

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

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

Εισαγωγή

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

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

* Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.

** Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.

*** Δρ, Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης ΟΚΑΝΑ.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών, Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών (Κλειστό, από το 1997), Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μπτέρων και Παιδιών (από το 2006), Κοινωνική Επανάταξη Γυναικών και Μπτέρων και Ξενώνα Κοινωνικής Επανάταξης Γυναικών.

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

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

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

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

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

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

Μεθοδολογία

Συμμετέχουσες

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

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

Πιο συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν:

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

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

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

Μέθοδοι

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

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

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

Διαδικασίες

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

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

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

Αναλύσεις

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

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

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

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

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

Ευρήματα

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

Τραυματικά γεγονότα στο οικογενειακό περιβάλλον

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

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

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

Πίνακας 1

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

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

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

Η συμβολή του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση

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

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

Πίνακας 2

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

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

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

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

Στιγματισμένη αυτοαντίληψη

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

Πίνακας 3

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

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

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

Βία και παραβατικές συμπεριφορές στη χρήση

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

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

Πίνακας 4

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

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

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

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

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

Αναζητώντας βοήθεια

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

Πίνακας 5

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

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

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

Αναπαραστάσεις και εμπειρίες από τα θεραπευτικά προγράμματα

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

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

Πίνακας 6

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

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

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

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

Δυσκολία δέσμευσης στη θεραπεία και υποτροπή στη χρήση

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

Πίνακας 7

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

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

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

Προτάσεις για πρόσθετες υπηρεσίες στα θεραπευτικά προγράμματα ΟΚΑΝΑ

Πέρα από τις απόψεις τους για τη λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων, τρεις από τις συμμετέχουσες αναφέρονται και σε πρόσθετες υπηρεσίες που θα μπορούσε να προσφέρει ο ΟΚΑΝΑ σε σχέση με την επανένταξή τους στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, τη σωματική υγεία, αλλά και παρεμβάσεις εστιασμένες στις γυναίκες στα μικτά προγράμματα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8

Παραδείγματα προτάσεων για πρόσθετες υπηρεσίες στις απαντήσεις για την αντίληψη της θεραπευτικής πορείας και των θεραπευτικών δομών

«Θα έπρεπε να υπάρχει μια δομή για απογευματινά, για ανθρώπους που δουλεύουν και θέλουν να συνεχίσουν, ναι, πρωί και πρέπει να είναι το απόγευμα σ' εσάς»	(n=1)
«Να υπήρχε ίσως και κάτι που να είναι μόνο για γυναίκες. Φαντάζομαι ότι και άλλες γυναίκες θα το θέλανε αυτό. Παράλληλα με το άλλο (εννοείται η θεραπεία στο πλαίσιο ομάδας στις παρεμβάσεις μικτού φύλου)»	(n=2)
«Αλλά, εγώ αυτό που θέλω να πω, για τον ΟΚΑΝΑ, να συνεχίσει να βοηθάει και τις γυναίκες και γενικά τους χρήστες. Σχολείο. Δηλαδή, να τους βοηθήσει ουσιαστικά. Δηλαδή, στο κομμάτι σπουδές, δεν ξέρω κι εγώ, σχολείο, σπουδές, που ήδη το κάνει, γιατί και ο ΟΚΑΝΑ μου έχει, από τον ΟΚΑΝΑ, βασικά, ξεκίνησε και... Δηλαδή και εγώ το σκεφτόμουν, είχα γραφτεί ήδη. Αλλά, από τον ΟΚΑΝΑ ήρθαν και μου είπαν «θέλεις να πας σχολείο;». Αυτό να κάνει. Στο θέμα της δουλειάς όπου μπορεί, να βοηθήσει έναν χρήστη. Ειδικά, όταν βγαίνει από αυτό, στην επανένταξη. Αν μπορεί κάπως να τους βοηθήσει να βρουν μια δουλειά, χωρίς, βέβαια, να ξέρουν οι άλλοι ότι ήταν χρήστης. Αυτό δεν είναι απαραίτητο»	(n=3)

«Και, π.χ. κάποια πράγματα, ας πούμε, όπως οδοντίατρος. Αλλά, όχι μια απονεύρωση, κάτι, να πάει ο άλλος, γιατί υπάρχουν πολλοί που π.χ. έχουν καταστραφεί τα δόντια τους. Να μπορεί να πάει να τα φτιάξει, για να έχει κι αυτός ψυχολογία μετά, να κόψει. Γιατί η ψυχολογία είναι μεγάλο πράγμα. Φαντάσου, ας πούμε, τώρα να είναι κάποιος χρήστης και να έχει πρόβλημα να πει με τα δόντια του. Δεν ξέρω, εγώ θα είχα φρικάρει. Σίγουρα θα είχα φρικάρει. Τέτοια πράγματα, τέτοια. Ουσιαστική βοήθεια. Αυτό, ας πούμε, π.χ. οδοντίατρος –όχι, όμως, μία απονεύρωση και μία εξαγωγή. Να πάει, να μπορεί να τα φτιάξει, π.χ. όπως στην Οδοντιατρική Σχολή. Να μην είναι, π.χ. τζάμπα τελείως, αλλά κάτι να δώσει, αλλά να τα φτιάξει, όμως. Να μπορεί μετά να βγει κι αυτός στην κοινωνία, να χτυπήσει πόρτες, να ζητήσει δουλειά»

(n=3)

Σε σχέση με το 4ο ερευνητικό ερώτημα «*Πώς κινητοποιούνται οι εξαρτημένες γυναίκες να δεσμευτούν στη θεραπεία;*» αναδεικνύεται μία θεματική κατηγορία: «*Ορόσημα που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία*».

Ορόσημα που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία

Από τις απαντήσεις των συμμετεχουσών στο σύνολό τους προκύπτει ότι η απόφασή τους να ξεκινήσουν θεραπεία για την εξάρτηση και να εμπλακούν ενεργά στις θεραπευτικές διαδικασίες καθορίστηκε από μια σημαντική εμπειρία. Αυτή η εμπειρία αφορούσε είτε το έσχατο σημείο σωματικής και ψυχικής υγείας στο οποίο είχαν φτάσει οι ίδιες είτε τη γέννηση και ανατροφή των παιδιών τους ή άλλα σημαντικά τους πρόσωπα, όπως οι γονείς ή ο σύντροφος. Τα γεγονότα αυτά, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις ήταν ιδιαίτερα τραυματικά, λειτούργησαν καταλυτικά για τη συνειδητοποίηση τους ότι διακυβεύεται το μέλλον τους και τις οδήγησαν να μεταβούν σε θετικές αλλαγές μέσω της θεραπείας. Τα γεγονότα αυτά αποτυπώνονται στα αποσπάσματα του Πίνακα 9.

Πίνακας 9

Παραδείγματα ορόσημων που ενίσχυσαν τη δέσμευση στη θεραπεία στις απαντήσεις για κινητοποίηση των γυναικών να δεσμευτούν στη θεραπεία

«Με αφορμή και τον ιό μπήκα και στον ΟΚΑΝΑ, στο κατ' εξαίρεση... Γιατί αρρώστησα, και έκανα την κίνηση να φροντίσω την υγεία μου πρώτα από όλα, να δω που είναι αυτό και αυτό ήταν το πρώτο βήμα για να ξεκινήσει η φάση που είμαι τώρα, μπήκα στο πρόγραμμα, είδα πώς δουλεύει, είδα τις σχέσεις μου, ξαναείδα τη σχέση με τη μαμά μου, ξαναείδα εμένα πώς στέκομαι σε χώρο που είναι χρήσης, αλλά είναι άλλος χώρος. Με είδα ξανά»	(n=1)
«Η σοβαρή μου προσπάθεια άρχισε το 2013, εφόσον είχα γεννήσει, βέβαια. Το '11 γέννησα... έβαλα τη δικιά μου παιδική ζωή και λέω, όχι, δε θα το κάνω στο παιδί αυτό»	(n=2)
«Έμεινα έγκυος και στο ενδιαμέσο υποτροπίασα. Και μόλις γέννησα, ήρθα ΟΚΑΝΑ»	(n=3)
«Ήταν οι αυτοκτονίες, οι βιασμοί, το ψυχιατρείο... Μπήκα στον ΟΚΑΝΑ μετά από 6,5 χρόνια. Αλλά καμιά φορά πρέπει να το δεις και θετικά, γιατί ίσως πριν από 6,5 χρόνια να μην το πετύχαινα αυτό. Έπρεπε να τα ζήσεις όλα, για να το πετύχεις. Οπότε, πρέπει όλα να τα βάζεις στη σωστή τους θέση»	(n=4)
«Εντάξει, ώσπου έφτασα σ' ένα σημείο, διαγνώστηκα οροθετική. Και λέω, εντάξει, τώρα ή παίρνεις απόφαση να ζήσεις ή πεθαίνεις, ρε παιδί μου, δεν υπάρχει κάτι άλλο. Μου είπαν κι οι γιατροί ότι «Χρήση ίσον θάνατος, είναι απλά μαθηματικά. Οπότε, έχεις δύο επιλογές, εσύ επιλέγεις». Και έκανα την προσπάθεια μου. Και αυτήν τη στιγμή είμαι πολύ καλά»	(n=5)
«Η κόρη μου μ' έβριζε, έτσι; Δηλαδή, αν δεν μου έλεγε η μικρή «είσαι πρεζάκι, είσαι πρεζάκι, είσαι πρεζάκι» και να ουρλιάζει, ίσως να μην είχα κάνει και τίποτα»	(n=6)
«41. Ναι, εκεί περίπου σταμάτησα. Αφού, βέβαια, είχα εξαθλιωθεί τελείως. Και ένα σοκαριστικό γεγονός για μένα... πέθανε ο πατέρας μου. Και την ημέρα που πέθανε ο πατέρας μου και ήρθαν και μου το είπαν στο σπίτι, εγώ ήμουν με στερπητικά. Και εγώ δεν μπορούσα καν ούτε αν συνειδητοποιήσω τι μου έλεγε.	

Και της λέω “μάννα”, της λέω, “δεν μπορώ ούτε να ακούσω”, της λέω, “αυτό που μου λες”. Και γύρισα από την άλλη και έπεσα σε κώμα, σε λήθαργο... Και χρειάστηκε να μου φέρουνε να κάνω χρήση, ας πούμε, για να καταλάβω ότι πέθανε ο πατέρας μου. Να σηκωθώ από το κρεβάτι και να πάω στην κηδεία του... Και ήρθε στο μυαλό μου η ιδέα ότι δεν είναι δυνατόν να είμαι αυτό το πράγμα. Δεν είναι δυνατόν. Και άρχισα να κάνω προσπάθειες»	(n=7)
«Και εγώ είμαι σε κατάσταση, που έχω αρχίσει πια και πρέπει να πιω για να λειτουργήσω. Ο πρώην άντρας μου μού πάτησε ένα χοντρό κράξιμο. Και πήγα και γράφτηκα στον ΟΚΑΝΑ»	(n=8)
«Και στο πρόγραμμα κουράστηκα, με κούρασα εγώ με τη χρήση. Ήμουν, δηλαδή έτσι, έκανα παράλληλη, μέχρι να φύγει η ηρωίνη, μετά έμπλεξα με τα χάπια που δεν τα έπινα καθημερινά, bubble, και τα λοιπά. Έκανα διάφορες χημείες και πειράματα για να δω πώς θα λειτουργήσει το χάπι. Δεν το άφηνα, δηλαδή ήθελα να καταλάβω τίποτα και έλεγα ωραία, πάω να πετάξω είκοσι ευρώ στους γύφτους να πάω να πιω. Και έπινα και δεν καταλάβαινα τίποτα. Με το ζόρι κιόλας. Και μετά ξανάπιασα βελόνι μετά από 15 χρόνια. Άρχισα την κόκα, δηλαδή τα έπινα όλα μαζί. Ως που λέω φτάνει και άφησα το χάπι και έκανε τη δουλειά του»	(n=9)

Σε σχέση με το 5ο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα «Ποιες παράμετροι αξιολογούν ότι συμβάλλουν θετικά στη συνέχιση της θεραπείας τους;» αναδεικνύονται οι θεματικές κατηγορίες.

Αποτελεσματικές θεραπευτικές πρακτικές

Οι συμμετέχουσες αναφέρουν αρκετές θεραπευτικές πρακτικές που οι ίδιες αξιολογούν ότι συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της δέσμευσης και στην παραμονή στη θεραπεία τους. Βασικές μεταξύ αυτών θεωρούνται οι καθιερωμένες και δομημένες διαδικασίες του προγράμματος, όπως οι συχνές ουροληψίες, αλλά και η ίδια η φάση της προεπανένταξης μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Οι συμμετέχουσες εστίασαν, επίσης, στην αξία και τη σημασία της υποστήριξης από ομότιμους στο πλαίσιο των ομαδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, ως ιδιαίτερα σημαντικές προσδιορίστηκαν οι σχέσεις μεταξύ αυτών και του θεραπευτικού προσωπικού. Η εμπειρία του προσωπικού στα ζητήμα-

τα εξάρτησης αξιολογείται θετικά και συμβάλλει στην καλλιέργεια της αντίληψης των γυναικών για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Επιπρόσθετα, καινοτόμες θεραπευτικές πρακτικές, όπως ο σωματικός διαλογισμός, η δραματοθεραπεία και τα σεμινάρια δεξιοτήτων αξιολογούνται εξίσου θετικά. Στον Πίνακα 10 παρατίθενται τα σχετικά αποσπάσματα.

Πίνακας 10

Παραδείγματα αποτελεσματικών θεραπευτικών πρακτικών στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Και ο έλεγχος, στην αρχή, με τις ουροληψίες, όλο αυτό, σε βάζει σε ένα πλαίσιο, σε οριοθετεί κατά κάποιο τρόπο. Και σαν αρχή είναι πολύ βοηθητικό. Έχεις τον φόβο μη σε διώξουνε. Εμένα, δηλαδή, ειδικά αυτό με βοήθησε πάρα πολύ. Γιατί, ξέρεις, είναι και η περίοδος που αρχίζει να καθαρίζει το μυαλό σου. Κι εκεί τη θέλεις αυτήν την οριοθέτηση»	(n=1)
«Και σε αυτό βοήθησαν και τα ούρα. Δηλαδή, αν δεν ήταν κάθε εβδομάδα, μπορεί να την είχα κάνει»	(n=2)
«Βρίσκομαι στη φάση της προεπανάταξης. Και ήταν ένα πολύ βασικό κομμάτι, έχω να σας πω, αυτό, το ότι βάλανε αυτό το ενδιάμεσο κομμάτι μεταξύ, από την μονάδα να πας στην επανάταξη, ήταν πολύ βασικό αυτό το κομμάτι»	(n=3)
«Και έχεις και την ομάδα, το ομαδικό. Οι ομάδες είναι φοβερό. Φοβερό δόσιμο και το να ακούς και να το, να ανοίγει την ψυχή του ο άλλος και το να μιλάς. Και είναι πολύ σημαντικές οι ομάδες, δηλαδή. Είναι πολύ ωραίο....ότι έχεις στο ατομικό, το ομαδικό και, εννοείται, η ουροληψία»	(n=4)
«Ήξερα ότι μιλάω σε ανθρώπους που μπορούν να με καταλάβουν. Κυρίως με την ομάδα μου, που είναι και άνθρωποι που έχουν περάσει παρόμοιες καταστάσεις και ούτε θα σε κρίνουν, θα σε καταλάβουν απόλυτα, 100%. Δηλαδή, όχι μόνο στο θεωρητικό κομμάτι, που ένας άνθρωπος έχει διαβάσει και ξέρει δυο πράγματα. Και στο πρακτικό, δηλαδή, να έχουν βιώσει αυτό που λέω»	(n=5)
«Και με τη θεραπεύτριά μου, στο πρόγραμμα υποκατάστασης που είμαι, ακόμα και σήμερα μιλάω στο τηλέφωνο... Ήταν κι αυτή ένας άνθρωπος που πίστεψε σ' εμένα και μου στάθηκε. Και πλέον, έτσι, αυτούς τους ανθρώπους ξέρω να τους εκτιμώ, να τους σέβομαι και να τους το αναγνωρίζω»	(n=6)

«Και η θεραπεύτριά μου με στήριξε πάρα πολύ. Δηλαδή, μου έδωσε κάποια, με βοήθησε, ας πούμε, να αναγνωρίζω κάποια καίρια σημεία, ας πούμε. Και οι ομάδες με βοήθησαν πάρα πολύ»	(n=7)
«Και θεωρώ και πολύ τυχερό τον εαυτό μου που έπεσα πάνω σε αυτή τη γυναίκα, ας πούμε, που έχω, που είναι θεραπεύτρια και κάνει τη δουλειά της σωστά»	(n=5)
«Και πηγαίνω και στο Σωματικό, που είναι πάρα πολύ καλό, που κάνουμε κάθε Τετάρτη... σωματικό διαλογισμό, που κινούμαστε, χορεύουμε. Κι έχει κουβέντα μετά... αυτό, σε συνδυασμό με την ομάδα, σε συνδυασμό με το πώς θα τα ανακατέψω εγώ στο κεφάλι μου στο σπίτι, νομίζω ότι πάει καλά»	(n=8)
«Η δουλειά που εδώ κάνω, που πάω στη θεατρική ομάδα, αυτό που έχω σήμερα, που έχω κοινωνικές δεξιότητες, ένα καινούριο σεμινάριο, ένα τρίμηνο τώρα, να μάθουμε να φτιάχνουμε ένα καλό βιογραφικό και μια συνέντευξη, και εδώ που έρχομαι, και όλο αυτό μαζεύεται, το να μιλάω, το να ακούω»	(n=1)

«Καθαρές» συντροφικές σχέσεις

Μια ακόμα παράμετρος που αναδεικνύουν οι συμμετέχουσες μέσα από τις απαντήσεις τους αφορά στην ανάπτυξη συντροφικών σχέσεων, για τις οποίες νιώθουν έκπληξη, καθώς συνειδητοποιούν ότι μπορούν να εκφράζουν και να ικανοποιούν τις συναισθηματικές τους ανάγκες με πιο υγιή τρόπο. Όπως φαίνεται από τα ακόλουθα αποσπάσματα (Πίνακας 11), αρκετές από αυτές τις σχέσεις έχουν αναπτυχθεί με συντρόφους που βρίσκονταν ή βρίσκονται και εκείνοι σε θεραπεία για τις εξαρτήσεις. Οι αφηγήσεις των συμμετεχουσών για τις τωρινές τους σχέσεις αναδεικνύουν, κατ' αρχάς, μια υγιή επανασύνδεσή τους με το φύλο τους και τη θηλυκότητα, που στη χρήση ήταν στιγματισμένα και συνδεδεμένα με βίαια και τραυματικά γεγονότα (βιασμοί, πορνεία κ.λπ.). Επιπλέον, αναδεικνύουν μια εικόνα ουσιαστικής συντροφικότητας, σε πλήρη αντίθεση με τις αφηγήσεις τους για τις σχέσεις που διατηρούσαν την εποχή που ξεκίνησαν τη χρήση και όσο έκαναν χρήση, οι οποίες παρουσιάστηκαν νωρίτερα στο θέμα «Η συμβολή του συντρόφου στην εμπλοκή με τη χρήση».

Πίνακας 11

Παραδείγματα «καθαρών» συντροφικών σχέσεων στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Έχει βρεθεί σύντροφος, απλά βρίσκεται κι εκείνος υπό θεραπεία... Δεν είναι ότι... Είχα ρίξει πανί μαύρο, δεν το συζητώ. Αλλά βρέθηκε αυτός ο άνθρωπος, ταιριάζαμε και το πάμε έτσι. Γιατί πριν τον γνωρίσω, τουλάχιστον 4 χρόνια δεν είχα. Εξ ου κι αυτό το μαλλί που βλέπετε, έτσι; Είχα σβήσει ό,τι θηλυκό υπήρχε πάνω μου. Τίποτα, δεν υπήρχε τίποτα θηλυκό πάνω μου. Το είχα σβήσει, δεν ήθελα κανέναν, δεν. Είπα, τελειώσα»	(n=1)
«Και μέσα εκεί γνώρισα έναν άνθρωπο, ο οποίος βρίσκεται στο πρόγραμμα... Είναι καθαρός. Και μετά από αρκετά χρόνια – συγγνώμη που θα χρησιμοποιήσω αυτή τη λέξη, αλλά έτσι αποτυπώνεται η αλήθεια - σιχαμάρας, δεν μπορούσα να διανοηθώ ότι μπορώ να υπάρξω με το αντίθετο φύλο - ίσως έπαιξαν ρόλο οι βιασμοί, η ψυχολογία, όλο αυτό; - νιώθω πολύ καλά με αυτό τον άνθρωπο. Αυτό»	(n=2)
«Μετά γνώρισα τον σύντροφό μου, που είμαι μέχρι και σήμερα. Του είπα γενικότερα για το πρόβλημα υγείας που μου έτυχε, έτσι, με τη χρήση. Αν και γνωρίζει και ο ίδιος είναι αυτήν τη στιγμή σε πρόγραμμα. Εκείνο τον καιρό, βέβαια, δεν έκανε χρήση»	(n=3)
«Ο δεύτερος. Που είναι πρώην χρήστης. Γνωριζόμασταν από παλιά. Και βρεθήκαμε, συναντηθήκαμε ξανά, καθαροί. Και κάποια στιγμή, παντρευτήκαμε»	(n=4)
«Δεν περίμενα ότι θα ξανανιώσω κάτι, ξέρεις το χα... τελειώσει μέσα μου ρε παιδί μου, έφτασα σαράντα, και μεγαλώνεις και ανεβαίνει ο πήχης και οι απαιτήσεις είναι περισσότερες, και πολύ δύσκολες οι ανθρώπινες σχέσεις»	(n=5)

Στοχοθεσία για το μέλλον

Τα ευρήματα αναδεικνύουν, επιπλέον, ως σημαντική παράμετρο που κινητοποιεί τις γυναίκες να δεσμευτούν στη θεραπεία την ανάπτυξη φιλοδοξιών και την οικοδόμηση ονείρων και στόχων για τη μετέπειτα ζωή τους, τα οποία δρομολογούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στην προεπανάταξη και την επανένταξη. Μέσα στη θεραπευτική

διαδικασία, οι γυναίκες αποκτούν εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους και σχεδιάζουν ένα καλύτερο μέλλον για τον εαυτό τους, τους συντρόφους τους και τα παιδιά τους, εστιάζοντας στη συνέχιση σπουδών, στην εύρεση εργασίας και σε άλλες διαστάσεις, όπως η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν συνολικά την ποιότητα ζωής τους. Στον Πίνακα 12 παρατίθενται σχετικά αποσπάσματα.

Πίνακας 12

Παραδείγματα στοχοθεσίας για το μέλλον στις απαντήσεις για τις παραμέτρους που συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της θεραπείας

«Σκέφτομαι, βέβαια. Ναι. Αλλά, πρώτα ο Θεός. Κάτσε, όταν τελειώσει το Λύκειο... βασικά, θα μου άρεσε, π.χ. να ασχοληθώ κάτι με υπολογιστές, με αριθμούς, με τέτοια πράγματα. Σε αυτά έχω. Ας πούμε, αγαπημένα μου μαθήματα είναι μαθηματικά, βιολογία, χημεία, φυσική, πληροφορική»	(n=1)
«Και αλλάζει επίπεδο όλο αυτό και είναι μαγικό. Αλλά είναι σοκ, ας πούμε, το να βγαίνεις από εκεί μετά από τόσα χρόνια. Δεν ήξερα αν είναι ωραία η ζωή και πώς είναι... σκεφτόμουν να μπω στο πανεπιστήμιο για ψυχολογία, γιατί αυτό θέλω να ακολουθήσω. το κίνητρό μου είναι για θεραπεύτρια στον ΟΚΑΝΑ, ρε παιδί μου. Το ήθελα από τότε και μέσα από το Στέκι του ΟΚΑΝΑ, πήγαίνα εκεί για να φάω, να πλυθώ και τα λοιπά, για τις πρώτες ανάγκες... Μας έχω φανταστεί σε ένα μεγάλο σπίτι μαζί (εννοεί το σύντροφο της), με 2 σκυλιά, το έχω φανταστεί δηλαδή όλο αυτό. Έχει δρομολογηθεί δηλαδή το όνειρο, που δεν έκανα εγώ. Όταν με ρωτάγανε όνειρο, δεν είχα να πω. Δεν ήξερα τι να πω. Δεν είχα κάτι. Τώρα το φαντάζομαι έτσι. Και να πάρω και ένα αμαξάκι»	(n=2)
«Μικρούς στόχους βάζω. Μ' αρέσει να κάνω ταξίδια»	(n=3)
«Κοίταξε, ψάχνω να δω τώρα μέσα, ήδη, όσο είμαι ακόμα εδώ, στην επανένταξη. Αυτόν τον καιρό, όντως, η δουλειά μου είναι αυτό. Τώρα, έχω ξεκινήσει με τη μουσική. Δηλαδή, ήδη ενώ είμαι εδώ, πρέπει να δω λίγο τι γίνεται στο μετά. Αυτό θέλω να πω. Δηλαδή, αυτό το κάνω τώρα, για να μην το έχω για μετά, γιατί μετά, ναι»	(n=4)

«Για το παιδί. Τι να σκέφτομαι; Τα φυσιολογικά. Καταρχήν, δεν θέλω να ξαναέρθω σε τέτοιο μέρος, ούτε ΟΚΑΝΑ, ούτε τίποτα. Το μόνο μου άγχος, ας πούμε, είναι με το παιδί τι θα γίνει. Αλλά αυτό πιστεύω είναι όλων των γονιών, ανεξάρτητα. Φυσιολογικά πράγματα, ό,τι σκέφτεσαι όταν έχεις ένα παιδί. Δεν, όχι κάτι περίεργο. Θέλω να βρω μία δουλειά»	(n=5)
«Αν μπω στην επανένταξη και αν μπορώ να συνεχίσω και τις σπουδές μου, γιατί παράτησα και το Πανεπιστήμιο»	(n=6)
«Πλέον προτεραιότητα έχω βάλει την υγεία μου, την ψυχική και την σωματική... έχω σκεφτεί κάποια πράγματα. Μήπως κοιτάξω λίγο σε καμιά ΚΟΙΝΣΕΠ»	(n=7)
«Να προσπαθήσουμε τις νέες γενιές που έρχονται, τα παιδιά μας, να κάνουμε ευτυχισμένα παιδιά. Αυτός είναι ο εχθρός των ναρκωτικών, ένα ευτυχισμένο παιδί. Μόνο αυτή είναι η ελπίδα μου. Στην ουσία, ποσώς με ενδιαφέρει το αν θα είναι καλή ή η καλύτερη μαθήτρια. Εγώ θέλω να είναι ευτυχισμένη, τίποτα άλλο. Αυτός είναι ο πρώτος στόχος. Αν επιτύχω αυτόν, έρχονται και τα υπόλοιπα μετά»	(n=8)

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η αναγκαιότητα διαφορετικών παρεμβάσεων πρόληψης, μείωσης βλάβης και θεραπείας της εξάρτησης με βάση τις διαφορές των δύο φύλων (gender gap) έχει καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Newman and Mello, 2009· Young, Furman and Jones, 2012· Emler, 2011· Kloos, Weller, Chan and Weller, 2009). Η αυξανόμενη αυτή επίγνωση εντοπίζεται και στο πλαίσιο της διαμόρφωσης των σύγχρονων πολιτικών για την εξάρτηση, όπου πλέον αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία στην ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου και τα κράτη μέλη της ΕΕ ενθαρρύνονται να λάβουν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών στο πλαίσιο των πολιτικών που εφαρμόζουν (UNODC, 2016). Ωστόσο, παρόλο που αυτή η αναγκαιότητα για την εξειδικευμένη φροντίδα των γυναικών καταγράφεται emphaticά, καθώς η ανάπτυξη εξάρτησης λαμβάνει χώρα πιο γρήγορα στις γυναίκες μετά την πρώτη χρήση συγκριτικά με τους

άνδρες και τείνουν να έχουν πιο σοβαρά κλινικά προφίλ κατά την είσοδο στη θεραπεία (Greenfield et al., 2010), η διαθεσιμότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες, δεν έχει διευρυνθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου (Terplan et al., 2015a· 2015b). Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην διαμορφώνονται και να μην εξελίσσονται πρότυπα θεραπευτικά πρωτόκολλα που να λαμβάνουν υπόψη τις διαφορές φύλου, και στα μικτά θεραπευτικά προγράμματα να ποικίλει ιδιαίτερα ο βαθμός στον οποίο παρέχονται ανάλογες υπηρεσίες (Tang et al., 2012). Και από την παρούσα έρευνα, αναδεικνύεται ότι –με εξαίρεση τρεις συμμετέχουσες, δύο εκ των οποίων παρακολούθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα αποκλειστικά για γυναίκες στη ΜΟΘΕ ΕΛΕΝΑ του ΟΚΑΝΑ και μία το Πρόγραμμα Γυναικών του 18 Άνω– κυριαρχούν στην Ελλάδα οι μικτές θεραπευτικές δομές. Όπως, μάλιστα, emphaticά επισημαίνει μία συμμετέχουσα, ο αριθμός των γυναικών που συμμετέχει σε θεραπευτικές διαδικασίες είναι αισθητά πιο μικρός σε σύγκριση με τους άνδρες, με πολλούς παράγοντες να επηρεάζουν αυτό το γεγονός.

Διεθνείς διεπιστημονικές μελέτες εντοπίζουν τις ειδικές ψυχοκοινωνικές εμπειρίες που αφορούν στο φύλο και παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο και υψηλή επιβάρυνση για τις γυναίκες (Mazure and Fiellin, 2018). Πιο συγκεκριμένα, έχουν καταγραφεί πλήθος παραγόντων ευαλωτότητας και τραυματικά γεγονότα –για παράδειγμα κατάθλιψη, υψηλότερη αντίδραση άγχους, απώλειες σημαντικών προσώπων, χαμηλή γονική αφοσίωση, δυσλειτουργική οικογένεια προέλευσης, κακοποίηση από το σύντροφο, χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Newman and Mello, 2009)– που σχετίζονται με την ανάγκη εξειδικευμένων παρεμβάσεων και για τις έφηβες, αλλά και για τις ενήλικες γυναίκες (UNODC, 2016). Και από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι συμμετέχουσες έχουν αντιμετωπίσει πολλαπλές δυσκολίες από την παιδική τους ηλικία μέχρι και τη συστηματική ένταξή τους στη θεραπεία. Οι δυσλειτουργικές οικογένειες με έντονο το στοιχείο της βίας και της κακοποίησης είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό. Αρκετά σύννητες είναι το οικογενειακό ιστορικό εξάρτησης, όπου κυρίως ο πατέρας εμφανίζεται ως εξαρτημένος, συχνότερα αλκοολικός, και σε κάποιες περιπτώσεις σεξουαλικά επιθετικός. Ένα ακόμα βασικό χαρακτηριστικό αφορά στην εμπλοκή τους με τις ψυχοδραστικές ουσίες λόγω της χρήσης των συντρόφων τους. Η εμπλοκή με

συντρόφους χρήστες οδήγησε τις συμμετέχουσες σε κοινωνική απομόνωση και σε έλλειψη υποστηρικτικών πλαισίων, οδηγώντας στην αύξηση του ελέγχου των συντρόφων προς αυτές, αλλά και σε πλήθος παραβατικών και επικίνδυνων συμπεριφορών, που συνοδεύονται από τραυματικές για αυτές εμπειρίες. Παρόλο που οι συμμετέχουσες, όπως δηλώνουν, δεν έχουν εξαναγκαστεί σε σεξουαλική εργασία, έχουν προβεί σε πλήθος συμπεριφορών που έβαλαν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή τα παιδιά τους, ανάμεσα σε αυτές και η μόλυνση από τον HIV. Ως αποτέλεσμα, έχουν βιώσει έντονο στιγματισμό, έχουν οι ίδιες ενσωματώσει και αναπαράγουν και ως σήμερα στερεότυπα για την ταυτότητα της χρήστριας, πράγμα που συνέβαλε στην καλλιέργεια ενοχικών συναισθημάτων και ντροπής, μειώνοντας την αυτοεκτίμησή τους. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2013), η ντροπή κατέχει προεξάρχοντα ρόλο σε όλη την πορεία ζωής των εξαρτημένων γυναικών, από την παιδική ηλικία, κατά την ανάπτυξη εξάρτησης και στη διαδικασία της απεξάρτησης. Επιπλέον, έχει βρεθεί (Ehrmin, 2001) ότι τα ανεπίλυτα συναισθήματα ντροπής και ενοχής που βιώνουν οι εξαρτημένες γυναίκες και μητέρες σχετίζονται με τις αντιλήψεις τους για την ανεπάρκειά τους στο γονεϊκό τους ρόλο την περίοδο της χρήσης και αποτελούν εμπόδιο για την επιτυχημένη θεραπεία απεξάρτησης. Όσον αφορά την πρόσβαση και συγκράτηση των εξαρτημένων γυναικών στη θεραπεία, οι Elms και συνεργάτες (2018) αναφέρουν ότι οι ψυχοκοινωνικές αυτές διεργασίες εμποδίζουν την προθυμία των γυναικών να αναζητήσουν εστιασμένη θεραπεία και να εμπλακούν συστηματικά σε αυτή, ενώ αλλού (Hines, 2011) διαπιστώθηκε ότι η παροχή υπηρεσιών από προσωπικό με φροντιστική και μη επικριτική στάση, που δεν ενισχύει περαιτέρω τη ντροπή, αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για την αναζήτηση θεραπείας από τις γυναίκες χρήστριες και τη δέσμευση σε αυτή.

Είναι χαρακτηριστικό, άλλωστε, ότι οι συμμετέχουσες προσέγγισαν πλήθος θεραπευτικών δομών κατά την αναζήτηση θεραπείας ανάλογα με τη φάση ζωής που βρίσκονταν. Είναι εξίσου ενδεικτικό, όμως, ότι αντίστοιχα και με τη φάση αυτή καταγράφεται και ποικιλία κινήτρων για την ένταξή τους στη θεραπεία. Οι γυναίκες επεσήμαναν ότι οι φάσεις αυτές διέφεραν σημαντικά και αφορούσαν είτε την απόλυτη άρνηση του προβλήματος, την άρνηση εγκατάλειψης της χρήσης και την υποστήριξη του συγκεκριμένου τρόπου ζωής είτε κυμαίνονταν

από την ψυχική και συναισθηματική καταπόνηση και τον φόβο τους για τις δυσκολίες και τις κοινωνικές συνέπειες λόγω της χρήσης μέχρι την αμετάκλητη επιθυμία και απόφασή τους για αποχή από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την παράμετρο, όπως αναφέρει και ο Πουλόπουλος (2000), οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αναγκαίο να ποικίλουν και να είναι ανάλογες της φάσης της ζωής των γυναικών, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές. Αυτό σημαίνει ότι, για παράδειγμα στο στάδιο της αδιαφορίας, χρειάζεται να δίνεται έμφαση σε υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης, προσέγγισης χρηστριών και χρηστών στο δρόμο και ενημέρωσή τους γύρω από τους σωματικούς και ψυχικούς κινδύνους της χρήσης. Γενικότερα, η προσέγγιση των συμμετεχουσών και η αναζήτηση θεραπείας σε πολλά διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια, καθώς και οι ποικίλες αναπαραστάσεις τους για τα θεραπευτικά προγράμματα πριν ενταχθούν συστηματικά σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο, αναδεικνύει την αναγκαιότητα εστιασμένης ενημέρωσης των γυναικών από τις θεραπευτικές υπηρεσίες για την κατάλληλη για αυτές θεραπεία, σύμφωνα με τη φάση ζωής που βρίσκονται και τις ψυχοκοινωνικές εμπειρίες που τις συνοδεύουν. Προς αυτήν την κατεύθυνση, παρόλο που το φύλο δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη θεραπεία, είναι απαραίτητο να ληφθεί και αυτός υπόψη, ενισχύοντας τις καλές πρακτικές και στρατηγικές που θα συμβάλουν στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες (Greenfield et al., 2007).

Η σύγχρονη έρευνα αναδεικνύει ότι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση όπου όλες οι παράμετροι, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, συγκαταλέγονται στο θεραπευτικό πρωτόκολλο από τους/τις επαγγελματίες είναι η καλύτερη προσέγγιση, καθώς η μη παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αρνητικά αποτελέσματα, που θα αποθαρρύνουν τις γυναίκες από τη θεραπεία (Blakey and Bowers, 2014). Στη βάση αυτή, είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθούν οι ιδιαίτεροι παράγοντες που διακρίνουν τις πορείες των γυναικών και τις καθιστούν πιο ευάλωτες, όπως οι εκτεταμένες τραυματικές εμπειρίες και η διαμόρφωση ιδιαίτερων όρων στιγματισμού και περιθωριοποίησης που καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την ένταξη των γυναικών σε ένα παραδοσιακό θεραπευτικό πρόγραμμα (Rhodes et al., 2018· Μάτσα, 2001α). Στις διαφοροποιήσεις αυτές,

επιπλέον, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν και οι φαρμακολογικές επιδράσεις των υποκατάστατων των οπιοειδών που μπορεί να διαφέρουν στις γυναίκες (Mazure and Fiellin, 2018), προκειμένου να τους παρέχονται ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ιατρικών, ψυχικών και κοινωνικών συνεπειών από τη χρήση, οι οποίες επηρεάζουν και την επιτυχία τους στη θεραπεία (Blakey and Bowers, 2014· Greenfield et al., 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, θεραπευτικό και ερευνητικό προσωπικό είναι απαραίτητο να αρχίσουν να συνεργάζονται για να προσδιορίσουν τους όρους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά λειτουργίας προγραμμάτων ειδικών για γυναίκες, προκειμένου να πραγματοποιούν οι ίδιες τις επιλογές τους και να λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται (Greenfield et al., 2010). Η μέχρι τώρα διεθνής έρευνα έχει αναδείξει ότι οι θεραπευτικές δομές αποκλειστικά για γυναίκες μειώνουν τα εμπόδια κατά την ένταξη τους στη θεραπεία, ενισχύουν τη δέσμευσή τους σε αυτή και επιφέρουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Rhodes et al., 2018· Mazure and Fiellin, 2018· Elms et al., 2018· Greenfield et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη, παρόλο που οι δομές είναι μικτού φύλου, είναι ενθαρρυντικό ότι το πρωτόκολλο θεραπείας των συμμετεχουσών περιλαμβάνει, πέραν των δομημένων διαδικασιών (π.χ. ουροληψίες) του προγράμματος, την εξατομικευμένη επεξεργασία των στόχων των γυναικών σε προσωπικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο και δραστηριότητες ενίσχυσης δεξιοτήτων, σε αντιδιαστολή με τις τραυματικές εμπειρίες που έχουν βιώσει, και ως εκ τούτου συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική πορεία τους. Μέσα από τις θεραπευτικές διαδικασίες, οι ερωτώμενες αναφέρουν ότι έχουν αναπτύξει πλήθος γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, οι οποίες τις έχουν διευκολύνει στη μάθηση και την αναζήτηση εργασίας, έχουν αυξήσει την αίσθηση υπερηφάνειας και την αίσθηση ευθύνης τους, καθώς και την αίσθηση της χρησιμότητάς τους. Παράλληλα, έχουν ενισχύσει τις συναισθηματικές τους δεξιότητες και στην πλειονότητά τους δημιουργούν σχέσεις μέσω των οποίων μπορούν να επικοινωνούν, να εκφράζονται και να στηρίζονται συναισθηματικά. Ωστόσο, για τη διατήρηση των θετικών αυτών αποτελεσμάτων, όπως αναφέρουν, χρειάζεται να αναπτυχθούν εντός των θεραπευτικών δομών και υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού και επαγγελματικής αποκατάστασης. Όπως υπογραμμίζει ο

Πουλόπουλος (2004), η άρτια κοινωνική επανένταξη των θεραπευόμενων χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει και τη διάσταση της ενσωμάτωσης στην αγορά εργασίας, προκειμένου να αποφευχθούν οι κίνδυνοι υποτροπής στη χρήση.

Συμπερασματικά, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθούν στην Ελλάδα περισσότερες και επαρκέστερες θεραπευτικές υπηρεσίες για την εξάρτηση προσανατολισμένες στο φύλο, προκειμένου να επιτευχθούν υψηλά πρότυπα ψυχικής και σωματικής υγείας για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με ψυχοδραστικές ουσίες. Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα έρευνα, αν και διακρίνεται από περιορισμούς, όπως το μικρό δείγμα, το οποίο προέρχεται μόνο από τον πληθυσμό των προγραμματίων υποκατάστασης, αναδεικνύει παραμέτρους που συμβάλλουν στην πορεία των γυναικών προς τη χρήση, αλλά και παραμέτρους που συμβάλλουν στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, το σύνολο των οποίων μπορούν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο των θεραπευτικών διαδικασιών σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους και να ενισχύσουν σημαντικά τη διάσταση του φύλου.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσον

- ΕΚΤΕΠΝ (2016). *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οικογενειακών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2015*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.
- Ζώτου, Σ. and Κοπακάκη, Μ. (2005). Χρήση ουσιών στην εφηβεία: παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό: μια διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν το Δ.Υ. Στροφή κατά τα έτη 2001-2004, *Εξαρτήσεις*, 8, σελ. 23-40.
- Κασσέρν, Ζ. και Αυδή, Ε. (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 5 (1), σελ. 1-32.
- Μάτσα, Κ. (1998). Έχει πραγματικά ανάγκη η ελληνική κοινωνία από ένα ειδικό για γυναίκες πρόγραμμα απεξάρτησης; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 61, σελ. 85-91.
- Μάτσα, Κ. (2001α). Γυναίκα τοξικομανής, Χειραφέτηση και κοινωνική επανένταξη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 76, σελ. 18-28.
- Μάτσα, Κ. (2001β). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές: Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

- Μάτσα, Κ. (2013). *Ντροπή και ταπείνωση: Γυναίκες τοξικομανείς*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. και Σφηκάκη, Μ. (2008). Η εξαρτημένη γυναίκα: Μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα προβλήματα ή μήπως ένα παραμελημένο πρόβλημα που αναζητά τη λύση του. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 101, σελ. 154-159.
- Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: Στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια. *Κοινωνική Εργασία*, 57, σελ. 7-12.
- Πουλόπουλος, Χ. (2004). *Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της Ευρωπαϊκής προοπτικής*, Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.
- Στρατίκη, Λ. (2006). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών με ιστορικό σωματικής και /ή σεξουαλικής κακοποίησης. *Εξαρτήσεις*, 10, σελ. 39-56.
- Σφηκάκη, Μ. (2001). Σεξουαλική κακοποίηση: η σχέση της με την τοξικομανία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, (76), σελ. 8-12
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Creswell, J.W. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Ίων.

Ξενόγλωσση

- Bachman, R., Kerrison, E., Paternoster, R., O'Connell, D. and Smith, L. (2016). Desistance for a long-term drug-involved sample of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 43, pp. 164-186. doi:10.1177/0093854815604012
- Berg, B. (1998). *Qualitative research methods for the social sciences* (3rd ed.). Boston: Allyn Bacon.
- Blakey, J. M. and Bowers, P. H. (2014). Barriers to integrated treatment of substance abuse and trauma among women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14 (3), pp. 250-272.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, pp. 77-101.
- Choi, S., Adams, S. M., Morse, S. A. and MacMaster, S. (2015). Gender differences in treatment retention among individuals with co-occurring substance abuse and mental health disorders. *Substance Use and Misuse*, 50 (5), pp. 653-663
- Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent African American women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, pp. 47-52.

- Eisner, E.W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York, NY: Macmillan
- Elms, N., Link, K., Newman, A. and Brogly, S. B. (2018). Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm Reduction Journal*, 15 (1), pp. 40.
- Emler, N. (2011). *Self-esteem, the costs and causes of low self-worth*. Joseph Rowntree Foundation.
- Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15 (5-6), pp. 327-335. doi:10.1016/j.drugpo.2004.06.009
- Giordano, P.C. (2016). Mechanisms underlying the desistance process: Reflections on “A theory of cognitive transformation.” In J. Shapland, S. Farrall and A. Bottoms (Eds.), *Global perspectives on desistance: Reviewing what we know and looking to the future* (pp. 11-27). London: Routledge.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. and Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, pp. 339-355.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86 (1), pp. 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012
- Grella, C. E. and Lovinger, K. (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addictive behaviors*, 37 (3), pp. 306-312.
- Hien, D., Cohen, L. and Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25, pp. 813-823.
- Hines, L. (2011). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. *Qualitative Social Work*, 12 (4), pp. 473-489.
- Hser, Y. I., Longshore, D. and Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31, pp. 515-547. doi:10.1177/0193841X07307316
- Jackson, A. and Shannon, L. (2013). Perception of problem severity, treatment motivations, experiences, and longterm plans among pregnant women in a detoxification inpatient unit. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, pp. 329-343. doi:10.1007/s11469-012-9417-y

- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11), pp. 1259-64.
- Kissin, W. B., Tang, Z., Campbell, K. M., Claus, R. E. and Orwin, R. G. (2014). Gender-sensitive substance abuse treatment and arrest outcomes for women. *Journal of substance abuse treatment*, 46 (3), pp. 332-339.
- Kloos, A., Weller, R., Chan, R. and Weller, E. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Current Psychiatric Reports*, 11 (2), pp. 120-126.
- Kokkevi, A., Fotiou, A. Kanavou, E., Stavrou, M. and Richardson, C. (2016). Smoking alcohol, and drug use among adolescents in Greece – 2015 update and secular trends 1984–2015. *Archives of Hellenic Medicine*, 33 (2), pp. 249-257.
- Lorraine, T. E. (2018). *Gender, identity, and the production of meaning*. Routledge.
- Lynch, W.J., Roth, M.E. and Carroll, M.E. (2002). Biological bases of sex differences in drug abuse: Preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164 (2), pp. 121-137.
- Mazure, C. M. and Fiellin, D. A. (2018). Women and opioids: something different is happening here. *The Lancet*, 392 (10141), pp. 9-11.
- Miller, G.M. and Stermac L. (2000). Substance abuse and childhood maltreatment. Coceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Adults Treatment*, 19, pp. 175-182.
- Mullins, C. W. (2008). Negotiating the streets: women, power, and resistance in street-life social networks. In T. L. Anderson (Ed.), *Neither villain nor victim: empowerment and agency among women substance abusers* (pp.65-83). New Jersey: Rutgers University Press.
- Newman, J. and Mello, N. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- NIDA, (2000). *Biennial Report to Congress for years 1999-2000*. National Institute of Drug Abuse.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Plugge, E., Douglas, N. and Fitzpatrick, R. (2008). Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58 (554), pp. e1-e8.
- Plumbridge, E. and Chetwynd, J. (1999). Identity and the social construction of risk: Injecting drug use. *Sociology of Health and Illness*, 21, pp. 329-343.

- Pomini, V. and Nikolaou A. (2002). *Women drug users Clients needs in the drug field*. ITACA.
- Rhodes, B. E., Gottfredson, N. C. and Hill, L. M. (2018). Desistance and treatment seeking among women with substance use disorders. *Qualitative Health Research*, 28 (8), pp. 1330-1341.
- Sacks, J.Y., McKendrick, K. and Hamilton, Z. (2012). A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Diseases*, 31, pp. 258-269.
- Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C. and Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (6), pp. 539-545.
- Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A. and Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea.
- Tang, Z., Claus, R. E., Orwin, R. G., Kissin, W. B. and Arieira, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs. *Drug And Alcohol Dependence*, 123 (1-3), pp. 60-166.
- Terplan, M., Longinaker, N. and Appel, L. (2015a). Women-Centered Drug Treatment Services and Need in the United States, 2002-2009. *American Journal of Public Health*, 105 (11), pp. e50-e54. doi:10.2105/AJPH.2015.302821
- Terplan, M., Hand, D. J., Hutchinson, M., Salisbury-Afshar, E. and Heil, S. H. (2015b). Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Preventive Medicine*, 80, 23-31. doi:10.1016/j.ypmed.2015.04.008
- UNODC, (2016). *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van Voorhis, P. (2012). On behalf of women offenders: Women's place in the science of evidence-based practice. *American Society of Criminology*, 11 (2), pp. 111-145.
- Young, B. J., Furman, W. and Jones, M. C. (2012). Changes in adolescents' risk factors following peer sexual coercion: Evidence for a feedback loop. *Development and Psychopathology*, 24, pp. 559-571.