255) = 61,512, p = .000$] όσον αφορά στη βαθμολόγηση των κλιμάκων. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni έδειξε ότι οι σημαντικές διαφορές είναι αρκετές. Αρχικά, η «Αναγνώριση προβλήματος» βαθμολογείται σημαντικά υψηλότερα από την «Ετοιμότητα για θεραπεία» [$p = .000$] και από τις «Πιέσεις για θεραπεία» [$p = .000$]. Η «Διάθεση για βοήθεια» επίσης έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά έναντι των «Πιέσεων για θεραπεία» [$p = .000$], ενώ το ίδιο συμβαίνει και για την «Ετοιμότητα θεραπείας» έναντι της τέταρτης κλίμακας [$p = .000$]. Όταν ο ίδιος έλεγχος διενεργείται ανά μονάδα (Πίνακας 9.), διαπιστώνεται ποια κλίμακα βαθμολογείται υψηλότερα σε κάθε μονάδα. Στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η «Διάθεση για βοήθεια», στους Ν.Α. είναι ιδιαιτέρως αυξημένη η «Αναγνώριση του προβλήματος», κάτι που παρατηρείται και στον Ο.ΚΑ.ΝΑ., αλλά με σαφώς μεγαλύτερη ισορροπία.

Τελευταίος έλεγχος που εφαρμόστηκε για το δεύτερο επίπεδο της ανάλυσης είναι η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων κινητοποίησης τόσο μεταξύ τους όσο και με τη συνολική βαθμολογία του κινήτρου (Πίνακες 10. και 11.). Όπως παρατηρούμε στους δύο πίνακες υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων κλιμάκων και ανάμεσα σε αυτές και τη συνολική βαθμολογία της κινητοποίησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (N=86) (REPEATED MEASURES ANOVA)

Κλίμακες	M.O.	T.A.	F	p
«Αναγνώριση προβλήματος»	43,95	6,00	61,512	.000**
«Διάθεση για βοήθεια»	43,10	5,48		
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	41,13	6,25		
«Πιέσεις για θεραπεία»	34,36	8,16		

Σημείωση: **p < 0.01

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥΣ ΑΝΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (REPEATED MEASURES ANOVA)

Ερωτήματα	ΚΕ.Θ.Ε.Α		Ν.Α.		Ο.ΚΑ.ΝΑ.	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
«Αναγνώριση προβλήματος»	41,97	7,52	45,47	5,09	44,71	3,97
«Διάθεση για βοήθεια»	43,03	6,88	42,75	5,30	43,60	3,47
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	40,12	6,83	42,27	6,62	41,12	4,90
«Πιέσεις για θεραπεία»	34,53	9,14	33,79	7,12	34,80	8,25
F		17,105		31,362		17,121
p		.000**		.000**		.000**

Σημείωση: **p < 0.01

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	ΑΠ		ΔΒ		ΕΘ		ΠΘ	
	N	r	N	r	N	r	N	r
«Αναγνώριση προβλήματος» (ΑΠ)								
«Διάθεση για βοήθεια» (ΔΒ)	89	,722**						
«Ετοιμότητα για θεραπεία» (ΕΘ)	87	,501**	89	,441**				
«Πιέσεις για θεραπεία» (ΠΘ)	90	,376**	92	,243*	90	,235*		

Σημείωση: * p < 0.05, ** p < 0.01

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (N=86)

	Συνολική βαθμολογία κινητοποίησης	
	Συντελεστής Pearson (<i>r</i>)	Στατιστική σημαντικότητα (<i>p</i>)
«Αναγνώριση προβλήματος»	,909**	.000
«Διάθεση για βοήθεια»	,821**	.000
«Ετοιμότητα για θεραπεία»	,686**	.000
«Πιέσεις για θεραπεία»	,577**	.000

Σημείωση: ***p* < 0.01

Στο τρίτο επίπεδο ανάλυσης διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως προκύπτουν από το πρώτο ερωτηματολόγιο, και στη συνολική κινητοποίηση. Αυτός ο έλεγχος έγινε με τη χρήση αναλύσεων διακύμανσης (ANOVA) και τεστ για τη σύγκριση της ισότητας των μέσων τιμών (t-test). Ελέγχθηκαν όλες οι μεταβλητές του πρώτου ερωτηματολογίου ως προς την επίδραση τους στην κινητοποίηση. Στατιστική σημαντικότητα έδειξε η ανάλυση διακύμανσης με παράγοντα την «Παρούσα συνθήκη διαβίωσης» [$F(4,81) = 2,495, p = .049$]. Ο έλεγχος Tukey έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στην κινητοποίηση ανάμεσα στις συνθήκες «Μόνος/Με συγγατικό» [M.O.: 42,83, T.A.: 3,58] και «Άστεγος» [M.O.: 34, T.A.: 17,36] υπέρ της πρώτης [$p = .023$]. Στατιστικώς σημαντικός ήταν ο έλεγχος για την ισότητα των μέσων τιμών της κινητοποίησης στα δύο επίπεδα («Ναι» και «Όχι») της ερώτησης για την «Ενέσιμη χρήση ουσιών» [$t(84) = 2,150, p = .034$]. Τα άτομα που έκαναν ενέσιμη χρήση είχαν υψηλότερη κινητοποίηση [M.O.: 42,08, T.A.: 4,85] σε σχέση με αυτά που δεν έκαναν [M.O.: 39,01, T.A.: 3,96]. Τέλος, σημαντική διαφορά βρέθηκε επίσης μέσω ελέγχου ισότητας των μέσων τιμών ανάμεσα στα άτομα που είχαν κάνει «Προσπάθειες απεξάρτησης στο παρελθόν» και σε αυτά που δεν είχαν κάνει προσπάθειες [$t(84) = 2,032, p = .045$]. Τα άτομα με προηγούμενες προσπάθειες είχαν υψηλότερη κινητοποίηση [M.O.: 42,07, T.A.: 4,74] έναντι των ατόμων χωρίς [M.O.: 39,25, T.A.: 4,78].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συνοψίζοντας τα σημαντικά αποτελέσματα της έρευνας, το βασικότερο είναι η απουσία σημαντικής διαφοράς στο επίπεδο της κινητοποίησης μεταξύ των συμμετεχόντων από διαφορετικές μονάδες και η ταυτόχρονη υψηλή βαθμολόγηση της κινητοποίησης σε όλες τις μονάδες. Πολύ σημαντικό, επίσης, αποτέλεσμα είναι η ύπαρξη διαφοροποιήσεων στη βαθμολόγηση των κλιμάκων τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανά μονάδα. Τέλος, μεγάλο ενδιαφέρον έχουν και οι σημαντικές διαφορές των επιπέδων κάποιων ατομικών χαρακτηριστικών ως προς την τιμή της κινητοποίησης.

Προσωπικά χαρακτηριστικά και μονάδες απεξάρτησης

Οι υποθέσεις για τη σύνδεση προσωπικών χαρακτηριστικών με συγκεκριμένα προγράμματα επιβεβαιώνονται για τους παράγοντες της ηλικίας, της εργασίας, των χρόνων χρήσης και των εξωτερικών πιέσεων. Σχετικά με την ηλικία, στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι αναμενόμενο να απευθύνονται πιο νεαροί χρήστες γιατί έχουν λιγότερες υποχρεώσεις και περισσό-

τερο χρόνο για ένα πρόγραμμα διαμονής. Τα αντίθετα ακριβώς μπορούμε να υποθέσουμε ότι ισχύουν για τους μεγαλύτερους σε ηλικία χρήστες που απευθύνονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Η σύνδεση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. με τη μικρή ηλικία των χρηστών επιβεβαιώνεται και από την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και την παραμονή με τη γονεϊκή οικογένεια. Άτομα που διαμένουν με τους γονείς τους είναι πιο πιθανό να είναι μικρότερα σε ηλικία. Μία άλλη υπόθεση είναι ότι ίσως οι μικρότεροι χρήστες πιέζονται από τους γονείς τους να συμμετέχουν σε ένα κλειστό πρόγραμμα. Κάτι τέτοιο ενισχύεται από τους λόγους προσέλευσης στο πρόγραμμα, όπου οι συμμετέχοντες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σημείωσαν υψηλό ποσοστό στην «Πίση άλλων». Για τις προσπάθειες απεξάρτησης, είναι λογικό αυτές να είναι μειωμένες στους χρήστες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. λόγω της μικρότερης ηλικίας τους. Άλλωστε, ένα κλειστό πρόγραμμα, που έχει περισσότερες απαιτήσεις χρόνου και αφοσίωσης, ενδεχομένως να είναι η πρώτη επιλογή για προσπάθεια απεξάρτησης όταν το άτομο βρίσκεται σε μικρότερη ηλικία. Αντίστοιχα, το υψηλό ποσοστό ανεργίας των χρηστών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. εξηγείται τόσο από την ηλικία όσο κι από την ίδια τη συμμετοχή σε ένα κλειστό πρόγραμμα. Όσο για την σύνδεση του στόχου της απεξάρτησης με όλες τις δομές φαίνεται να έρχεται σε συμφωνία με το υψηλό επίπεδο κινητοποίησης που παρατηρήθηκε στο σύνολο του δείγματος και ανά μονάδα, καθώς και με την έλλειψη διαφοράς μεταξύ της κινητοποίησης των μονάδων. Το υψηλό «κοινωνικό κεφάλαιο» που παρουσιάζουν τα μέλη των Ν.Α. αποτελεί ενδεχομένως εξήγηση για τους λόγους που επιλέγουν και παραμένουν σε ένα ανοιχτό αυτοδιαχειριζόμενο πρόγραμμα.

Κινητοποίηση και μονάδες απεξάρτησης

Η απουσία σημαντικών διαφορών στην κινητοποίηση των συμμετεχόντων μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες. Ένας τέτοιος είναι το φαινόμενο της εναλλαγής των χρηστών ανάμεσα στις μονάδες απεξάρτησης. Οι χρήστες τείνουν να δοκιμάζουν όλες τις δυνατές επιλογές για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης και επομένως «ανακυκλώνονται». Δε γνωρίζουμε αν υπάρχει, δηλαδή, ένα μοτίβο σύνδεσης μιας δομής απεξάρτησης με ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας, που θα μπορούσε να ενέχει και την κινητοποίηση ως χαρακτηριστικό.

Εξετάζοντας τις μονάδες κατά μόνας, το υψηλό ποσοστό των Ν.Α. μπορεί να εξηγηθεί βάσει της διαδεδομένης θέσης στη βιβλιογραφία, ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας προϋποθέτουν σχετικά υψηλότερη κινητοποίηση από τη μεριά του χρήστη συγκριτικά με άλλα προγράμματα (Ζαφειρίδης, 2009), μιας και είναι ένα ανοιχτό πρόγραμμα, όπου δεν υπάρχει κανένας ειδικός και καμία μορφή πίεσης για συμμετοχή. Έτσι η παρακολούθηση του προγράμματος επαφίεται πλήρως στη διάθεση και τη θέληση του ατόμου, στοιχεία που συνδέονται έντονα με το κίνητρο.

Σχετικά με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την αντίληψη ότι τα προγράμματα υποκατάστασης ελκύουν λιγότερο κινητοποιημένους χρήστες. Αντιθέτως, ο υψηλός βαθμός κινητοποίησης μπορεί να σχετιστεί με μια άλλη βιβλιογραφική θέση, πως τα άτομα με σοβαρότερα προβλήματα χρήσης και εξαιτίας της χρήσης είναι αυτά που παρουσιάζουν την υψηλότερη κινητοποίηση (Klingemann, 1991; Ryan, Plant, & O' Malley, 1995; Freyer, Tonigan, Keller, Rumpf, John, & Herpeke, 2005). Στην παρούσα έρευνα, το ερωτηματολόγιο προσωπικών χαρακτηριστικών έδειξε σε αρκετά σημεία σύνδεση του Ο.ΚΑ.ΝΑ με σοβαρά προβλήματα λόγω της χρήσης.

Όσον αφορά στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., το υψηλό επίπεδο κινητοποίησης αναμενόταν μιας και πρόκειται για ένα πρόγραμμα διαμονής το οποίο προϋποθέτει ότι ο χρήστης θα δεσμευτεί σε μια διαδικασία αποχής από το παλαιό πλαίσιο ζωής του και δραστηριοτήτων εντός ενός νέου δομημένου πλαισίου.

Οι διαφοροποιήσεις στη βαθμολόγηση των τεσσάρων κλιμάκων κινητοποίησης είναι υποστηρικτικές της άποψης ότι η απεξάρτηση, ως διαδικασία αλλαγής, διέρχεται από διαφορετικά στάδια. Κατά την έναρξη της θεραπευτικής προσπάθειας είναι πιο εύκολο να αναγνωρίζει κανείς τα προβλήματά του λόγω της χρήσης και την ανάγκη του για βοήθεια και έτσι να κινητοποιείται από αυτά, παρά να δεσμεύεται στη θεραπευτική προσπάθεια και στην προοπτική της αλλαγής, καθώς αυτό απαιτεί περισσότερο χρόνο και μεγαλύτερη αφοσίωση σε ένα πρόγραμμα. Κάτι τέτοιο, άλλωστε, επιβεβαιώνεται από τις περισσότερες θεωρίες για τα στάδια και τη φύση της κινητοποίησης (Pochaska & DiClemente, 1986; Pochaska & DiClemente, 1992; DiClemente, 2003; Deci & Ryan, 2000; DeLeon, Melnick, & Tims, 2001; Simpson & Joe, 1993; Knight, Holcom, & Simpson, 1994).

Σύνδεση κινητοποίησης και προσωπικών χαρακτηριστικών

Το τρίτο μέρος της ανάλυσης παρουσίασε κάποια σημαντικά αποτελέσματα. Η σύνδεση της ενέσιμης χρήσης με την υψηλή κινητοποίηση ενισχύει τη σχέση μεταξύ σοβαρών προβλημάτων και κινητοποίησης. Αναμφίβολα, η ενέσιμη χρήση μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερες βλάβες στην υγεία και να φέρει το χρήστη σε καταστάσεις κινδύνου. Ενδιαφέρουσες υποθέσεις μπορούν να γίνουν για τη αυξημένη κινητοποίηση των ατόμων που μένουν μόνοι ή με συγκάτοικο έναντι της μειωμένης των αστέγων. Η έλλειψη κατοικίας επιτείνει τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης και διευκολύνει την επιστροφή του ατόμου στη χρήση. Αντίθετα, αυτός που μένει είτε μόνος είτε με συγκάτοικο έχει ένα σημείο αναφοράς για να ξεφύγει από το πλαίσιο της χρήσης. Η σύνδεση αυτή της αυτόνομης κατοικίας με την κινητοποίηση ισχυροποιείται στατιστικά αν αναλογιστούμε ότι οι συμμετέχοντες από τους Ν.Α., τη μονάδα με τη μεγαλύτερη κινητοποίηση, μένουν σε στατιστικώς σημαντικό ποσοστό μόνοι ή με συγκάτοικο. Το τελευταίο χαρακτηριστικό που συνδέθηκε με την υψηλή κινητοποίηση ήταν οι προηγούμενες προσπάθειες για απεξάρτηση. Η υψηλή κινητοποίηση των ατόμων που έχουν κάνει τέτοιες προσπάθειες μπορεί να αποδοθεί στην ενέργεια και το χρόνο που έχουν αναλώσει στο παρελθόν, καθώς και στη συσσώρευση άσχημων εμπειριών εντός πλαισίου χρήσης. Άλλωστε το φαινόμενο «να πιάσει κανείς πάτο» (hitting bottom) είναι συνδεδεμένο με υψηλά επίπεδα κινητοποίησης (Tsogia, 2002; Ζυγάκη, 2005).

Εξετάζοντας την παρούσα έρευνα σε σχέση με παρόμοιες μελέτες μπορούμε να εντοπίσουμε κατά βάση ομοιότητες. Αρχικά, σε σχέση με το προφίλ των χρηστών η παρούσα έρευνα έχει σε μεγάλο βαθμό κοινά αποτελέσματα με μεγάλες έρευνες του ελληνικού χώρου αναφορικά με αυτό το θέμα (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2007; ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2010; Δουζένης, Τσακλακίδου, Στεφάνης, & Κοκκέβη, 2000; Αλεκτορίδης, Κρανιώτη, Ζλατάνος, Παπαπαναγιώτου, Καρατσιάλη, Μελεούνη, Χαριτάντη, Μπασδάρα, Γκρανόπουλος, Νέδας, Ξούπα, Νικολάου, & Ρογκότης, 2008). Στο ζήτημα της κινητοποίησης, μεγάλη έρευνα διερεύνησης του θεραπευτικού κινήτρου, μεταξύ άλλων, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο και συμμετείχαν τρία προγράμματα με μονάδες σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα. Συγκεκριμέ-

να, έδειξε ότι 18 μονάδες μακράς εσωτερικής παραμονής (long-term residential), 13 εξωτερικές μονάδες με χορήγηση μεθαδόνης (outpatient methadone) και 16 στεγνές εξωτερικές μονάδες (outpatient drug free) δεν είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τις κλίμακες κινητοποίησης και τη συνολική βαθμολόγηση της (Joe, Simpson, & Broome, 1998). Τέλος, έρευνα του Ekendahl (2007) στην οποία, μεταξύ άλλων, συγκρίθηκαν δύο ομάδες ατόμων που βρίσκονταν στη θεραπεία εθελοντικά και υποχρεωτικά (μετά από εντολή ή πίεση τρίτων) αντίστοιχα, έδειξε ότι η εθελοντική ομάδα είχε μία διαφορά, αλλά αυτή δεν ήταν στατιστικώς σημαντική.

Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις

Η έρευνα έχει κάποιους αξιοσημείωτους περιορισμούς, σε μεθοδολογικό επίπεδο κυρίως. Τέτοιοι είναι το σχετικά μικρό δείγμα και η ανισοκατανομή των συμμετεχόντων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ανάμεσα στο Συμβουλευτικό Κέντρο και την Κοινότητα. Επίσης, περιορισμός μπορεί να θεωρηθεί και η χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης της κινητοποίησης για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου δεν υπάρχει δυνατότητα για σύγκριση των αποτελεσμάτων με μία ήδη υπάρχουσα βάση δεδομένων από αξιολογήσεις ατόμων μιας ή περισσότερων μονάδων, με το συγκεκριμένο εργαλείο.

Η συνέχιση της έρευνας στο πεδίο της σύγκρισης προγραμμάτων απεξάρτησης είτε ως προς τα χαρακτηριστικά που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη ή ως προς άλλα, μέσα από ένα ενδεχομένως πληρέστερο σχεδιασμό και ένα ευρύτερο δείγμα, μπορεί να επιφέρει πολλά θετικά στοιχεία και να συνεισφέρει στην μελέτη των μεταβλητών της θεραπευτικής διαδικασίας.

Συμπερασματικά, αξιολογώντας το στόχο της παρούσας έρευνας και αναλογιζόμενοι τα ευρήματά της, θεωρούμε ότι οι συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών μονάδων απεξάρτησης και εν γένει διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων, μπορεί να είναι πολύ χρήσιμες για την κατανόηση ενδεχόμενων ιδιαίτερων γνωρισμάτων τους. Ωστόσο, ακόμη πιο χρήσιμη θεωρούμε την προσωπική αξιολόγηση του κάθε ατόμου ως προς τα δικά του προσωπικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά από τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα. Αυτό πιστεύουμε ότι θα οδηγούσε σε καλύτερη κατανόηση των προσωπικών αναγκών και έτσι σε μία εστιασμένη σε αυτές τις ανάγκες παρέμβαση.

Βιβλιογραφία ξενόγλωσση

- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(3), 221-232. [Παράγοντες πρόβλεψης της κινητοποίησης για θεραπεία κατάχρησης ουσιών σε εφήβους]
- Bartholomew, N. G., Dansereau, D. F., & Simpson, D. D. (2006). *Getting motivated to change*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Αποκτώντας κίνητρο για αλλαγή]
- Bergeret, J. (1999). *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα* (Α. Βερβερίδης, Μεταφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Burton T. L., & Williamson, D. L. (1995). Harmful effects of drinking and the use and perceived effectiveness of treatment. *Journal of Studies on alcohol, 56*, 611-615. [Επιβλαβείς επιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ και η χρήση και αντιληπτή αποτελεσματικότητα της θεραπείας]
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and the 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268. [Το "τι" και "γιατί" της επιδίωξης στόχων: Ανθρώπινες ανάγκες και η αυτο-αποφασιστικότητα της συμπεριφοράς]
- DeLeon et al. (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability. *American Journal of drug and alcohol abuse, 20*, 495-514. [Περιστάσεις, κινητοποίηση, ετοιμότητα και καταλληλότητα]
- De Leon, G., Melnick, G., & Tims F. M. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery. In Tims F. M. & Platt J. J. (Eds), *Relapse and recovery in addictions* (pp 143-171). New Haven, CT: Yale University Press. [Ο ρόλος της κινητοποίησης και της ετοιμότητας στη θεραπεία και την ανάρρωση]
- DiClemente, C. (1999). Motivation for Change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science, 10*(3), 209-213. [Κινητοποίηση για αλλαγή: επιπτώσεις για τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών]
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York, NY: The Guilford Press. [Εξάρτηση και αλλαγή: Πως αναπτύσσονται οι εξαρτημένοι και πως αναρρώνουν οι εξαρτημένοι]
- Ekendahl, M. (2007). Time to change: An exploratory study of motivation among untreated and treated substance abusers. *Addiction Research & Theory, 15*(3), 247-261. [Ωρα για αλλαγή: Μία διερευνητική μελέτη της κινητοποίησης ανάμεσα σε μη θεραπευόμενους και θεραπευόμενους χρήστες ουσιών]
- Freyer, J., Tonigan, J. S., Keller, S., Rumpf, H. J., Ulrich, J., & Hapke, U. (2005). Readiness for change and readiness for help-seeking: A composite assessment of client motivation. *Alcohol & Alcoholism, 40*(6), 540-544. [Ετοιμότητα για αλλαγή και αναζήτηση βοήθειας: Μία σύνθετη αξιολόγηση της κινητοποίησης των πελατών]
- Glasscote, R., Sussex, J. N., Jaffe, J. H., Ball, J. & Brill, L. (1972) *The treatment of drug abuse: Programs, problems, prospects*. Washington, DC: American Psychiatric Association Division of Public Affairs, The Joint Information Service. [Η θεραπεία της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών: προγράμματα, προβλήματα, προοπτικές]
- Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research & Theory, 18*(5), 494-510. [Η κινητοποίηση στην θεραπεία κατάχρησης ουσιών]
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction, 93*(8), 1177-1190. [Επιδράσεις της ετοιμότητας για θεραπεία της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών στη διατήρηση του πελάτη και στην αξιολόγηση της διαδικασίας]
- Joe, G. W., Broome, K. M., Rowan-Szal, G. A., & Simpson, D. D. (2002). Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(4), 183-196. [Μετρώντας τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τη δέσμευση στη θεραπεία]

- Klingemann, H. K.-H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 979-978. [Η κινητοποίηση για αλλαγή από την προβληματική χρήση αλκοόλ και ηρωίνης]
- Klingemann, H. K.-H. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International journal of the addictions*, 27, 1359-1388. [Στρατηγικές αντιμετώπισης και διατήρησης σε χρήστες με αυθόρμητη μείωση συμπτωμάτων από προβληματική χρήση αλκοόλ και ηρωίνης στην Ελβετία]
- Knight, K., Holcom, M., & Simpson, D. D. (1994). *TCU Psychosocial functioning and motivation scales: Manual on psychometric properties*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Κλίμακες ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και κινητοποίησης Πανεπιστημίου του Τέξας: Εγχειρίδιο ψυχομετρικών ιδιοτήτων]
- Murphy, P. N., Bentall, R. P., & Owens, R. G. (1989). The experience of opioid abstinence: The relevance of motivation and history. *British Journal of Addiction*, 84(3), 673-679. [Η εμπειρία της αποχής από οπιοειδή: Η σχέση κινητοποίησης και ιστορικού]
- Murphy, P. N., & Bentall, R. P. (1992). Motivation to withdraw from heroin: A factor-analytic study. *British Journal of Addiction*, 87(4), 245-250. [Κινητοποίηση για διακοπή της ηρωίνης: Μία μελέτη παραγοντικής ανάλυσης]
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York, NY: Wiley [Υπέρμετρες επιθυμίες: Μία ψυχολογική άποψη των εξαρτήσεων]
- Peavy, K. M., Cochran, B. N., & Wax, J. (2010). What they want: Motivation and treatment choice in nontreatment-seeking substance abusers. *Addictive Disorders & their Treatment*, 9(4), 150-157. [Τί θέλουν: Κινητοποίηση και επιλογή θεραπείας σε χρήστες ουσιών που δεν αναζητούν θεραπεία]
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York, NY: Plenum Press. [Προσεγγίζοντας ένα περιεκτικό μοντέλο της αλλαγής]
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviours. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behaviour modification*. Sycamore, IL: Sycamore Press. [Στάδια της αλλαγής στην τροποποίηση προβληματικών συμπεριφορών]
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patients characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviours*, 20, 279-297. [Αρχική κινητοποίηση για θεραπεία αλκοολισμού: Σχέσεις με χαρακτηριστικά ασθενών, εμπλοκή στη θεραπεία και αποχώρηση]
- Simpson, D. D. (1991). Psychosocial measures: Update on TCU/DATAR self-rating scales. *Presentation at the South-west Region NADR Meeting, March 14-15, Dallas, Texas*. [Ψυχοκοινωνικές μετρήσεις: Ενημέρωση για τις αυτο-αξιολογούμενες κλίμακες του προγράμματος DATAR/Πανεπιστήμιο του Τέξας]
- Simpson, D. D. (1992). *TCU/DATAR Forms Manual: Drug Abuse Treatment for AIDS-Risks Reduction (DATAR)*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Εγχειρίδιο εντύπων του προγράμματος DATAR/Πανεπιστήμιο του Τέξας: Θεραπεία κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών για τη μείωση των κινδύνων του AIDS]
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). *Measurement of social functioning in addicts: Psychometric and validity analyses*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Μέτρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας σε εξαρτημένους: Ψυχομετρικές αναλύσεις και αναλύσεις αξιοπιστίας]
- Simpson, D. D., Chatham, L. R., & Joe, G. W. (1993). Cognitive enhancements to treatment in DATAR: Drug Abuse Treatment for AIDS Risks Reduction. In J. Inciardi, F. Tims & B. Fletcher (Eds.), *Innovative approaches to the treatment of drug abuse: Program models and strategies*. Westport, CT: Greenwood Press. [Γνωστικές ενισχύσεις της θεραπείας στο πρόγραμμα DATAR: Θεραπεία κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών για τη μείωση των κινδύνων του AIDS]

- Simpson, D. D. (1993). Drug treatment evaluation research in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 120-128. [Ερευνητική αξιολόγηση της θεραπείας από χρήση ναρκωτικών ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες]
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early drop out from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30(2), 357-368. [Η κινητοποίηση ως προβλεπτικός παράγοντας για την πρόωγη αποχώρηση από τη θεραπεία για κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών]
- Simpson, D. D. (1995). Issues in treatment process and services research. *International Journal of the Addictions*, 30(7), 875-879. [Ζητήματα κατά τη διαδικασία της θεραπείας και την έρευνα των υπηρεσιών]
- Simpson, D. D. (2001). Modeling treatment process and outcomes. *Addiction*, 96(2), 207-211. [Σχεδιασμός της θεραπευτικής διαδικασίας και των αποτελεσμάτων]
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182. [Ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη μεταφορά της έρευνας στην πράξη]
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 99-121. [Ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της θεραπείας από χρήση ναρκωτικών ουσιών]
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 89-97. [Μία διαχρονική αξιολόγηση της θεραπευτικής δέσμευσης και των σταδίων ανάρρωσης]
- Simpson, D. D. (2006). A plan for planning treatment. *Counselor: A Magazine for Addiction Professionals*, 7, 20-28. [Ένα πλάνο για το σχεδιασμό της θεραπείας]
- Simpson, D. D., & Bartholomew, N. G. (2008). *Using client assessments to plan and monitor treatment (Using CEST guide)*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Χρησιμοποιώντας τις αξιολογήσεις πελατών για το σχεδιασμό και την παρακολούθηση της θεραπείας]
- Simpson, D. D. (2009). *Battery of TCU Treatment Assessment Forms for Client Needs, Risks, and Progress*. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. [Συστοιχία εντύπων αξιολόγησης της θεραπείας για τις ανάγκες, τους κινδύνους και την πρόοδο των πελατών]
- Tsogia, D. (2002). *Individuals with a drinking problem: A qualitative of their perceived reasons for entering treatment*. Birmingham: The University of Birmingham Press. [Άτομα με προβλήματα κατανάλωσης αλκοόλ: Μία ποιοτική έρευνα των προσωπικά αντιληπτών λόγων για εισαγωγή σε θεραπεία]
- Tuchfeld, B. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical applications. *Journal of studies on alcohol*, 42. [Αυθόρμητη μείωση συμπτωμάτων σε αλκοολικούς: Εμπειρικές παρατηρήσεις και θεωρητικές εφαρμογές]

Βιβλιογραφία ελληνική

- Αλεκτορίδης, Π., Κρανιώτη, Ε., Ζλατάνος, Δ., Παπαπαναγιώτου, Ο., Καρατσιάλη, Α., Μελεούνη, Δ., Χαριτάντη, Μ., Μπασδάρη, Ε., Γκρανόπουλος, Ι., Νέδας, Δ., Ξούπα, Ι., Νικολάου, Κ., & Ρογκότης, Χ. (2008). Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά χρήσης των προσερχόμενων στο τμήμα αποκατάστασης εξαρτημένου του ΨΝΘ και των άλλων θεραπευτικών προγραμμάτων της Ελλάδας κατά το έτος 2006. *Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, Κρήτη, 14-18 Μαΐου 2008*.
- Βαρλατζίδου, Α., & Μπαφά, Β. (2002). *Διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας χρηστών διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών*. Πτυχιακή Εργασία, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα ψυχολογίας, Α.Π.Θ.
- Γκανάτσιου, Ζ. (2003). *Η κοινωνική κατασκευή του χρήστη «ναρκωτικών ουσιών» μέσα από τα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Π.Μ.Σ. Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας Εξαρτήσεων και Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα ψυχολογίας, Α.Π.Θ.

- Δουζένης Α., Τσακαλίδου Δ., Στεφάνης Ν., & Κοκκέβη Α. (2000). Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενδοφλέβιων χρηστών ηρωίνης που συμμετέχουν σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης. *16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-9 Μαΐου 2000, Πάφος, Κύπρος.*
- Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και κοινωνία: 1. Θεραπευτικές κοινότητες – Ομάδες αυτοβοήθειας.* Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Ζυγάκη, Α. (2005). *Οι λόγοι που ωθούν κάποιον να σταματήσει τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών: Μία ποιοτική έρευνα.* Μεταπτυχιακή Εργασία, Π.Μ.Σ. Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας Εξαρτήσεων και Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα ψυχολογίας, Α.Π.Θ.
- ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2007). Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη από 200 έως και 2006. Αθήνα: ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2010). Απολογισμός έργου 2009. Αθήνα: ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- Σαββίδου, Ι., & Κουτσομπίνα, Β. (2002). *Διερεύνηση καταθλιπτικών στοιχείων σε χρήστες τοξικών ουσιών.* Πτυχιακή Εργασία, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα ψυχολογίας, Α.Π.Θ.

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
INTERNATIONAL EXPERIENCE

2

Αναφορές ή παραπομπές στα άρθρα που δημοσιεύονται μεταφρασμένα στις Εξαρτήσεις πρέπει να αναφέρουν ως πηγή τα στοιχεία του πρωτότυπου ξενόγλωσσου άρθρου, όπως αυτά καταγράφονται στην αρχική σελίδα κάθε άρθρου της παρούσας δημοσίευσης.

References or quotations from the articles published in translation in the Journal Exartisis have to refer as source, the information on the original article, as they are printed on the first page of each article.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ: ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ*

WOUTER VANDERPLASSCHEN,^{1**} KATHY COLPAERT,¹ RICHARD CHARLES RAPP,² STEVE PEARCE,³ ERIC BROEKAERT,¹ AND STIJN VANDELDELDE⁴

Απόδοση στα ελληνικά ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
Translation into Greek GENIE CHRISTOFILI

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες (ΘΚ) για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων είναι χώροι καθαροί από ναρκωτικά, όπου ζουν μαζί άνθρωποι με προβλήματα εξαρτήσεων, με έναν οργανωμένο και δομημένο τρόπο προάγοντας την αλλαγή με στόχο την απεξάρτηση και την επανένταξη στην κοινωνία. Παρά την μακρά ερευνητική παράδοση για τις ΘΚ, σύμφωνα με τις διαθέσιμες ανασκοπήσεις, οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των ΘΚ είναι περιορισμένη. Καθώς οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες είχαν επιλεκτική εστίαση, κάναμε μια πιο ολοκληρωμένη, συστηματική ανασκόπηση όλων των ελεγχόμενων μελετών που συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των ΘΚ για τις εξαρτήσεις με μια ομάδα/κατάσταση ελέγχου. Αυτό το άρθρο εστιάζει στην απεξάρτηση, καθώς και αρκετούς ακόμη τομείς της ζωής σε ένα διαχρονικό πεδίο. Κάναμε αναζήτηση στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων: ISI Web of Knowledge (WoS), PubMed, και DrugScore και η έρευνά μας έδωσε 997 αποτελέσματα. Τελικά, για αυτό το άρθρο επιλέχθηκαν 30 δημοσιεύσεις, οι οποίες βασίζονταν σε 16 πρωτότυπες μελέτες. Δύο στις τρεις μελέτες έδειξαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα για τα μέλη των ΘΚ όσον αφορά τη χρήση ουσιών και τα νομικά ζητήματα, και πέντε μελέτες βρήκαν καλύτερα ποσοστά απασχόλησης και ψυχολογικής λειτουργικότητας. Η διάρκεια παραμονής στη θεραπεία και η συμμετοχή στη μετα-θεραπευτική φροντίδα αποτέλεσαν συνεπείς παράγοντες πρόβλεψης της φάσης της θεραπείας. Καταλήγουμε ότι οι ΘΚ μπορούν να προάγουν την αλλαγή σε σχέση με αρκετές κατηγορίες αποτελεσμάτων. Καθώς οι εξαρτημένοι που βρίσκονται σε απεξάρτηση συχνά «κάνουν κύκλους» μεταξύ αποχής και υποτροπής, αυτό που ονομάζουμε «συνεχές της θεραπείας» φαίνεται να είναι η καλύτερη λύση, συμπεριλαμβάνοντας αξιολόγηση πολλών και υποκειμενικών δεικτών αποτελεσματικότητας.

* Τίτλος Πρωτοτύπου: Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective

** Διεύθυνση Αλληλογραφίας: Wouter Vanderplasschen wouter.vanderplasschen@ugent.be

1 Department of Orthopedagogics, Ghent University, H. Dunantlaan 2, 9000 Ghent, Belgium

2 Boonshoft School of Medicine, Center for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR), Wright State University, 3640 Colonel Glenn Highway, Dayton, OH 45435, USA

3 Oxfordshire Complex Needs Service, Oxfordshire and Buckinghamshire Mental Health NHS Foundation Trust, Manzil Way, Oxford OX4 1XE, UK

4 Faculty of Education, Health and Social Work, University College Ghent, 9000 Ghent, Belgium

Copyright © 2013 Wouter Vanderplasschen et al. Αυτό το άρθρο είναι ελεύθερης πρόσβασης σύμφωνα με την Creative Commons Attribution License, η οποία επιτρέπει την απεριόριστη χρήση, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο, υπό την προϋπόθεση να γίνεται σωστή αναφορά της αρχικής πηγής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξάρτηση από τις ουσίες είναι μια πολύπλοκη ψυχική νόσος που συχνά σχετίζεται με δυσκολίες σε διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου όπως: ανεργία, έλλειψη στέγης, συγκρούσεις στις σχέσεις, νομικά προβλήματα και ψυχιατρική συννοσηρότητα [1, 2]. Παρόλο που κάποια από αυτά τα προβλήματα απορρέουν από την κατάχρηση ουσιών, πολλά από τα άτομα που πρόκειται να αποκτήσουν εξάρτηση αντιμετωπίζουν αυτά τα ζητήματα πριν την έναρξη της χρήσης ουσιών [3]. Και στις δύο περιπτώσεις, η τοξικοεξάρτηση θεωρείται ως μια οξεία φάση και αντιμετωπίζεται με σύντομα επεισόδια θεραπείας σε πλαίσιο διαμονής ή αρκετούς μήνες θεραπείας σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης, κατά τα οποία εστιάζουν κυρίως αν όχι αποκλειστικά στην αποχή, παραβλέποντας άλλες ανησυχίες [4]. Αντίθετα, η εξάρτηση θεωρείται ολοένα και περισσότερο μία χρόνια υποτροπιάζουσα πάθηση όπου η απεξάρτηση είναι πιθανή [5], αλλά συχνά απαιτείται ένα εντατικό ή ακόμη και πολλά επεισόδια θεραπείας και / ή πολλοί προσωπικοί ή κοινοτικοί πόροι. Η συνεχής φροντίδα είναι απαραίτητη για την έναρξη και τη διατήρηση της απεξάρτησης [6, 7]. Το κίνημα της απεξάρτησης εστιάζει στις ανάγκες και τους στόχους όπως τους αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο και θεωρεί την αποχή ως πιθανό «πόρο», αλλά όχι ως προϋπόθεση, για την απεξάρτηση [8–10]. Μια προσέγγιση με προσανατολισμό στην απεξάρτηση, στις έρευνες για την εξάρτηση υπονοεί προσοχή στην εξέλιξη των διαφόρων τομέων της ζωής, την υποκειμενική ευημερία του ατόμου καθώς και την υιοθέτηση μιας μακρόχρονης προοπτικής με στόχο την κατανόηση της πολυπλοκότητας της πορείας της χρήσης του ατόμου και της θεραπευτικής του πορείας [11].

Για τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης από ουσίες υπάρχει διαθέσιμο ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών: προγράμματα αποτοξίνωσης, στεγνά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, μακρόχρονα θεραπευτικά προγράμματα διαμονής και υπηρεσίες μείωσης της βλάβης. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες (ΘΚ) για τις εξαρτήσεις, που αποκαλούνται επίσης στεγνά προγράμματα ή θεματικές ΘΚ, έχουν στόχο την επανεισαγωγή των πρώην εξαρτημένων στην κοινωνία. Οι ΘΚ αποτέλεσαν μία από τις πρώτες εξειδικευμένες θεραπευτικές πρωτοβουλίες για άτομα με προβλήματα εξαρτήσεων, που αναπτύχθηκαν εκτός –και συχνά ως αντίδραση προς– το παραδοσιακό σύστημα φροντίδας της υγείας. Η ιστορία τους χρονολογείται από την Κοινότητα Synanon, μια αυτό-υποστηριζόμενη κοινότητα πρώην εξαρτημένων που ιδρύθηκε το 1958 στην Σάντα Μόνικα, της Καλιφόρνια [12]. Η ΘΚ μπορεί να οριστεί ως «ένας χώρος καθαρός από ουσίες στον οποίο μένουν μαζί άτομα με προβλήματα εξάρτησης με έναν οργανωμένο και δομημένο τρόπο, προάγοντας την αλλαγή προς ένα καθαρό τρόπο ζωής επιστρέφοντας στην ευρύτερη κοινότητα» [13]. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, οι ΘΚ κατείχαν κυρίαρχη θέση στα συστήματα θεραπείας στο μεγαλύτερο μέρος του δυτικού κόσμου. Ωστόσο λόγω της έφαρσης της επιδημίας της χρήσης ουσιών και του HIV, ευρύτερης κλίμακας πρωτοβουλίες με στόχο τη μείωση της βλάβης (π.χ. συντήρηση με μεθαδόνη, προγράμματα ανταλλαγής συριγγών) έγιναν το επίκεντρο των περισσότερων πολιτικών για τα ναρκωτικά στη Δυτική Ευρώπη. Παρά τη μακρά παράδοση και τη διαθεσιμότητα, σε παγκόσμιο επίπεδο των ΘΚ, οι ΘΚ σχολιάστηκαν για το περιορισμένο προφίλ ατόμων στα οποία απευθύνονταν, το υψηλό κόστος των μακρόχρονων προγραμμάτων διαμονής και την έλλειψη αποδείξεων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, με βάσει τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Επι-

πλέον, τα υψηλά ποσοστά διακοπών και υποτροπής, οι μεταβαλλόμενες προσδοκίες των θεραπευόμενων, οι κοινωνικές νόρμες και η κριτική όσον αφορά τη μακρόχρονη παραμονή σε κλειστές κοινότητες αμφισβήτησαν περαιτέρω την καταλληλότητα της θεραπείας σε ΘΚ προς το τέλος του αιώνα [14].

Παρόλο που η θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης με ιατρική παρακολούθηση (υποκατάσταση) αποτελεί την πλέον διαδεδομένη θεραπευτική φιλοσοφία για τις εξαρτήσεις [15, 16], ένας στους τρεις θεραπευόμενους στην ΕΕ εμπλέκεται σε άλλες μορφές θεραπείας, μεταξύ των οποίων και οι ΘΚ [17]. Η θεραπεία σε ΘΚ με στόχο την απεξάρτηση ξεκινά με την κοινή αποδοχή της φιλοσοφίας: «η κοινότητα ως μέθοδος» [18] και έχει εφαρμοστεί σε όλα τα μήκη και πλάτη του κόσμου. Το συνηθισμένο μοντέλο ΘΚ έχει τροποποιηθεί για να μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες ειδικών πληθυσμών (π.χ. γυναίκες με παιδιά, άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα) ή την εμφάνιση νέων φαινομένων (π.χ. ΘΚ εντός του σωφρονιστικού συστήματος, υποκατάσταση με μεθαδόνη κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε ΘΚ) σε αυτό που ονομάζεται τροποποιημένη ΘΚ (MTC) [19].

Η μέθοδος και οι στόχοι της ΘΚ ταιριάζουν καλά με το αναδυόμενο/εν εξελίξει κίνημα απεξάρτησης, καθώς η θεραπεία σε ΘΚ μπορεί να θεωρηθεί ως μία εκπαιδευτική διαδικασία κατά την οποία τα άτομα υποστηρίζονται κατά τη διάρκεια ενός προσωπικού ταξιδιού με προορισμό την απεξάρτηση και ένα τρόπο ζωής καθαρό από ουσίες, έχοντας ως στόχο την ανάκτηση του ελέγχου στη ζωή τους [20].

Παρά τη μακρά ερευνητική παράδοση στις ΘΚ [21, 22], οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των ΘΚ είναι περιορισμένες σύμφωνα με την επικρατούσα ιεράρχηση επιστημονικής τεκμηρίωσης του Cochrane [23]. Οι διαθέσιμες επισκοπήσεις είναι επηρεασμένες από την επιλεκτική εστίαση ορισμένων τύπων ΘΚ ή το σχεδιασμό των μελετών και την επικρατούσα εστίαση στην αποχή από τις ουσίες. Η συχνά αναφερθείσα αναθεώρηση του Cochrane από τον Smith και τους συνεργάτες του [23] περιλαμβάνει μόνο τυχαιοποιημένες δοκιμές, ενώ η τυχαία ένταξη σε ομάδες φάνηκε να είναι είτε μη εφικτή (δηλ. σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διακοπών μεταξύ της ομάδας ελέγχου) ή ενδεικνυόμενη (δηλ. το κίνητρο και η εθελοντική συμμετοχή θεωρούνται σημαντικά στοιχεία για τη θεραπευτική διαδικασία) σε αρκετές μελέτες [24, 25]. Συνεπώς, η παρούσα μετα-ανάλυση συμπεριέλαβε κάποιες μελέτες χωρίς πραγματική τυχαιοποίηση και απέκλεισε ένα μεγάλο αριθμό καλών ποιοτικά, ημι-πειραματικών μελετών. Μια πρόσφατη ανασκόπηση από τον Malivert και τους συνεργάτες του [26] εξαίρεσε μελέτες για τις ΘΚ στις φυλακές, παρόλο που αυτός ο τύπος τροποποιημένης ΘΚ είναι το πλέον μελετημένο μοντέλο ΘΚ την τελευταία δεκαετία. Επιπλέον, η αποχή και η ολοκλήρωση της θεραπείας αποτελούσαν τις μόνες μετρήσεις αποτελεσματικότητας σε αυτή τη μελέτη. Τέλος, η μετα-ανάλυση από τον Lees και τους συνεργάτες του [27] μπορεί να θεωρηθεί ξεπερασμένη, καθώς δεν περιλαμβάνει καμία δημοσιευμένη μελέτη από το 1999 και μετά.

Καθώς χρειάζεται μια έγκυρη επιστημονική τεκμηρίωση για την ενημέρωση όσων κάνουν χρήση των υπηρεσιών, των θεραπειών και των χαρακτηριστικών πολιτική σχετικά με τις δυνατότητες των ΘΚ να προάγουν την απεξάρτηση, στόχος της παρούσας δημοσίευσης είναι να κάνει μια ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας των ΘΚ για τις εξαρτήσεις με βάση μια πιο ολοκληρωμένη ανασκόπηση των διαθέσιμων τυχαιοποιημένων και μη ελεγχόμενων μελετών. Το άρθρο περιορίζεται σε μελέτες με ελεγχόμενο σχεδιασμό,

καθώς αυτού του τύπου ο αυστηρός ερευνητικός σχεδιασμός οδηγεί σε υψηλού επιπέδου αποδείξεις. Επίσης, έχουν συμπεριληφθεί και μη τυχαιοποιημένες μελέτες, καθώς το πλήθος των τυχαιοποιημένων μελετών ήταν πολύ μικρό ($n = 5$) και η πραγματική τυχαιοποίηση αμφισβητείται σε αρκετές από τις μελέτες. Δεδομένης της εστίασης στην απεξάρτηση, ένα σύνολο μετρήσεων της αποτελεσματικότητας –εκτός της αποχής– θα αξιολογηθούν και θα υιοθετηθεί μια μακροπρόθεσμη προοπτική αποτελεσματικότητας, συμπεριλαμβάνοντας αξιολόγηση της επίδρασης της μεταθεραπευτικής φροντίδας ή της συνεχιζόμενης υποστήριξης.

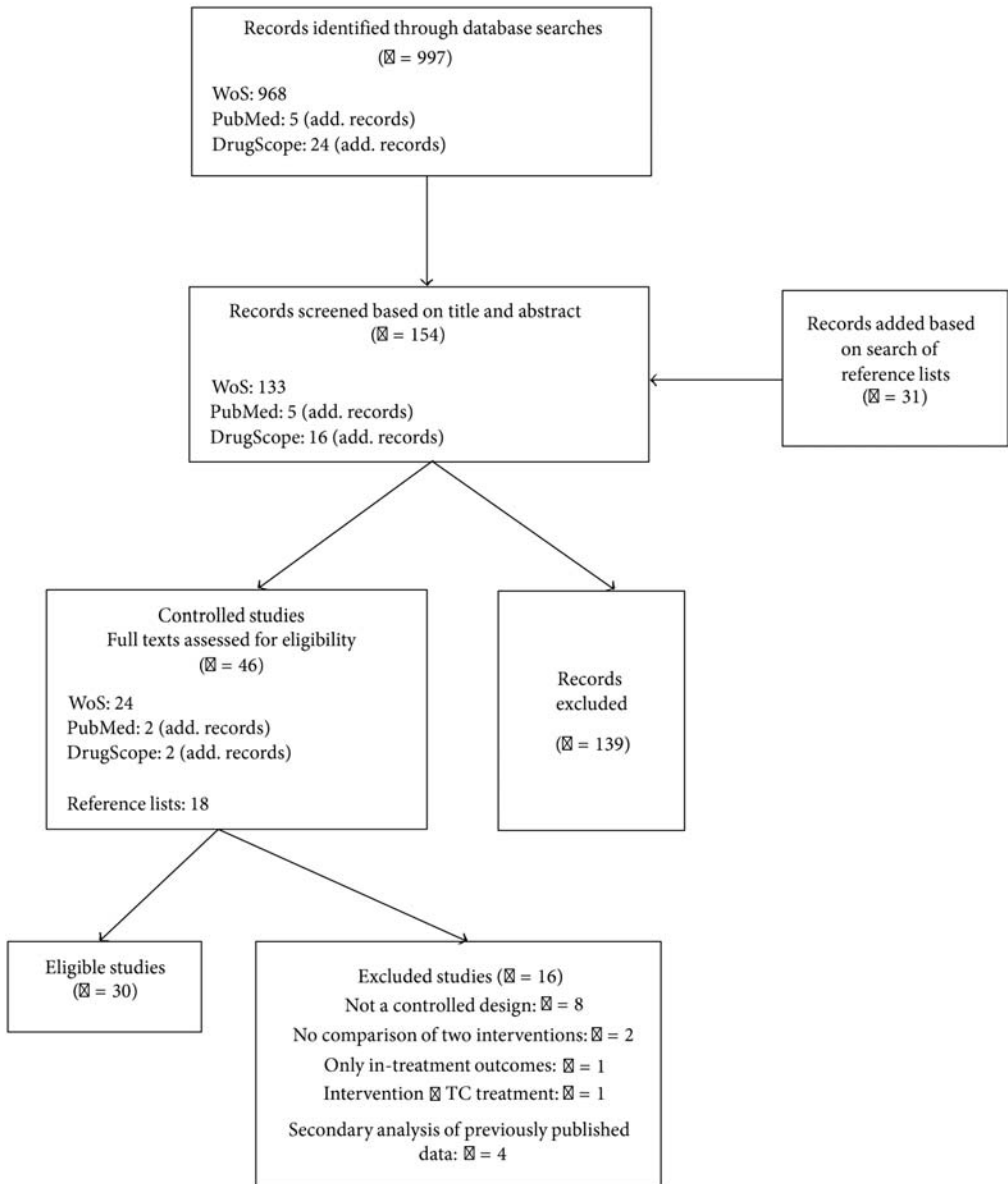
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αυτή η αφηγηματική ανασκόπηση εστιάζει σε ελεγχόμενες δοκιμές (τυχαιοποιημένες δοκιμές καθώς και ημι-πειραματικούς σχεδιασμούς) σε θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένους. Δεδομένης της ετερογένειας των μεθόδων στις μελέτες καθώς και της ποικιλίας στην αναφορά των δεδομένων, επιλέξαμε τη μέθοδο αφηγηματικής ανασκόπησης αντί της μετα-ανάλυσης. Οι μελέτες συμπεριλαμβάνονταν εάν πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια.

- (i) Παρέμβαση: μεγάλης διάρκειας θεραπευτικές κοινότητες για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, με ιεραρχική δομή (διαμονής) και αποτελούν ένα περιβάλλον μάθησης, και στις οποίες πρώην χρήστες ζουν μαζί και δουλεύουν με στόχο την απεξάρτηση, οι οποίες, τέλος, βασίζονται σε αρχές αυτό-βοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας [12, 21].
- (ii) Πληθυσμός στόχος: ενήλικες εξαρτημένοι σε παράνομες ουσίες (κυρίως ηρωίνη, κοκαΐνη ή αμφεταμίνες), συχνά σε συνδυασμό με μια εξάρτηση σε κάποια άλλη (νόμιμη) ουσία (π.χ., αλκοόλ, συνταγογραφημένα φάρμακα). Οι μελέτες που περιλάμβαναν άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα συμπεριλήφθηκαν, εάν όλοι οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν εξαρτημένοι από ουσίες.
- (iii) Μετρήσεις αποτελεσμάτων: θα έπρεπε να αναφέρεται τουλάχιστον ένα αποτέλεσμα από την παρακάτω εκτενή λίστα αποτελεσμάτων: χρήση ουσιών (χρήση παράνομων ουσιών, χρήση αλκοόλ), χρόνος παραμονής στη θεραπεία (παραμονή, ολοκλήρωση της θεραπείας / διακοπή), εργασιακή κατάσταση, παραβατική συμπεριφορά, υγεία και ευημερία, οικογενειακές σχέσεις, ποιότητα ζωής, κατάσταση θεραπείας, κοκ. Λήφθηκαν υπόψη, αντικειμενικοί (περιγραφή της κατάστασης) και υποκειμενικοί (ενδεικτικοί της οπτικής του ίδιου του ατόμου) δείκτες, καθώς και μετρήσεις αυτό-αναφοράς, βιολογικοί δείκτες και διοικητικά στοιχεία.
- (iv) Σχεδιασμός της μελέτης: τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές και ημι-πειραματικές μελέτες, στις οποίες συγκρίθηκαν προοπτικά μέλη που συμμετείχαν σε θεραπεία σε ΘΚ με κάποια ομάδα ελέγχου που συμμετείχε σε ένα από τα συνήθη θεραπευτικά πλαίσια («συνήθης θεραπεία» “treatment as usual”/standard of care) ή σε κάποιο άλλο τύπο ΘΚ (π.χ., πρόγραμμα συντομότερης διάρκειας / ημερησία ΘΚ) ή με ομάδα ελέγχου εκτός θεραπείας (π.χ., ομάδα ελέγχου στη φυλακή / σε λίστα αναμονής). Οι μελέτες θα έπρεπε να αναφέρουν ξεχωριστά τα ευρήματα των αποτελεσμάτων των ΘΚ από αυτά άλλου τύπου παρεμβάσεων (π.χ. μετα-θεραπευτική φροντίδα).

Οι ήδη υπάρχουσες επισκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις δεν συμπεριλήφθηκαν, αλλά όλες οι μελέτες επιλέχθηκαν για την ανασκόπηση εξετάστηκαν με βάση τα παραπάνω κριτή-

ΣΧΗΜΑ 1: FLOWCHART ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ/ΕΞΑΙΡΕΘΗΚΑΝ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΤΑΔΙΟ.



ρια συμμετοχής. Οι μελέτες που εστίαζαν σε κάποιο άλλο είδος θεραπείας διαμονής και όχι σε θεραπεία σε ΘΚ, εξαιρέθηκαν από την παρούσα προσπάθεια. Εάν αρκετές δημοσιεύσεις εστίαζαν στο ίδιο αρχικό δείγμα και είχαν τον ίδιο σχεδιασμό, τότε θεωρήθηκαν ως μία μελέτη.

2.1. *Στρατηγικές αναζήτησης*. Κάναμε αναζήτηση στις παρακάτω βάσεις δεδομένων: ISI Web of Knowledge (WoS), PubMed, και DrugScope, μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2011. Δεν υπήρχαν περιορισμοί αναφορικά με τη γλώσσα, τη χώρα ή το έτος δημοσίευσης. Οι στρατηγικές αναζήτησης για κάθε βάση δεδομένων διαμορφώθηκε, βάσει της αναζήτησης που έγινε στο ISI Web of Knowledge, αλλά αναθεωρήθηκε κατάλληλα ώστε να λάβει υπόψη τις διαφορές στο λεξιλόγιο και τους κανόνες σύνταξης της αναζήτησης. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν «Θεραπευτικ* Κοινότητ*» ΚΑΙ «ουσι* ή εξαρτη* ή εθισμ* ή χρήση ουσιών» ΚΑΙ «αποτελεσμ* ή αξιολόγηση ή follow-up ή αποτελεσματικότητα». Οι λίστες αναφοράς των μελετών που εντοπίστηκαν καθώς και των διαθέσιμων επισκοπήσεων ελέγχθηκαν για σχετικές μελέτες. Ακόμη, ελέγχθηκαν για σχετικές δημοσιεύσεις τα περιεχόμενα του International Journal of Therapeutic Communities, ενός εξειδικευμένου περιοδικού, που υιοθετεί τη μέθοδο αξιολόγησης των κριτικών αναγνώστων, και το περιεχόμενό του αφορά τις ΘΚ και άλλους υποστηρικτικούς οργανισμούς.

Η αναζήτησή μας έδωσε 997 αποτελέσματα, εκ των οποίων αρχικά επιλέχθηκαν 185, βάσει του τίτλου και της περίληψης (βλ. Σχήμα 1). Η λεπτομερής ανάλυση αυτών των περιλήψεων από δύο ανεξάρτητους αξιολογητές (Mieke Autrique και Wouter Vanderplasschen) οδήγησε στην επιλογή 46 μελετών.

Εκτός από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στα πρακτικά συνεδρίων καθώς και στη μη επιστημονικά τεκμηριωμένη βιβλιογραφία της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (EFTC), της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (WFTC), και της Ευρωπαϊκής Ομάδας Εργασίας για τις Έρευνες σε Θέματα Ναρκωτικών (EWODOR) για σχετικές δημοσιεύσεις / δημοσιευμένες έρευνες. Διερευνήσαμε τις καταγεγραμμένες, εν εξελίξει κλινικές δομικές για να εντοπίσουμε τυχόν Τυχαίοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές (RCT) εν εξελίξει. Σε περίπτωση που δεν μπορούσαμε να εντοπίσουμε κάποια έρευνα μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος της βιβλιοθήκης του Ghent University, επικοινωνήσαμε με τους συγγραφείς και ζητούσαμε ένα αντίγραφο της έρευνάς τους. Τέλος, επικοινωνήσαμε με εξειδικευμένους επιστήμονες σε θέματα ΘΚ από αρκετές χώρες καθώς και με τα τοπικά γραφεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Εξάρτησης από Ναρκωτικά (EMCDDA) ώστε να μας στείλουν τυχόν δημοσιεύσεις / δημοσιευμένες ή εν εξελίξει μελέτες οι οποίες αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των ΘΚ για τις εξαρτήσεις.

2.2. *Επιλογή των Μελετών*. Συνολικά, εντοπίστηκαν 46 ελεγχόμενες μελέτες (28 με την προαναφερθείσα μέθοδο αναζήτησης και 18 επιπλέον τίτλοι επιλέχθηκαν με βάση τις λίστες αναφοράς επιλεγμένων μελετών και των διαθέσιμων επισκοπήσεων). Αφού διαβάσαμε τα πλήρη κείμενα των μελετών, 16 αποκλείστηκαν, διότι αναφέρονταν μόνο αποτελέσματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας ($_ = 1$), επειδή η θεραπεία που παρείχαν δεν ταίριαζε με τον ορισμό της ΘΚ που είχαμε προτείνει ($_ = 1$), ή επειδή

-βάσει σχεδιασμού- δεν επρόκειτο για ελεγχόμενη μελέτη ($n = 8$). Τέσσερις μελέτες αποκλείστηκαν επειδή επρόκειτο για δευτερογενείς αναλύσεις παλαιότερων δημοσιεύσεων, εστιάζοντας, συνήθως, σε συγκεκριμένη υπο-ομάδα του δείγματος. Και τέλος δύο μελέτες δεν σύγκριναν τη θεραπεία σε ΘΚ με κάποια παρέμβαση-ελέγχου, αλλά σύγκριναν τα αποτελέσματα που σχετίζονταν με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των θεραπευόμενων.

2.3. *Εξαγωγή και Ανάλυση Δεδομένων.* Δύο αξιολογητές (Mieke Autrique και Wouter Vanderplasschen) εξήγαγαν τα δεδομένα σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα από τις επιλεγμένες μελέτες σε έναν μεγάλο συνοπτικό πίνακα (βλ. Πίνακα 1). Εξήχθησαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά από τις μελέτες: (1) συγγραφέας, χώρα (κράτος / πολιτεία), και έτος δημοσίευσης, (2) σχεδιασμός μελέτης και χρόνοι μετρήσεων follow-up, (3) κριτήρια επιλεξιμότητας του δείγματος και χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και ποσοστά απώλειας δείγματος στο follow-up, (4) είδος ΘΚ (συμπεριλαμβανομένης και της διάρκειας της θεραπείας) και ομάδα ελέγχου, και (5) κατηγορίες αποτελεσμάτων: ποσοστά παραμονής και ολοκλήρωσης του προγράμματος, αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση ουσιών (χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ), παραβατική συμπεριφορά, εργασία και άλλα αποτελέσματα όπως η κατάσταση της υγείας, στέγη. Επίσης υπήρχε μια στήλη που περιλάμβανε καθοριστικούς παράγοντες / συμμεταβλητές της αποχής / παραμονής. Τα ευρήματα από μελέτες οι οποίες περιλάμβαναν πολλές αξιολογήσεις follow-up ομαδοποιήθηκαν και αριθμήθηκαν αναλόγως (βλ. Πίνακα 1). Συγκρίναμε τα αποτελέσματα σε αρκετές κατηγορίες σε όλες τις αναφερθείσες μετρήσεις follow-up (βλ. Πίνακα 2). Σε αυτό τον συνοπτικό πίνακα, “+” υποδηλώνει σημαντική διαφορά σχετικά με τα αποτελέσματα της κατηγορίας υπέρ της ερευνητικής ομάδας, ενώ “-” υποδηλώνει σημαντική διαφορά υπέρ της ομάδας ελέγχου. Το “=” σημαίνει ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, εναλλακτικά το κείμενο μπορεί να αναφέρει δεν αναφέρθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση την ανασκόπηση των ελεγχόμενων μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ΘΚ, εντοπίστηκαν 30 δημοσιεύσεις που περιλάμβαναν διαχρονική αξιολόγηση των ΘΚ για τις εξαρτήσεις και είχαν εφαρμόσει προοπτικό ερευνητικό σχεδιασμό ο οποίος περιλαμβάνει και ομάδα ελέγχου (βλ. Πίνακα 1). Αυτές οι 30 δημοσιεύσεις βασίζονται σε συνολικά 16 πρωτότυπες έρευνες, καθώς αρκετά άρθρα αναφέρονται στην ίδια (μεγάλη) μελέτη και/ή σε αρκετές μετρήσεις από την ίδια μελέτη (π.χ. την μελέτη Delaware (no. 7) από τον Inciardi και του συνεργάτες του [34–38], τη μελέτη στη φυλακή Amity (no. 8) από τον Prendergast και τους συνεργάτες του [39–41]). Διεξοδικός μεθοδολογικός έλεγχος αποκάλυψε ότι τελικά μόνο οι πέντε μελέτες μπορούσαν να θεωρηθούν πραγματικά τυχαίοποιημένες (βλ. Πίνακα 1). Αυτό συνέβη διότι στις περισσότερες μελέτες η διαδικασία τυχαίοποίησης των ομάδων σε κάποια χρονική στιγμή θα «συμβιβαζόταν» [25, 32] ή δεν ήταν εφικτή/ενδεικνυόμενη εξ αρχής [24, 30, 46]. Μεθοδολογικά η ποιότητα των μελετών ποίκιλε ενώ συχνά ήταν αρκετά χαμηλή λόγω υψηλών ποσοστών απώλειας δείγματος, έλλειψης αντικειμενικής επιβεβαίωσης των ευρημάτων και εστίασης σε ένα μόνο μέρος (βλ. Πίνακα 1).

Οι παλαιότερες μελέτες χρονολογούνταν από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 [51–53]. Η πλειοψηφία των μελετών πραγματοποιήθηκαν / δημοσιεύθηκαν στη δεκαετία του 1990. Όλες οι ελεγχόμενες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ. Παρά την αυξανόμενη τάση για διενέργεια ερευνών σε Ευρώπη, Αυστραλία και Νότιο Αμερική, σε αυτές τις ηπείρους πραγματοποιήθηκαν μόνο μελέτες παρατήρησης χωρίς τη χρήση ομάδας ελέγχου.

Στις περισσότερες μελέτες η περίοδος follow-up ήταν μεταξύ 6-24 μήνες, και μόνο σε τρεις μελέτες οι συμμετέχοντες παρακολουθήθηκαν για περισσότερο από 36 μήνες. Τα αποτελέσματα των μελετών μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τη στιγμή του follow-up [24, 25, 39], ωστόσο συνήθως το μέγεθος των διαφορών μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ερευνητικής ομάδας φαινόταν να εξαλείφεται με την πάροδο του χρόνου (βλ. Πίνακα 2). Συνολικά, παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις, εντός των ομάδων, όσον αφορά τη σοβαρότητα του προβλήματος μεταξύ των αξιολογήσεων κατά την έναρξη και το follow-up ιδιαίτερα αναφορικά με τη χρήση ουσιών, την παραβατική συμπεριφορά και την εργασία. Οι δύο μετρήσεις που εκτιμήθηκαν στις περισσότερες μελέτες είναι η «χρήση ουσιών» και η «παραβατική συμπεριφορά». Όλες οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ανέφεραν τουλάχιστον μία μέτρηση αποτελεσματικότητας σε μία από αυτές τις δύο κατηγορίες. Οκτώ από τις 13 μελέτες (ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος του 16, καθώς δεν ανέφεραν όλες οι μελέτες αποτελέσματα σχετικά με όλες τις κατηγορίες) ανέφεραν τουλάχιστον μία σημαντική θετική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα της ΘΚ και την ομάδα ελέγχου αναφορικά με τα νομικά αποτελέσματα στον πρώτο χρόνο του follow-up, ενώ 9/14 μελέτες εντόπισαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τη χρήση ουσιών στην ομάδα της ΘΚ την ίδια χρονική περίοδο (βλ. Πίνακα 2). Όλες οι μελέτες περιλάμβαναν πολλούς δείκτες αποτελεσματικότητας (ακόμη και εντός της ίδιας κατηγορίας), ωστόσο, μόνο μία μελέτη κατάφερε να βρει αρκετά σημαντικά, θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις περισσότερες μετρήσεις αποτελεσματικότητας για τα νομικά θέματα (δηλ. ποσοστά επιστροφής στη φυλακή, ημέρες μέχρι την πρώτη παράνομη δραστηριότητα / τον εγκλεισμό, και διάρκεια ποινής) [40]. Οι περισσότερες μελέτες βρήκαν μόνο μία σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ανά κατηγορία (π.χ., χρόνος μέχρι την υποτροπή στη χρήση), ενώ άλλοι δείκτες αποτελεσματικότητας στην ίδια κατηγορία δεν εντόπισαν διαφορές μεταξύ των ομάδων (βλ. Πίνακα 1). Τα σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα σε μία κατηγορία (π.χ. χρήση ουσιών, παραβατική συμπεριφορά) δεν συνοδεύονται απαραίτητα από βελτιωμένα αποτελέσματα σε άλλους τομείς (π.χ. εργασία, ψυχολογική υγεία). Μόνο τέσσερις μελέτες εντόπισαν σημαντικές διαφορές σε τρεις ή περισσότερες κατηγορίες αποτελεσμάτων [24, 38, 44, 50].

Συγγραφείς	Σχεδιασμός της μελέτης + μετρήσεις	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση + Ομάδα σύγκρισης	Μετρήσεις αποτελεσμάτων				Συσχέτιση υποτροπής / αποχής	
				Παραμονή	Χρήση ουσιών	Παραβατική δραστηριότητα	Εργασία		Άλλο
1. Sacks et al., 2012 (Colorado, US) [19]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαιοποίηση, καθώς ο λόγος κατανομής μεταβλήθηκε στη διάρκεια της μελέτης). Αποτελέσματα 12 μηνών μετά την έναρξη της θεραπείας	127 άντρες παραβάτες με χρήση ουσιών και ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι συμμετείχαν σε διάφορα είδη θεραπείας στη φυλακή FU: 86.6 %	MTC επανένταξης (??=71) Πρόγραμμα 6 μηνών Ομ.Ελέγχου: Διαχείριση περιπτώσεων υπό επίμελεια (??=56)	Παράβαση που σχετίζονται με τις ουσίες: 37 vs 58%*, ποσοστά επιστροφής στη φυλακή: 19 vs 38%*, παραβατικότητα που σχετίζεται με τις ουσίες: 39 vs 62%*, ημέρες μέχρι την επιστροφή στη φυλακή: 161 vs 168*	FI 5	Χρήση ουσιών	Παράβαση που σχετίζονται με τις ουσίες: 37 vs 58%*, ποσοστά επιστροφής στη φυλακή: 19 vs 38%*, παραβατικότητα που σχετίζεται με τις ουσίες: 39 vs 62%*, ημέρες μέχρι την επιστροφή στη φυλακή: 161 vs 168*	Άλλο	Συσχέτιση υποτροπής / αποχής
2. Zhang et al., 2011 (California, US) [28]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημιπεραματική) Αποτελέσματα 10 και 50 έτος, μετά την αποφυλάκιση	798 άντρες παραβάτες με καταγεγραμμένο ιστορικό κατάχρησης ουσιών FU: 100 % (στοιχεία από επίσημα αρχεία)	ΘΚ στη φυλακή (??=395) Πρόγραμμα 18 μηνών Ομ.Ελέγχου: ομάδα με ίδια χαρακτηριστικά που δεν έλαβαν θεραπεία, από κοινού σωφρονιστικό καταστήμα (??=403)	FI 5	Χρήση ουσιών	Επανασύλληψη: 54.0 vs 47.6% (ns), επιστροφή στη φυλακή 54.7 vs 51.9% (ns), ημέρες στη φυλακή 79,1 vs 77,4 Επανασύλληψη: 80.4 vs 78.2% (ns), επιστροφή στη φυλακή 72.4 vs 72.5% (ns), ημέρες στη φυλακή 450.4 vs 412,7	Επανασύλληψη: 54.0 vs 47.6% (ns), επιστροφή στη φυλακή 54.7 vs 51.9% (ns), ημέρες στη φυλακή 79,1 vs 77,4 Επανασύλληψη: 80.4 vs 78.2% (ns), επιστροφή στη φυλακή 72.4 vs 72.5% (ns), ημέρες στη φυλακή 450.4 vs 412,7	Επανασύλληψη: 54.0 vs 47.6% (ns), επιστροφή στη φυλακή 54.7 vs 51.9% (ns), ημέρες στη φυλακή 79,1 vs 77,4 Επανασύλληψη: 80.4 vs 78.2% (ns), επιστροφή στη φυλακή 72.4 vs 72.5% (ns), ημέρες στη φυλακή 450.4 vs 412,7	Η συμμετοχή σε μεταθεραπευτική φροντίδα επηρέασε τα ποσοστά επιστροφής στη φυλακή (μετά από 1 χρόνο (ns), όχι μετά από 5 χρόνια) και το χρόνο στη φυλακή (μετά από 1* και 5 χρόνια (ns))
3. Messina et al., 2010 (California, US) [29]	Τυχαιοποιημένη μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 6 και 12 μηνών μετά την απελευθέρωση	115 γυναίκες παραβάτες με καταγεγραμμένο ιστορικό κατάχρησης ουσιών FU: 83% μετά από 6 μήνες FU: 76% μετά από 12 μήνες	MTC με ευαθροποιημένη φυλακή (??=60) Πρόγραμμα 6 μηνών Ομ.Ελέγχου: συνήθης ΘΚ σε φυλακή (??=55)	Μήνες στη μεταθεραπευτική φροντίδα: 2,6 vs 1,8* Η ομάδα MTC είχε υψηλότερο OR (4,607) επιτυχής μέτρηση ολοκλήρωσης της μεταθεραπευτικής φροντίδας	Καμία διαφορά στις συνθετικές τιμές του ASI + στην αυτοαποτιμολογητικότητα	Καμία διαφορά στον (στον χρόνο) επιστροφή σε καθεστώς φροντίδας: 31 vs 45%	Καμία διαφορά στις συνθετικές τιμές του ASI σχετικά με την οικονομική κατάσταση + ψυχολογική κατάσταση	Μεγαλύτερη μείωση στη χρήση ουσιών για την ομάδα MTC*, όταν ελέγχθηκαν η απασχόληση + οι καταστάσεις ψυχολογική κατάσταση + οι συνθήκες κρατήσεως ήταν λιγότερο πιθανή για την ομάδα MTC, όταν ελέγχθηκαν η φυλή, η απασχόληση + οι συνθήκες διαβίωσης	Μεγαλύτερη μείωση στη χρήση ουσιών για την ομάδα MTC*, όταν ελέγχθηκαν η απασχόληση + οι συνθήκες κρατήσεως ήταν λιγότερο πιθανή για την ομάδα MTC, όταν ελέγχθηκαν η φυλή, η απασχόληση + οι συνθήκες διαβίωσης
4. Welsh et al., 2007 (Pennsylvania, US) [30]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημιπεραματική σε 5 κρατικές φυλακές) Αποτελέσματα μέχρι και δύο χρόνια μετά την απελευθέρωση (κατά μέσο όρο μετά από 17	708 άντρες κρατούμενοι, που ξεκίνησαν θεραπεία μέσα στη φυλακή FU: 100% (με βάση τα επίσημα αρχεία)	5 ΘΚ σε φυλακή (??=217), η παραμονή ποικίλε από 9 (??=1) έως 12 (??=3) και 16 μήνες (??=1), Ομ.Ελέγχου (??=491): 3 άλλα είδη θεραπείας για τις ουσίες (επιμέτρηση για	Καμία διαφορά στον αριθμό των ημερών των θετικών για θρεπτικά αποτελέσματα σε εξέταση για ουσίες (35 vs 38%)	Καμία διαφορά στην επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη: αντίστοιχα 30 και 24% vs 41 και 34%? Επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη αντίστοιχα 1,67 και	Υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης: 39,2 vs 25,9%???	Καμία διαφορά στην επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη: αντίστοιχα 30 και 24% vs 41 και 34%? Επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη αντίστοιχα 1,67 και	Καμία διαφορά στην επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη: αντίστοιχα 30 και 24% vs 41 και 34%? Επιστροφή στη φυλακή και επανασύλληψη αντίστοιχα 1,67 και	Η επιστροφή στη φυλακή προβλέφθηκε από την εργασία κατάσταση μετά την απελευθέρωση Η υποτροπή στη χρήση προβλέφθηκε από την ηλικία και την εργασία

	<p>Αποτελέσματα στους 42 και τους 60 μήνες μετά την έναρξη.</p>	<p>σθών FU: 69,8% μετά από 48 μήνες. FU: 63,8% μετά από 60 μήνες</p>	<p>Οι.Ελέγχου: συνήθης αποφυλάκιση λόγω παραπομπών χωρίς θεραπεία (n=216)</p>	<p>και 60 μήνες (OR 3.54***)</p>	<p>(OR 1.71**) και 60 μήνες (OR 1.61*)</p>		<p>της παλιότερης χρήσης ουσιών προέβλεπε την υποτροπή (**) μετά από 48 μήνες Η απουσία παλιότερης θεραπευτικής εμπειρίας προέβλεπε την υποτροπή μετά από 60 μήνες, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία (*) και το να είναι γυναίκα (*) προέβλεπε τη μη επανόληψη Η ολοκλήρωση της ΘΚ σχετίστηκε με τη μη επανασύλληψη και με την αποχή από τις ουσίες μετά από 42 και 60 μήνες, με καλύτερα αποτελέσματα για τα σε εμπεδωμένους μεταθεραπευτική φροντίδα</p>
<p>Martin et al., 1999 (Delaware, US) [35]</p>	<p>Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαίοποίηση), καθώς το πρόγραμμα KEY συνεχίστηκε απόλυτα με το CREST Αποτελέσματα 6, 18 και 42 μήνες μετά την έναρξη (δηλ. 1 και 3 χρόνια μετά τη ΘΚ)</p>	<p>428 κρατούμενοι με προβλήματα χρήσης ουσιών FU: περίπου 80%</p>	<p>Μεταβατική ΘΚ (CREST) (n=157) Πρόγραμμα 6 μηνών Οι.Ελέγχου: ΘΚ σε φυλακή (KEY) (n=38) Πρόγραμμα 12 μηνών ΘΚ στη φυλακή + μεταβατική ΘΚ (n=68) Regular work release (n=165)</p>	<p>Αποτελέσματα στους 18 μήνες Αποτελέσματα στους 42 μήνες</p>	<p>31% στεγνό πρόγραμμα vs. 16% (*) στην ομάδα work-release (vs. 47% από την ομάδα KEY+CREST) OR για αποχή από τη χρήση 8,2 φορές υψηλότερο στην ομάδα CREST-**, 7,4 φορές για την ομάδα KEY (***) και 6,7 φορές στην ομάδα KEY-CREST (*) σε σύγκριση με την ομάδα work release; 23% αποχή από ουσίες vs. 6% (*) από την ομάδα work-release</p>	<p>57% δεν είχαν ξανα-συλληφθεί vs. 46% (*) από την ομάδα work-release (vs. 77% από την ομάδα KEY+CREST) 37% δεν είχαν ξανα-συλληφθεί (vs. 30 από την ομάδα work-release μετά από 42 μήνες</p>	<p>Παρόλο που η μεγαλύτερη έκθεση σε θεραπεία στη ΘΚ οδήγησε σε καλύτερα αποτελέσματα μετά από 1 χρόνο, στα 3 χρόνια μετά τη θεραπεία δεν εντοπίστηκε καμία διαφορά μεταξύ των ΘΚ διαφορετικής φύσεως Η ομάδα συμμετεχόντων που δέχονταν από το CREST είχαν την ίδια πιθανότητα επανασύλληψης όσο και η ομάδα work release, όπου ολοκλήρωσαν το CREST (***) + οσεί ολοκλήρωσαν το CREST-και τη μετεπιδείξη μεταθεραπευτική φροντίδα (***) είχαν λιγότερες πιθανότητες να συλληφθούν Όσα δικάζον από το CREST ήταν πιθανότερο να απέχουν από τη</p>

Lockwood et al., 1997 (Delaware, US) [36]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 6 μήνες μετά την απελευθέρωση	483 κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ουσιών FU: περίπου 80%	Μεταβολτική ΘΚ (CREST) (n=193) Πρόγραμμα 6 μηνών Οι.Ελέγχου: ΘΚ στη φυλακή (KEY) (n=44) Πρόγραμμα 12 μηνών ΘΚ στη φυλακή + μεταβολική ΘΚ (n=34) Συνθήκες work release (n=212)	87% αποχή από ουσιές, vs. 71% από την ομάδα KEY, 73.7% από την ομάδα work release και 93.3% από την ομάδα KEY-CREST	86.5% δεν είχαν ουλ-οισίες, vs. 75% από την ομάδα KEY, 59.9% από την ομάδα work release και 97.1% από την ομάδα KEY-CREST			Χρήση ουσιών από ότι η ομάδα drop-outs more likely to be drug-free than work release (*), όμως όσα ολοκλήρωσαν το CREST (***) + όσα ολοκλήρωσαν το CREST-και την μετέπειτα μεταβαρυστική φροντίδα (***) ακολούθησαν περισσότερο να απέχουν από τη χρήση
Nielsen et al., 1996 (Delaware, US) [37]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημπερασματική) Αποτελέσματα στους 6 και 18 μήνες	689 κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ουσιών FU: 77 vs. 72.6% μετά από 6 μήνες, 58.5 vs. 36.7% μετά από 18 μήνες	Μεταβολτική ΘΚ (CREST) (n=248) Πρόγραμμα 6 μηνών Οι.Ελέγχου: conventional work release (n=441)	Σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής μετά από 6 (16.2 vs. 62.2)*** και 18 μήνες (51.7 vs. 79%)***	Σημαντικά χαμηλότερη υποτροπή στην παραβατικότητα μετά από 6 (14.7 vs. 35.4)*** και 18 μήνες (38.2 vs. 63%)***			Η ηλικία, η φυλή, και το φύλο δεν επηρέασαν το αποτέλεσμα, αλλά η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα μείωση τα ποσοστά υποτροπής στη χρήση και την παραβατικότητα (ns) Η ολοκλήρωση του προγράμματος σχετίστηκε με μικρότερα ποσοστά υποτροπής (***) μετά από 6 μήνες και χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής στην παραβατικότητα μετά από 6 (***) και 18 μήνες (*)
Martin et al., 1995 (Delaware, US) [38]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημπερασματική) Αποτελέσματα 6 μήνες μετά την απελευθέρωση	483 κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ουσιών FU: περίπου 80%	Μεταβολτική ΘΚ (CREST) (n=176) Πρόγραμμα 6 μηνών Οι.Ελέγχου: Αποφοροί.ΘΚ στη φυλακή (KEY) (n=43) ΘΚ στη φυλακή + μεταβολική ΘΚ (n=32) Συνθήκες work release	Πιθανότητα να είναι καθoρός υψηλότερη για την ομάδα CREST (0.84)*** και την ομάδα KEY+CREST (0.94)***	Πιθανότητα να μην έχει συλληφθεί ύψη-λότερη για την ομάδα CREST (0.86)*** και την ομάδα KEY+CREST (0.97)***		Πιθανότητα να μην κάνει ενδοφλέβια χρήση υψηλότερη για την ομάδα CREST (0.97)*** και την ομάδα KEY+CREST (0.97)	Καμία διαφορά ανάμεσα στους συμμετέχοντες στη ΘΚ και την ομάδα work release σε κανέναν δείκτη αποτελέ-σμάτων Περισσότερος χρόνος στη θεραπεία (μετά καλύτερος παράγοντας

Prendergast et al., 2004 (California, US) [39]	Τυχαιοποιημένη, μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 5 χρόνια μετά την απελευθέρωση	715 άνδρες κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ουσιών FU: 81.2%	ΘΚ στη φυλακή Amity (n=425) Πρόγραμμα 9-12 μηνών Ομ.Ελέγχου: δεν υπήρχε ομάδα με θεραπεία (λίστα αναμονής) (n=290)	Μήνες που λαμβάνει θεραπεία μετά την απελευθέρωση: 4.6 vs. 1,7	Συμβαρή χρήση ουσιών τον τελευταίο χρόνο: 24,9 vs. 22,6%	Επιστροφή στη φυλακή εντός 5 ετών: 75,7 vs. 83,4% (*) Ημέρες μέχρι την επίστρωση στη φυλακή: 634 vs. 809 (***)	Σταθερή δουλειά τον τελευταίο χρόνο: 54,8 vs. 52,3%	Ψυχολογική δυσφορία: 31,8 vs. 44,6		προβλεπής αποχής από τη χρήση (***) και χωρίς σύλληψη (*) μετά τη θεραπεία, καθώς και συμμετοχή σε μεγαλύτερης διάρκειας ΘΚ
Prendergast et al., 2003 (California, US) [40]	Τυχαιοποιημένη, μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 12 μήνες μετά την απελευθέρωση	715 άνδρες κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ουσιών FU: 74%	ΘΚ στη φυλακή Amity (n=425) Πρόγραμμα 9-12 μηνών Ομ.Ελέγχου: δεν υπήρχε ομάδα με θεραπεία (λίστα αναμονής) (n=290)	Μέγαλύτερο διάστημα μέχρι την πρώτη χρήση ουσιών: 77 vs 31 ημέρες (***) Καμία διαφορά στα θετικά τεστ για χρήση ουσιών (52,9 vs. 61%)	Ποσοστά επανεικλεισμού στον 1 χρόνο: 33,9 vs. 49,7% (*) περισσότερες ημέρες μέχρι την πρώτη παραγωγή ποδέρ. (138 vs. 71 ημέρες)***; καμία διαφορά στο είδος σύλληψης, περισσότερες ημέρες μέχρι την πρώτη σύλληψη (285 vs 243 ημέρες)***; λιγότερα μήνες στη φυλακή (3 vs. 4,7)***	Η συμμετοχή σε θεραπεία σχετίστηκε με περισσότερες ημέρες μέχρι τον επανεικλεισμό. Όσα ολοκλήρωσαν τη μεταθεραπευτική φροντίδα είχαν χαμηλότερα ποσοστά επανεικλεισμού +μεγαλύτερο διάστημα μέχρι την πρώτη παραγωγή ποδέρ. και τον επανεικλεισμό και λιγότερες ημέρες στη φυλακή Όσα διέκοψαν από τη ΘΚ στη φυλακή είχαν συντομότερο χρόνο SR για τη χρήση ουσιών (32 ημέρες), ακολουθούμενοι από όσους ολοκλήρωσαν τη ΘΚ (62 ημέρες), από όσους διέκοψαν στη μεταθεραπευτική φροντίδα (91 ημέρες) και όσους ολοκλήρωσαν και τη μεταθεραπευτική φροντίδα (184 ημέρες) + επίσης είχαν και περισσότερα θετικά				

<p>Wexler et al., 1999 (California, US) [41]</p>	<p>Τυχαιοποιημένη, μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 12 και 24 μήνες μετά την αποεξουβρίωση</p>	<p>715 άνδρες κρατούμενοι που συμμετείχαν εθελοντικά για θεραπεία σε ΘΚ στη φυλακή FU: 100% μετά από 12 μήνες FU: 36,8% μετά από 24 μήνες</p>	<p>ΘΚ στη φυλακή Amity (n=425) 8-12 month program Ομ.Ελέγχου: δεν υπήρχε ομάδα με θεραπεία (λίστα αναμονής) (n=290)</p>	<p>Χρόνος στο πρόγραμμα: 109,8 vs. 102,7 ημέρες</p>	<p>Πλήρης αποχή μετά από 6 (62,6 vs. 47%), 12 (47,9 vs. 49%) και 18 μήνες (50,4 vs. 55,2%) OR για την υποτροπή στους 6 μήνες = 3,06 (*), δεν ήταν σημαντικό στους 12 και 18 μήνες</p>	<p>Χαμηλότερη ποσοστά επανεγκλεισμού μετά από 12 (33,9 vs. 49,7%) (***) και 24 μήνες (43,3 vs. 67,1%) (***) Περισσότερες ημέρες μέχρι τον επανεγκλεισμό μετά από 12 (192 vs. 172*) μήνες Σημαντικά χαμηλότερο OR για τον επανεγκλεισμό: 0,52 (***) μετά από 12 και 0,63 (***) μετά από 24 μήνες</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο SCL στους 6 (*), 12 (*), και 18 (*), 12 μήνες, χαμηλότερες τιμές στο BDI μετά από 12 μήνες (*), υψηλότερες τιμές στην κοινωνική στήριξη στους 18 μήνες (*), λιγότερο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα στο (ASI) (*)</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>	<p>αποτελέσματα στους ελέγχους ουρανών Τα ποσοστά επανεγκλεισμού ήταν σημαντικά λιγότερα μετά από 12 και 24 μήνες για τους συμμετέχοντες σε ΘΚ + μεταδεδουλευμένη φροντίδα, σε αντίθεση με τα άτομα που διέκοψαν Η ολοκλήρωση της μεταδεδουλευμένης φροντίδας σχετίστηκε θετικά με το χρόνο μέχρι τον επανεγκλεισμό + ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για θετικά αποτελέσματα Η υποτροπή μετά από 18 μήνες προβλέφθηκε από τον δείκτη αποδόλησης πριν την έναρξη της θεραπείας (***) , την ενδοφλέβια χρήση ουσιών (***) και την ύπαρξη > 1 σεξουαλικών συντρόφων (***)</p>
<p>Greenwood et al., 2001 (San Francisco, US) [25]</p>	<p>Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαιοποίηση, σημαντικό ποσοστό διακοπής της Ομ.Ελέγχου πριν την έναρξη της θεραπείας) Αποτελέσματα 6, 12 και 18 μήνες μετά την εισαγωγή</p>	<p>261 χρήστες ουσιών που ζήτησαν θεραπεία στο Walden House FU: 82,4% στους 6 μήνες FU: 82,7% στους 12 μήνες FU: 82,7% στους 18 μήνες</p>	<p>ΘΚ διαμονής (n=147) Πρόγραμμα 12 μηνών Ομ.Ελέγχου: ημερήσια ΘΚ (ίδια ΘΚ αλλά επέστρεφαν σπίτι στο τέλος της ημέρας) (n=114)</p>	<p>Χρόνος διαφορά στο χρόνο μέχρι τη διακοπή (119,7 vs. 108,1 ημέρες) Παραμονή 12 μηνών στην ημερήσια ΘΚ: 17% vs. 9%</p>	<p>ΘΚ διαμονής (n=99) Πρόγραμμα 12 μηνών Ομ.Ελέγχου: ημερήσια ΘΚ (ίδια ΘΚ αλλά επέστρεφαν σπίτι στο τέλος της ημέρας) (n=89)</p>	<p>188 χρήστες ουσιών που ζήτησαν θεραπεία στο Walden House και συμμετείχαν και στις 3 συνεντεύξεις FU</p>	<p>Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαιοποίηση, σημαντικό ποσοστό διακοπής της Ομ.Ελέγχου πριν την έναρξη της θεραπείας) Αποτελέσματα στους 6, 12 και 18 μήνες</p>	<p>Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαιοποίηση) Αποτελέσματα στους 6 μήνες</p>	<p>Συμμόρφωση με τη θεραπεία 6 μήνες: 29 vs. 34% στη ΘΚ ημερας. Χρόνος στη θεραπεία: Χρόνος στη θεραπεία:</p>
<p>Guydish et al., 1998 (San Francisco, US) [43]</p>	<p>Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (μερική τυχαιοποίηση) Αποτελέσματα στους 6 μήνες</p>	<p>261 χρήστες που ζήτησαν θεραπεία στο Walden House FU: 82,4% στους 6 μήνες</p>	<p>ΘΚ διαμονής (n=114) Πρόγραμμα 12 μηνών Ομ.Ελέγχου: ημερήσια ΘΚ</p>	<p>Συμμόρφωση με τη θεραπεία 6 μήνες: 29 vs. 34% στη ΘΚ ημερας. Χρόνος στη θεραπεία:</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>	<p>Χαμηλότερες τιμές στο ASI για θεραπεία (**) και τα ψυχολογικά προβλήματα (**)</p>

French et al., 1999 (New York, US) [45]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημιαρραμιακή; διαδοχική ενδομή στις ομάδες) Αποτελέσματα στο τελευταίο FU (κατά μέσο όρο 24 μήνες μετά την ενδομή)	342 άσπερες, ψυχικά ασθενείς χρήστες FU: 82%	ΜTC για άσπερους Πρόγραμμα 12 μηνών Ομ.Ελέγχου: Συνήθης θεραπεία (n=53)	43% έμεινε 6 μήνες στη ΘΚ (vs. 55%), SR 25% έμεινε 12 μήνες (vs. 37%)	Καμία διαφορά σε σχέση με τη χρήση ουσιών	Λιγότερη παραφθοα-τητα (**)	Καλύτερα αποτε-λέσματα στον ερτα-σμός (ns)	Χαμηλότερες τιμές στο BDI (**), κλίμα διαφορά σχετικά με άλλα ψυχολογικά συμπτώματα ή επικίνδυνες συμπεριφορές	Η διακρίση μετά από 6-12 μήνες σε κανότητα διαμονής προβλεφθηκε από τη σοβαρότητα της χρήσης (*)
Nuttbrock et al., 1998 (New York, US) [46]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (Ημιαρραμιακή; καθώς η ενδομή στις ομάδες έγινε με επιλογή των συμμετεχόντων) Αποτελέσματα 12 μήνες μετά την ενδομή της θεραπείας	290 άσπερες άνδρες, με σημαντικές ψυχικές διαταραχές και ιστορικό κατάχρησης ουσιών FU: δεν αναφέρθηκε	Τροποποιημένη ΘΚ (n=169) Πρόγραμμα 18 μηνών Ομ.Ελέγχου: 2 εσπίες ασπίες (n=121) Πρόγραμμα 18 μηνών	41,1 vs. 30,1% θετικά τεστ ούρων (*), SR χρήση αλκοόλ: 0 vs. 14,3% (*), SR χρήση μαριχουάνας: 2,6 vs. 2,9%, SR χρήση κραικ: 7,7 vs. 14,2 (*)				Μεγαλύτερη μειώ-ση (ns) στην ψυχοπαθολογία (κατάθλιψη, άγχος, ψυχιατρική διασπορά). Η συμ-μετοχή σε MTC προέβλεψε χαμη-λότερα επίπεδα άγχους (***) και καλύτερες τιμές στο GAF (***)	
McCusker et al., 1997 (New England, US) [47]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (δεν υπήρχε ουσιαστική τυχοποίηση, αφού παραβιάσθηκε και στους δύο τύπους διεξαγωγής της μελέτης) Αποτελέσματα 3 μήνες μετά την αποχώρηση και 18 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας	539 χρήστες ουσιών που ξεκίνησαν θεραπεία σε πλαίσιο διαμονής σε 2 μονάδες FU: 86% μετά από 18 μήνες	Παραδοσιακή ΘΚ (6 (n=86) και 12 μηνών εναλλακτικές της ποινής (n=75) Ομ.Ελέγχου: πρόγραμμα MTC (πρόληψη της υπο-τροπής) 3 (n=192) και 6 μήνες (n=186) εναλ-λακτικές υπηρεσίες ??	Ολοκλήρωση της θεραπείας: 23% στη μεγαλύτερης διάρκειας ΘΚ, 34% στη μικρότερης διάρκειας ΘΚ, 31% μεγαλύτερης διάρκειας MTC και 56% μικρότερης διάρ-κειας MTC	Ο χρόνος μέχρι τη χρήση ουσιών δεν διέφερε μεταξύ των ΘΚ και της MTC	Μεγάλη επίδραση της μακροχρόνιας ΘΚ vs. της βρογχόφρα-της MTC σχετικά με τα νομικά προβλήματα	Η επίδραση της ΘΚ στην απογύ-λιση ήταν μεγαλύτερη από αυτήν της MTC (*)	Η επίδραση της μακροχρόνιας ΘΚ vs. της βρογχόφρα-της MTC σχετικά με άλλους τομείς του ASI ήταν μικρή	
McCusker et al., 1995 (New England, US) [48]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 3-6 μήνες μετά την αποχώ-ρηση	628 χρήστες ουσιών που ξεκίνησαν θεραπεία σε πλαίσιο διαμονής σε 2 μονάδες FU: 84% στη ΘΚ vs. 74% στη MTC	Παραδοσιακή ΘΚ (6 (n=87) και 12 μήνες (n=87) εναλλακτικές υπηρεσίες ??) Ομ.Ελέγχου: πρόγραμμα MTC-3 (n=229) και 6 μηνών (n=221)	Παραδοσιακή 40 ημερών: αντιστοίχα 70, 85, 73 and 72%, ολοκλήρωση της θεραπείας; αντί-στοιχα 33, 21, 56, 30% (ns σε 4 ομά-δες)	Υποτροπή: 50% στη ΘΚ vs 44% στη MTC Δεν υπήρχε διαφορά στις ημέρες χρήσης ουσιών				
McCusker et al., 1996 (Massachusetts, US) [49]	Τυχοποιημένη, μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου Αποτελέσματα 6 μήνες μετά τη θεραπεία	444 χρήστες ουσιών που ξεκίνησαν θεραπεία σε πλαίσιο διαμονής FU: 74%	Μεγάλης διάρκειας MTC (n=221) Πρόγραμμα 6 μηνών Ομ.Ελέγχου: μικρής διάρκειας MTC (n=223) Πρόγραμμα 3 μηνών	Ολοκλήρωση του προ-γράμματος: 30 vs. 56% στο συντομο πρόγραμμα ΘΚ	Υποτροπή στη χρήση ουσιών την πρώτη εβδομάδα μετά τη θε-ραπεία: 33 vs. 70% (*) Δεν υπήρχαν διαφο-ρές στην ομάδα ανα-				Μεγαλύτερη βελτίωση στα επίπεδα κατάθλι-ψης για τα άτομα που παρέμειναν > 80 ημέ-ρες στη ΘΚ (***) Η διάρκεια παραμονής στη ΘΚ (***) + η ολο-

<p>Hartmann et al., 1997 (Missouri, US) [50]</p>	<p>Μελέτη με ομάδα ελέγχου (Ημικεραματική, εθελοντική συμμετοχή για πειραματική παρέμβαση)</p> <p>Αποτελέσματα τριμήνου στον 5 μήνες, μετά την απεικιδέρωση</p>	<p>286 άνδρες παραιτήτες με ιστορικό κατάχρησης ουσιών</p> <p>Δεν υπήρχαν πληροφορίες για το ποσοστό FU</p>	<p>Απόφοιτοι ΘΚ στη φυλακή (n=161)</p> <p>Δεν υπήρχαν πληροφορίες για τη διάρκεια του προγράμματος</p> <p>Ομ.Ελέγχου: σύγκριση με ομάδα στόμων που πλήρωσαν προδικαστικές συμμετοχές, αλλά δεν συμμετείχαν σε ΘΚ στη φυλακή (n=125)</p>	<p>Η μέση ΤΠΡ ήταν μεγαλύτερη διάρκειας για την ΘΚ1 (10.4 εβδομάδες) και τη ΘΚ3 (11.5 εβδομάδες) (*)</p> <p>από ότι για τη ΘΚ2 (6.0 εβδομάδες)</p>	<p>Καθόλου χρήση προβιτώνης ή κοκαΐνης</p>	<p>Όχι συλλήγη: 85.4 vs. 72% (**)</p> <p>Επιστροφή στη φυλακή: 16.4 vs. 27.6 (*)</p>	<p>Αποχή / παρακολούθηση του σχολείου: 48 (*), 46.8 και 51.9% (**)</p> <p>vs 34% της ομάδας ελέγχου</p>	<p>Γνωριμότητα: 1.7% στις ΘΚ vs. 6.6% για την ομάδα ελέγχου</p>	<p>Κλίση του προγράμματος (*) σχετίσταν θετικά με τα επίπεδα προ-περικαρπής</p> <p>Τα άτομα που έμειναν > 80 ημέρες στη ΘΚ είχαν χαμηλότερα ποσοστά χρήσης ουσιών (***)</p>
<p>Baile et al., 1984 (California, US) [51]</p>	<p>Μελέτη προσπτικής με ομάδα ελέγχου (μέρη τυχαίοτητα λόγω σημαντικού ποσοστού διακοπών μετά την ένταξη στις ομάδες)</p> <p>Αποτελέσματα μετά από 2 έτη</p>	<p>363 άνδρες βετεράνοι, εφάρτημένοι στην πρωινή ξεκίνησαν θεραπεία για το σύνδρομο στέρησης</p> <p>FU: 95.6%</p>	<p>3 ΘΚ (n=181): συνήθης ΘΚ (n=25) + δύο ΜΤΚ (n=77 και n=79)</p> <p>Προγράμματα 6 μηνών</p> <p>Ομ.Ελέγχου: πενήνηση θεραπεία για το σύνδρομο στέρησης (n=166)</p>	<p>Καθόλου χρήση προβιτώνης: 40, 48, 1 και 35.4% vs. 33.3% της ομάδας ελέγχου,</p> <p>Καθόλου χρήση προβιτώνης ουσιών: 40, 41.6 και 53.3% (*) vs. 39.3% της ομάδας ελέγχου</p> <p>Περισσότερα προβλήματα με το αλκοόλ: 40, 47, 3 (***) και 30.8% vs 22.4% της ομάδας ελέγχου</p>	<p>Καμία κατάδικη: 44 (**), 32.5 και 59.5% (***) vs 31.3% της ομάδας ελέγχου</p>	<p>Αποχή / παρακολούθηση του σχολείου: 48 (*), 46.8 και 51.9% (**)</p> <p>vs 34% της ομάδας ελέγχου</p>	<p>Γνωριμότητα: 1.7% στις ΘΚ vs. 6.6% για την ομάδα ελέγχου</p>	<p>Τα χαρακτηριστικά των τριών ΘΚ διέφεραν σημαντικά</p> <p>Η χρήση προβιτώνης + άλλα σημαντικά αποτελέσματα διέφεραν σημαντικά για τους συμμετέχοντες που παρέμειναν περισσότερο στη θεραπεία</p>	
<p>Baile et al., 1980 (California, US) [52]</p>	<p>Μελέτη προσπτικής με ομάδα ελέγχου (ως επεξεργασμένη ανάληψη)</p> <p>Αποτελέσματα μετά από 1 έτος</p>	<p>585 άνδρες βετεράνοι, εφάρτημένοι στην πρωινή ξεκίνησαν θεραπεία για το σύνδρομο στέρησης</p> <p>FU: 93.2%</p>	<p>Βετεράνοι που έμειναν σε μεγάλης (750 ημέρες) (n=75) ή μικρής διάρκειας ΘΚ (<50 ημερες) (n=75)</p> <p>Ομ.Ελέγχου: ΜΜΤ (n=59); μόνο αποξένωση (n=224), αποξένωση και άλλη θεραπεία (n=112)</p>	<p>Τα ποσοστά παραμονής 1 έτος: <5% στη ΘΚ vs. 74.5% στη συντήρηση με μεθόδων</p> <p>Τα ποσοστά συλλήγησης (37.3%), καταδικών (21.3%) και επιστροφών (4%) σημαντικά χαμηλότερα από την ομάδα που δεν έλαβε θεραπεία (54.45% για την (αντίστοιχα 54.5%, 38%** και 21.1%**), αλλά όχι από την ομάδα ΜΜΤ (49.2, 22 και 10.2%)</p>	<p>Τα ποσοστά συλλήγησης (37.3%), καταδικών (21.3%) και επιστροφών (4%) σημαντικά χαμηλότερα από την ομάδα που δεν έλαβε θεραπεία (54.45% για την (αντίστοιχα 54.5%, 38%** και 21.1%**), αλλά όχι από την ομάδα ΜΜΤ (49.2, 22 και 10.2%)</p>	<p>Αποχή / Σχολείο: 65.3% για τη μεγάλη διάρκεια ΘΚ, 50.9% για την ομάδα ΜΜΤ και 38.4%** για την ομάδα που δεν έλαβε θεραπεία vs. 33.8% της ομάδας ελέγχου</p>	<p>Σημαντικά περισσότεροι συμμετέχοντες από τη μεγάλη διάρκεια ΘΚ (64%) και της ομάδας ΜΜΤ (54.45%) είχαν συνολικά καλά αποτελέσματα vs. την ομάδα που δεν έλαβε καθόλου θεραπεία (33.8%)</p>	<p>Η ΘΚ με το ανταποδοτικό ύψος ήταν λιγότερο επιτυχής</p> <p>Η συντομία διάρκειας ΘΚ δεν είχε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε θεραπεία</p> <p>Διακρίσεις ομάδας συμμετεχόντων από τη μεγάλη διάρκεια ΘΚ (29.3%) είχαν τη μέγιστη συνολική βαθμολογία</p>	

Coombs et al., 1981 (California, US) [53]	Μελέτη προοπτικής με ομάδα ελέγχου (έντραξη στις ομάδες με προσωπική επίσκεψη) Αποτελέσματα 11-18 μήνες μετά την αποχώρηση από τη ΘΚ	207 εξαρτημένοι από την ηρωίνη που ξεκίνησαν θεραπεία σε μία από τις 2 ΘΚ FU: 78,5%	Μεγάλης διάρκειας ΘΚ (n=77) Πρόγραμμα 12 μηνών Ομ.Ελέγχου: μικρής διάρκειας ΘΚ (n=130) Πρόγραμμα 3 μηνών	Ολοκλήρωση προγράμματος: 63,6 vs. 74,6%	Συνολική αποχή: 43 vs. 0% Επιστροφή στη χρήση ηρωίνης: 28,6 vs. 53%		για στα αποτελέσματα σε σχέση με τους συμπεριχώνες MMT (14%) Οι απόφοιτοι των προγραμμάτων έκαναν χρήση παρόμοιων ουσιών λιγότερο συχνά και ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν υποτροπιάσει ή να έχουν ξανασηληθρθεί σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν διακόψει. Οι απόφοιτοι των προγραμμάτων είχαν επίσης υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης
--	---	--	---	---	--	--	---

3.1. *Παραμονή στη θεραπεία, Υγεία και Κοινωνική Λειτουργικότητα.* Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες κατηγορίες αποτελεσμάτων, οι συμμετέχοντες σε ΘΚ είχαν χειρότερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά την παραμονή / ολοκλήρωση της θεραπείας. Μόνο δύο μελέτες έδειξαν υψηλότερα ποσοστά για την ομάδα συμμετεχόντων σε ΘΚ, ενώ τρεις μελέτες βρήκαν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά τα ποσοστά ολοκλήρωσης στους συμμετέχοντες σε ΘΚ. Έξι μελέτες δεν εντόπισαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, με αποτελέσματα σχεδόν υπέρ της ομάδας ελέγχου (βλ. Πίνακα 1). Σημαντικά ποσοστά διακοπών έχουν παρατηρηθεί στα περισσότερα μακρόχρονα προγράμματα ΘΚ, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της θεραπείας [42]. Μελέτες που σύγκριναν μεγαλύτερης και μικρότερης διάρκειας προγράμματα ΘΚ, συνήθως βρήκαν χαμηλότερα ποσοστά ολοκλήρωσης στα μεγαλύτερης διάρκειας και πιο εντατικά προγράμματα [46, 47].

Πέντε από τις έξι μελέτες που αναφέρουν αποτελέσματα σχετικά με την εργασία, εντόπισαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στα ποσοστά απασχόλησης στην ομάδα συμμετεχόντων σε ΘΚ. Επίσης πέντε μελέτες (από τις επτά) έδειξαν βελτιωμένα αποτελέσματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά τα ψυχολογικά συμπτώματα. Άλλα αποτελέσματα που μελετήθηκαν ήταν η επικίνδυνη συμπεριφορά ($n = 1$) και οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις ($n = 2$), στοιχεία στα οποία φάνηκε από δύο μελέτες ότι υπήρχε βελτίωση [38, 42].

3.2. *Αποτελέσματα σχετικά με τη Χρήση.* Παρόλο που οι συμμετέχοντες στις ΘΚ είχαν κάποια στιγμή μετά τη θεραπεία καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη χρήση ουσιών από ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου σε δέκα μελέτες, τα επίπεδα χρήσης ουσιών διέφεραν σημαντικά και συνολικά το 25%-55% των συμμετεχόντων υποτροπίασαν στη χρήση μετά τους 12 έως 18 μήνες. Κάποιες μελέτες βρήκαν πολύ χαμηλά αρχικά ποσοστά υποτροπής (π.χ., 4% [46], 9% [44] και 15% [50]), ενώ άλλες εντόπισαν υψηλότερα ποσοστά (π.χ., 53% [40] και 69% [35]). Συνήθως ο χρόνος μέχρι την υποτροπή ήταν μεγαλύτερος για τους συμμετέχοντες σε ΘΚ [49]. Μία από τις λίγες ελεγχόμενες μελέτες η οποία παρακολούθησε συμμετέχοντες σε ΘΚ στη φυλακή βρήκε ποσοστό υποτροπής 77% για τα μέλη της ΘΚ και 94% για την ομάδα ελέγχου [35]. Τα χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής συνήθως σχετίζονταν με μεγαλύτερη έκθεση στη θεραπεία (χρόνος διάρκειας / παραμονής) [24, 37, 49, 51, 53] και συμμετοχή σε μεταθεραπευτική φροντίδα [38, 41]. Η διακοπή της θεραπείας και η υποτροπή μετά τη θεραπεία μπόρεσαν να προβλεφθούν βάσει της σοβαρότητας της εξάρτησης κατά την έναρξη, από τουλάχιστον δύο μελέτες [34, 46].

3.3. *Αποτελέσματα για Νομικά Θέματα.* Η πλειοψηφία των μελετών εντόπισε θετική επίδραση από τη θεραπεία σε ΘΚ, όσον αφορά διάφορα νομικά αποτελέσματα όπως η υποτροπή στην παραβατικότητα, η επανασύλληψη και η επιστροφή στη φυλακή. Τα ποσοστά υποτροπής στην παραβατικότητα (αυτοαναφορές παραβατικής συμπεριφοράς) ένα χρόνο μετά, για τους συμμετέχοντες σε ΘΚ συνήθως κυμαίνονται ανάμεσα στο 40%-50% [19, 37], όπως και τα ποσοστά επανασύλληψης [28, 35]. Παρόλα αυτά υπήρχε μία μελέτη που ανέφερε ποσοστά επανασύλληψης μόλις 17% στους 18 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας σε ΘΚ [44]. Τα ποσοστά επιστροφής στη φυλακή 12 έως 18 μήνες μετά την απελευθέρωση κυμαίνονταν μεταξύ 30% και 55% στις περισσό-

τερες μελέτες, παρόλο που ο Sacks και οι συνεργάτες του ανέφεραν σαφώς χαμηλότερα ποσοστά (19% και 9%, αντίστοιχα) σε δύο μελέτες [19, 32]. Μακρόχρονες follow-up μετρήσεις σε συμμετέχοντες σε ΘΚ στη φυλακή έδειξαν ποσοστά επανασύλληψης 63% μετά από 3 χρόνια [35], ποσοστά 80% μετά από πέντε χρόνια [28] και ποσοστά επιστροφής στη φυλακή υψηλότερα από 70% μετά από πέντε χρόνια [28, 39]. Και πάλι ο χρόνος επιστροφής στη φυλακή ήταν μικρότερος για την ομάδα από τη ΘΚ και η ολοκλήρωση της θεραπείας και / ή ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία προέβλεπε την αποχή από την παραβατικότητα [32, 34, 37, 39, 43, 44]. Η ολοκλήρωση της θεραπείας φάνηκε να συνδέεται με την (μεγαλύτερη) ηλικία, την εξάρτηση από μία (και όχι πολλές) ουσίες καθώς και από το να βρίσκεται κάποιος σε καθεστώς αναστολής [44].

3.4. Μακρόχρονα αποτελέσματα και Παράγοντες Πρόβλεψης των Αποτελεσμάτων. Έξι ελεγχόμενες μελέτες διερεύνησαν τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων σε ΘΚ σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου μετά την πάροδο περιόδου 12 έως 18 μηνών (βλ. Πίνακα 2). Πέντε από αυτές τις μελέτες παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερα νομικά αποτελέσματα για την ομάδα της ΘΚ, ενώ μόλις τρεις έδειξαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα χρήσης παράνομων ουσιών δύο χρόνια μετά τη θεραπεία σε ΘΚ. Μία από αυτές τις μελέτες [52] εντόπισε μεγαλύτερη επικράτηση των προβλημάτων με το αλκοόλ στους συμμετέχοντες σε ΘΚ στο follow-up των δύο χρόνων, όταν έκανε σύγκριση με ομάδα ελέγχου που συμμετείχε μόνο σε σύντομο πρόγραμμα αποτοξίνωσης.

Αρκετές μελέτες εντόπισαν συσχέτιση την υποτροπής στη χρήση με την υποτροπή στην παραβατικότητα μετά τη θεραπεία σε ΘΚ. Η συμμετοχή σε μεταθεραπευτική φροντίδα [28, 34, 41], η εργασία μετά τη θεραπεία [30], και η μεγαλύτερη ηλικία [34, 39] βρέθηκε να αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες αποχής και από τη χρήση και την παραβατικότητα (βλ. Πίνακα 1). Η αποτελεσματικότητα από όσους είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία φάνηκε από αρκετές μελέτες, καθώς όσοι είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία σε ΘΚ και τη φάση της μεταθεραπευτικής φροντίδας είχαν καλύτερα αποτελέσματα από όσους είχαν διακόψει στη μεταθεραπευτική φροντίδα, οι οποίοι με τη σειρά τους είχαν καλύτερα αποτελέσματα από όσους είχαν ολοκληρώσει απλά τη ΘΚ και όσους είχαν διακόψει στη φάση της ΘΚ [39, 41]. Ο Martin και οι συνεργάτες του [38] εντόπισαν ακόμη ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των κρατουμένων που συμμετείχαν σε θεραπεία σε ΘΚ στη φυλακή χωρίς συνέχεια μεταθεραπευτικής φροντίδας, και την ομάδα ελέγχου που απελευθερώθηκε με το συνήθη τρόπο ****/received usual work release*. Η υποτροπή στη χρήση συχνά συνδέθηκε με την επιστροφή στην παραβατικότητα και τον εγκλεισμό [31].

3.5. Είδη Ομάδων Ελέγχου και Φιλοσοφίες των ΘΚ. Έντεκα μελέτες σύγκριναν τη θεραπεία σε ΘΚ με κάποιας μορφής συνηθισμένη φροντίδα (π.χ., διαχείριση περιστατικού, συνήθης φροντίδα, και αναστολή), και πέντε μελέτες σύγκριναν ένα τύπο ΘΚ με κάποια άλλη μορφή θεραπείας σε ΘΚ (τροποποιημένη σε σύγκριση με συνηθισμένη ΘΚ, ή μεγαλύτερης έναντι συντομότερης διάρκειας ΘΚ). Στην τελευταία περίπτωση, το μεγαλύτερης διάρκειας / πιο πλήρες πρόγραμμα ΘΚ θεωρήθηκε ως η ερευνητική ομάδα, ενώ το συντομότερης διάρκειας / λιγότερο εντατικό πρόγραμμα θεωρήθηκε η ομάδα ελέγχου. Μόνο τρεις συγκρίσεις μακροχρόνιων ή συντομότερης διάρκειας ΘΚ οδήγησαν σε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τη χρήση

ουσιών στην πρώτη μέτρηση follow-up [25, 44, 53], ενώ συνολικά λίγες σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σύγκριση με ΘΚ άλλης φιλοσοφίας. Δύο μελέτες βρήκαν καλύτερα αποτελέσματα στην εργασία συγκρίνοντας μοντέλα ΘΚ μικρότερης έντασης, και μία μελέτη βρήκε λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα και διαπροσωπικά προβλήματα στην ομάδα με θεραπεία μεγαλύτερης έντασης. Κάποιες μελέτες έχουν συμπεριλάβει πολλές ομάδες ελέγχου [35], συνήθως ωστόσο, οι σημαντικότερες διαφορές παρατηρήθηκαν μόνο όταν συγκρίθηκαν η πιο εντατική μορφή παρέμβασης με τη λιγότερο εντατική μορφή θεραπείας.

Οι περισσότερες ελεγχόμενες μελέτες αποτελεσματικότητας των ΘΚ εστίασαν σε ΘΚ μέσα στις φυλακές (n= 9) που ασχολούνται με την προετοιμασία των κρατουμένων για επανένταξη στην κοινωνία, ενώ επτά μελέτες αφορούσαν ΘΚ στην κοινότητα. Ενώ μεγάλος αριθμός των μελών έρχονται στις ΘΚ λόγω νομικής πίεσης, η θεραπεία σε ΘΚ στη φυλακή μπορεί να θεωρηθεί ότι διαφέρει λόγω της υποχρεωτικής κράτησης, της απελευθέρωσης υπό όρους και των προνομίων. Σε πέντε (από τις έξι) μελέτες τα αποτελέσματα για τη χρήση ουσιών ήταν σημαντικά καλύτερα για την ομάδα ελέγχου, ενώ τα νομικά αποτελέσματα βρέθηκαν καλύτερα σε τρεις (από τις τέσσερις) μελέτες για τις ΘΚ στην κοινότητα. Από την άλλη πλευρά, μόνο σε τέσσερις (από τις επτά) μελέτες των ΘΚ στη φυλακή, η ερευνητική ομάδα είχε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από την ομάδα ελέγχου, ενώ μόνο μία μελέτη μπόρεσε να δείξει αυτή τη διαφορά και στις μετρήσεις μετά το follow-up του πρώτου χρόνου [34]. Έξι (από τις εννέα) μελέτες των ΘΚ σε φυλακές βρήκαν σημαντικά καλύτερα νομικά αποτελέσματα για τους συμμετέχοντες σε ΘΚ. Τρεις μελέτες μπόρεσαν να δείξουν αυτά τα οφέλη και μετά από δύο χρόνια, και δύο μελέτες βρήκαν ότι αυτά τα οφέλη διατηρήθηκαν ακόμη και έως πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία σε ΘΚ στη φυλακή [34, 39].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Βασικά Ευρήματα. Αυτή η αφηγηματική ανασκόπηση στηρίχθηκε σε 16 μελέτες που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των ΘΚ σε σύγκριση με άλλες πιθανές παρεμβάσεις αναφορικά με αρκετούς δείκτες που σχετίζονται με την απεξάρτηση: χρήση ουσιών, παραβατική συμπεριφορά, εργασία, ψυχολογική ευημερία και, τέλος, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχουν κάποιες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ΘΚ. Σχεδόν δύο στις τρεις μελέτες έχουν δείξει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση ουσιών και τα νομικά ζητήματα στην πρώτη μέτρηση follow-up μετά τη θεραπεία, για τα άτομα που ήταν σε ΘΚ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Πέντε μελέτες βρήκαν καλύτερα αποτελέσματα για την εργασία στους συμμετέχοντες σε ΘΚ, ενώ ακόμη πέντε μελέτες έδειξαν σημαντικά λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα στην ερευνητική ομάδα. Μόνο τέσσερις μελέτες ανέφεραν σημαντικά διαφορετικά αποτελέσματα σε τουλάχιστον τρεις κατηγορίες αποτελεσμάτων. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες σε ΘΚ δεν βελτιώνονται εξίσου σε όλους τους τομείς της ζωής, αλλά αυτά τα αποτελέσματα συχνά δεν αναφέρονται ή η παρατηρηθείσα πρόοδος δεν διέφερε σημαντικά από της ομάδας ελέγχου. Αρκετές επισκοπήσεις [22, 26, 27, 54] προσέγγισαν τον ερώτημα εάν οι ΘΚ οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα από άλλες παρεμβάσεις, καταλήγοντας συχνά σε αντικρουόμενα και όχι ιδιαίτερα πειστικά συμπεράσματα. Παρόλο που αρκετές μελέτες που περιλαμβάνονται σε

αυτό το άρθρο παρουσιάζουν διάφορα βελτιωμένα αποτελέσματα [34, 39, 44–46, 51], αυτά τα ευρήματα παρατηρήθηκαν σε διαφορετικούς πληθυσμούς και διαφορετικούς χώρους, και λίγες μελέτες κατάφεραν να αναπαράγουν τα ευρήματα άλλων μελετών με ακριβώς τις ίδιες συνθήκες. Επιπλέον, κάποιες μελέτες [25, 29, 44] σύγκριναν τροποποιημένες ΘΚ με τις παραδοσιακές ΘΚ, που δεν ήταν ιδιαίτερα προσαρμοσμένες να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες ειδικών πληθυσμών. Γενικότερα, τέτοιες συγκρίσεις ενός τύπου (τροποποιημένων) ΘΚ με κάποιο λιγότερο εντατικό (παραδοσιακό) μοντέλο ΘΚ δεν έχουν να παρουσιάσουν πολλές διαφορές μεταξύ των ομάδων, δεδομένων των πολλών ομοιοτήτων μεταξύ των συνθηκών θεραπείας. Συνεπώς, το βασικό ερώτημα δεν είναι εάν ένας τύπος ΘΚ είναι καλύτερος από κάποια άλλη παρέμβαση / άλλο τύπο ΘΚ, αλλά μάλλον ποια άτομα ωφελούνται περισσότερο από (ποιο τύπο) θεραπείας σε ΘΚ, και σε ποια φάση της θεραπευτικής διαδικασίας [22]. Επίσης, αποτελέσματα της θεραπείας από μη ελεγχόμενες μελέτες έχουν κατ'επανάληψη δείξει παρόμοια αποτελέσματα μεταξύ αρκετών τύπων θεραπείας διαμονής [55, 56] όταν συγκρίθηκαν με πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης με μεθαδόνη [52, 57, 58], δείχνοντας ότι –σε βάθος χρόνου– καμία παρέμβαση δεν είναι ανώτερη της άλλης. Αυτό που θα προσδιορίσει αν η θεραπεία σε ΘΚ ενδείκνυται στην πορεία για την απεξάρτηση, δεν είναι η διαφορετική αποτελεσματικότητα των ΘΚ αλλά μάλλον οι πόροι του ατόμου και της κοινότητας, οι προσωπικές ανάγκες και στόχοι.

4.2. *Η απεξάρτηση και η θεραπεία σε ΘΚ.* Παρόλο που από την οπτική της απεξάρτησης θα δικαιολογείτο να διερευνήσουμε πέραν της αποχής και της παύσης [8], έξι από τις ελεγχόμενες μελέτες που επιλέχθηκαν δεν ανέφεραν άλλα αποτελέσματα εκτός της χρήσης ουσιών και των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τα νομικά ζητήματα. Η σταθερή πορεία απεξάρτησης για τους εξαρτημένους από οπιούχα σχετίζεται περισσότερο με τη συμμετοχή στα κοινά και την απόκτηση ουσιαστικών δραστηριοτήτων και στόχων στη ζωή, παρά με την αποχή από τις ουσίες ή την ελεγχόμενη χρήση [59]. Ομαδικά εστιασμένες συνεντεύξεις (Focus groups) για την άποψη των ίδιων των χρηστών ουσιών όσον αφορά την ποιότητα ζωής ανέδειξαν πολύ γενικές θέσεις για την Ποιότητα Ζωής (QoL) όπως για παράδειγμα ευημερία, κοινωνική ένταξη, και ανθρώπινα δικαιώματα [60]. Παρόλα αυτά, η εστίαση γίνεται κυρίως σε αντικειμενικά, κοινωνικά θεμιτά κριτήρια (π.χ. εργασία, χρήση αλκοόλ και ουσιών και υποτροπή στην παραβατικότητα) στις έρευνες για τις εξαρτήσεις, ενώ πιο υποκειμενικοί δείκτες όπως η ψυχολογική ευημερία, η ποιότητα ζωής ή η ικανοποίηση από την εργασία συνήθως παραβλέπονται [61]. Μια τόσο ευρεία προοπτική είναι απαραίτητη και στις έρευνες στις ΘΚ, καθώς επιτρέπει μια πιο ακριβή αξιολόγηση της προσωπικής ανάπτυξης και της ευημερίας του ατόμου μετά τη θεραπεία σε ΘΚ. Έως τώρα η απεξάρτηση μετριόταν κατά κύριο λόγο με βάση τα ποσοστά αποχής μετά τη θεραπεία σε ΘΚ, ενώ η αποχή δεν αποτελεί συνώνυμο ούτε προϋπόθεση για απεξάρτηση [8]. Η πλήρης αποχή –όπως απαιτείται και αναμένεται μετά τη θεραπεία σε ΘΚ– δεν είναι αυτονόητη, ούτε καν μετά από ένα μεγάλης διάρκειας επεισόδιο θεραπείας σε ΘΚ και τη μετέπειτα περίοδο υποστηρικτικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες σε ΘΚ συνήθως βελτιώνονται στους περισσότερους τομείς της ζωής τους κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της θεραπείας και συνήθως είναι σε θέση να διατηρήσουν αυτή την κατάσταση μέχρι να φύγουν από τη θεραπεία [26, 42]. Ωστόσο, μόλις τα άτομα φύγουν από τη ΘΚ, τα ποσοστά επιτυχίας συνήθως μειώνονται πολύ γρήγορα, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μή-

νες μετά τη θεραπεία. Μια πρόσφατη ανασκόπηση μακρόχρονων (κυρίως μη ελεγχόμενων) μελετών για τις ΘΚ, έδειξαν ότι ένα ποσοστό μεταξύ 21%-100% υποτροπιάσαν στη χρήση ουσιών από έξι μήνες έως έξι χρόνια μετά τη θεραπεία [26]. Βρήκαμε σημαντικά ποσοστά υποτροπής (25%-70%) 12 έως 18 μήνες μετά τη θεραπεία, κάτι που δείχνει ότι 30%-70% του δείγματος που μελετήθηκε δεν υποτροπιάσε τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία σε ΘΚ. Παρόλο που ο ορισμός της «υποτροπής» διέφερε σημαντικά μεταξύ των μελετών (π.χ. οποιαδήποτε χρήση, χρήση παράνομων ουσιών, συστηματική χρήση, και χρήση τον τελευταίο μήνα). Η υποτροπή μπορεί να προσεγγιστεί με δύο διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα εάν κάποιος προέρχεται από ένα εντατικό πλαίσιο ή πλαίσιο συνεχούς φροντίδας. Η πρώτη προσέγγιση θεωρεί την υποτροπή ως αποτυχία καθώς οι θεραπευόμενοι δεν κατάφεραν να διατηρήσουν την αποχή από τη χρήση μετά από μια εντατική θεραπευτική παρέμβαση. Η τελευταία προσέγγιση, αναγνωρίζει την υποτροπιάζουσα φύση της τοξικοεξάρτησης και υποθέτει ότι η υποτροπή αποτελεί μέρος και τμήμα της διαδικασίας απεξάρτησης, συνεπώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως ευκαιρία για μάθηση, πώς δηλαδή θα μπορέσει κανείς να διατηρήσει την ευαίσθητη ισορροπία μεταξύ αποχής και υποτροπής [62]. Οι παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν στην απεξάρτηση είναι ο μεγάλος χρόνος έκθεσης στη θεραπεία (παραμονή) και η συμμετοχή σε μετέπειτα μεταθεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς και οι δύο μεταβλητές έχουν κατ'επανάληψη εντοπιστεί ως παράγοντες πρόβλεψης βελτιωμένων αποτελεσμάτων για τη χρήση ουσιών [23, 26]. Κάτι πολύ ενδιαφέρον, ήταν ότι η ολοκλήρωση της θεραπείας δεν φάνηκε να αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της αποχής, αλλά σχετιζόταν με μειωμένη υποτροπή στην παραβατικότητα σε αρκετές μελέτες σε ΘΚ εντός του σωφρονιστικού συστήματος [32, 39].

Η θεραπεία των εξαρτήσεων σε ΘΚ χρειάζεται χρόνο, συνήθως μεταξύ 6-12 μηνών, κάτι που αυξάνει την πιθανότητα οι θεραπευόμενοι να διακόψουν νωρίτερα [27]. Η παραμονή στις (μεγαλύτερης διάρκειας) ΘΚ είναι συνήθως χαμηλότερη από ότι στα συντομότερης διάρκειας προγράμματα [44, 47, 55], γενικά όμως οι θεραπευόμενοι σε ΘΚ που παρέμειναν για μεγαλύτερο διάστημα στη θεραπεία είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τα άτομα που διέκοψαν νωρίς. Αυτό έχει οδηγήσει σε μια ανησυχία αναφορικά με την αύξηση της παραμονής, μέσω της εμπλοκής της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου, με τη χρήση παλαιών μελών του προσωπικού [63] και με την ενίσχυση της αρχικής δέσμευσης μέσω της συνέντευξης κινητοποίησης, της διαχείρισης των απροόπτων και με παρεμβάσεις κατά την εισαγωγή [64-66]. Μια εναλλακτική πολλά υποσχόμενη μέθοδος είναι η αντίληψη της παραμονής ως το άθροισμα των επεισοδίων θεραπείας σε όλες τις υπηρεσίες, και τη συγκέντρωση / «συσσώρευση» θεραπευτικής εμπειρίας, αντί να ορίζουμε την παραμονή ως ένα μεμονωμένο, συνεχές διάστημα παραμονής σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα [67]. Η επανένταξη στην κοινότητα, μετά τη θεραπεία σε ΘΚ, φαίνεται να είναι μια ιδιαίτερα σημαντική στιγμή, εάν δεν έχει προετοιμαστεί σωστά (π.χ. με την παροχή μεταθεραπευτικής φροντίδας) ή εάν οι χρήστες επιστρέψουν στην παλιά τους γειτονιά [68]. Κάποιοι είδους συνεχιζόμενη φροντίδα δικαιολογείται μετά τη θεραπεία σε ΘΚ, όχι μόνο για την πρόληψη της υποτροπής, αλλά και για τη σύνδεση με την εργασία / το σχολείο και την εμπλοκή σε δράσεις της κοινότητας. Επιπλέον, η αποχώρηση από τη θεραπεία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευέλικτο και εξατομικευμένο τρόπο, καθώς κάποια άτομα θα χρειαστούν περισσότερη υποστήριξη από άλλα ή μπορεί να χρειαστεί να επιστρέψουν στην κοινότητα εάν δεν έχουν καλή πορεία.

Το κίνημα της απεξάρτησης ξεκινά από μια διαχρονική προσέγγιση της εξάρτησης και άλλων προβλημάτων της ψυχικής υγείας [69], λίγες ωστόσο ήταν οι ελεγχόμενες μελέτες που αξιολόγησαν τα αποτελέσματα της ΘΚ μετά το follow-up των δύο ετών. Οι διαθέσιμες μελέτες υποδεικνύουν ότι –παρά την εξασθένηση που παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας σε ΘΚ με την πάροδο του χρόνου– τα ποσοστά υποτροπής στην παραβατικότητα εξακολούθησαν να είναι σημαντικά καλύτερα από ότι αυτά της ομάδας ελέγχου στις τρεις μελέτες για τις ΘΚ στη φυλακή [30, 34, 39], ενώ τα ευρήματα για τη χρήση ουσιών έδειξαν μικρότερες διαφορές μεταξύ των ομάδων. Τα αποτελέσματα στο follow-up των τριών ετών από τη μελέτη στη φυλακή του Delaware έδειξαν ποσοστό υποτροπής 94% για τα άτομα που δέχθηκαν τη συνήθη φροντίδα (παραδοσιακή απελευθέρωση / traditional work release) σε σύγκριση με 77% ποσοστό υποτροπής για την ομάδα που συμμετείχε σε ομάδα μεταθεραπευτικής φροντίδας μετά τη ΘΚ στη φυλακή [35]. Αυτά τα στοιχεία δεν δείχνουν απλά την υποτροπιάζουσα φύση της εξάρτησης, αλλά τονίζουν τη σχετικά χαμηλή αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων. Παρόλο που ο καλός σχεδιασμός της μελέτης, συμπεριλαμβανομένων των περιόδων follow-up κατά τα οποία διατηρήθηκαν οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απαραίτητος, δεν πρέπει να υπερεκτιμά κανείς τα αποτελέσματα ενός μεμονωμένου (μεγάλης διάρκειας) επεισόδιο θεραπείας. Η απεξάρτηση θεωρείται μια μακροπρόθεσμη διαδικασία, και η συνεχόμενη φροντίδα είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της διαδικασίας που ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε ΘΚ, για παράδειγμα. Κάποιες μελέτες έδειξαν ότι η παροχή μεταθεραπευτικής φροντίδας ήταν εξίσου αποτελεσματική ή ακόμη και πιο αποτελεσματική από την αρχική θεραπεία σε ΘΚ [35, 70], ενώ ο συνδυασμός της θεραπείας σε ΘΚ και της μεταθεραπευτικής φροντίδας έχει οδηγήσει στα καλύτερα αποτελέσματα [39, 71].

Τέλος, τα ευρήματα στην μελέτη έδειξαν ότι η θεραπεία σε ΘΚ έχει θετικά αποτελέσματα σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια, και μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές για άτομα με σοβαρά επίπεδα εξάρτησης, όπως μπορεί να είναι οι φυλακισμένοι, οι άστεγοι και οι ψυχικά ασθενείς εξαρτημένοι [22, 30–32]. Συνεπώς, η θεραπεία σε ΘΚ θα πρέπει να θεωρηθεί ως πολύ ιδιαίτερη παρέμβαση η οποία θα πρέπει να προσφέρεται σε εξαρτημένους με πολλά και σοβαρά προβλήματα. Παρόλο που τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης με μεθαδόνη αποτελούν το επικρατέστερο μοντέλο θεραπείας σε ολόκληρο τον κόσμο, οι ΘΚ για τις εξαρτήσεις θα πρέπει να θεωρηθούν ως μια πολύτιμη εναλλακτική για τα άτομα που δεν έχουν καλή πορεία σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης είτε λόγω έλλειψης δομών και άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών στην κοινότητα, είτε λόγω διαβίωσης σε περιοχή με υψηλά ποσοστά χρήσης [68]. Οι ΘΚ αποτελούν ένα ποστηρικτικό περιβάλλον όπου οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν να έχουν αυτοέλεγχο, και διδάσκονται τις δεξιότητες άρνησης, στοιχεία που μπορεί να συμβάλλουν στη σταθερή πορεία της απεξάρτησης. Το κίνητρο, η κοινωνική στήριξη και η αντιμετώπιση του άγχους χωρίς τη χρήση ουσιών φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχή απεξάρτηση [72].

4.3. *Περιορισμοί του άρθρου.* Καταρχήν, οι περισσότερες μελέτες που επιλέχθηκαν είχαν δημοσιευθεί σε περιοδικά που υιοθετούν τη μέθοδο αξιολόγησης των κριτικών αναγνώστων (peer review). Παρόλο που ο περιορισμός αυτής της μεθόδου αξιολόγησης διασφαλίζει μιας μορφής έλεγχο της ποιότητας, μπορεί να μας έχει οδηγήσει σε μια μεροληπτική επιλογή άρθρων καθώς έτσι μειώνεται η πιθανότητα εντοπισμού μη αγ-

γλόφωνων άρθρων. Μόνο τα αποτελέσματα που αναφέρονταν στα δημοσιευμένα άρθρα συμπεριλήφθηκαν, καθώς πολλές φορές δεν ήταν σαφές εάν η μη αναφορά συγκεκριμένων αποτελεσμάτων (π.χ. υποτροπή στην εγκληματικότητα, χρήση αλκοόλ) σήμαινε ότι αυτές οι πληροφορίες δεν συγκεντρώθηκαν, δεν αναλύθηκαν ή δεν έδωσαν σημαντικά ευρήματα. Κατά δεύτερον, παρατηρήθηκε σημαντική ετερογένεια στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, όχι μόνο αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του προγράμματος και του χώρου, αλλά και σχετικά με τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τις μετρήσεις των αποτελεσμάτων. Παρά την κοινή αρχή «η κοινότητα ως μέθοδος» [18], οι ΘΚ για τις εξαρτήσεις εμπερικλείουν διαφορετικές πρακτικές και προγράμματα με διαφορετικής διάρκειας θεραπεία. Σε αυτό το άρθρο αξιολογήθηκαν παραδοσιακά και τροποποιημένα προγράμματα ΘΚ, καθώς επίσης και ΘΚ στη φυλακή και ΘΚ μεταθεραπευτικής παρακολούθησης. Αυτή η ετερογένεια θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης. Παρόλο που άλλα δευτερεύοντα στοιχεία μπορεί να είναι σχετικά όμοια για όλα τα προγράμματα ΘΚ, η 'δόση' του προγράμματος και η πίστη στη φιλοσοφία μπορεί να διέφεραν σημαντικά [22, 27]. Ακόμη, τα είδη των ομάδων ελέγχου διέφεραν στις διάφορες μελέτες, από ομάδες ελέγχου από τη λίστα αναμονής έως παρεμβάσεις με ελάχιστη διαφοροποίηση από την ερευνητική ομάδα (π.χ., διαμονής / μεγαλύτερης διάρκειας έναντι ημερήσιο πρόγραμμα / βραχύτερης διάρκειας). Ένας άλλος περιορισμός είναι η χρήση διαφορετικών μετρήσεων των αποτελεσμάτων και εργαλείων, κάτι που δυσχεραίνει περαιτέρω την αναπαραγωγή και τη γενίκευση των ευρημάτων. Τρίτον, αυτή η συστηματική ανασκόπηση δεν περιορίστηκε σε τυχαίοποιημένες δοκιμές, παρόλο που η συνεργασία του Cochrane και άλλων υπέρμαχων των εμπειρικά τεκμηριωμένων δειγμάτων, θεωρούν ότι αυτός ο σχεδιασμός αποτελεί το χρυσό κανόνα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας [73]. Δεδομένων των δυσκολιών για την εφαρμογή αυτού του σχεδιασμού σε μακροχρόνιες και πολυεπίπεδες παρεμβάσεις όπως είναι οι ΘΚ, καθώς και του περιορισμένου αριθμού ελεγχόμενων τυχαίοποιημένων δοκιμών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των ΘΚ, μια πλήρης ανασκόπηση τυχαίοποιημένων και μη ελεγχόμενων δοκιμών κρίθηκε εξαιρετικά σημαντική σε σύγκριση με τις διαθέσιμες ανασκοπήσεις, οδηγώντας σε ένα αποδεκτό επίπεδο τεκμηρίωσης [68]. Οι διακοπές από τη θεραπεία μπορεί επίσης να περιορίζουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων που αναφέρονται. Ορισμένες μελέτες περιλάμβαναν μόνο τους χρήστες οι οποίοι παρέμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ΘΚ ή οι οποίοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, δεν έκαναν ωστόσο καμία προσπάθεια να αναλύσουν τα άτομα που ξεκίνησαν θεραπεία (βλ. Πίνακα 1). Τέλος, το παρόν άρθρο είναι μια αφηγηματική ανασκόπηση ελεγχόμενων δοκιμών κάτι που δεν επιτρέπει τη στάθμιση των ευρημάτων από διαφορετικές μελέτες ούτε την εκτίμηση του μεγέθους των αποτελεσμάτων. Σε αυτή τη φάση δεν ήταν δυνατή μια μετα-ανάλυση, δεδομένης της μεγάλης ετερογένειας ανάμεσα στα προγράμματα και τις διαφορετικές κατηγορίες και μετρήσεις των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν στις επιλεγμένες μελέτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες για τις εξαρτήσεις μπορούν να θεωρηθούν προγράμματα με στόχο την απεξάρτηση τα οποία μπορούν να επιφέρουν αλλαγές αναφορικά με τη χρήση ουσιών, τα νομικά ζητήματα, την εργασία, και την ψυχολογική ευημερία σε χρήστες ουσιών με σοβαρά και πολυεπίπεδα προβλήματα. Παρά τους διάφορους μεθοδολογι-

κούς περιορισμούς, οι ΘΚ φάνηκε να οδηγούν σε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με άλλες πιθανές παρεμβάσεις, σε δύο από τις τρεις μελέτες. Οι ΘΚ αξιολογούνται συνήθως ως πλαίσιο εντατικής φροντίδας με κυρίαρχη εστίαση στην αποχή και την υποτροπή στην παραβατικότητα, ενώ για την απεξάρτηση είναι απαραίτητη μια προσέγγιση συνεχιζόμενης φροντίδας που περιλαμβάνει περισσότερους και πιο πολυεπίδεδους υποκειμενικούς δείκτες αποτελεσμάτων. Εάν τα μέλη παραμείνουν αρκετό διάστημα στη θεραπεία και στη συνέχεια συμμετέχουν σε διαδικασία μεταθεραπευτικής φροντίδας, τότε οι ΘΚ μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απεξάρτησης. Η αποχή μπορεί να είναι απλά ο ένας πόρος που θα προάγει τον τομέα της απασχόλησης ή θα ενισχύσει την προσωπική ευημερία, που με τη σειρά τους θα συμβάλουν στη συμμετοχή των υπο θεραπεία εξαρτημένων σε δράσεις της κοινότητας καθώς και στην κοινωνική τους ένταξη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η μελέτη στηρίχθηκε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Εξάρτησης από Ναρκωτικά (EMCDDA (Αριθμός συμβολαίου: CT.11.IBS.057). Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν την Dr. Teodora Groshkova για την υποστήριξη της σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα των ΘΚ για τη θεραπεία των εξαρτήσεων. Επίσης, εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους στους Ilse Goethals και Mieke Autrique για όλη την προετοιμασία που έκαναν για την ανασκόπηση αυτής της βιβλιογραφίας.

Παραπομπές

-
- [1] R. K. Brooner, V. L. King, M. Kidorf, C. W. Schmidt Jr., and G. E. Bigelow, "Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers," *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, no. 1, pp. 71–80, 1997.
 - [2] J. Storbjörk, *The social ecology of alcohol and drug treatment [Ph.D. thesis]*, SoRAD, Stockholm University, Stockholm, Sweden, 2006.
 - [3] R. West, *Theory of Addiction*, Blackwell Publishing, Malden, Mass, USA, 2006.
 - [4] A. T. McLellan, D. C. Lewis, C. P. O'Brien, and H. D. Kleber, "Drug dependence, a chronic medical illness implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation," *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, no. 13, pp. 1689–1695, 2000.
 - [5] A. T. McLellan, "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective," *Addiction*, vol. 97, no. 3, pp. 249–252, 2002.
 - [6] A. T. McLellan, J. R. McKay, R. Forman, J. Cacciola, and J. Kemp, "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring," *Addiction*, vol. 100, no. 4, pp. 447–458, 2005.

- [7] W. White, *Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices*, Northeast Addiction Technology Transfer Center, Great Lakes Addiction Technology Transfer Center and Philadelphia Department of Behavioral Health & Mental Retardation Services, Pittsburgh, Pa, USA, 2008.
- [8] D. Best, *Addiction Recovery. A Movement For Social Change and Personal Growth in the UK*, Pavilion Publishing, Brighton, UK, 2012.
- [9] A. B. Laudet and W. White, "What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, no. 1, pp. 51–59, 2010.
- [10] W. White, "Toward a new recovery advocacy movement," in *Proceedings of the Recovery Community Support Program Conference "Working Together for Recovery"*, Johnson Institute and Faces and Voices of Recovery, Arlington, Va, USA, April 2000.
- [11] Y. -I. Hser and M. D. Anglin, "Addiction treatment and recovery careers," in *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*, J. F. Kelly and W. L. White, Eds., pp. 9–31, Springer Science, New York, NY, USA, 2011.
- [12] I. Goethals, V. Soye, G. Melnick, G. D. Leon, and E. Broekaert, "Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction," *Substance Use and Misuse*, vol. 46, no. 8, pp. 1023–1031, 2011.
- [13] E. Broekaert, M. Kooyman, and D. J. Ottenberg, "The "new" drug-free therapeutic community: challenging encounter of classic and open therapeutic communities," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, no. 6, pp. 595–597, 1998.
- [14] W. Vanderplasschen, S. Vandeveld, and E. Broekaert, *Therapeutic Communities For Addictions in Europe. Available Evidence, Current Practices and Future Challenges For Recovery- Oriented Treatment in Therapeutic Communities For Drug Addicts (EMCDDA Insights Publication)*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal.
- [15] P. Degkwitz and H. Zurhold, "Overview of types, characteristics, level of provision and utilisation of drug treatment services in the European member states and Norway," in *Quality of Treatment Services in Europe Drug Treatment Situation and Exchange of Good Practice*, European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General, Directorate C Public Health and Risk Assessment, Brussels, Belgium, 2008.
- [16] Substance Abuse Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Alcohol and Drug Services Study (ADSS): The National Substance Abuse Treatment System: Facilities, Clients, Services, and Sta_ng, O_ ce of Applied Studies*, Rockville, Md, USA, 2003.
- [17] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe 2010*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal, 2010.
- [18] G. De Leon, *Community As Method: Therapeutic Community For Special Populations and Special Settings*, Greenwood Publishing Group, Westport, Conn, USA, 1997.
- [19] S. Sacks, M. Chaple, J. Y. Sacks, K. McKendrick, and M. Cleland, "Randomized trial of a re-entry modified therapeutic community for o_enders with co-occurring disorders: crime outcomes," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 42, no. 3, pp. 247–259, 2012.
- [20] G. De Leon, "Integrative recovery: a stage paradigm," *Substance Abuse*, vol. 17, no. 1, pp. 51–63, 1996.
- [21] E. Broekaert, S. Vandeveld, V. Soye, R. Yates, and A. Slater, "The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe," *European Addiction Research*, vol. 12, no. 1, pp. 1–11, 2006.

- [22] G. De Leon, "Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says," *International Journal of Therapeutic Communities*, vol. 31, no. 2, pp. 104–128, 2010.
- [23] L. A. Smith, S. Gates, and D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance related disorder," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 1, article CD005338, 2006.
- [24] G. De Leon, S. Sacks, G. Staines, and K. McKendrick, "Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, no. 3, pp. 461–480, 2000.
- [25] G. L. Greenwood, W. J. Woods, J. Guydish, and E. Bein, "Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, no. 1, pp. 15–23, 2001.
- [26] M. Malivert, M. Fatséas, C. Denis, E. Langlois, and M. Auriacombe, "Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review," *European Addiction Research*, vol. 18, no. 1, pp. 1–11, 2012.
- [27] J. Lees, N. Manning, and B. Rawlings, "A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community," *Psychiatric Quarterly*, vol. 75, no. 3, pp. 279–294, 2004.
- [28] S. X. Zhang, R. E. L. Roberts, and K. E. McCollister, "Therapeutic community in a California prison: treatment outcomes after 5 years," *Crime and Delinquency*, vol. 57, no. 1, pp. 82–101, 2011.
- [29] N. Messina, C. E. Grella, J. Cartier, and S. Torres, "A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, no. 2, pp. 97–107, 2010.
- [30] W. N. Welsh, "A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment," *Criminal Justice and Behavior*, vol. 34, no. 11, pp. 1481–1498, 2007.
- [31] C. J. Sullivan, K. McKendrick, S. Sacks, and S. Banks, "Modified therapeutic community treatment for offenders with mica disorders: substance use outcomes," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 33, no. 6, pp. 823–832, 2007.
- [32] S. Sacks, J. Y. Sacks, K. McKendrick, S. Banks, and J. Stommel, "Modified TC for MICA offenders: crime outcomes," *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, no. 4, pp. 477–501, 2004.
- [33] A. R. Morral, D. F. McCauley, and G. Ridgeway, "Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-Month outcomes of youths entering Phoenix Academy or alternative probation dispositions," *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 18, no. 3, pp. 257–268, 2004.
- [34] J. A. Inciardi, S. S. Martin, and C. A. Butzin, "Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release from prison," *Crime and Delinquency*, vol. 50, no. 1, pp. 88–107, 2004.
- [35] S. S. Martin, C. A. Butzin, C. A. Saum, and J. A. Inciardi, "Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: from prison to work release to aftercare," *Prison Journal*, vol. 79, no. 3, pp. 294–320, 1999.
- [36] D. Lockwood, J. A. Inciardi, C. A. Butzin, and R. M. Hooper, "The therapeutic community continuum in corrections," in *Community As Method. Therapeutic Communities For Special Populations and Special Settings*, G. De Leon, Ed., pp. 87–96, Praeger, Westport, Conn, USA, 1997.
- [37] A. L. Nielsen, F. R. Scarpitti, and J. A. Inciardi, "Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders: the CREST program," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, no. 4, pp. 349–358, 1996.
- [38] S. S. Martin, C. A. Butzin, and J. A. Inciardi, "Assessment of a multistage therapeutic community for drug-involved offenders," *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 27, no. 1, pp. 109–116, 1995.
- [39] M. L. Prendergast, E. A. Hall, H. K. Wexler, G. Melnick, and Y. Cao, "Amity prison-based therapeutic community: 5-Year outcomes," *Prison Journal*, vol. 84, no. 1, pp. 36–60, 2004.

- [40] M. L. Prendergast, E. A. Hall, and H. K. Wexler, "Multiple measures of outcome in assessing a prison-based drug treatment program," *Journal of O_pender Rehabilitation*, vol. 37, no. 3-4, pp. 65-94, 2003.
- [41] H. K. Wexler, G. De Leon, G. Thomas, D. Kressel, and J. Peters, "The amity prison TC evaluation: reincarceration outcomes," *Criminal Justice and Behavior*, vol. 26, no. 2, pp. 147-167, 1999.
- [42] J. Guydish, J. L. Sorensen, M. Chan, A. Bostrom, D. Werdegar, and A. Acampora, "A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, no. 3, pp. 428-434, 1999.
- [43] J. Guydish, D. Werdegar, J. L. Sorensen, W. Clark, and A. Acampora, "Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, no. 2, pp. 280-289, 1998.
- [44] S. Nemes, E. D. Wish, and N. Messina, "Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community findings from the district of Columbia treatment initiative experiment," *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 17, no. 4, pp. 339-347, 1999.
- [45] M. T. French, S. Sacks, G. De Leon, G. Staines, and K. McKendrick, "Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs," *Evaluation and the Health Professions*, vol. 22, no. 1, pp. 60-85, 1999.
- [46] L. A. Nuttbrock, M. Rahav, J. J. Rivera, D. S. Ng-Mak, and B. G. Link, "Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community," *Psychiatric Services*, vol. 49, no. 1, pp. 68-76, 1998.
- [47] J. McCusker, C. Bigelow, R. Frost et al., "The e_ects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior," *American Journal of Public Health*, vol. 87, no. 10, pp. 1637-1644, 1997.
- [48] J. McCusker, M. Vickers-Lahti, A. Stoddard et al., "The e_ective-ness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment," *American Journal of Public Health*, vol. 85, no. 10, pp. 1426-1429, 1995.
- [49] J. McCusker, A. Stoddard, R. Frost, and M. Zorn, "Planned versus actual duration of drug abuse treatment: reconciling observational and experimental evidence," *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 184, no. 8, pp. 482-489, 1996.
- [50] D. J. Hartmann, J. L. Wolk, J. S. Johnston, and C. J. Colyer, "Recidivism and substance abuse outcomes in a prison-based therapeutic community," *Federal Probation*, vol. 61, no. 4, pp. 18-25, 1997.
- [51] R. N. Bale, V. P. Zarcone, W. W. Van Stone, J. M. Kuldau, T. M. J. Engelsing, and R. M. Elasho_, "Three therapeutic communities. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: process and two-year follow-up results," *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, no. 2, pp. 185-191, 1984.
- [52] R. N. Bale, W. W. Van Stone, J. M. Kuldau, T. M. Engelsing, R. M. Elasho_, and V. P. Zarcone, "Therapeutic communities versus methadone maintenance: a prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up," *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, no. 2, pp. 179-193, 1980.
- [53] R. H. Coombs, "Back on the streets: therapeutic communities' impact upon drug users," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 8, no. 2, pp. 185-201, 1981.
- [54] S. Sacks and J. Y. Sacks, "Research on the e_ectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders," *International Journal of Therapeutic Communities*, vol. 31, no. 2, pp. 176-211, 2010.
- [55] R. H. Moos, B. S. Moos, and J. M. Andrassy, "Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders," *Psychiatric Services*, vol. 50, no. 12, pp. 1577-1583, 1999.

- [56] M. L. Prendergast, D. Podus, E. Chang, and D. Urada, "The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 67, no. 1, pp. 53–72, 2002.
- [57] D. D. Simpson, G. W. Joe, and B. S. Brown, "Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)," *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 11, no. 4, pp. 294–307, 1997.
- [58] M. Gossop, J. Marsden, D. Stewart, and T. Kidd, "The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results," *Addiction*, vol. 98, no. 3, pp. 291–303, 2003.
- [59] J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, L. Cameld, S. Vanheule, B. Sabbe, and E. Broekaert, "A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 10, pp. 1244–1257, 2011.
- [60] J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, and E. Broekaert, "Exploratory study on drug Users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life?" *Social Indicators Research*, vol. 90, no. 1, pp. 107–126, 2009.
- [61] B. Fischer, J. Rehm, G. Kim, and M. Kirst, "Eyes wide shut? a conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment," *European Addiction Research*, vol. 11, no. 1, pp. 1–9, 2005.
- [62] W. A. Anthony, "Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in the 1990s," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, no. 4, pp. 11–23, 1993.
- [63] E. Broekaert, "What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe," *Addiction*, vol. 101, no. 12, pp. 1677–1678, 2006.
- [64] W. N. Welsh and P. N. McGrain, "Predictors of therapeutic engagement in prison-based drug treatment," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 96, no. 3, pp. 271–280, 2008.
- [65] M. L. Hiller, K. Knight, C. Leukefeld, and D. D. Simpson, "Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment," *Criminal Justice and Behavior*, vol. 29, no. 1, pp. 56–75, 2002.
- [66] S. J. Bahr, A. L. Masters, and B. M. Taylor, "What works in substance abuse treatment programs for offenders?" *Prison Journal*, vol. 92, no. 2, pp. 155–174, 2012.
- [67] S. G. Mitchell, R. Morioka, H. S. Reisinger et al., "Redefining retention: recovery from the patients perspective," *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 43, no. 2, pp. 99–107, 2011.
- [68] M. F. Brunette, K. T. Mueser, and R. E. Drake, "A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders," *Drug and Alcohol Review*, vol. 23, no. 4, pp. 471–481, 2004.
- [69] C. Gagne, W. White, and W. A. Anthony, "Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions," *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, no. 1, pp. 32–37, 2007.
- [70] W. Vanderplasschen, M. Bloor, and N. McKeganey, "Long-term outcomes of aftercare participation following various forms of drug abuse treatment in Scotland," *Journal of Drug Issues*, vol. 40, no. 3, pp. 703–728, 2010.
- [71] K. E. McCollister, M. T. French, M. L. Prendergast, E. Hall, and S. Sacks, "Long-term cost effectiveness of addiction treatment for criminal offenders: evaluating treatment history and reincarceration five years post-parole," *Justice Quarterly*, vol. 21, no. 3, pp. 659–679, 2004.
- [72] A. B. Laudet, "The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research," *Substance Use and Misuse*, vol. 43, no. 12-13, pp. 2001–2040, 2008.
- [73] E. Broekaert, M. Autrique, W. Vanderplasschen, and K. Colpaert, "'The human prerogative': a critical analysis of evidence-based and other paradigms of care in substance abuse treatment," *Psychiatric Quarterly*, vol. 81, no. 3, pp. 227–238, 2010.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READERS

3

ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ - NEWS AND NOTES

ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
GENIE CHRISTOFILI

Η ΔΥΝΑΜΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

Ο Mark Gilman υποστηρίζει η συμμετοχή σε κάποιο κοινωνικό δίκτυο δεν πρέπει να θεωρείται μια «επιπλέον επιλογή» για τον χρήστη σε απεξάρτηση. Είναι ένα ζήτημα που μπορεί να κάνει τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο.

Τα τελευταία χρόνια βλέπουμε τρεις φάσεις στην θεραπεία των προβλημάτων από την κατάχρηση ουσιών. Στην πρώτη φάση συναντάμε σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής των ατόμων για ένταξη σε θεραπεία με παράλληλη αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που ξεκινούν τη θεραπεία και που σήμερα φτάνουν τις 200.00 άτομα. Στη δεύτερη φάση στόχος είναι να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότεροι άνθρωποι στη θεραπεία για όσο διάστημα χρειάζεται ώστε η θεραπεία να αποδώσει. Η τρίτη και τελευταία φάση είναι η απεξάρτηση. Ουσιαστικά, πρόκειται για τη διαδικασία κατά την οποία οι άνθρωποι ολοκληρώνουν με επιτυχία τη θεραπεία και επανεντάσσονται στον κοινωνικό ιστό. Η απεξάρτηση αποτελεί μια δραστηριότητα κοινωνικοποίησης. Αυτό φαίνεται και από τα σλόγκαν που συνδέθηκαν με το χώρο αυτό: «Μόνος μου δεν μπορώ, όμως μαζί μπορούμε», «Δεν μπορώ, αλλά μπορούμε».

Από αυτή την άποψη, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου που βρίσκεται σε απεξάρτηση είναι ζήτημα ζωής ή θανάτου. Ερευνητές από τη Γλασκόβη προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη θνησιμότητα των ανδρών σε νεαρότερη ηλικία σε σχέση με τη θνησιμότητα των αντρών με αντίστοιχα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά στο Μάντσεστερ και στο Λίβερπουλ. Ο Bruce Alexander ήταν ο πρώτος που μας παρουσίασε το «πάρκο των τρωκτικών». Αυτή η έρευνα έδειξε ότι οι ποντικοί που ζούσαν σε απομόνωση χωρίς επαφή με άλλους ποντικούς έπαιρναν μόνοι τους την ουσία εξάρτησης μέχρι θανάτου. Ο Alexander συνεχίζει περιγράφοντας την «παγκοσμιοποίηση της εξάρτησης» στους ανθρώπους ως υπερβολική προσκόλληση στις ουσίες οι οποίες γίνονται μέσο αντιμετώπισης της κοινωνικής απομόνωσης και της γενικότερης έλλειψης νοήματος.

Οι συνάδελφοι από το χώρο της δημόσιας υγείας αναγνωρίζουν τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την πρόληψη της πρόωρης θνησιμότητας. Το 2010, στο άρθρο τους, *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review* οι Holt-Lunstad και οι συνεργάτες τους παρατηρούν ότι «οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε κοινωνικές σχέσεις αποτελούν σημαντική ευκαιρία για να ενισχυθεί όχι μόνο η ποιότητα της ζωής αλλά και η επιβίωση». Ο Duncan Selbie, ανώτατο στέλεχος της Public Health England (PHE) αναφέρει ότι στόχος της δημόσιας υγείας στην Αγγλία είναι να εστιάσει στους τρεις σημαντικότερους τομείς που προάγουν την καλή υγεία: στην απασχόληση, στη στέγη και στην κοινωνική ζωή. Για τα άτομα που εμπλέκονται σοβαρά με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, τα καλά νέα είναι ότι μπορούμε να τους βρούμε φίλους. Η κοινότητα της απεξάρτησης είναι, ουσιαστικά, ένα κοινωνικό δίκτυο ανθρώπων που συγκεντρώνονται για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και τη διατήρηση της πορείας της απεξάρτησης. Οι εξαρτημένοι και οι αλκοολικοί που βρίσκονται σε απεξάρτη-

ση θα συναντήσουν στις κοινότητες απεξάρτησης και άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας καθώς και τους φίλους και τις οικογένειες όσων έχουν επηρεαστεί. Στην ομπρέλα της κοινότητας της απεξάρτησης χωράνε πολλοί.

Κοιτώντας τον κόσμο της θεραπείας της κατάχρησης ουσιών από την οπτική της Δημόσιας Ψυχικής Υγείας και Ευημερίας βλέπουμε μια λυτρωτική εμπειρία. Ξαφνικά το πατροπαράδοτο, εμπειρικά τεκμηριωμένο μάντρας για τον προσωπικό μας εφησυχασμό, ηχεί κάπως ρηχό. Η ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης αποτελεί μία από τις καταστροφικότερες μορφές εξάρτησης. Πρωτοφανή επίπεδα επενδύσεων πραγματοποιήθηκαν στη θεραπεία των ενδοφλέβιων χρηστών ηρωίνης, και εάν το εξετάσουμε από τη θεραπευτική πλευρά οι επενδύσεις στις υπηρεσίες αυτές είναι δικαιολογημένες. Οι εξαρτημένοι παραμένουν ζωντανοί, εκτός φυλακής και χωρίς HIV.

Ωστόσο, πολλοί από αυτούς εξακολουθούν να παραμένουν εξαρτημένοι σε συνταγογραφούμενα φάρμακα, στο αλκοόλ και στο τσιγάρο και πεθαίνουν πρόωρα ως αποτέλεσμα χρόνιων προβλημάτων στον τρόπο ζωής τους εντός ενός πλαισίου κοινωνικής απομόνωσης. Είναι δύσκολο να δει κανείς ποια είναι η σημαντική συμβολή αυτής της τεράστιας επένδυσης στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευημερίας και στον αγώνα για κοινωνική δικαιοσύνη. Ο πλούτος δεν παρέχει προστασία απέναντι στην εξάρτηση. Ωστόσο, οι εύποροι εξαρτημένοι μπορούν να αγοράσουν πολύ διαφορετικές υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες για τους ευκατάστατους εξαρτημένους εξακολουθούν να στηρίζονται στην αποχή και καλύπτουν τρεις διαστάσεις: βιοϊατρική, ψυχοθεραπευτική και κοινωνικής επανένταξης. Οι εξαρτημένοι σε υποβαθμισμένες κοινότητες συνήθως λαμβάνουν μια μονοδιάστατη βιοϊατρική παρέμβαση, τύπου θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών (OST). Το πρόγραμμα για τη Δημόσια Ψυχική Υγεία και Ευημερία προσπαθεί να αντιμετωπίσει το ζήτημα αυτών των ανισοτήτων στην παροχή θεραπείας και να βελτιώσει τις συνθήκες για τους οικονομικά ασθενέστερους εξαρτημένους το ταχύτερο, να αυξήσει την ανθεκτικότητα και να αντιμετωπίσει τις ανισότητες υιοθετώντας «προσεγγίσεις βάσει πόρων». Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα στην Αγγλία είναι οι ομάδες 12 βημάτων και η πιο κοσμική και επιστημονική εναλλακτική, η θεραπεία SMART.

Η επιτυχής απεξάρτηση από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά αφορά τη διέλευση από το στενό πέρασμα του χώρου της υγειονομικής φροντίδας στο ευρύ πεδίο των θετικών κοινωνικών σχέσεων. Η απεξάρτηση κατασκευάζεται με άλλους ανθρώπους σε κοινότητες θεραπείας ή θεραπευτικές κοινότητες.

Γραμμένο από το 1930, το βιβλίο των Ανώνυμων Αλκοολικών (γνωστό και ως Το Μεγάλο Βιβλίο) περιγράφει τη διαδικασία απεξάρτησης ως τον απόηχο ανθρώπων, κάθε καταβολής, οι οποίοι όταν ναυάγησαν σώθηκαν από την ίδια βάρκα, κυριολεκτικά. *«Αντίθετα από τα συναισθήματα των επιβατών του πλοίου, ωστόσο, η χαρά μας που διαφύγαμε τον κίνδυνο [την εξάρτηση] δεν μετριάζεται καθώς ο καθένας τραβάει το δρόμο του. το συναίσθημα ότι μοιραστήκαμε τον ίδιο κίνδυνο [την εξάρτηση] είναι ένα από τα στοιχεία στο άρρηκτο δέσιμο που έχουμε μεταξύ μας. Αυτό από μόνο του όμως δεν θα είχε καταφέρει να μας κρατήσει ενωμένους όπως είμαστε τώρα. Το φοβερό γεγονός για όλους μας είναι ότι ανακαλύψαμε την ίδια λύση».*

Πρόσφατα το έργο του επιστήμονα πολιτικών επιστημών Robert Putnam, εφιστά την προσοχή μας μέσα από δύο βιβλία το *Bowling Alone* και το *Better Together* στους περιορισμούς του «δεσμευμένου κοινωνικού κεφαλαίου» και των ευκαιριών που προσφέρο-

νται από το «γεφύρωμα του κοινωνικού κεφαλαίου». Ποια είναι η διαφορά; Το χειρότερο μέρος για να βρίσκεται ένας εξαρτημένος ή αλκοολικός είναι οι ίδιες του οι σκέψεις. Αυτός ο τρόπος σκέψης είναι που τους έφερε στο σημείο να χρειάζονται θεραπεία. Καλύτερα να βρίσκονται σε μια ομάδα για χρήστες στις τοπικές υπηρεσίες. Πολλές από αυτές τις ομάδες όμως αποτελούν μορφή «δεσμευμένου κοινωνικού κεφαλαίου», ένα περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο που συχνά αποτελείται από μία ομογενή ομάδα πολύ ίδιων ανθρώπων. «Το γεφύρωμα του κοινωνικού κεφαλαίου» αναφέρεται σε κοινωνικά δίκτυα μεταξύ ετερογενών ομάδων. Για παράδειγμα, ως μέλος της φιλοσοφίας των 12 βημάτων όπως είναι οι AA ή οι NA ή οι CA μπορείς να πας με το αεροπλάνο οπουδήποτε στον κόσμο και να συνδεθείς (γεφύρωμα) με ένα κοινωνικό δίκτυο που περιλαμβάνει μεγάλες κοινωνικές αλληλεπικαλύψεις.

Η ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΔΙΕΛΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΝΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΕΥΡΥ ΠΕΔΙΟ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Έτσι, οι συναντήσεις των ανώνυμων, τα 12 βήματα, αποτελούν στην καλύτερη των περιπτώσεων ζωντανά παραδείγματα του «γεφυρώματος του κοινωνικού κεφαλαίου». Ένας χώρος όπου εξαρτημένη από την εργατική και μέση κοινωνική τάξη συναντιούνται έχοντας τον κοινό στόχο να προσφέρουν ο ένας στον άλλο αμοιβαία βοήθεια.

Μέσα από αυτές τις συναντήσεις, κοινωνικά απομονωμένοι και μειονεκτούντες εξαρτημένοι και αλκοολικοί συχνά καταφέρνουν να βρουν δουλειά, σπίτι και φίλους. Οι κοινότητες απεξάρτησης μπορεί να έχουν φυσική υπόσταση και/ή εικονική, δικτυακή, να είναι κοινότητες στο διαδίκτυο που έχουν ομάδες συζήτησης, blogs και κοινωνικά δίκτυα/social media. Ένα από τα έργα που έχει αναλάβει η δημόσια υγεία στην Αγγλία είναι η συμβουλή/παρότρυνση για δημιουργία κοινοτήτων θεραπείας με φυσική υπόσταση που θα προσφέρουν μια «κοινή λύση» σε κάθε μία από τις 152 τοπικές αρχές. Αυτές οι κοινότητες θεραπείας θα φτιαχτούν με μια Asset Based Community Development (ABCD) προσέγγιση. Οι AA, NA, CA και SMART αποτελούν τις πιο προφανείς επιλογές κεφαλαίου που θα αποτελέσουν τον πυρήνα αυτών των κοινοτήτων απεξάρτησης.

Οι κοινότητες θεραπείας υποστηρίζονται καλύτερα από όσους τα έχουν ήδη καταφέρει στη θεραπεία. Θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρεις κατηγορίες ατόμων που τα έχουν καταφέρει στη θεραπεία. The strategic recovery champion μπορεί να είναι ο Διευθυντής της Υγειονομικής Αρχής (DPH). Therapeutic recovery champions είναι τα άτομα που δουλεύουν στις θεραπευτικές υπηρεσίες, και που στόχος της δουλειάς τους είναι να βοηθήσουν τους ανθρώπους να «βγουν» από την ιατρική θεραπεία και να ενταχθούν σε κοινότητες κοινωνικής θεραπείας. Το NTA έχει καταρτίσει έναν οδηγό για να δείξει στους therapeutic recovery champions με ποιο τρόπο μπορούν με βεβαιότητα να συνδέσουν τους ανθρώπους με τις ομάδες αμοιβαίας βοήθειας. Εάν, κάτι που είναι πιθανό, οι προσπάθειες των therapeutic recovery champions ματαιωθούν από ανώτερους στον φορέα φροντίδας, ο Διευθυντής της Υγειονομικής Αρχής (DPH) θα πρέπει να παρέμβει και να υπενθυμίσει στους θεραπευτές πόσο σημαντικές είναι οι κοινότητες θεραπείας. Οι κοινότητες θεραπείας είναι ανεξάρτητες αλλά η δημιουργία τους θα πρέπει να έχει τη στρατηγική υποστήριξη από όσους εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας από τις τοπικές αρχές. Οι κοινότητες θεραπείας δεν αποτελούν απειλή για τις υπηρεσίες υγείας, αλλά είναι, και θα πρέπει να παραμείνουν πάντα ανεξάρτητες. Οι Διευθυντές καινούργιων συστημάτων θα πρέπει να

διασφαλίσουν ότι οι κοινότητες θεραπείας έχουν επαρκείς πόρους. Επιπλέον, αυτοί οι πόροι θα πρέπει να συνδέονται με τους πλέον ευέλικτους διακανονισμούς διαχείρισης. Εάν είναι δυνατόν, θα πρέπει να παρέχεται ένα εξειδικευμένο κέντρο για την κοινότητα θεραπείας. Πιθανόν το καλύτερο παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι το Basement project στο Halifax, Calderdale <http://www.thebasementproject.org.uk/>

Η αναγνώριση από πλευράς δημόσιας υγείας της σημασίας των κοινωνικών σχέσεων θέτει μια νέα οπτική σε ομάδες αμοιβαίας βοήθειας όπως είναι οι ΑΑ. Ο ισχυρός δεσμός με ομάδες αμοιβαίας βοήθειας και άλλα θετικά κοινωνικά δίκτυα είναι εξίσου σημαντικός όσο η βιοϊατρική θεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Αυτό έχει αναγνωριστεί πλέον από τους επικεφαλής και τους θεραπευτές στις υπηρεσίες θεραπείας της κατάχρησης ουσιών. Καθώς αυτές οι κοινότητες θεραπείας αναπτύσσονται, η θεραπεία θα γίνει ολοένα και πιο ορατή και «μεταδοτική». Όσο συμβαίνει αυτό, θα αρχίσουμε να βλέπουμε όλο και περισσότερους ανθρώπους που έχουν πρόβλημα χρήσης ουσιών να επιλέγουν να συμμετάσχουν σε ομάδες αμοιβαίας βοήθειας ως μια πρώτη λύση και στη συνέχεια να αναζητούν τις απαραίτητες βιοϊατρικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες. Η υποστήριξη από ειδικούς μέσω ομάδων αμοιβαίας βοήθειας είναι διαθέσιμη 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, 365 ημέρες το χρόνο, και παρέχεται εντελώς δωρεάν.

Εν συντομία, οι κοινότητες θεραπείας υπάρχουν και καλύπτουν το δρόμο προς την ευημερία σε πέντε επίπεδα για όποιον το χρειάζεται. Αρχικά, παρέχουν κοινωνικές σχέσεις. Κατά δεύτερον, προσφέρουν πρόσβαση σε σωματικές δραστηριότητες κάθε είδους, από ομάδες περιπάτου μέχρι συλλόγους ψαρέματος. Τρίτον, προσφέρουν ευκαιρίες σε οποιονδήποτε να συμμετέχει ως εθελοντής και να αποτελέσει την τρίτη κατηγορία ατόμου που τα κατάφερε – κάποιος που τα έχει καταφέρει στην κοινότητα. Τέτατον, μια κοινότητα θεραπείας θα βοηθήσει οποιονδήποτε να βρει τρόπους αναζήτησης του πάθους του στη ζωή, είτε πρόκειται για ποίηση είτε για κεραμική. Πέμπτον, μια κοινότητα θεραπείας θα τονίζει σε καθημερινή βάση τη σημασία και την ομορφιά του να είμαστε ζωντανόι, προσέχοντας και δίνοντας σημασία στα απλά πράγματα στη ζωή.

Mark Gilman

is strategic Recovery Champion for Public Health England

May / June 2013 Druglink 21

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2013 - 2020

Τέθηκε σε ισχύ η νέα Στρατηγική για τα Ναρκωτικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2013 - 2020 από τον Δεκέμβριο του 2012 από την επιτροπή Δικαιοσύνης και Εσωτερικών Υποθέσεων του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η στρατηγική βασίζεται, όπως και η προηγούμενη, σε δύο τομείς, τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς, ενώ περιλαμβάνει και τρεις διατομεακούς άξονες: το συντονισμό, τη διεθνή συνεργασία και τον άξονα της πληροφόρησης, της έρευνας της παρακολούθησης και της αξιολόγησης.

Για πρώτη φορά η ευρωπαϊκή στρατηγική ενσωματώνει στους στόχους της τη «μείωση των κινδύνων στην υγεία και την κοινωνία και των βλαβών που προκύπτουν από τη χρήση ναρκωτικών», προτρέποντας έτσι τα κράτη-μέλη να μεριμνήσουν στις εθνικές τους στρατηγικές για δράσεις μείωσης της βλάβης.

Τρεις είναι οι βασικοί στόχοι της ευρωπαϊκής στρατηγικής:

η μετρήσιμη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών και της εξάρτησης, καθώς και των κινδύνων και των βλαβών στη υγεία και την κοινωνία.

η διάρρηξη των παράνομων αγορών ναρκωτικών και η μετρήσιμη μείωση της διαθεσιμότητάς τους.

Η ενίσχυση του συντονισμού μέσα από ενεργό διάλογο και ανάλυση των εξελίξεων και των προκλήσεων στον τομέα των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

Οι στόχοι της στρατηγικής θα εξειδικευτούν σε δύο Ευρωπαϊκά Σχέδια Δράσης, το πρώτο για την περίοδο 2013-2016, προσχέδιο του οποίου έχει ήδη εκπονηθεί, και το δεύτερο για την περίοδο 2017-2020.

Το πλήρες κείμενο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής μπορεί να μεταφορτωθεί από τον παρακάτω σύνδεσμο:

<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/12/st17/st17547.en12.pdf>

Σύντομη ματιά στις υπάρχουσες στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε όλο τον κόσμο:

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-20>

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-20#panel4>

Πηγή: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ), Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Στο πλαίσιο της παρακολούθησης της εφαρμογής του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης για τα ναρκωτικά 2008-2012, το οποίο προέτρεπε τα κράτη _έλη να «να αναπτύξουν υπηρεσίες για μειονότητες, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών», το Ευρωπαϊκό Κέντρο διερεύνησε την ύπαρξη παρεμβάσεων επικεντρωμένης πρόληψης για εθνοτικές μειοτικές ομάδες στα 29 κράτη – μέλη.

Από την έρευνα προέκυψε ότι σε 11 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, πραγματοποιούνται 32 τέτοιου τύπου παρεμβάσεις. Οι χώρες, με τον αντίστοιχο αριθμό παρεμβάσεων, είναι: Αυστρία (1), Βέλγιο (1), Γερμανία (11), Δανία (1), Δημοκρατία της Τσεχίας (1), Ελλάδα (3), Ενωμένο Βασίλειο (7), Ιρλανδία (2), Κάτω Χώρες (1), Κροατία (1) και Σουηδία (3).

Οι συχνότερες δράσεις αφορούν την παροχή πληροφοριών σε θέματα χρήσης ναρκωτικών και υπηρεσιών θεραπείας ή μείωσης της βλάβης. Αρκετές παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε ζητήματα κοινωνικού αποκλεισμού, βοήθεια για πρόσβαση σε στέγη, εργασία εκπαίδευση και υπηρεσίες υγείας. Άλλες παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενδυνάμωση της προσωπικότητας των μελών των μειονοτικών ομάδων, όπως σχολές γονέων ή ανάπτυξη δεξιοτήτων, ενώ άλλες προχωρούν σε οργάνωση δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και παροχή ευκαιριών για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Μια πρόκληση για τους επαγγελματίες των παραπάνω κρατών – μελών στη φάση του σχεδια-

σμού μιας παρέμβασης για μειονότητες είναι η πολιτισμική συνάφεια της παρέμβασης, αν δηλαδή αυτή πραγματοποιείται στις μειονότητες ή μαζί με αυτές. Η γλώσσα είναι από τα βασικότερα θέματα. Στις περισσότερες παρεμβάσεις, το έντυπο υλικό μεταφράζεται σε διάφορες γλώσσες, οι εκπαιδεύσεις χρησιμοποιούν αυτόματη μετάφραση. Συχνά χρησιμοποιούνται επαγγελματίες και εθελοντές – μέλη των μειονοτικών ομάδων.

Η βιωσιμότητα των παρεμβάσεων αποτελεί ζητούμενο για τις περισσότερες χώρες: δεκαέξι από τις 32 παρεμβάσεις έχουν ήδη λήξει ή λήγουν στο τέλος του 2013, αφού βασίζονται σε κονδύλια από βραχυπρόθεσμα προγράμματα. Στο ένα τρίτο των παρεμβάσεων απασχολούνται εθελοντές, ενώ τρεις από αυτές βασίζονται αποκλειστικά σε εθελοντές.

Οι αξιολογήσεις των παρεμβάσεων έδειξαν ότι τα προβλήματα ήταν περισσότερα από τα επιτεύγματα, τα κυριότερα των οποίων είναι η γλώσσα και η πολιτισμική επάρκεια, καθώς και η συνέχιση της χρηματοδότησης.

Ολόκληρη η δημοσίευση στην αγγλική γλώσσα:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/prevention-minority-ethnic-populations>

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως φαίνεται και από την ευρωπαϊκή έρευνα, στην Ελλάδα υλοποιούνται τρεις παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης με ομάδα στόχο τις πολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες: δύο από το Κέντρο Πρόληψης νομού Ροδόπης και μία από το Κέντρο πρόληψης νομού Ξάνθης.

Το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού λειτουργεί 26 σχολεία διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, 13 στην Α' βάρθμια και 13 στη Β' βάρθμια εκπαίδευση.

Παράλληλα, επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε μειονότητες πραγματοποιούν το ΣΤΕΚΙ ΝΕΩΝ και το Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ.

Στον τομέα της θεραπείας το 2011, 31 από τις 86 θεραπευτικές μονάδες (36%) δήλωσαν ότι παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε μετανάστες. Τα τελευταία 10 χρόνια το ποσοστό των μεταναστών που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπείας για τα ναρκωτικά έχει τριπλασιαστεί – από 1,3% το 2002 σε 4,8% το 2011, παραμένει, όμως σε αρκετά χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με το ποσοστό των Ελλήνων.

Στον Πίνακα εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά των Ελλήνων και αλλοδαπών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης που προσέγγισαν τις θεραπευτικές υπηρεσίες το 2004 και το 2011.

Υπερδιπλασιάζεται το ποσοστό των αλλοδαπών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης στους χρήστες που ξεκίνησαν θεραπεία ανάμεσα στο 2004 και το 2011, από 2,2% σε 5,8%.

Το 2011, εμφανίζεται μειωμένο σε σχέση με το 2004 το ποσοστό **των γυναικών** αλλοδαπών που ξεκινούν θεραπεία (από 17,9% το 2004 σε 8,2% το 2011). Το ποσοστό **των αστέγων** αλλοδαπών εκτός ΕΕ έχει διπλασιαστεί μεταξύ του 2004 και του 2011, αν και αύξηση παρατηρήθηκε και στους Έλληνες χρήστες. **Ανεργοί** δηλώνουν γενικά η πλειονότητα των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία ποσοστά των ανέργων εμφανίζονται

Χαρακτηριστικά Ελλήνων και Αλλοδαπών εκτός ΕΕ χρηστών που ξεκινούν θεραπεία	ΕΛΛΗΝΕΣ		ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΕΚΤΟΣ ΕΕ	
	2004 (n=4142) %	2011 (n=5414) %	2004 (n=95) %	2011 (n=331) %
Σύνολο	97,8	94,2	2,2	5,8
Άνδρες	84,2	85,3	82,1	91,8
Γυναίκες	15,8	14,7	17,9	8,2
Με σταθερή στέγη	93,2	92,1	89,5	78,1
Άστεγος	6,8	7,9	10,5	21,9
Εργαζόμενοι	41,3	36,3	33,7	27,4
Άνεργοι	58,7	63,7	66,3	72,6
Ηρωίνη/οπιούχα-κύρια ουσία	88,9	81,0	84,2	76,4
Άλλη κύρια ουσία	11,1	19,0	15,8	23,6

αυξημένα το 2011 σε σχέση με το 2004 και στις δύο ομάδες χρηστών, δίχως ωστόσο η αύξηση αυτή να φτάνει επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για τους αλλοδαπούς εκτός ΕΕ χρήστες. Τα ποσοστά των χρηστών που δηλώνουν **ηρωίνη ως κύρια ουσία** μειώνονται γενικά ανάμεσα στα δύο έτη με τη μείωση αυτή να μην είναι ωστόσο σημαντική στους αλλοδαπούς. Το 2011, το ποσοστό των αλλοδαπών που κάνουν χρήση διαφορετικής από την ηρωίνη κύριας ουσίας φθάνει το 23,6%.

Το **MOSAIC** είναι εξειδικευμένο πρόγραμμα για εξαρτημένους μετανάστες που λειτουργεί από το 2006 στο ΚΕΘΕΑ. Εκτός από τις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και συμβουλευτικής, το MOSAIC παρέχει κοινωνική φροντίδα, νομική ενημέρωση και μαθήματα ελληνικών. Οι υπηρεσίες του απευθύνονται και σε μετανάστες που δεν έχουν έρθει σε επαφή με χρήση ναρκωτικών και αρκετές από αυτές επικεντρώνονται σε νέους ηλικίας 16-25 ετών. Τμήμα του MOSAIC λειτουργεί στα κρατητήρια αλλοδαπών και υποστηρίζει τους νεοαφιχθέντες μετανάστες χρήστες.

Το πρόγραμμα είναι το μόνο εξειδικευμένο πρόγραμμα για μετανάστες στην Ευρωπαϊκή Ένωση που δέχεται άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα.

Το 2011, το MOSAIC παρείχε υπηρεσίες σε 200 μετανάστες, 42 από τους οποίους στα κρατητήρια.

Περισσότερες πληροφορίες στο δικτυακό τόπο του ΚΕΘΕΑ: www.kethea.gr

Πηγή: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ), Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Πριν την υποβολή του άρθρου σας, παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω οδηγίες. Οι οδηγίες αυτές ακολουθούνται από όλα τα περιοδικά τα οποία συμμετέχουν στη Διεθνή Επιτροπή των Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (ISAJE).

Το περιοδικό Εξαρτήσεις υιοθετεί πλήρως τη “Συμφωνία του Farmington” (Addiction, 1997, 92, 1617-1618) ή βλέπε <http://www.exartiseis.gr/> η Συμφωνία του Farmington <http://www.exartiseis.gr/CategoryView.asp?langid=el&CategoryID=4>

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Στόχος του περιοδικού Εξαρτήσεις είναι να υπηρετήσει τη διεθνή διεπιστημονική επικοινωνία ανάμεσα σε ακαδημαϊκούς και κλινικούς, να ενδυναμώσει τους δεσμούς μεταξύ επιστήμης και πολιτικής, να ενισχύσει και να εμπλουτίσει την ποιότητα των απόψεων. Βιβλία και σημαντικές αναφορές μπορούν να υποβληθούν για ανασκόπηση ή /και παρουσίαση. Θα πρέπει, ωστόσο, να σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων πως τα κείμενα δεν επιστρέφονται.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Τα άρθρα γίνονται αποδεκτά με την προϋπόθεση πως υπόκεινται σε έλεγχο από τη συντακτική επιτροπή. Όλα τα υποβληθέντα άρθρα πρέπει απαραίτητως να συνοδεύονται από δήλωση υπογεγραμμένη από όλους τους συγγραφείς στην οποία θα αναφέρεται ότι:

(α) το υλικό που συμπεριλαμβάνεται στο άρθρο δεν έχει δημοσιευθεί εξ ολοκλήρου ή τμηματικά σε άλλο έντυπο,

(β) το κείμενο που υποβάλλεται για δημοσίευση δεν βρίσκεται ήδη υπό έκδοση,

(γ) όλοι οι συγγραφείς που υπογράφουν το άρθρο έχουν συμμετάσχει προσωπικά στη διαδικασία συγγραφής του και αναλαμβάνουν εξίσου την ευθύνη για το περιεχόμενό του,

(δ) έχουν τηρηθεί όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν στην προστασία των πελατών ή των συμμετεχόντων στις έρευνες και στα πειράματα με ζώα.

Στη δήλωση πρέπει, επίσης, να αναφέρονται ρητώς οι πηγές χρηματοδότησης, άμεσης και έμμεσης, καθώς και οποιαδήποτε σχέση με φαρμακευ-

τικές βιομηχανίες, καπνοβιομηχανίες και βιομηχανίες παραγωγής αλκοόλ.

Σχετικά με τα σημεία (α) και (β): εάν στοιχεία από τη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζονται σε περισσότερες από μία δημοσιεύσεις, αυτό θα πρέπει να αναφερθεί στο άρθρο και/ή σε επιστολή προς τον εκδότη με σαφή επεξήγηση των διαφορών που υπάρχουν στο άρθρο και με συνημμένα αντίτυπα όλων των κειμένων στα οποία αναφέρεται η συγκεκριμένη έρευνα.

Εάν, σε οποιοδήποτε στάδιο, οι συγγραφείς αποφασίσουν να αποσύρουν το άρθρο τους, καλούνται να ενημερώσουν εγκαίρως και εγγράφως τον εκδότη.

ΕΚΤΑΣΗ

Οι συγγραφείς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συνοπτικοί και στην περίπτωση που ο περιορισμός του άρθρου κριθεί σκόπιμος για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, το θέμα θα συζητηθεί με τον εκδότη. Η συνολική έκταση του άρθρου θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 6000-8000 λέξεων. Η παρουσίαση περιστατικών είναι αποδεκτή αλλά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει τις 2000 λέξεις. Οι επιστολές δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 600 λέξεις.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

Η υποβολή των εγγράφων πρέπει να γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή, δισκέτα, ή CD. Θα πρέπει να είναι με γραμματοσειρά 12 στιγμών, διπλό διάστημα και περιθώρια τουλάχιστον 25 mm. Στην πρώτη σελίδα θα πρέπει να αναγράφεται ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 45 χαρακτήρες, τα ονόματα των συγγραφέων, ο χώρος και η διεύθυνση διεξαγωγής της εργασίας και

η πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση του συγγραφέα στον οποίο θα αποσταλούν τα σχόλια, η σχετική αλληλογραφία και τα αντίτυπα της έκδοσης. Στο κάτω μέρος της σελίδας του τίτλου παρακαλείστε να αναφέρετε το συνολικό αριθμό λέξεων του άρθρου. Στη δεύτερη σελίδα θα αναγράφονται μόνο ο τίτλος και τα ονόματα των συγγραφέων και η περιλήψη. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των παραπομπών, πινάκων, στοιχείων, και λοιπού υλικού, θα πρέπει να έχει συνεχή αρίθμηση από την πρώτη σελίδα του τίτλου ως το τέλος. Επίσης, είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι υποσημειώσεις, όπου είναι δυνατόν.

Μπορείτε να στείλετε το άρθρο σας ταχυδρομικά στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαοτήσεις
ΚΕΘΕΑ
Σορβόλου 24,
116 36 Αθήνα
ή με email: exartis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν πρόκειται για ερευνητικά άρθρα οι περιλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ενότητες: Στόχοι, Σχεδιασμός, Πλαίσιο/Χώρος, Συμμετέχοντες, Παρέμβαση (για τις πειραματικές δοκιμές μόνο), Μετρήσεις, Ευρήματα και Συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα πρέπει να αναφέρονται με σαφήνεια, επειδή αυτά θα καθορίσουν σε μεγάλο μέρος την απόφαση του εκδότη. Κάθε εύρημα θα αποτιμηθεί σύμφωνα με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Όσον αφορά άλλου είδους κείμενα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες για τη δομή των περιλήψεων, αλλά πρέπει να είναι εμφανή τα συμπεράσματα της αποτίμησης, καθώς αυτά θα αποτελέσουν κεντρικό θέμα στη διαδικασία του σχολιασμού. Οι περιλήψεις δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν συνήθως τις 250 λέξεις. Λέξεις κλειδιά θα πρέπει να αναφέρονται στο τέλος κάθε περιλήψης. Οι περιλήψεις θα πρέπει να αποστέλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Η βιβλιογραφία και οι παραπομπές μπορούν να γίνονται είτε με το σύστημα *Harvard* είτε με το σύ-

στημα *Vancouver*. Όταν ακολουθείται το σύστημα *Harvard*, στις παραπομπές πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα: πρώτο το όνομα του συγγραφέα, ακολουθεί η χρονολογία δημοσίευσης σε παρένθεση π.χ. *Smith (1984)*. Εάν οι συγγραφείς είναι έως τρεις π.χ. *Smith, Green & Jones (1984)*, τότε στην πρώτη παραπομπή αναφέρονται και οι τρεις, ενώ στις υπόλοιπες αναφέρεται *Smith et.al. (1984)*. Στην περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από τρεις, τότε σε όλες τις παραπομπές αναγράφεται: *Smith et.al. (1984)*. Εάν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις από τους ίδιους συγγραφείς μέσα στο ίδιο έτος, οι παραπομπές πρέπει να περιέχουν (α) (β) (γ) κ.λπ. μετά τη χρονολογία δημοσίευσης. Οι παραπομπές παρατίθενται στο τέλος του άρθρου με αλφαβητική σειρά, π.χ.:

Abrams, D.B. & Wilson, G.T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety... 88, 161-173.

Blane, H.T. & Leonard, K.E. (1987) Psychological Theories.... (New York Guildford Press).

Όταν ακολουθείται το σύστημα *Vancouver*, οι παραπομπές αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο. Σημειώστε τις παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες, στις λεζάντες βάζοντας διαδοχική αρίθμηση εντός παρενθέσεως (1, 2, 3, κ.λπ.). Οι παραπομπές που βρίσκονται μόνο μέσα σε πίνακες ή λεζάντες σχημάτων θα πρέπει να αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο.

Η αριθμητική απαρίθμηση των παραπομπών πρέπει να παρατίθεται στο τέλος του άρθρου, παράδειγμα:

1. *Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.*

2. *Merikangas, K.R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of Human studies...*

Ανεξαρτήτως του συστήματος που θα επιλέξετε, για τους τίτλους των εφημερίδων, των περιοδικών και λοιπών εντύπων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συντομογραφίες. Θα πρέπει να αναφέρονται οπωσδήποτε όλοι οι συγγραφείς. Ο κατάλογος της βιβλιογραφίας δεν πρέπει να είναι ασκόπως μακροσκελής, και πρέπει να περιλαμβάνει μόνο βι-

βλία και έντυπα στα οποία είναι δυνατή η πρόσβαση δια μέσου των συνηθισμένων βιβλιογραφικών πηγών. Όταν πρόκειται για ξενόγλωσσα άρθρα ή βιβλία, θα πρέπει να δίνεται ο τίτλος και στα ελληνικά σε παρένθεση μετά τον πρωτότυπο τίτλο.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

Οι απεικονίσεις δεν πρέπει να είναι ενταγμένες στο κείμενο, αλλά θα πρέπει να κατατεθούν χωριστά στο τέλος με το όνομα του συγγραφέα και με σχετική αρίθμηση. Όλες οι φωτογραφίες, τα γραφήματα και τα διαγράμματα θα αναφέρονται ως «σχήματα» και θα πρέπει να έχουν διαδοχική καταχώρηση στο κείμενο με αριθμούς (π.χ. Σχήμα 1, Σχήμα 2). Η θέση των σχημάτων μέσα στο κείμενο θα πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι τίτλοι για όλα τα σχήματα θα πρέπει να αναγράφονται σε χωριστή σελίδα. Στους τίτλους θα πρέπει, επίσης, να συμπεριλαμβάνονται και επεξηγήσεις για όλα τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Οι πίνακες θα πρέπει να εκτυπώνονται σε χωριστή σελίδα και η θέση τους στο κείμενο πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι μονάδες πρέπει να αναγράφονται εντός παρενθέσεως στην πρώτη γραμμή της εκάστοτε στήλης και όχι στο κυρίως σώμα του πίνακα. Οι λέξεις ή οι αριθμοί πρέπει να επαναλαμβάνονται σε όλες τις γραμμές, ενώ τα ομοιωματικά και λέξεις όπως: ομοίως, βλέπε, ως άνω κ.λ.π. δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ακόμη, οι πίνακες δεν θα πρέπει να έχουν διαγράμμιση.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Η επιμέλεια γίνεται για έλεγχο και διευκόλυνση κάποιων βασικών διορθώσεων, όχι για γενική αναθεώρηση ή μετατροπή. Τα σχόλια επιμέλειας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να επιστρέφεται το διορθωμένο κείμενο στον εκδότη μέσα σε δέκα

ημέρες από την παραλαβή τους.

Τα άρθρα αποστέλλονται από τον εκδότη στον αναπληρωτή της έκδοσης για αναθεώρηση. Ο τελευταίος, αφού συμβουλευτεί τη συντακτική ομάδα, στέλνει τις προτάσεις του στον εκδότη. Ο εκδότης λαμβάνει την τελική απόφαση και επικοινωνεί με τους συγγραφείς. Εφόσον κριθεί θετικά από τη συντακτική ομάδα, το άρθρο προωθείται για επιστημονική επιμέλεια σε δύο έως τρεις σχολιαστές, μέλη της επιστημονικής επιτροπής του περιοδικού.

Ο εκδότης και ο αναπληρωτής διατηρούν το δικαίωμα να επιστρέψουν κάποιο άρθρο πριν ακόμη φτάσει στους σχολιαστές, εάν κρίνουν πως το περιεχόμενό του δεν είναι κατάλληλο για το περιοδικό εξ' αιτίας μεθοδολογικών περιορισμών, θεματολογίας ή προβλημάτων στην παρουσίαση των στοιχείων.

ΑΝΤΙΤΥΠΑ

Ένα αντίτυπο του περιοδικού, που περιέχει το άρθρο, θα αποσταλεί στον κύριο συγγραφέα περίπου τρεις εβδομάδες μετά την έκδοση του τεύχους.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ/ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Είναι όρος της παρούσας έκδοσης οι συγγραφείς να διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα από τα άρθρα που προσκομίζουν. Ωστόσο ο οργανισμός διατηρεί κάθε δικαίωμα για πλήρη δημοσίευση και διάδοση του άρθρου και του περιοδικού σε όσο το δυνατόν ευρύτερο αναγνωστικό κοινό, τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Οι συγγραφείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν αλλού το άρθρο *μετά* από τη δημοσίευσή του στο περιοδικό και χωρίς να ζητηθεί έγκριση υπό τον όρο πως θα αναφερθεί ως πρωτότυπη πηγή της δημοσίευσης το παρόν περιοδικό. Οι συγγραφείς ευθύνονται αποκλειστικά για την παραχώρηση των δικαιωμάτων αναπαραγωγής στοιχείων που βρήκαν από άλλες πηγές.

ΤΟ ΕΙΚΟΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΑΠΡΙΛΙΟ ΤΟΥ 2014
ΣΕ 550 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕΘΕΑ)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

<i>Εποπτεία Έκδοσης</i> Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ	<i>Editing supervision</i> Gerassimos NOTARAS
<i>Αρχικός Καλλιτεχνικός Σχεδιασμός Έκδοσης</i> Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ	<i>Initial Layout</i> Vounoula SKOURA
<i>Πληκτρολόγηση Κειμένων</i> Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ	<i>Typing</i> KETHEA Department of Education
<i>Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις</i> <i>Τυπογραφική επιμέλεια</i> Γεωργία ΧΡΗΣΤΟΦΙΛΗ	<i>Proof-reading</i> <i>Print editing</i> Georgia CHRISTOFILI
<i>Σχεδιασμός Λογότυπου</i> Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ	<i>Logo</i> Teti KAMOUTSI
<i>Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση</i> Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ	<i>Typeset - Layout</i> Stavros BELESSAKOS
<i>Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία</i> ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ	<i>Publication - Binding</i> SCHEMA AND CHROMA

Δελτίο Παραγγελίας

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαρτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος (2 τεύχη)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

Ετήσια ατομική συνδρομή € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕΘΕΑ

Με τραπεζική κατάθεση στο λογαριασμό 117/296000-12 της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, όπου θα σημειώνεται η ένδειξη «για Εξαρτήσεις». Αντίγραφο της κατάθεσης όπου θα φαίνεται ευκρινώς το όνομα του καταθέτη, θα πρέπει να αποσταλεί μαζί με το παρόν δελτίο παραγγελίας στη διεύθυνση του περιοδικού.

Μέσω Internet Banking

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος

IBAN: **GR4801101170000011729600012**

Το παρόν έντυπο καθώς και το αποδεικτικό πληρωμής θα πρέπει να σταλούν στην παρακάτω διεύθυνση: ΚΕΘΕΑ, Σορβόλου 24, Αθήνα, 116 36

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 210 9241993-6, να στέλνετε φαξ στο 210 9241986, ή email στο exartisis@kethea.gr

Order Form

EXARTISIS
SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

Please enter my subscription to Exartisis (ISSN 1109-5350) for (2 issues)

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

.....

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/ Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.

Remit the amount to our account 117/296000-12 with the National Bank of Greece, SWIFT CODE: **ETHNGRAA** IBAN: **GR4801101170000011729600012**.

Internet Banking
National Bank of Greece
IBAN: **GR4801101170000011729600012**

This order form as well as the receipt from the bank have to be sent to the following address:
KETHEA - Exartisis, 24, Sorvolou str., Athens 116 36, Greece

For any additional information you can call at +30 210 9241993-6, send a fax at +30 210 9241986,
or email: exartisis@kethea.gr

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Το περιοδικό ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ (ISSN 1109-5350) δημοσιεύεται δυο φορές το χρόνο (Μάρτιο και Οκτώβριο) από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Σορβόλου 24, Μετσ, 116 36, Αθήνα του οποίου και αποτελεί ιδιοκτησία. Εκδότης-Διευθυντής του περιοδικού είναι ο Γεράσιμος Νοταράς.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (06/2011)

Συνολικός αριθμός αντιτύπων	550
Αποστολές	361
Συνδρομές	281
Δωρεάν Διανομή	60
Βιβλιοθήκη ΚΕΘΕΑ	20
Ποσοστό ζήτησης	70%

MANAGEMENT AND CIRCULATION

The journal EXARTISEIS (ISSN 1109-5350) is owned and published twice yearly (March and October) by Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA), Sorvolou 24, Mets, 116 36, Athens, Greece. Editor-in-Chief is Gerassimos Notaras.

CIRCULATION (06/2011)

Total number of copies printed	550
Distribution	361
Subscriptions	281
Free distribution	60
KETHEA-Library	20
Percent of requested circulation	70%

