



Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Τίτλος Πτυχιακή Εργασία:

***ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ***

Ερευνητική Ομάδα:

Αγγελόπουλος Βασίλειος (ΥΚ5420)
Ζαμκίνος Λάζαρος (ΥΚ5449)
Μακρής Άγγελος (ΥΚ5354)
Παναγιωτίδου Στυλιανή (ΥΚ5413)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Δρ. Κλειώ Κούτρα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2021

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	6
Περίληψη	7
Abstract	8
Πίνακας Εικόνων	9
1 ^ο Κεφάλαιο: Η εξάρτηση.....	11
1.1 Οι παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση	12
1.1.1 Οι βιολογικοί παράγοντες	12
1.1.2 Οι ψυχολογικοί παράγοντες.....	13
1.1.3 Οι παράγοντες μεσο-επίπεδο και μακρο-επίπεδο	14
1.1.4 Η συνθετική προσέγγιση ερμηνείας των εξαρτήσεων	16
1.2 Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην εξάρτηση	17
1.2.1 Πνευματικό μοντέλο	17
1.2.2 Ηθικό μοντέλο	18
1.2.3 Ιατρικοκεντρικό, Βιο-ιατρικό μοντέλο	19
1.2.4 Ψυχολογικό μοντέλο	21
1.2.5 Κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο.....	23
1.2.6 Συνδυασμός Βιο-ψυχοκοινωνικού με το Πνευματικό μοντέλο, Δια- μεθοδικό, Δια-θεωρητικό, Συνθετικό, Ολιστικό μοντέλο	26
2 ^ο Κεφάλαιο: Η έννοια του Κοινωνικού Κεφαλαίου.....	29
2.1 Εισαγωγή – Ιστορική αναδρομή στην έννοια	29
2.2 Οι τρεις βασικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις	31
2.3 Μορφές – Διακρίσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου	33
2.4 Διαστάσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου	35
2.5 Η μέτρηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου	37
2.6 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Συμπεριφορές Υγείας	39
2.6.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Υγεία	40

2.6.2 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Ψυχική Υγεία.....	43
2.6.3 Άλλοι παράγοντες αλληλεπίδρασης με το Κοινωνικό Κεφάλαιο, την Υγεία και την Ψυχική Υγεία.....	45
2.6.4 Συμπεριφορές Υγείας.....	48
2.7 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Εξάρτηση από Ναρκωτικές Ουσίες.....	66
2.8 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Φυσική Ανάκαμψη από τις Εξαρτήσεις.....	73
2.8.1 Ιστορική εξέλιξη της Φυσικής Ανάκαμψης – Ορισμός Κεφαλαίου Ανάκαμψης.....	73
2.8.2 Συστατικά του Κεφαλαίου Ανάκαμψης.....	75
2.8.3 Παράγοντες του αρνητικού Κεφαλαίου Ανάκαμψης.....	77
2.9. Σχέση Κοινωνικού Κεφαλαίου και Κεφαλαίου Ανάκαμψης.....	78
2.9.1 Κοινωνική Ανάκαμψη.....	79
2.10 Κοινωνική εργασία και Κοινωνικό Κεφάλαιο.....	80
3 ^ο Κεφάλαιο: Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις.....	84
3.1 Θεωρία – Αξίες Κοινωνικής Εργασίας στις Εξαρτήσεις.....	84
3.2 Θεωρία Συστημάτων στην Κοινωνική Εργασία με Εξαρτήσεις.....	87
3.3 Ιστορία της Κοινωνικής Εργασίας στις Εξαρτήσεις.....	88
3.4 Πρότυπα άσκησης Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα των Εξαρτήσεων ..	91
3.5 Η εξέλιξη στο πεδίο των Εξαρτήσεων.....	93
3.5.1 Μελλοντικές πολιτικές στις Εξαρτήσεις.....	94
3.5.2 Προοπτικές για τους εργαζόμενους στις Εξαρτήσεις.....	95
3.5.3 Αντιμετώπιση της ελλιπούς εκπαίδευσης.....	95
4 ^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία έρευνας.....	99
4.1 Σκοπός έρευνας.....	99
4.2 Επιμέρους στόχοι.....	99
4.3 Ερευνητική υπόθεση.....	99
4.4 Ερευνητικά ερωτήματα.....	99
4.5 Δείγμα.....	99

4.6 Δειγματοληψία.....	100
4.7 Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα.....	100
4.8 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	102
4.9 Ηθικά ζητήματα.....	104
4.10 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	104
5° Κεφάλαιο: Αποτελέσματα.....	106
5.1 Ανάλυση δείγματος.....	106
5.2 Ευρήματα στους εξαρτημένους.....	106
5.2.1 Επιρροές στη ζωή του εξαρτημένου, επιπτώσεις από τη διαχείριση της χρήσης και προοπτικές.....	106
5.2.2 Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στην χρήση ουσιών.....	109
5.2.3 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών, των κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της ζωής.....	112
5.2.4 Ουσίες εξάρτησης, μοτίβο χρήσης και παράγοντες αλλαγής του μοτίβου.....	117
5.2.5 Σημαντικά σημεία στη διακοπή της χρήσης, στην υποτροπή και στη θεραπεία.....	119
5.2.6 Δομικά και πολιτικά αίτια.....	123
5.3 Ευρήματα στους απεξαρτημένους.....	126
5.3.1 Επιρροές στη ζωή του απεξαρτημένου, επιπτώσεις από τη διαχείριση της χρήσης και προοπτικές.....	126
5.3.2 Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στην χρήση ουσιών.....	129
5.3.3 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών, των κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της ζωής.....	134
5.3.4 Ουσίες εξάρτησης, μοτίβο χρήσης και παράγοντες αλλαγής του μοτίβου.....	139
5.3.5 Σημαντικά σημεία στη διακοπή στη χρήση, στην υποτροπή και στη θεραπεία.....	142
5.3.6 Δομικά και πολιτικά αίτια.....	146

5.4 Τελική συζήτηση	147
5.5 Συμπεράσματα	173
5.6 Προτάσεις	174
Βιβλιογραφία	175
Ελληνική Βιβλιογραφία	175
Ξένη Βιβλιογραφία	177
Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία	195

Ευχαριστίες

Δοθείσης ευκαιρίας, θα θέλαμε κυρίως να ευχαριστήσουμε την ακαδημαϊκή επιβλέπουσα στην πτυχιακή μας εργασία Δρ. Κούτρα Κλειώ, Επίκουρη Καθηγήτρια του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Κατά την υποστήριξη στη διεξαγωγή της έρευνας, μας δίδαξε για μία ακόμα φορά τις Αξίες και τις Αρχές του επαγγέλματος μέσω του παραδείγματός της. Χωρίς εκείνη το συνολικό αποτέλεσμα δεν θα μπορούσε να είναι το ίδιο.

Επίσης, καθοριστική ήταν η συμβολή της Δρ. Boeri Miriam, Επίκουρης Καθηγήτριας του Πανεπιστημίου Bentley, καθώς μας αδειοδότησε να χρησιμοποιήσουμε το ερευνητικό της εργαλείο. Χωρίς να μας γνωρίζει, μας εμπιστεύτηκε τη δουλειά της και είμαστε ευγνώμονες για αυτό.

Ακόμη, θα θέλαμε να εκφράσουμε τον αμέριστο σεβασμό μας προς τους συνεντευξιαζόμενους και τις συνεντευξιαζόμενες μας. Πέρα από την ερευνητική δεοντολογία ελπίζουμε να έγινε εμφανές, ότι προσεγγίστηκαν ως αυτόφωτες και αξιοσέβαστες προσωπικότητες και τους ευχαριστούμε, που μοιράστηκαν μαζί μας το ψυχικό τους υλικό.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας φθάνει προς το τέλος της η φοιτητική μας ζωή. Θα αποτελούσε παράλειψη να μην εκφράσουμε αφειδώλευτη ευγνωμοσύνη στους οικείους μας· την οικογένεια, τους φίλους κ.ά., που μας υποστηρίζανε καθ' όλα αυτά τα χρόνια υλικώς και αύλως.

Τέλος, το κάθε μέλος της ερευνητικής ομάδας εκφράζει την εκτίμησή του προς το άλλο για την συμπαράσταση, που υπέδειξε τόσο κατά την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας, όσο και κατά τα εμπόδια, που τη συνόδεψαν.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση τόσο της σχέσης, όσο και της σύγκρισης αποθεμάτων κοινωνικού κεφαλαίου ανάμεσα σε εξαρτημένους και απεξαρτημένους από μη νόμιμες ουσίες στην Ελλάδα. Επίσης, έγινε προσπάθεια αναζήτησης της σχέσης των τύπων κεφαλαίου με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Για το σκοπό αυτό, διενεργήθηκε ποιοτική κοινωνική έρευνα μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Έλαβαν μέρος στην έρευνα έξι εξαρτημένοι και έξι απεξαρτημένοι, των οποίων οι απαντήσεις μας έπειτα από σύγκριση έδωσαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Οι απεξαρτημένοι παρουσιάζονται να έχουν υψηλότερα και πιο υγιή αποθέματα Κοινωνικού Κεφαλαίου Δεσμού.
- Οι εξαρτημένοι φαίνεται να έχουν χαμηλότερα αποθέματα ή ακόμα και Αρνητικό Κεφάλαιο Δεσμού.
- Οι απεξαρτημένοι κατέχουν Επίσημο και Ανεπίσημο Κοινωνικό Κεφάλαιο.

Λέξεις – κλειδιά: Κοινωνικό Κεφάλαιο, Εξαρτήσεις, Κεφάλαιο Ανάκαμψης, Φυσική Ανάκαμψη, Προσεγγίσεις της Εξάρτησης, Μοντέλα Παρέμβασης στην Εξάρτηση, Ποιοτική Έρευνα, Θεματική Ανάλυση, Κοινωνική Εργασία στις Εξαρτήσεις

Abstract

This dissertation aims to research the relationship and to compare the social capitals stocks between a group of addicted people and a group of people that have recovered successfully from the use of illegal substances in Greece. Also it has been tried to quest the relationship between the several types of social capital with the illegal substance misuse (abuse).

For this purpose, it has been conducted a qualitative social research that has used semi structural interviews. In this research have participated six addicts and six recovered persons whose answers after a comparison between them have given the following results:

- The group of recovered addicts appears to have higher stocks of Bonding Social Capital.
- The group of addicts appears to have lower stocks of Bonding Social Capital or even Negative Bonding Social Capital.
- The group of recovered addicts have Official and Unofficial Social Capital.

Key words: Social Capital, Addictions, Recovery Capital, Natural Recovery, Approaches in Addiction, Interventions Models in Addiction, Qualitative Research, Thematic Analysis, Social Work in Addictions

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Το Κοινωνικό Μοντέλο της Υγείας. Πηγή: Göran & Whitehead, 1991.....	16
Εικόνα 2: Η μορφή του εννοιολογικού πλαισίου των Κοινωνικών Προσδιοριστών της Υγείας. Πηγή: World Health Organization, 2010.....	24
Εικόνα 3: Το τρίγωνο διαμόρφωσης του Συστήματος Υγείας. Πηγή: Μακρής, 2016	26

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο: Η εξάρτηση

Μέχρι στιγμής σημειώνονται παγκοσμίως 1.526.110 θάνατοι για το 2020, που έχουν προκληθεί από το κάπνισμα και 763.541 από το αλκοόλ, ενώ έχουν διατεθεί παρανόμως για ναρκωτικά 122.129.209.623\$ (Worldometer, 2020). Τι κάνει τους ανθρώπους να επιλέγουν τις παραπάνω ουσίες και γιατί αποτελούν πόλο έλξης;

Αρχικά να σημειωθεί ότι οι άνθρωποι ανέκαθεν χρησιμοποιούσαν διάφορες ουσίες και μέσα, για να ανακουφιστούν από τον πόνο και να μεταβάλουν την συνειδησιακή τους κατάσταση, πράγμα που ισχύει και σήμερα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αρχικά την ευχαρίστηση, αλλά μακροπρόθεσμα αν συνεχίσουν την χρήση προκαλούνται διαταραχές που σχετίζονται με τις ουσίες (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Το φαινόμενο για το οποίο γίνεται λόγος ονομάζεται εξάρτηση και αφορά την έντονη ενασχόληση με κάτι, καθιστώντας το ανάγκη, για να μπορεί να ανταποκριθεί κανείς στους κοινωνικούς ρόλους, τους οποίους καλείται να διεκπεραιώσει (Πουλόπουλος, 2005). Κοντά στα προαναφερθέντα, εξάρτηση νοείται το απότοκο της κοινωνικής δυσλειτουργίας, με συνέπειες για τα κοινωνικά υποκείμενα τον αποκλεισμό, την ηθική μοναξιά και τον στιγματισμό, εφόσον δεν 'συμμορφώνονται' με τις επιταγές περί ευρωστίας της 'κυρίαρχης κοινωνικής ομάδας' (Πουλόπουλος, 2011). Νοείται επιπρόσθετα και ως σύνδρομο με συγκεκριμένα κριτήρια διάγνωσης, που αναφέρονται στα επίσημα διαγνωστικά ψυχιατρικά εγχειρίδια (Μάτσα, 2008). Πριν όμως το άτομο οδηγηθεί στην εξάρτηση ή τον εθισμό, περνάει από το στάδιο της -ψυχαγωγικής- χρήσης, κυρίως σε κοινωνικές περιστάσεις ή για λόγους χαλάρωσης και πειραματισμού, και της κατάχρησης, δηλαδή του μη προσαρμοστικού και ελεγχόμενου τρόπου χρήσης με επιβλαβείς συνέπειες. Στον ανθρώπινο οργανισμό η εξάρτηση αποτυπώνεται με την ψυχική ή ψυχολογική της διάσταση μέσω μειωμένου αυτοελέγχου απέναντι στην συγκεκριμένη συμπεριφορά, η σκέψη για αυτή γίνεται ακαταμάχητη επιθυμία και ψυχαναγκασμός, και με την σωματική ή φυσιολογική της διάσταση μέσω της ανοχής και των συμπτωμάτων στέρησης (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2010). Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες εξαρτήσεων: η τοξικοεξάρτηση, η οποία με τις διάφορες ουσίες επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και περιλαμβάνει τον εθισμό από αλκοόλ, συνταγογραφούμενα (ψυχο)φάρμακα, νικοτίνη, μαριχουάνα, οπιούχα, διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, ψευδαισθησιογόνα κτλ., και η συμπεριφορική εξάρτηση, ο εθισμός δηλαδή από κάποιες συμπεριφορές που προκαλούν ευχάριστα συναισθήματα, όπως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η

γυμναστική, το φαγητό, ο τζόγος, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η παρακολούθηση πορνογραφίας, το σεξ, τα ψώνια, τα βιντεοπαιχνίδια κ.ά. (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Addiction Treatment, n. d.) (Gomis Vicent, Thoma, Turner, Hill, & Pascual-Leone, 2019). Πολλά από τα παραδείγματα που ειπώθηκαν συναρτίζει της νομοθεσίας κάθε κράτους συνιστούν άλλες νόμιμες και άλλες παράνομες συμπεριφορές. Διακρίνονται, ακόμα, μερικές μορφές εθισμού σε συνδυασμό με συγκεκριμένες κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές δομές σε κοινωνικά αποδεκτές ή μη (Μάτσα, 2008) (Πουλόπουλος, 2011).

Οι κοινωνικοί επιστήμονες και ειδικά οι κοινωνικοί λειτουργοί, χωρίς να παραβλέπουν τα βιολογικά αίτια της εξάρτησης επιχειρούν να την κατανοήσουν και να την αντιμετωπίσουν εστιάζοντας στις ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους της θεωρώντας την ως ένα σύμπτωμα ψυχολογικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας (Πουλόπουλος, 2011). Επομένως, απεξάρτηση σε αντιδιαστολή με την εξάρτηση κατά τον Πουλόπουλο (2011) ορίζεται ως *«μία μακροχρόνια διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα κατάχρησης ή και εξάρτησης από μία ουσία καταφέρνει να αποδεσμευτεί από αυτήν και να φτάσει σε ένα καλύτερο επίπεδο ψυχολογικής, σωματικής υγείας και κοινωνικής λειτουργικότητας»*.

1.1 Οι παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση

Όπως προαναφέρθηκε, οι εξαρτημένοι αρχικά πειραματίζονται με τις εξαρτητικές συμπεριφορές, έπειτα οδηγούνται στην τακτική ενασχόληση με αυτές και καταλήγουν στην κατάχρηση και τον εθισμό. Το εγχείρημα όμως να δοθούν απαντήσεις για το τι κάνει το εξαρτημένο άτομο να παραμένει εξαρτημένο, είναι περίπλοκο, πολυπαραγοντικό και συνεχώς αναθεωρείται (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Πουλόπουλος, 2011). Παρακάτω, επομένως, θα αναλυθεί ο ρόλος του βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού παράγοντα στην εξάρτηση, καθώς επίσης και η αναγκαιότητα για την συνθετική προσέγγιση της αιτιολογίας του φαινομένου, για το οποίο γίνεται λόγος.

1.1.1 Οι βιολογικοί παράγοντες

Πληθώρα ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί, για να αναδείξουν το γενετικό, το βιολογικό και το νευρολογικό παράγοντα ως προς τις εθιστικές συμπεριφορές (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Ο Πουλόπουλος (2011) αναφέρει πως *«οι βιολογικές μελέτες προσπαθούν να αναδείξουν τη σχέση των ψυχοτρόπων ουσιών με το σύστημα*

των νευροδιαβιβαστών, να δουν πώς λειτουργούν οι υποδοχείς, να εξερευνήσουν περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται από την χρήση ναρκωτικών και να εντοπίσουν τη ζημιά που μπορεί να προκαλέσουν οι ουσίες στα εγκεφαλικά κύτταρα μετά από βραχύχρονη ή μακρόχρονη χρήση». Αναλυτικότερα οι νευροδιαβιβαστές παράγονται ενδογενώς στον οργανισμό και είναι οι χημικές ουσίες, που μεταφέρουν μηνύματα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου, όμως σε μερικά άτομα το σύστημα των νευροδιαβιβαστών υπολειτουργεί και τον ρόλο αυτό αναλαμβάνει η ψυχοτρόπος ουσία (Μισουρίδου, 2015). Ο νευροδιαβιβαστής, για τον οποίο γίνεται λόγος στην βιβλιογραφία αναφορικά με την εξάρτηση, είναι η ντοπαμίνη, η οποία σχετίζεται άμεσα με την μεταφορά του μηνύματος της απόλαυσης. Οι εξαρτημένοι παρουσιάζουν έλλειμα στον υποδοχέα της ντοπαμίνης και για να τους γίνει αντιληπτή η απόλαυση και η πληρότητα χρησιμοποιούν τις ουσίες, στις οποίες αναπτύσσεται επιθυμία και απόλαυση τόσο στις ίδιες όσο και στα στοιχεία που συνδέονται με αυτές π.χ. σύριγγες (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Ταυτόχρονα έχει τεκμηριωθεί από γενετικής πλευράς, η ροπή προς την εξάρτηση με αδιευκρίνιστο τον βαθμό επίδρασης, χωρίς να υπάρχουν γονίδια, που να σχετίζονται απόλυτα με αυτό. Τα γονίδια έχουν να κάνουν περισσότερο με την ανισορροπία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών (Πουλόπουλος, 2011).

1.1.2 Οι ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι ωθούν τα άτομα προς τις εξαρτητικές συμπεριφορές, συνοπτικά είναι οι εξής: η ανάγκη για μεταβολή της διάθεσης, οι προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την επίδραση των ουσιών, ο βαθμός στον οποίο το άτομο θεωρεί βλαβερή την ουσία, η υποκειμενική του αντίληψη για το πόσο διαδομένη είναι και, τέλος, η δομή της προσωπικότητας βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Μέσω των παραπάνω οι διάφορες ψυχολογικές θεωρήσεις προσωπικότητας προσπάθησαν να αιτιολογήσουν με γνώμονα τις αρχές τους και της κλινικής παρατήρησης το φαινόμενο του εθισμού (Cervone & Pervin, 2013). Για τους ψυχαναλυτές η εξάρτηση νοείται ως μέσο αυτοθεραπείας, ώστε να αμυνθεί ο οργανισμός απωθώντας τραυματικές εμπειρίες των πρώτων κυρίως χρόνων της ζωής ή υποκαθιστώντας την σωματική αίσθηση των συναισθημάτων, μιας και αυτά δεν παρασχέθηκαν στα πρώιμα χρόνια ζωής του ατόμου από κάποια μείζονα συναισθηματική φιγούρα (Πουλόπουλος, 2011) (Στουρνάρα, 2018). Συγκεκριμένα παραδείγματα αναφέρονται στη βιβλιογραφία, που κάνουν το άτομο να αναζητήσει τις

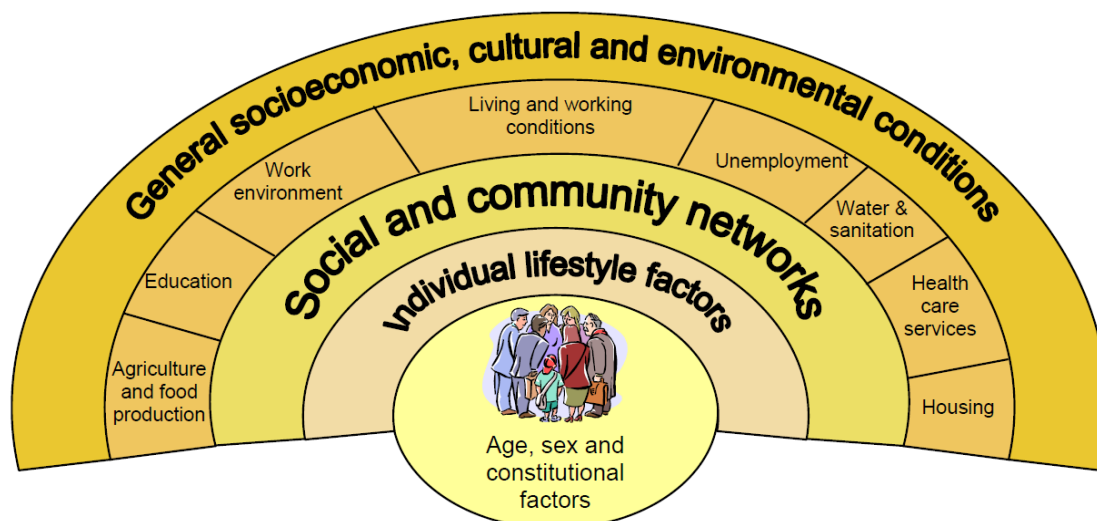
ουσίες, όπως έκθεση στην βία, αδιαχείριστο πένθος, έντονη αίσθηση ανικανοποίητου, άγχους, ντροπής και αρνητισμού, που συνεπάγεται την δημιουργία ναρκισσιστικών ελλειμάτων στον ψυχισμό (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2013). Η απόγνωση και το κενό βαθμιαία γιγαντώνονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι ουσίες να γίνονται μέσο συναισθηματικής αποφόρτισης (Μάτσα, 2013). Η Κοινωνική Ψυχολογία απ' την άλλη εξηγεί το φαινόμενο, για το οποίο γίνεται λόγος, ως αφορμή για τη δομή κοινωνικής ταυτότητας, που όμως γεννά προβληματικά απότοκα, ενώ η Γνωστικοσυμπεριφοριστική Σχολή αιτιολογεί την συμπεριφορά αυτή, ως πρακτική εσφαλμένων κωδικοποιήσεων της πραγματικότητας για το πώς το άτομο θα διαχειρίζεται τις δυσκολίες της καθημερινότητάς του (Πουλόπουλος, 2011) (See, 2013).

1.1.3 Οι παράγοντες μεσο-επίπεδο και μακρο-επίπεδο

Σε συνθήκες κοινωνικής ευαλωτότητας μία ήδη ευάλωτη προσωπικότητα αντί να υποστηριχθεί και να προστατευτεί, έχει περισσότερες πιθανότητες να εκτεθεί σε κίνδυνο (Μάτσα, 2013). Επομένως η κοινωνική, η οικονομική, η πολιτική και η πολιτισμική στιγμή, που θα βρεθεί ένα εύθραυστο άτομο, δεν είναι άμοιρη των επιπτώσεων, που θα υποστεί εάν έρθει σε επαφή με τις ψυχοτρόπους ιδιότητες μιας ουσίας (Πουλόπουλος, 2011). Μέσω του εξαρτημένου ατόμου, λοιπόν, προβάλλεται η κοινωνική παθολογία και δυσλειτουργικότητα και αποτυπώνεται στην πρώτη μορφή έκφρασης της κοινωνικής ζωής του, δηλαδή την οικογένεια από την οποία προέρχεται (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Σημαντικότερη συσχέτιση του οικογενειακού πλαισίου με την κατάχρηση ουσιών παρατηρείται στη μίμηση σχετικών συμπεριφορών από τα παιδιά εξ αιτίας των γονιών τους, αλλά και στην ελλιπή επιτήρηση που τυχόν επιδεικνύουν οι γονείς (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Επιπρόσθετα αν και δεν έχει αποσαφηνιστεί η σχέση των εκπαιδευτικών φορέων με τις εξαρτητικές συμπεριφορές, έχει τεκμηριωθεί ότι προβλήματα με ουσίες συνδυάζονται με την κακή επίδοση των μαθητών και το μεγάλο αριθμό απουσιών (Πουλόπουλος, 2011). Ένας ακόμα παράγοντας κινδύνου για τις εξαρτήσεις είναι τα κοινωνικά δίκτυα ομότιμων, που εμπλέκονται με αντίστοιχες πρακτικές, ενώ για τους ήδη εξαρτημένους η επιλογή κοινωνικών δικτύων υποστήριξης βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα με παρόμοια μοτίβα κατάχρησης ουσιών (Πουλόπουλος, 2011) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Κατ' αυτόν τον τρόπο γεννιέται η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών, βάσει της οποίας άτομα για να υπάρξουν, συσπειρώνονται με άξονα πανομοιότυπες

συμπεριφορές και ιστορία ζωής, γεννούν μία πολιτισμική ομάδα, που συχνά υποτιμάται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, στιγματίζεται και βιώνει αποκλεισμό (Μισουρίδου, 2015). Σημαντικό ρόλο στη χρήση ουσιών παίζει και το κοινωνικό πλαίσιο, π.χ. μεγάλος αριθμός ερευνών παρουσιάζει πως το κάπνισμα ευνοείται περισσότερο σε κλαμπ, καφετέριες και πάρτι (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Οι αντιλήψεις, επίσης, σε επίπεδο γειτονιάς ή κοινότητας γύρω από ζητήματα ναρκωτικών μπορεί να αποτελέσουν προστατευτικό ή αντίστοιχα επιβαρυντικό παράγοντα (Πουλόπουλος, 2011). Αναλυτικότερα υπάρχουν κοινωνικά συστήματα, που ευνοούν την κατάχρηση του αλκοόλ, του καπνού ή ακόμη και των ναρκωτικών, όπως συγκεκριμένες χώρες που παρουσιάζουν αυξημένη κατανάλωση από άλλες, γιατί η ουσία συνδέεται με πτυχές κοινωνικής ζωής (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Μεταβλητές, ακόμα, για την υπερβολική κατανάλωση από την βιβλιογραφία σημειώνονται η προσβασιμότητα στην ουσία, η νομοθεσία που ρυθμίζει την χρήση και την παραγωγή ουσιών και των πλαισίων λειτουργίας πιθανών εστιών χρήσης (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Μάτσα, 2008). Θα αποτελούσε παράλειψη να μην γίνει μνεία στο ότι ο εθισμός γίνεται χαρακτηριστικό των αποσαθρωμένων από αίσθηση συλλογικότητας κοινωνιών, που η αλληλεγγύη και η πολιτική/κοινωνική συνείδηση δεν αποτελούν καθολική προτεραιότητα (Πουλόπουλος, 2011). Τέτοιες κοινωνίες είναι απότοκα οικονομικών δυσπραγιών με περιορισμένη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και άρα των δομών καταπολέμησης προβληματικών συμπεριφορών γύρω από τις εξαρτήσεις (Μάτσα, 2008). Η ανεργία επίσης λειτουργεί ως παράγοντας επικινδυνότητας, μιας και επιλέγεται η χρήση ουσιών, ως μία παράδοξη στρατηγική αποφόρτισης από το άγχος των οικονομικών προβλημάτων. Άλλωστε η εργασία, πέρα από την παροχή εσόδων στο κοινωνικό υποκείμενο, το κάνει να νοιώθει χρήσιμο ως προς το σύνολο και παραγωγικό, αξιοποιώντας διάφορες μορφές ικανοτήτων του (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι το καθεστώς φτώχειας εντείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό, ιδίως των πιο αδύναμων οικονομικά. Με αυτές τις συνθήκες το κοινωνικό κλίμα μετατρέπεται σε δυστοπία και η εξάρτηση μετατρέπεται σε μέσο φυγής από την κοινωνική πραγματικότητα (Μάτσα, 2008). Στο πρόσωπο του εξαρτημένου διαπιστώνεται η αποτυχία της κοινωνίας να προστατεύσει τις ευάλωτες ομάδες (Μάτσα, 2013). Αυτό αντανακλάται και στις κοινωνικές σχέσεις με την ρήξη των δεσμών, το άτομο αδυνατεί να σχετιστεί υγιώς, αφού η ανάγκη για αναζήτηση μέσων επιβίωσης καθίσταται σημαντικότερη (Μάτσα, 2008). Ταυτόχρονα, μέσα από τη

βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκε ότι υπάρχει άρρηκτη σχέση μεταξύ της ύπαρξης ισχυρών κοινωνικών/υποστηρικτικών δικτύων και της απεξάρτησης ή μεταξύ συμπεριφορών πρόληψης, όπως αυτής της αποχής από τις ουσίες (Munton, Wedlock, & Gomersall, 2014). Κλείνοντας, οι Munton, Wedlock, & Gomersall (2014) υποστηρίζουν πως στοιχεία των διαθέσιμων ερευνών τεκμηριώνουν ότι η απεξάρτηση και ο εθισμός καθορίζονται από τις κοινωνικές σχέσεις, είτε αυτές είναι κάθετες, είτε οριζόντιες βάσει της κοινωνικής κλιμάκωσης.



Εικόνα 1: Το Κοινωνικό Μοντέλο της Υγείας. Πηγή: Göran & Whitehead, 1991.

1.1.4 Η συνθετική προσέγγιση ερμηνείας των εξαρτήσεων

«Ο τοξικομανής είναι ένα πρόσωπο με την ιστορία του, την προσωπικότητά του, την αλήθεια του, την προσωπική του πορεία στις ουσίες και τη σχέση του με αυτές. Αυτό το πρόσωπο είχε τους λόγους του που στράφηκε σε αυτές και εξαρτήθηκε από αυτές.» μας τονίζει η ψυχίατρος Κ. Μάτσα (2008). Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να αναζητηθεί η γέννηση της εξάρτησης σε πολυεπίπεδη προσέγγιση με στόχο την αντιμετώπισή της, εξετάζοντας ο κάθε ειδικός από την σκοπιά του τους βιολογικούς, νευρολογικούς, γενετικούς, ψυχολογικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, νομικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και ιστορικούς παράγοντες (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Με γνώμονα τα προηγούμενα οφείλεται να σχεδιαστούν καταλληλότερες και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις, μιας και η εξάρτηση, όπως και κάθε φαινόμενο που διέπει την ανθρώπινη ζωή, έχει πολυπαραγοντική διάσταση (Dailey, Howard, Roming, Ceballos, & Grimes, 2020). Επίσης κάποιες προσεγγίσεις ερμηνείας του φαινομένου εστιάζουν κυρίως στα ποσοτικά χαρακτηριστικά του φαινομένου και όχι στα ποιοτικά, έτσι χάνεται πολύτιμη πληροφορία για το πώς

βιώνεται η εξάρτηση τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και το ευρύ σύνολο (Πουλόπουλος, 2011). Έχει παρατηρηθεί, επίσης, ότι η μονομέρεια στην προσέγγιση του φαινομένου αυτού καταλήγει στην αποσπασματικότητα και στη σύγκρουση μεταξύ των εκπροσώπων του κάθε μοντέλου, αντί στη συνεργασία για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων με την μορφή ενός συστήματος, που επιδρούν αλληλοσυμπληρωματικά διάφοροι γενεσιουργοί παράγοντες (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013).

1.2 Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην εξάρτηση

Οργανωμένα και συστηματοποιημένα θεραπευτικά προγράμματα παρουσιάζονται ήδη από της πρώτες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα στην Δύση, πλέον όμως η καταπολέμηση του φαινομένου έχει μεθοδευτεί σε θεωρητικό, ερευνητικό και κλινικό επίπεδο (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Οι ερευνητές, συνοπτικά, καταλήγουν στις ακόλουθες γενικές αρχές σχετικά με τα προγράμματα αυτά: κανένα θεραπευτικό μοντέλο δεν είναι κατάλληλο για όλους, το μόνο που χρήζει είναι η θεραπεία να παρέχεται έγκαιρα και πως η ανεπιτυχής θεραπεία έχει περισσότερα αποτελέσματα από την καθόλου θεραπεία. Τέλος, όσα ενώνουν όλες τις προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της εξάρτησης συνοψίζονται στα εξής: α) αποτελεσματική απομάκρυνση του εθισμένου από την εξαρτησιογόνο συμπεριφορά, β) βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου που βρίσκεται στην χρήση και γ) μείωση των επικίνδυνων προεκτάσεων του φαινομένου που επηρεάζουν την δημόσια υγεία και ασφάλεια (Πουλόπουλος, 2011) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010).

1.2.1 Πνευματικό μοντέλο

Η πνευματική διάσταση των δράσεων ψυχοτρόπων ουσιών είναι γνωστή σε διάφορους πολιτισμούς, μέσω λατρευτικών πρακτικών ανά τους αιώνες, λόγω χάρη η μέθη στις διονυσιακές τελετές στην Αρχαία Ελλάδα. Αυτό όμως που διαχωρίζει τη λατρευτική πρακτική από τη βεβήλωση είναι ότι θα βρεθεί το πνευματικό υποκείμενο υπό την επήρεια της ουσίας υπό συγκεκριμένες συνθήκες, διαφορετικά το άτομο διαχωρίζεται από την κύρια πνευματική ομάδα (Μάτσα, 2001). Πλέον, η Πνευματική Προσέγγιση (Spiritual Model) έχει διαμορφωθεί μεθοδολογικά μέσω των ομάδων απεξάρτησης των Ανώνυμων Αλκοολικών, των Ανώνυμων Ναρκομανών κ.α. Στα αρχικά συγγράμματα των Ανώνυμων Αλκοολικών, υπάρχει συζήτηση για «ελαττώματα του χαρακτήρα» ως

κεντρικό στοιχείο για την κατανόηση της εξάρτησης. Σε αυτή την άποψη, οι ουσίες χρησιμοποιούνται σε μια απόπειρα να γεμίσουν ένα πνευματικό κενό και την απουσία νοήματος στη ζωή τους. Τα πνευματικά μοντέλα δίνουν πολύ λιγότερο βάρος στην αιτιολογία, από ότι στην σημασία ενός πνευματικού μονοπατιού με στόχο την απεξάρτηση. Τα προγράμματα 12-Βημάτων δίνουν έμφαση στην αναγνώριση μιας Ύψιστης Δύναμης (συχνά αποκαλούμενης Θεϊκής) πέρα από τον εαυτό του ατόμου ζητώντας τη θεραπεία του χαρακτήρα, τη διατήρηση της επικοινωνίας με την Ύψιστη Δύναμη μέσω της προσευχής ή του διαλογισμού, και αναζητώντας την προσαρμογή της ζωής ενός ατόμου στην θέληση της Ύψιστης Δύναμης. Τα προγράμματα 12-Βημάτων κινδυνεύουν να μην είναι αυτοβοήθειας, αλλά προγράμματα 'βοήθειας από την Ανώτερη Δύναμη'. Το πρώτο από τα δώδεκα βήματα είναι η αναγνώριση ότι κάποιος πραγματικά δεν μπορεί να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του ή να απεξαρτηθεί μόνο μέσω της δύναμης της θέλησής του. Τα προγράμματα 12-Βημάτων έχουν τις ρίζες τους στον Αμερικανικό Προτεσταντισμό, ενώ άλλα ευκρινώς πνευματικά μοντέλα δεν βασίζονται σε Χριστιανική ή Ένθεη σκέψη και προσανατολίζονται στην συνειδητοποίηση μιας παθολογικής κατάστασης βάσει συγκεκριμένης στοχοθέτησης που προκύπτει από τις σχετικές συζητήσεις των συναντήσεων της ομάδας (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (Κούτρα & Ράτσικα, 2017). Ο υπερβατικός διαλογισμός, ο οποίος βασίζεται στην ανατολική πνευματική πρακτική, εξασκείται ευρέως σαν μέθοδος για την πρόληψη και ανάρρωση από προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Η πνευματικότητα των γηγενών Αμερικανών έχει ενσωματωθεί, επίσης, σε θεραπευτικά προγράμματα που υπηρετούν γηγενείς αμερικανικούς πληθυσμούς, μέσω της χρήσης παραδοσιακών τελετουργικών, όπως το τραγούδι και οι θεραπευτικές τελετές (Winkelman, 2001). Όλα τα πνευματικά μοντέλα μοιράζονται μια αναγνώριση των περιορισμών του εαυτού και μια επιθυμία να επιτύχουν την απεξάρτηση, μέσω μιας διασύνδεσης με αυτό που ξεπερνά το άτομο (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013).

1.2.2 Ηθικό μοντέλο

Ο εθισμός εδώ θεωρείται ένα σύνολο συμπεριφορών, που παραβιάζει θρησκευτικούς, ηθικούς, ή νομικούς κανόνες διαγωγής. Υπό αυτό το πρίσμα, ο εθισμός πηγάζει από μία συνειδητή συμπεριφορά, που είναι ανήθικη, ίσως και αμαρτωλή και μερικές φορές παράνομη, ενώ προκαλεί εκούσια βλάβη στη δημόσια σφαίρα (Center for Substance

Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (See, 2013). Υποτίθεται ότι τα άτομα, που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν λανθασμένα ουσίες, προκαλούν πόνο στον εαυτό τους και σε άλλους και παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπειθαρχίας και αυτοπεριορισμού. Η κατάχρηση χαρακτηρίζεται ανεύθυνη και εσκεμμένη πράξη, που αξίζει τιμωρία συμπεριλαμβανομένης της σύλληψης και της φυλάκισης. Επειδή η εκτενής χρήση ουσιών θεωρείται αποτέλεσμα ηθικής επιλογής, η αλλαγή μπορεί να επέλθει μόνο με την ισχυρή θέληση και την εξωτερική τιμωρία (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Παράλληλα, εντοπίζονται δύο κατευθύνσεις εντός του μοντέλου, η μία υποστηρίζει την πλήρη καταστολή με αυστηρότερη ποινή, ώστε να αποτραπεί ο μελλοντικός «παραβάτης» και η άλλη την πλήρη νομιμοποίηση των παράνομων ουσιών και τη αντιαπαγόρευση, για να μην καθίστανται πόλος έλξης λόγω της απαγόρευσης. Η κριτική που ασκείται σε αυτόν τον τρόπο διαχείρισης της εξάρτησης βασίζεται στο ότι στέκεται στην αντιμετώπιση μόνο της πράξης αυτής καθ' αυτής και όχι σε ό,τι γεννά την πράξη και αφορά πολλές φορές το σύνολο της κοινωνίας, ενώ παραβλέπονται οι νόμιμες μορφές εξαρτήσεων, που δημιουργούν επιπτώσεις στην ατομική και δημόσια υγεία (Μάτσα, 2008) (See, 2013).

1.2.3 Ιατρικοκεντρικό, Βιο-ιατρικό μοντέλο

Η οπτική του εθισμού ως χρόνια και προοδευτική ασθένεια ενέπνευσε αυτό, που τώρα αποκαλείται ιατρικοκεντρικό μοντέλο θεραπείας, το οποίο εξελίχθηκε σε μία από τις βασικές μορφές θεραπείας, που δίνουν έμφαση στην διχοτομία μεταξύ των «φυσιολογικών», και των «εθισμένων» ή «αλκοολικών». Οι τελευταίοι υποστηρίζεται ότι διαφέρουν ποιοτικά, φυσιολογικά και ανεπανόρθωτα από τα 'κανονικά' άτομα (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (See, 2013). Βασική αρχή του μοντέλου είναι ότι η εξάρτηση σχετίζεται με κάποια βιο-γενετική δυσλειτουργία, που προκαλεί την ψυχική νόσο με σωματική αίσθηση των συμπτωμάτων και αλλαγή στη λειτουργικότητα του ατόμου (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (American Psychiatric Association, 2013). Επομένως, η μορφή θεραπείας που ενδείκνυται είναι η φαρμακοθεραπεία, με στόχο την αποτοξίνωση, τη μείωση των συμπτωμάτων, την αποστροφή ή τη συντήρηση (Πουλόπουλος, 2011) (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Όσον αφορά το αλκοόλ, η ουσία που συνίσταται είναι η δισουλφιράμη, η οποία δεν το

μεταβολίζει και δημιουργεί παρενέργεια σε συνδυασμό με αυτό. Δεν έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα η συγκεκριμένη θεραπεία, καθώς το ποσοστό διαρροής απ' αυτήν αγγίζει το 80%. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι η ναλτρεξόνη και η ναλοξόνη, οι οποίες μπλοκάρουν τη δράση των ενδορφινών, που διεγείρονται από το αλκοόλ. Παρουσιάζει υψηλή απόδοση μόνο αν συνδυαστεί με παράλληλη Γνωστικοσυμπεριφοριστική Θεραπεία (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Πουλόπουλος, 2011). Η ακαμπροσάτη, επίσης, μειώνει τον πόθο προς το αλκοόλ ειδικά κατά την περίοδο στέρησης από αυτό. Για να αποφευχθούν τα καταθλιπτικά επεισόδια και η αγχώδης διαταραχή, που προκαλούνται από την διακοπή κατάχρησης του αλκοόλ, συνταγογραφούνται ταυτόχρονα ψυχοδραστικά φάρμακα. Ως προς την εξάρτηση από το κάπνισμα, χορηγούνται τσίγλες, αυτοκόλλητα ή εισπνεόμενα νικοτίνης, τα οποία περιέχουν προοδευτικά μειωμένη ποσότητα της εξαρτητικής ουσίας. Η απορρόφηση της νικοτίνης από αυτά τα μέσα γίνεται με πιο αργό ρυθμό σε σύγκριση με τον καπνό και μακροπρόθεσμα στοχεύεται η διακοπή της εξάρτησης, ελλοχεύει όμως ο κίνδυνος να εθιστεί το άτομο με τα ίδια τα μέσα για τα οποία γίνεται λόγος. Συγχρόνως, παρατηρείται με την διακοπή του καπνίσματος το φαινόμενο της πυροδότησης καταθλιπτικού επεισοδίου, έτσι χορηγούνται αντικαταθλιπτικά, ώστε να μην αποθαρρυνθεί το άτομο, που βρίσκεται σε θεραπεία, από την δυσθυμία που θα πρόκυπτε από ένα πιθανό επεισόδιο (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Για τα παράνομα ναρκωτικά εφαρμόζονται κατά κόρον δύο είδη θεραπείας, η θεραπεία υποκατάστασης και η θεραπεία χορήγησης ανταγωνιστών ουσιών. Κατά το πρώτο θεραπευτικό μοντέλο και αναφορικά με του ηρωινομανείς, χορηγούνται μεθαδόνη, οξική λεβομεθαντύλη ή βουπρενοφρίνη, οι οποίες προκαλούν παρόμοιες επιδράσεις με την ηρωίνη, όμως η διακοπή αυτών των ουσιών εμφανίζει ηπιότερο στερητικό σύνδρομο (Πουλόπουλος, 2011). Η χρήση μεθαδόνης όμως προκαλεί υπνηλία ως παρενέργεια, εξ ου οι χρήστες αναζητούν με την πρώτη ευκαιρία την ηρωίνη, ενώ η βουπρενοφρίνη βαθμιαία χάνει το «ανέβασμα» και επισπεύδει την υποτροπή. Απ' την άλλη στην θεραπεία που χρησιμοποιούνται ανταγωνιστές της ηρωίνης χορηγούνται ναλοξόνη και ναλτρεξόνη, σε αυτήν την περίπτωση συμβαίνει ότι ακριβώς και με το αλκοόλ που ειπώθηκε παραπάνω. Στους κοκαϊνομανείς συνίσταται δεσιπραμίνη για την μείωση του πόθου, αλλά για να είναι πιο αποτελεσματική η θεραπεία χρειάζεται και παράλληλη χορήγηση αντικαταθλιπτικών (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010).

Οι συγκριτικές μελέτες αξιολογώντας την βιο-ιατρική προσέγγιση θεραπείας καταλήγουν πως ένα καθαρά ιατροκεντρικό μοντέλο δεν μπορεί να οδηγήσει στην απεξάρτηση, ειδικά όταν δεν παρέχεται έστω μερική ψυχοκοινωνική υποστήριξη (Πουλόπουλος, 2011). Ενώ η χορήγηση των υποκατάστατων γίνεται κυρίως σε ειδικά νοσοκομειακά πλαίσια, αυτό προκαλεί στιγματισμό και γίνεται αιτία για διαρροή από την θεραπεία (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Αλλά η βασικότερη κριτική που γίνεται προς τη βιο-ιατρική θεραπευτική προσέγγιση αναφέρεται στο ότι επιχειρείται να διακόψει το εθισμένο άτομο την εξάρτηση χρησιμοποιώντας άλλες μορφές ουσιών απ' αυτές που συνήθιζε να καταχράται, δεν διερευνά αυτό που τον καθιστά εξαρτημένο και δεν οδηγείται σε εκμάθηση νέων ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων αντίθετων ως προς τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, ο χαρακτηρισμός «νόσος» απενοχοποιεί την κοινωνία από την εγκατάσταση του φαινομένου μέσω δομικών, πολιτισμικών και πολιτικών διαρθρώσεων (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Επίσης οι εκπρόσωποι του Αντιψυχιατρικού Κινήματος, θεωρώντας την εξάρτηση υπαρξιακή παθογένεια των κοινωνικών συστημάτων, ισχυρίζονται ότι οι εξαρτημένοι μέσω της χορήγησης ψυχοτρόπων ουσιών με στόχο την θεραπεία νεκρώνουν την αφορμή, δηλαδή τα έντονα επίπονα αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να τους οδηγήσει στην ριζική αλλαγή των παραγόντων, που τους κάνουν να «νοσούν» και συνοπτικά χαρακτηρίζουν την πρακτική αυτή της κυρίαρχης ιατρικής μέσω κοινωνικού κομπορμιισμού (Μεγαλοοικονόμου, 2019).

1.2.4 Ψυχολογικό μοντέλο

Οι εξαρτητικές συμπεριφορές τυγχάνει να αντιμετωπίζονται σε γραφεία ψυχιάτρων, ψυχολόγων ή άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας ή σε κλειστά θεραπευτικά προγράμματα και προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Πουλόπουλος, 2011). Εφαρμόζεται στα πλαίσια αυτά κυρίως το ψυχολογικό μοντέλο στον εθισμό, που η προβληματική χρήση ουσιών πηγάζει από ελλείμματα στη μάθηση, συναισθηματική δυσλειτουργία ή ψυχοπαθολογία και συστήνεται η ψυχοθεραπεία με ή χωρίς παράλληλη φαρμακευτική αγωγή, χορήγηση υποκατάστατων ή ανταγωνιστών ουσιών (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Η θεραπεία προσεγγίζεται με γνωστικοσυμπεριφοριστικές ή ψυχοδυναμικές θεωρήσεις και έχουν σχεδιαστεί ψυχολογικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στην εξάρτηση. Κατά την Ψυχάνάλυση η θεραπεία επέρχεται όταν η γνώση που αποκτάται

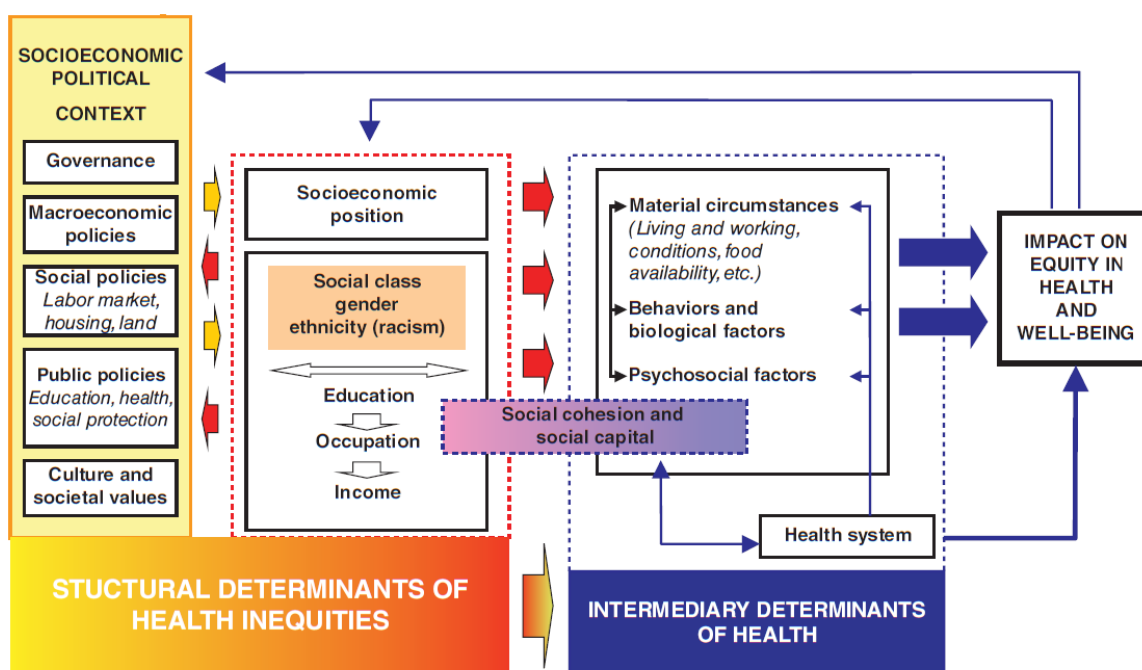
μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία καταλήγει στην ενδυνάμωση εσωτερικών μηχανισμών και στη συνειδητοποίηση των συγκρούσεων και της αμφιθυμίας, που οδηγούν τον αναλυόμενο στην κατάχρηση. Στο Συμπεριφοριστικό μοντέλο η αλλαγή κατακτάται, αν οι ενισχυτές υπερέχουν ή αντικαθίστανται από αρνητικές συνέπειες, γνωστές ως τιμωρητές, και ο εξυπηρετούμενος μαθαίνει να εφαρμόζει στρατηγικές για την αντιμετώπιση των καταστάσεων, που οδηγούν στη χρήση ουσιών. Ακόμη Γνωστικοί Ψυχοθεραπευτές έχουν περιγράψει θεραπευτικές μεθόδους για την τροποποίηση παθογόνων πεποιθήσεων, που μπορεί να αποτελούν το υπόβαθρο για την κατάχρηση ουσιών (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Επιστρατεύονται οι τεχνικές της αποστροφής κυρίως στο αλκοόλ και τις ουσίες, ενώ στο κάπνισμα ο μετριασμός των ημερησίων τσιγάρων, αλλά με ταυτόχρονη παροχή ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής και στις δύο περιπτώσεις (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Στην Θεραπεία Ζεύγους ή την Οικογενειακή-Συστημική Θεραπεία επιχειρείται η συνειδητοποίηση των επαναλαμβανόμενων επικοινωνιακών σχημάτων, που οδηγούν στις συγκρούσεις και τριγωνοποιούν τον εθισμό (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Collins, Jordan, & Coleman, 2017). Επιπρόσθετα, για την εκμείωση των κινήτρων για απεξάρτηση χρησιμοποιείται η Κινητοποιητική Θεραπεία, ένα κράμα δηλαδή από τεχνικές ΓΣΘ και της Ανθρωποκεντρικής/Μη Κατευθυντικής θεραπείας του Carl Rogers (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Στόχος στο ψυχολογικό μοντέλο είναι να συνειδητοποιηθούν τα ελλείματα, που διαμόρφωσαν την προσωπικότητα σε εξαρτητική, να απομάθει το άτομο τις αντίστοιχες συμπεριφορές και να ενδυναμωθεί, ώστε να καταστεί ικανό να διαχειρίζεται τη ζωή του. Τα παραπάνω συναντώνται ως στόχοι στα προγράμματα απεξάρτησης με την μορφή κυρίως των Κλειστών Θεραπευτικών Κοινοτήτων (Μάτσα, 2008). Οι Κλειστές Κοινότητες ρυθμίζονται από συγκεκριμένες αξίες, όπως η απομάκρυνση από μοτίβα προηγούμενων κοινωνικών σχέσεων, ανάδειξη προτύπων μέσω πρώην εξαρτημένων ή θεραπευτών και προσέγγιση των εξαρτημένων ως ισότιμα όντα χωρίς στιγματιστικές προθέσεις (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Τα θεραπευτικά προγράμματα για τα οποία γίνεται λόγος, είναι κλειστής διαμονής με παροχή διάφορων δραστηριοτήτων για την ανάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, όταν τα μέλη αποθεραπευτούν και χρειαστεί να επανενταχθούν στην κοινωνία (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Επομένως παρέχεται εκπαίδευση, ενασχόληση με την τέχνη και τον αθλητισμό, εργοθεραπεία και

η συνεχής ανάληψη ευθυνών για διάφορα ζητήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή (Μάτσα, 2008). Η κριτική που ασκείται στο μοντέλο των Κλειστών Κοινοτήτων εστιάζεται στο ότι μόνο μια μειοψηφία των εθισμένων τις προσεγγίζουν, γιατί η είσοδος σε αυτές είναι κυρίως εθελοντική και προϋποθέτει ισχυρό κίνητρο για αλλαγή σε αντίθεση με τον μέσο εξαρτημένο (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Επίσης, λόγω του καθόλου ευκαταφρόνητου χρονικού περιθωρίου που διαμένουν στην κλειστή δομή, υπάρχει ο κίνδυνος οι θεραπευόμενοι να ιδρυματιστούν και μεταγενέστερα να περιορίσουν τα κοινωνικά τους δίκτυα γύρω από τους απεξαρτημένους (Πουλόπουλος, 2011). Τέλος, άλλα θεραπευτικά μοντέλα που αναδεικνύει η διεθνής βιβλιογραφία ως αποτελεσματικά είναι η Γενική Υποστηρικτική Συμβουλευτική, η Ψυχοκοινωνική Συμβουλευτική σχετικά με την απεξάρτηση σε διάφορα ιατρικά περιβάλλοντα, οι παρεμβάσεις που παρέχονται μέσω διαδικτύου και τηλεφώνου κ.ά. (Dugosh, et al., 2016).

1.2.5 Κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο

Η Κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του εθισμού εστιάζει στην διαδικασία και τους φορείς κοινωνικοποίησης, όπως επίσης και στο δημόσιο γίνεσθαι. Παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές εξάρτησης, ή εν γένει τις συμπεριφορές υγείας, περιλαμβάνουν το κοινωνικοοικονομικό στάτους του κοινωνικού υποκειμένου, την κουλτούρα και τις πολιτισμικές νόρμες, τη διαθεσιμότητα ουσιών, τους νόμους και τις ποινές που ρυθμίζουν τη χρήση ουσιών, την λειτουργικότητα των οικογενειών και άλλων κοινωνικών ομάδων (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Όμως, για να δομηθούν τέτοιες παρεμβάσεις ή προγράμματα είναι αναγκαίο να αναδειχθεί η συνεισφορά της ευρύτερη κοινωνικής δομής, των διαδικασιών κοινωνικής διαστρωμάτωσης και των οικονομικών διαρθρώσεων στην εγκατάσταση του προβλήματος (Ruckert & Labonte, 2014). Αυτή η παραδοχή αναδεικνύει την υγεία ως συλλογικό αγαθό και όχι, απαραίτητα, ως ατομική ευθύνη, όπως δηλαδή αμετακίνητα προωθεί η νεοφιλελεύθερη κοινωνική πολιτική σε παγκόσμιο επίπεδο (Πουλόπουλος, 2011). Όμως αν δεν θεραπευτεί αυτό που κάνει τους ανθρώπους να νοσούν, δεν θα θεραπευτούν συνεπώς και οι ίδιοι. Άρα, χρειάζεται η υγεία να προσεγγιστεί με κριτήρια κοινωνικών δομών, περνώντας δηλαδή από την υποστήριξη/θεραπεία του εξαρτημένου εντός της περίπτωσης του (person-in-case) στην υποστήριξη του εξαρτημένου εντός του περιβάλλοντός του (person-in-environment) (Ruckert & Labonte, 2014) (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011). Είναι

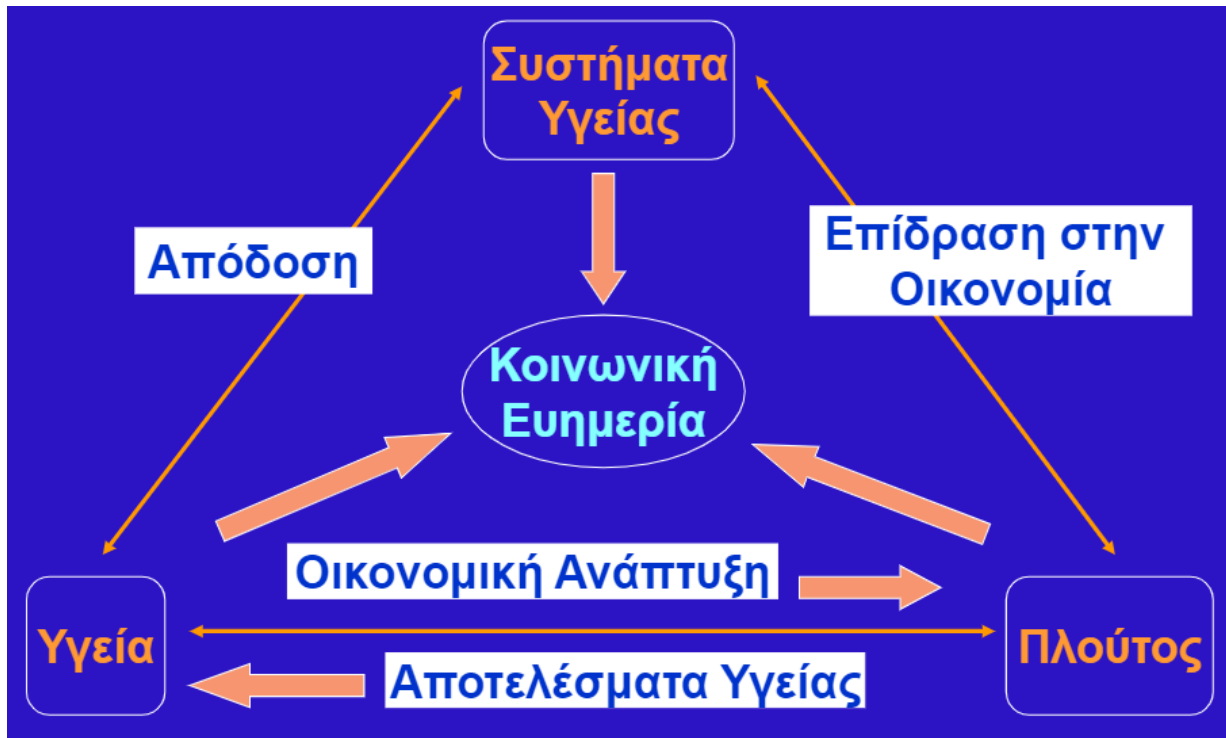
απαραίτητο να αξιοποιηθούν στην πολιτική υγείας οι Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας, οι οποίοι ερμηνεύουν τις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, ζουν και αναπτύσσονται, ώστε να αξιολογηθεί αν αυτές τους εξυπηρετούν. Έχει διαπιστωθεί η σημαντικότητά τους καθώς διαμορφώνουν την υγεία των πολιτών. Γίνεται λόγος για τους ακόλουθους: α) Κοινωνική Διαστρωμάτωση, β) Άγχος, γ) Πρώτα έτη ζωής, δ) Κοινωνικός Αποκλεισμός, ε) Εργασία, στ) Ανεργία, ζ) Κοινωνική Υποστήριξη/Υποστηρικτικά Δίκτυα, η) Εξαρτήσεις, θ) Διατροφή και η) Μεταφορά. Αυτοί οι προσδιοριστές λειτουργούν ως μεταβλητές στην κατοχή ισχύος και πόρων, που αυτά καθορίζουν την υγεία σε ατομικό και δημόσιο επίπεδο (Ruckert & Labonte, 2014).



Εικόνα 2: Η μορφή του εννοιολογικού πλαισίου των Κοινωνικών Προσδιοριστών της Υγείας. Πηγή: World Health Organization, 2010.

Έχουν σχεδιαστεί σε διεθνές επίπεδο τέτοιες παρεμβάσεις παρόμοιου χαρακτήρα, ώστε να προλάβουν την εξάπλωση των εξαρτήσεων, την υποτροπή ή την διαρροή από την θεραπεία και να εξασφαλίσουν την επιτυχή απεξάρτηση (Laudet & Humphreys, 2013) (Oesterle, et al., 2015). Ταυτόχρονα, μελετητές έχουν διερευνήσει τους παράγοντες επικινδυνότητας, που δεν επιτρέπουν στους εξαρτημένους και σε εκείνους που βρίσκονται σε θεραπεία να επανενταχθούν στο κοινωνικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα αναφέρονται η έλλειψη κατάρτισης, ώστε να απορροφηθούν στην αγορά εργασίας, έλλειψη θέσεων εργασίας, ανεπαρκής στέγαση και ακατάλληλο πλαίσιο φροντίδας και προστασίας των παιδιών τους για όσους είναι γονείς (Laudet & Humphreys, 2013).

Επίσης αντίκτυπο στη θεραπεία τους έχουν οι υποστελεχωμένες και οι υποχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων (Laudet & Humphreys, 2013) (Πουλόπουλος, 2011). Τα προαναφερθέντα είναι απότοκα νεοφιλελεύθερων πολιτικών συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους πρόνοιας και αντικατοπτρίζουν αποσαθρωμένους κοινωνικούς ιστούς, όπου η ευζωία δεν είναι κύριο μέλημα, αλλά εμπορεύσιμη αξία, ως εκ τούτου οι υπηρεσίες υγείας δομούνται με όρους management και οι υπηρεσίες απεξάρτησης αρκούνται στον περιορισμό της βλάβης (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Έτσι, γίνεται λόγος πως τα πλαίσια απεξάρτησης, οι ειδικοί της εξαρτησιολογίας και το κοινωνικό σύνολο είναι απαραίτητο να λειτουργούν με άξονα την πολιτική χειραφέτηση, την κριτική και ριζοσπαστική σκέψη, ώστε να αναμορφώνονται οι νοσηροί κοινωνικοί θεσμοί, η κοντόφθαλμη θετικιστική προσέγγιση στην φροντίδα υγείας και η καθεστηκία κοινωνική ιεράρχηση (Μάτσα, 2001, 2008, 2013) Άρα, επειδή τα προβλήματα που σχετίζονται με τις ουσίες θεωρείται πως προκύπτουν σε σχέσεις αλληλεπίδρασης με οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, οι αλλαγές στις πολιτικές, νόμους και προοδευτικά σε νόρμες είναι μέρη της διαδικασίας αλλαγής. Η οικοδόμηση νέων κοινωνικών, κοινοτικών και οικογενειακών σχέσεων και η κοινωνική ανάπτυξη είναι σημαντικοί οδοί για αλλαγή στο Κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο, επειδή αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία ευκαιριών για πνευματική ανασυγκρότηση, που μπορεί να βελτιώσει την ενοχή, την ντροπή και τη θλίψη των ατόμων, που σχετίζονται με ουσίες και να αναζητήσουν βοήθεια (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013).



Εικόνα 3: Το τρίγωνο διαμόρφωσης του Συστήματος Υγείας. Πηγή: Μακρής, 2016

Η κριτική που γίνεται σε αυτή την προσέγγιση βασίζεται στο ότι οι αλλαγές, που υποστηρίζει έχουν αποτελέσματα σε μακροχρόνιο επίπεδο και δεν εστιάζει στις συνέπειες, που βιώνει το εξαρτημένο άτομο στο εδώ και τώρα. Επίσης η αλλαγή που προωθείται, σχετίζεται με το ευρύ κοινωνικό σύνολο και η αποδοτικότητα της υστερεί τόσο όσο και κάθε μονο-επίπεδη προσέγγιση (Shafiee, Razaghi, & Vedadhir, 2019).

1.2.6 Συνδυασμός Βιο-ψυχοκοινωνικού με το Πνευματικό μοντέλο, Δια-μεθοδικό, Δια-θεωρητικό, Συνθετικό, Ολιστικό μοντέλο

Καθώς οι συγκρούσεις ανάμεσα σε αυτά τα ανταγωνιστικά μοντέλα προσέγγισης του φαινομένου του εθισμού έχουν γίνει εμφανείς, και καθώς η έρευνα έχει επιβεβαιώσει ότι υπάρχει μια δόση αλήθειας σε κάθε μοντέλο, το πεδίο του εθισμού αναζητά ένα μοναδικό κατασκεύασμα, για να ενσωματώσει αυτές τις διαφορετικές αντιλήψεις. Αυτό έχει οδηγήσει σε ένα αναδυόμενο βιοψυχοκοινωνικό-πνευματικό πλαίσιο, που αναγνωρίζει τη σημασία των πολλών αλληλεπιδραστικών επιρροών. Πράγματι, η τωρινή άποψη είναι ότι όλες οι χρόνιες νοσηρές καταστάσεις, είτε είναι χρήση ουσιών, καρκίνος, διαβήτης, ή στεφανιαία νόσος, θεραπεύονται καλύτερα με συνθετικές και εμπειρισταωμένες μεθόδους. Το συνθετικό μοντέλο στον εθισμό, διατηρεί τα αποδεδειγμένα ερευνητικά ευρήματα και τις τεχνικές των προηγούμενων μοντέλων, ενώ ταυτόχρονα εξαλείφει κάποια προηγούμενα εσφαλμένα συμπεράσματα (Center for

Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Κύριο μέλημα του επαγγελματία που ασχολείται με τον εξαρτημένο στην Δια-μεθοδική θεραπευτική προσέγγιση είναι να δρα εξατομικευμένα, προσαρμοζόμενος στην προσωπικότητα του πελάτη και στο βίωμα της εξάρτησης. Αυτό όμως δεν οδηγεί τον σύμβουλο στο να παραβλέπει και τον αντίκτυπο που τυχόν έχει για τον εθισμένο το οικογενειακό του πλαίσιο, οι κοινωνικοί ή οικονομικοί πόροι και οι υπηρεσίες της κοινότητας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης όσον αφορά τη θεραπεία του, την απεξάρτηση και την επανένταξη στο κοινωνικό πλαίσιο με τους δικούς του όρους (See, 2013). Επομένως στο θεραπευτικό πλαίσιο εξετάζονται για μία επιτυχή απεξάρτηση τα κοινωνικά δίκτυα του εξαρτημένου, οι οικονομικοί του πόροι και τι τους έχει διαμορφώσει, η προσωπική του υγεία σωματική ή ψυχική και τυχούσα βιολογική επιρρέπεια στην εξάρτηση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η απασχολησιμότητα και ο τρόπος ζωής (Cloud & Granfield, 2009). Επιπρόσθετα, διερευνώνται ζητήματα που άπτονται της οικογενειακής ζωής του συμβουλευόμενου, η ενβιαδοοικογενειακή βία ή η παιδική και συντροφική κακοποίηση σχετίζονται και αλληλοσυμπληρώνονται με την κατάχρηση ουσιών. Η εμπλοκή με νομικά και ποινικά ζητήματα είναι επίσης παράγοντες που διατηρούν, αν όχι ενισχύουν, τις εξαρτητικές συμπεριφορές ως εκ τούτου η παροχή νομικής υποστήριξης καθίσταται απαραίτητη. Επίσης η αστεγίας επιφέρει, φυσικά, τραγικές επιπτώσεις, εμποδίζοντας στην διακοπή της χρήσης (Galvani, 2012). Σε μακρο-επίπεδο ιχνηλατείται η επίδραση των νορμών, των κοινωνικών προτύπων και των κοινωνικών αξιών και αν είναι επιβλαβή αυτά για την συγκεκριμένη κατηγοριακή κοινότητα, επιχειρείται η αναθεώρησή τους (Cloud & Granfield, 2009). Άρα, η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης έγκειται στο ότι δεν στέκεται στη διακοπή ή στη μείωση της χρήσης, αλλά διερευνώνται οι πολλαπλές ανάγκες του εξαρτημένου (Πουλόπουλος, 2011). Επίσης, σε κοινοτικό επίπεδο συστήνεται η εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων με ταυτόχρονη διαφήμιση των αντίστοιχων υπηρεσιών καταπολέμησης της εξάρτησης, ώστε να ευαισθητοποιηθούν οι πιο ευάλωτοι πληθυσμοί και γίνεται λόγος για τους έφηβους, γονείς και εγκύους. Είναι βασικό να προαχθεί η αξία της αντίστασης στις πιέσεις των ομότιμων και η μεταβολή των εσφαλμένων πεποιθήσεων για τις ψυχοδραστικές ιδιότητες των ουσιών (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Oesterle, et al., 2015). Συστήνεται η πολυεπίπεδη παρέμβαση για την καταπολέμηση του εθισμού, μιας και αφορά την ανθρώπινη ζωή, που είναι από μόνη της πολυδιάστατη, άρα θεωρείται πως το πρόβλημα παρουσιάζεται στην συνδιαλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον του

(Πουλόπουλος, 2011) (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011). Συνεπώς αναδεικνύεται η αναγκαιότητα του Ολιστικού μοντέλου και στόχος της παρέμβασης αναδεικνύονται οι αμοιβαίες προσαρμοστικές διεργασίες των κοινωνικών συστημάτων. Χρειάζεται όμως να τονιστεί η περιπλοκότητα της αλληλεπίδρασης των συστημάτων, ως εκ τούτου χρησιμοποιείται ο οικολογικός χάρτης ή το γενεόγραμμα ως ανιχνευτικά εργαλεία, για να κάνουν την οικολογική διάγνωση και να διερευνήσουν ένα πρόβλημα πολυπρισματικά. Με τα μέσα αυτά και με άξονα συγκεκριμένες αρχές, γνώσεις και μεθοδολογία δρομολογείται η επίλυση των προβλημάτων και η κοινωνική αλλαγή δουλεύοντας στο μικρο-σύστημα (άτομα, οικογένειες), στο μεσο-σύστημα (κοινωνικές ομάδες) και στο μακρο-σύστημα (οργανώσεις, κοινότητες, αποκεντρωμένη/κεντρική διοίκηση) (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

2^ο Κεφάλαιο: Η έννοια του Κοινωνικού Κεφαλαίου

2.1 Εισαγωγή – Ιστορική αναδρομή στην έννοια

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όλο και περισσότεροι μελετητές ενσωματώνουν στις εμπειρικές τους προσεγγίσεις την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει σε μεγάλο βαθμό τεκμηριώσει τη σχέση του με την υγεία, την ποιότητα ζωής, την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη αλλά και τη δημοκρατική λειτουργία των κοινωνιών (Sarracino & Mikuska, 2016; Σωτηρόπουλος, 2006 στο Τσουνής και Σαράφης, 2016). Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να υπάρχει μια κοινή αποδεκτή προσέγγιση του κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μια πολυσήμαντη έννοια, εμπεριέχει και συμπυκνώνει πολλούς παράγοντες, όπως την κοινωνική συνοχή, τη συμμετοχή, την εμπιστοσύνη και την αμοιβαιότητα, καθώς συμβάλει στην κατανόηση και την ερμηνεία πλήθους συμπεριφορών (Τσουνής και Σαράφης, 2016).

Η πρώτη συστηματική προσέγγιση του κοινωνικού κεφαλαίου όπως αποδίδεται σήμερα σύμφωνα με την πλειοψηφία του ακαδημαϊκού κόσμου, έγινε από τον Alexis de Tocqueville το 1832 (Τσουνής και Σαράφης, 2016). Σύμφωνα με τον Alexis de Tocqueville, οι δημοκρατικές κοινωνίες προκαλούν σε πολλές περιπτώσεις τον ατομικισμό και προτείνει για την αντιμετώπισή του, την επανασύνδεση των κοινωνικών δεσμών χωρίς την θεσμική-κρατική παρέμβαση. Τονίζει έτσι τη δυναμική που έχει η συγκρότηση επιμέρους συλλογικοτήτων, τόσο για το άτομο όσο και για το σύνολο (Whiteley, 1999).

Ωστόσο τις καταβολές της έννοιας μπορεί να αναζητήσει κανείς και στους κλασσικούς της πολιτικής οικονομίας και κοινωνιολογίας (Τσουνής, 2016: 142). Ο Karl Marx μέσα από την ανάλυση των κοινωνικών σχέσεων της καπιταλιστικής κοινωνίας στο επίπεδο της οργάνωσης της παραγωγής και του κοινωνικού καταμερισμού, όρισε το κεφάλαιο ως μια κοινωνική σχέση (Jordan 1971: 225-28). Ο Durkheim (1960), μέσα από τη μελέτη του γύρω από το παράδειγμα της αυτοκτονίας κατέδειξε την αποτρεπτική επίδραση που μπορούν να ασκήσουν ορισμένα κοινωνικά δίκτυα (για παράδειγμα ομάδες καθολικών) στην αυτοκτονία, τονίζοντας τη μεγάλη σημασία της

κοινωνικότητας. Ακόμη, χωρίς να ασχοληθεί ρητά με το κοινωνικό κεφάλαιο, επισημαίνει τον ιδιαίτερο ρόλο που παίζουν οι σύνδεσμοι και οι ενώσεις μεταξύ του κράτους και των μεμονωμένων ατόμων στην κοινωνική ζωή (Τσουνής και Σαράφης, 2016).

Επίσης ο μαρξιστής φιλόσοφος και πολιτικός Antonio Gramsci (1973) χωρίς να χρησιμοποιήσει ρητά τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο, κάνει ένα διαχωρισμό των δικτύων, σε άτυπα και σε επίσημα- θεσμοθετημένα κοινωνικά δίκτυα. Χρησιμοποιεί για τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα, τον όρο «κοινωνία των πολιτών» και για τους επίσημους νομικούς και κρατικούς θεσμούς, τον όρο « πολιτική κοινωνία» με στόχο την διαφοροποίηση μεταξύ τους.

Ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να χρησιμοποιείται πρώτη φορά στις αρχές του 20ου αιώνα στην Αμερική από τον παιδαγωγό και φιλόσοφο Dewey (το 1900, 1909, 1915) και την παιδαγωγό Hanifan (το 1916). Ο όρος χρησιμοποιείται ανεξάρτητα από τους δύο θεωρητικούς χωρίς να υπάρχουν στοιχεία ότι υπήρχε κάποια μορφή αλληλεπίδρασης στη δημιουργία του (Κριτσωτάκης και συν., 2009).

Ο Dewey θεωρείται ο ιδρυτής του « Κοινωνικού ή Κριτικού Πραγματισμού», ενός κινήματος που είχε ως στόχο να βελτιώσει τις κοινωνικές καταστάσεις και ανισότητες μέσω της αξιοποίησης εποικοδομητικής κριτικής. Βασικός στόχος της συγκεκριμένης τάσης ήταν, μέσα από τη θεωρία, να πραγματοποιηθούν δράσεις οι οποίες θα προωθούσαν απτές λύσεις και αποτελέσματα σε προκαθορισμένα προβλήματα (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Έτσι ο Dewey έχοντας ως εργαλείο την κοινωνική οργάνωση δημιούργησε πλήθος συλλόγων και οργανώσεων στις Η.Π.Α (Κριτσωτάκης και συν., 2009).

Η Hanifan ως παιδαγωγός και επικεφαλής των δημόσιων σχολείων στη πολιτεία της δυτικής Βιρτζίνια, χρησιμοποίησε τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο για να τονίσει τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων, δηλαδή της συνεργασίας και της συμμετοχής μέσω της οργάνωσης στη κοινοτική ζωή. Αντιλαμβάνεται το σχολείο ως κεντρικό θεσμό που προάγει την ανάπτυξη της αλληλεπίδρασης, της συναδελφικότητας και της αμοιβαίας συμπάθειας (στοιχεία που κατά την γνώμη της συνθέτουν το κοινωνικό κεφάλαιο) με στόχο την βελτίωση της κοινότητας (Τσουνής και Σαράφης, 2016).

Ωστόσο σύμφωνα με τον Coleman (1988), οι θεωρητικές καταβολές του όρου, όπως αυτός προσδιορίζεται σήμερα, εντοπίζονται για πρώτη φορά στο έργο του

οικονομολόγου Greg Loury. Ο Loury χρησιμοποιεί τον όρο στα πλαίσια της μελέτης του γύρω από κοινωνικές ανισότητες εθνο-φυλετικών ομάδων. Θεωρεί ότι δεν αρκούν οι ατομικά εστιασμένες παρεμβάσεις για την ανατροπή των ανισοτήτων , αλλά απαιτείται παράλληλα και η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου των μειονεκτούσαν πληθυσμών (Loury, 1977, Woolock, 1998).

Παρόλα αυτά μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός και καθιερωμένος ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου. Κατά τη δεκαετία 1980-1990 η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου θεμελιώνεται από τους τρεις βασικότερους θεωρητικούς του, τους Bourdieu, Coleman και Putnam. Ενώ, πολλοί συγγραφείς στα τέλη της δεκαετίας του 90 έως σήμερα, έχουν συμβάλει στον καθορισμό του όρου, της μεθοδολογίας έρευνας και μέτρησης του καθώς και στη διερεύνηση της λειτουργίας του στους τομείς της οικονομίας, της υγείας, της εκπαίδευσης και αλλού. (Πούπος, 2010).

2.2 Οι τρεις βασικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις

Ο Pierre Bourdieu (1986) διέκρινε το κοινωνικό κεφάλαιο σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες: το οικονομικό, το πολιτισμικό, το συμβολικό και το κοινωνικό. Σύμφωνα με τον Bourdieu, όλες οι μορφές προέρχονται από το οικονομικό κεφάλαιο μέσα από διαδικασίες μετασχηματισμού και χρειάζεται μακροχρόνια προσπάθεια για να υπάρξουν μακροχρόνια οφέλη. Πιο ειδικά, το οικονομικό κεφάλαιο μετατρέπεται άμεσα σε χρήμα και σε ιδιοκτησιακά δικαιώματα. Το πολιτισμικό σε ορισμένες περιπτώσεις μετατρέπεται και αυτό σε οικονομικό και εκφράζεται θεσμικά μέσω διαφόρων εφοδίων, όπως οι πανεπιστημιακοί τίτλοι. Το συμβολικό φαίνεται να αποτελεί υποκατηγορία του πολιτισμικού (Κονιόρδος, 2006). Τέλος, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι και αυτό σε ορισμένες περιπτώσεις μετατρέψιμο σε οικονομικό και αποτελείται από κοινωνικές διασυνδέσεις (Bourdieu, 2001:98).

Σύμφωνα με τον Bourdieu, το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται ως: «όλοι οι υπάρχοντες ή δυνητικοί πόροι που σχετίζονται με την κατοχή ενός δικτύου μόνιμων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας και αμοιβαίας αναγνώρισης, οι οποίες είναι περισσότερο ή λιγότερο θεσμοθετημένες και των οποίων τα άτομα ενώνονται με μόνιμους και χρήσιμους δεσμούς» (Bourdieu 1994: 90). Ο Field (2003 στο Κούτρα 2016) αναφέρει ότι βασική αρχή σε αυτή τη θεώρηση είναι ότι το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται ατομικό αγαθό. Επιπλέον, ο Bourdieu υποστηρίζει ότι το μέγεθος των δικτύων που έχει αναπτύξει κάθε άτομο ξεχωριστά καθώς και το είδος του κοινωνικού κεφαλαίου που

διαθέτει το περιβάλλον του, συνδέεται άμεσα με τον όγκο του κοινωνικού κεφαλαίου γενικότερα (Bourdieu,2001:103).

Ο James Coleman κατά την ενασχόληση του με εκπαιδευτικά θέματα και συγκεκριμένα με την σχολική αποτυχία, χρησιμοποιεί τον όρο του κοινωνικού κεφαλαίου ως τρόπο ενίσχυσης του ανθρώπινου (δεξιότητες, γνώσεις). Υποστηρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο παίζει σημαντικό ρόλο στην σχολική απόδοση και ενισχύει τη μόρφωση των μαθητών και των σπουδαστών, δηλαδή το ανθρώπινο κεφάλαιο (Κονιόρδος, 2015).

Σύμφωνα με τον Coleman το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ατομικό αγαθό, το οποίο χρησιμοποιείται προς όφελος των ανθρώπων (Kritsotakis & Gamamikow, 2004). Όπως ισχυρίζεται ο Coleman τα στοιχεία που δομούν το κοινωνικό κεφάλαιο όπως εμπιστοσύνη, καθήκοντα, κυρώσεις και ροές πληροφορίας κ.α., συνδέονται άμεσα με την κοινωνική οργάνωση (1990: 302).

Υποστηρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται από τη λειτουργία του και αποτελεί μια πληθώρα υποστάσεων με κοινά χαρακτηριστικά την κοινωνική δομή και τη διευκόλυνση των ζητημάτων είτε των ατόμων ξεχωριστά είτε των συλλογικών φορέων (Coleman,1988:98). Αναδύεται από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων και των δομών, τις οποίες δημιουργούν και συμμετέχουν. Συνδέεται με άλλες μορφές κεφαλαίου όπως το φυσικό ,το οικονομικό και το ανθρώπινο. Σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες μορφές κεφαλαίου, επισημαίνει τον παραγωγικό χαρακτήρα του κοινωνικού κεφαλαίου καθώς επιτρέπει στην εκπλήρωση κάποιων στόχων που δεν θα ήταν εφικτοί χωρίς αυτό. (Coleman, 1990: 302) .Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων και όχι στα υλικά αγαθά, γεγονός που καθιστά δύσκολη την καταγραφή του (Τσουνής και Σαράφης, 2016).

Σε αντίθεση με τους Bourdieu και Coleman, ο Robert Putnam (1998) θεωρεί το κοινωνικό κεφάλαιο συλλογικό αγαθό και το εντάσσει στο επίπεδο των κοινοτήτων. Σύμφωνα με τον Putnam (1993), το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελείται από τέσσερα συστατικά : ηθικές υποχρεώσεις, κανόνες, κοινωνικές σχέσεις (ειδικά εμπιστοσύνη) και κοινωνικά δίκτυα . Ο Putnam τονίζει ότι η επιτυχής συσσώρευση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μια περιοχή προέρχεται από ένα αναβαθμισμένο πολιτικό σύστημα και ένα λειτουργικό οικονομικό σύστημα. Έτσι, στρέφει την έρευνα του περισσότερο γύρω από τη κοινωνική συμμετοχή και την κοινωνία των πολιτών (Putnam, 1993). Μέσα από το έργο του Making Democracy work: Civic Traditions in Modern Italy, τονίζει την

συμμετοχή σε θεσμούς, την οποία θεωρεί καθοριστική για την οικονομική ανάπτυξη ενός τόπου (Putnam, 1993). Η κοινωνική συμμετοχή παίζει καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, κυρίως λόγω των σχέσεων αμοιβαίας ανταλλαγής και δικτύων συνεργασίας, με βάση τις δεξιότητες των ατόμων στη κοινότητα (Putnam, 1993: 180). Με αυτό τον τρόπο δίνει την πολιτική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου (Χτούρης, 2019).

Για να διαχωρίσει το κοινωνικό κεφάλαιο σε αυτό που περιορίζεται στη τοπική κοινότητα και σε αυτό που ξεπερνά τα τοπικά όρια, όρισε το πρώτο ως Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού και το δεύτερο ως Κοινωνικό Κεφάλαιο Γεφύρωσης (Putnam, 2000). Το Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού έχει τοπική χωρική διάσταση ενώ το Κοινωνικό Κεφάλαιο Γεφύρωσης επεκτείνεται έξω από τον τοπικό χώρο και σχετίζεται με κάθετους και οριζόντιους δεσμούς που αναπτύσσουν άτομα από διαφορετική, κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική θέση.. Σκοπός αυτής της διαφοροποίησης ήταν η δημιουργία δεσμών εκτός τοπικών ορίων μέσα από την διερεύνησή του κοινωνικού κεφαλαίου (Χτούρης, 2019).

Γενικότερα, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων μπορεί να είναι ωφέλιμη και χρήσιμη για τα άτομα και τις κοινότητες αλλά δεν υπάρχει ακόμη ένας κοινά αποδεκτός όρος για το τι είναι κοινωνικό κεφάλαιο. Από τη μία πλευρά, οι απόψεις και ο τρόπος που λαμβάνεται η έννοια του διαφέρουν, από την άλλη, αναδεικνύεται ο πλουραλιστικός χαρακτήρας των προσεγγίσεων μεταξύ τους (Κονιόρδος, 2016).

2.3 Μορφές – Διακρίσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου

Η διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου σε επιμέρους τύπους έχει βοηθήσει στον καλύτερο προσδιορισμό των πτυχών του καθώς συμβάλλει στην επιτυχημένη μεθοδολογική προσέγγιση και μελέτη στο πλαίσιο της εφαρμοσμένης έρευνας (Τσουνής και Σαράφης, 2016).

Μία από τις βασικές διακρίσεις του κοινωνικού κεφαλαίου είναι αυτή σε δομικό και γνωστικό. Το δομικό αναφέρεται σε εξωτερικές κοινωνικές κατασκευές όπως θεσμούς και κανόνες και σε κοινωνικές δομές όπως δίκτυα και ενώσεις με κοινό σκοπό. Το γνωστικό αναφέρεται περισσότερο σε υποκειμενικές και άυλες ποιότητες, όπως

κοινωνικές αξίες και στάσεις, κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και κανόνες, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα (Grootaert & Bastelaer, 2002 ; Uphoff, 2000).

Οι Grootaert and Bastelaer (2002), προχωρούν σε μια δεύτερη διάκριση που έχει σχέση με το εύρος του κοινωνικού κεφαλαίου και αποτελείται από τρία επίπεδα : το μικρό-επίπεδο, το μέσο-επίπεδο και το μακρό-επίπεδο. Το μικρό-επίπεδο αφορά οριζόντιες σχέσεις και δίκτυα ατόμων και νοικοκυριών καθώς και με σχετικά πρότυπα και αξίες. Το μέσο-επίπεδο αφορά οριζόντια και κάθετα δίκτυα μεταξύ του ομάδων ,με τη μορφή τοπικών και περιφερειακών ενώσεων. Το μακρό-επίπεδο έχει μια ευρύτερη θεσμική και πολιτική μορφή και συμβάλλει στην ποιότητα των κοινωνικών και πολιτικών ενεργειών.

Μια ακόμη σημαντική διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου σύμφωνα με τον Dhesi (2000), είναι αυτή σε επίσημο και ανεπίσημο. Το επίσημο κοινωνικό κεφάλαιο αφορά την συμμετοχή σε θεσμοθετημένες δραστηριότητες και περιλαμβάνει διαδικασίες, κανόνες, κρατικούς οργανισμούς, υπηρεσίες και προγράμματα που συμβάλλουν στην συλλογική δράση και την κοινωνική συνοχή, μειώνοντας το κόστος των πρακτικών διεκπεραίωσης. Το ανεπίσημο κοινωνικό κεφάλαιο αφορά αντιλήψεις, συμπεριφορές και αξίες που ενισχύουν την κουλτούρα συλλογικών δράσεων χωρίς να προβλέπονται θεσμοθετημένα δίκτυα.

Μία ακόμη διάκριση που θα καταστεί χρήσιμη παρακάτω ως προς τη σημασία της, είναι η διάκριση μεταξύ κάθετων και οριζόντιων μορφών κεφαλαίου. Η μορφή οριζόντιου κεφαλαίου περιλαμβάνει άτομα και ομάδες που σχετίζονται ισότιμα και έχουν παρόμοιο κοινωνικό στάτους. Ενώ , η κάθετη μορφή κεφαλαίου αφορά σε δεσμούς μεταξύ ατόμων και ετερογενών ομάδων με κάποια ιεραρχική δομή (Colletta και Collen 2000, Putnam, 2000).

Η πιο σημαντική ίσως διάκριση κοινωνικού κεφαλαίου είναι του Putnam (2000), ο οποίος διέκρινε τρεις τύπους κοινωνικού κεφαλαίου. Το Κεφάλαιο Δεσμού (bonding), το Κεφάλαιο Γεφύρωσης (bridging) και το Κεφάλαιο Σύνδεσης (linking). Το δεσμευτικό αποτελείται από ισχυρούς δεσμούς και σχέσεις ομογενών ομάδων με παρόμοια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως σχέσεις συγγένειας, φιλικές και γειτονικές. Το δεσμευτικό κεφάλαιο κατευθύνεται προς το εσωτερικό των ομάδων. Το κεφάλαιο γεφύρωσης αναφέρεται σε οριζόντιες σχέσεις μεταξύ ετερογενών ομάδων, όπως οι εργασιακές σχέσεις. Γεφυρώνει διαφορετικές ομάδες (εθνοτικές,

θηρσκευτικές κ.α.) μέσα από τη συνεργασία για ένα κοινό σκοπό. Το συνδετικό κεφάλαιο περιλαμβάνει κάθετες σχέσεις ατόμων ή ομάδων με ετερογενή χαρακτηριστικά, που θέλουν να αποκτήσουν πρόσβαση σε θέσεις εξουσίας. Οι σχέσεις αυτές είναι ιεραρχικά δομημένες και τα άτομα προέρχονται από διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Putnam, 2000).

Μια ακόμη διάκριση με βάση τον Σωτηρόπουλο (2006), είναι η διάκριση σε θετικό και αρνητικό κεφάλαιο. Το θετικό κεφάλαιο είναι μια κατάσταση κατά την οποία οι σχέσεις που δημιουργούνται, κοινωνικές και οικονομικές χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα και οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα. Το αρνητικό κεφάλαιο περιλαμβάνει άτυπες σχέσεις που παρατηρούνται σε συντεχνίες και σε τοπικό επίπεδο. Είναι σχέσεις που διευκολύνουν την ανάπτυξη του κοινωνικού αποκλεισμού σε όλους τους τομείς της ζωής και δεν είναι ωφέλιμες για την κοινωνία. Αντιθέτως, έχουν αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις (Σωτηρόπουλος, 2006).

2.4 Διαστάσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου

Η αναφορά των βασικότερων διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου είναι κρίσιμη τόσο για την κατανόηση όσο και για την μέτρηση του στα πλαίσια της κοινωνίας (Τσουνής και Σαράφης, 2016). Οι διαστάσεις αυτές είναι η εμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα-αλληλεγγύη, η ανοχή στη διαφορετικότητα, η κοινωνική συμμετοχή, οι αξίες και οι κανόνες, η ασφάλεια, η αίσθηση της κοινότητας και η πρόδραση. Μια βασική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η εμπιστοσύνη, η οποία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου. Σύμφωνα με τους Bullen and Onyx (1998), η εμπιστοσύνη είναι συνδεδεμένη με την προθυμία των ανθρώπων να αναμειχθούν σε καταστάσεις, που ίσως φέρουν κινδύνους, σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης, στο οποίο τα άτομα θα δράσουν υποστηρικτικά ή τουλάχιστον δεν έχουν σκοπό να βλάψουν. Ο Woolcock (2001) θεωρεί ότι η εμπιστοσύνη είναι απόρροια του κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ ο Coleman και ο Putnam πιστεύουν ότι είναι ένα από τα βασικά στοιχεία για τη διαμόρφωση του. Ο Fukuyama (1995) υποστηρίζει ότι η ύπαρξη του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέεται με την επικράτηση της εμπιστοσύνης σε μια κοινωνία. Αντίθετα, ο Field (2004), επισημαίνει ότι η εμπιστοσύνη δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια σταθερή μεταβλητή γιατί υπάρχουν είδη σχέσεων που λειτουργούν καλά με μικρό ποσοστό εμπιστοσύνης. Μια δεύτερη εξίσου σημαντική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η αμοιβαιότητα-

αλληλεγγύη. Σύμφωνα με τον Edwards (2004), είναι η προσδοκία των ανθρώπων ότι κάνοντας καλές πράξεις ο ένας για τον άλλο, θα λάβουν ανταπόδοση για αυτές. Αυτή είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία που συντηρεί το κοινωνικό κεφάλαιο. Είναι ένας συνδυασμός σύντομου αλτρουισμού και μακράς ανιδιοτέλειας (Cox, 2000). Η κοινωνική συμμετοχή είναι ακόμη μία διάσταση με μεγάλη σημασία για το κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τον Ιατρίδη (1973 στο Σταθόπουλος, 2001), ορίζεται ως « η συμμετοχή των κατοίκων των πληθυσμιακών ομάδων στη λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή τους δεν είναι μόνο βασική αρχή ελευθερίας και δημοκρατίας αλλά αποτελεί επίσης προϋπόθεση επεμβάσεων για σχεδιασμένη κοινωνική αλλαγή και βασικό οργανωτικό στοιχείο της ανάπτυξης της μεταβιομηχανικής κοινωνίας». Σύμφωνα με τον Putnam (1993) η κοινωνική συμμετοχή έχει σχέση με τις οριζόντιες σχέσεις των μελών και της οικογένειας καθώς και τις κάθετες μεταξύ κοινοτήτων και θεσμικών φορέων. Η αυξημένη κοινωνική συμμετοχή συνεισφέρει στην ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, αποτελώντας σημαντικό κριτήριο καταγραφής κοινωνικού κεφαλαίου (Cox, 2000). Οι Atwood et al (2003), ορίζουν τέσσερις τύπους συμμετοχής: α) Η συμμετοχή των πολιτών σε συλλόγους, οργανώσεις και ομάδες. β) Ο άτυπος εθελοντισμός που σχετίζεται με τη προσφορά βοήθειας σε άτομα εκτός συγγενικού ή στενού περιβάλλοντος. γ) Ο τυπικός εθελοντισμός που έχει να κάνει με τη παροχή βοήθειας στους άλλους, συμμετέχοντας σε ομάδες, οργανώσεις και συλλόγους. Αναγκαία προϋπόθεση για τον συγκεκριμένο τύπο συμμετοχής είναι η δέσμευση και ο χρόνος. δ) Η συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες που αφορούν δημόσιες και πολιτικές συνεδριάσεις. Επιπλέον, αναγκαία διάσταση κοινωνικού κεφαλαίου είναι και η αίσθηση ασφάλειας. Όπως υποστηρίζει ο Putnam (2000), η αίσθηση της ασφάλειας, από τη μία ενισχύει τη συμμετοχή των ατόμων στη κοινότητα και από την άλλη η υψηλή συμμετοχή στις τοπικές δραστηριότητες εντείνουν την αίσθηση ασφάλειας στην κοινότητα. Ακόμη, υπάρχουν στοιχεία που συνδέουν τη χαμηλή εγκληματικότητα με την ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου (Κορνιλάκη, 2010). Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει διαπιστωθεί ότι το αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο οδήγησε σε χαμηλότερα επίπεδα ανθρωποκτονιών σε ορισμένα κράτη (Putnam, 2000). Οι Kawachi & Kennedy (1997), τονίζουν την αιτιώδη σχέση μεταξύ της αύξησης της εγκληματικότητας με την περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών σε δραστηριότητες της κοινότητας καθώς και τις αρνητικές συνέπειες της αίσθησης ανασφάλειας των πολιτών με τα αυξημένα επίπεδα παραβατικότητας. Ενώ οι Carcach & Huntley (2002) σε έρευνα που διεξήγαγαν για τη ενεργή συμμετοχή στις κοινότητες, παρατήρησαν

μείωση της παραβατικότητας λόγω της συμμετοχής των πολιτών σε δραστηριότητες της κοινότητας. Η ανοχή στη διαφορετικότητα είναι μια εξίσου σημαντική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου. Σύμφωνα με τον Ζαϊμάκη (2002) υπάρχουν δύο τύποι ανοχής, η ενεργητική και η παθητική. Η παθητική ανοχή ταυτίζεται με παγιωμένες πεποιθήσεις πολιτισμικών παραδόσεων. Νομιμοποιεί τις υπάρχουσες σχέσεις και χαρακτηρίζεται ως επιφανειακή ανοχή στο διαφορετικό. Η ενεργητική προϋποθέτει την κινητοποίηση των φορέων με στόχο την εξασφάλιση και την επίτευξη της αποδοχής των διαφορετικών αντιλήψεων. Οι Onyx & Bullen (2000), υποστηρίζουν ότι η διαφορετικότητα χωρίζεται σε πρωταρχική και σε δευτερεύουσα. Η πρωταρχική στηρίζεται σε παράγοντες όπως το φύλο, η φυλή, η ηλικία, η εθνικότητα κ.α. Η δευτερεύουσα διαφορετικότητα σχετίζεται με τη γλώσσα, την εκπαίδευση, την θρησκεία και την κουλτούρα. Επομένως, η ανοχή απέναντι στη διαφορετικότητα επηρεάζει θετικά το κοινωνικό κεφάλαιο γιατί μέσω αυτής ενισχύεται η ανάπτυξη των κοινωνικών δικτύων και η πολυφωνία στην έκφραση ιδεών (Onyx & Bullen, 2000). Οι κανόνες και οι αξίες είναι διαστάσεις με ιδιαίτερη σημασία για τον κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με την Κατσάπη (2010), οι κανόνες και οι αξίες έχουν μεγάλη βαρύτητα σε μια κοινωνία γιατί αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις της. Οι Grootaert & Bastelaer (2002), υποστηρίζουν ότι τα κοινωνικά πρότυπα και οι αξίες αποτελούν διαστάσεις που εμπερικλείουν κοινωνικά πρότυπα και κοινές πολιτιστικές αντιλήψεις καθώς και τις συνέπειες των αντιλήψεων αυτών στη κοινωνία. Τα πρότυπα και οι αξίες είναι μορφές άτυπου κοινωνικού ελέγχου. Σημαντική παράμετρος είναι και η αίσθηση της κοινότητας για το κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τον Putnam (1993 στο Τσουνής και Σαράφης, 2016), η κοινότητα είναι σημαντικό στοιχείο της κοινωνικής συνοχής καθώς και απόρροια των κανόνων, της συμμετοχής σε κοινωνικά δίκτυα, της εμπιστοσύνης και της αμοιβαιότητας. Τέλος, κρίσιμης σημασίας είναι και η πρόδραση. Σύμφωνα με τους Pujol et al. (2005), η δυνατότητα του ατόμου να παίρνει πρωτοβουλίες και να αλλάζει το περιβάλλον στο οποίο ζει με σκοπό την επιτυχή πραγματοποίηση των στόχων του. Η πρόδραση αναφέρεται στις συμπεριφορές των ατόμων στη κοινωνία.

2.5 Η μέτρηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου

Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου δεν είναι εύκολη υπόθεση επειδή το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχει ένα ενιαίο ορισμό. Μέχρι σήμερα, πολλές μελέτες χρησιμοποιούν

μια μεθοδολογία που επικεντρώνεται σε ερωτήσεις που αφορούν την εμπιστοσύνη, τα κοινωνικά δίκτυα και τη κοινωνική συμμετοχή (Λιναρδής και συν., 2012). Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου έχει διεξαχθεί τόσο με ποιοτικές όσο και με ποσοτικές μεθόδους έρευνας σε ατομικό ή και σε συλλογικό επίπεδο. Η μεθοδολογία που ξεχωρίζει είναι ο συνδυασμός ατομικών και συλλογικών παραμέτρων, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό κεφάλαιο ως ατομική και οικολογική ιδιότητα (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Αν και οι περισσότερες ευρωπαϊκές έρευνες περιέχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στο κοινωνικό κεφάλαιο αλλά δεν εστιάζουν σε αυτό, υπάρχουν έρευνες και ερωτηματολόγια που διερευνούν λεπτομερώς περισσότερες πλευρές του κοινωνικού κεφαλαίου (Λιναρδής και συν., 2012). Τέτοιες έρευνες είναι:

- Η αναλυτική μέθοδος των Hean et al. (2003), η οποία στηρίζεται σε ποιοτικά κυρίως δεδομένα, με ερωτήσεις ποιοτικής ανάλυσης. Οι ερωτήσεις αφορούν :τα αρχικά συναισθήματα του ατόμου για την ομάδα, την αλλαγή των συναισθημάτων με τη πάροδο του χρόνου και τις προσδοκίες του ατόμου από αυτή.
- Οι Sampson et al. (1997) προσπάθησαν να μετρήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο ως συλλογικό στοιχείο. Επιδίωξαν να καθορίσουν μέσα από την κοινωνική συνοχή και τον ανεπίσημο κοινωνικό έλεγχο τη συλλογική αποτελεσματικότητα, με ερωτήσεις που αφορούσαν τη γειτονιά.
- Οι Natayan & Cassidy (2001), ανέπτυξαν ένα πολύ επίπεδο μοντέλο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου από μία πιλοτική έρευνα που διεξήγαγαν το 1998. Το ερωτηματολόγιο τους περιλαμβάνει 7 πτυχές του κοινωνικού κεφαλαίου που είναι οι εξής: α) Χαρακτηριστικά ομάδας ερωτήσεις σχετικές με τη συμμετοχή σε εθελοντικές και πολιτικές οργανώσεις. β) Γενικευμένες νόρμες: περιλαμβάνει ερωτήσεις γενικευμένης και διαπροσωπικής εμπιστοσύνης. γ) Ομαδικότητα: περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την εκπλήρωση αναγκών των ατόμων από την κοινότητα, το χωριό και ή τη γειτονιά και την διερεύνηση της ομαδικότητας σε αυτά. δ) Καθημερινή κοινωνικότητα: περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα, όπως φίλοι, οικογένεια. ε) Δίκτυα γειτνίασης: περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη βοήθεια από τους γείτονες. στ) Εθελοντισμός: περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τη συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες της κοινότητας, με τον χρόνο που αφιερώνεται σε δραστηριότητες της κοινότητας, με το αν η προσφορά των

ατόμων στις δραστηριότητες είναι ανιδιοτελής. ζ) Εμπιστοσύνη: περιλαμβάνει ερωτήσεις εμπιστοσύνης σε άτομα και θεσμούς που αφορούν την εθνικότητα, τη θρησκεία του ερωτώμενου και των φίλων του σε επίπεδο χωριού, γειτονιάς ή κάποιας οργάνωσης, σε άτομα από οργανώσεις, εταιρίες, τους παρόχους κρατικών υπηρεσιών που εμπλέκονται με τον ερωτώμενο (Λινάρδης και συν., 2012).

- Το γνωστό εργαλείο ατομικής μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου των Onyx & Bullen (2000), η κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου (Social Capital Questionnaire). Το εργαλείο αυτό μετρά τα εξής στοιχεία: α) Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα. β) Σχέσεις στη γειτονιά. γ) Οικογενειακές και φιλικές σχέσεις. δ) Σχέσεις στον εργασιακό χώρο. ε) Κοινωνική δράση. στ) Αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. ζ) Ανοχή στη διαφορετικότητα. η) Αξία ζωής (Koutra et al., 2012).
- Τα εργαλεία SOCAT (Social Capital Assessment Tool) και SOCAP IQ (Integrated Questionnaire for measurement of Social Capital) της Παγκόσμιας Τράπεζας. Το SOCAT είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο που έχει δημιουργηθεί για τη συλλογή στοιχείων κοινωνικού κεφαλαίου από νοικοκυριά, κοινότητες και φορείς. Είναι ένα ολοκληρωμένο εργαλείο και περιέχει ποιοτικές και ποσοτικές προσεγγίσεις (συνεντεύξεις σε ομάδες εστίασης-focus groups). Το SOCAP IQ επικεντρώνεται σε ποσοτικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε χαμηλού οικονομικού επιπέδου χώρες. Ο σχεδιασμός του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης στοχεύει στην εκτίμηση της φτώχειας ώστε να αναπτυχθούν στρατηγικές και προγράμματα για τη μείωση της. Το SOCAP IQ εξετάζει τις κατηγορίες των ομάδων και των δικτύων των οικονομικά αδύναμων, τη φύση των δεσμών που αναπτύσσονται στο εσωτερικό τους, τη συνεργατικότητα μεταξύ των ατόμων στα πλαίσια της κοινότητας και της συμμετοχής τους σε θεσμούς. για την επίλυση των προβλημάτων τους (Λινάρδης και συν., 2012).

2.6 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Συμπεριφορές Υγείας

Αρχικά και πριν γίνει λόγος για το κοινωνικό κεφάλαιο και τη συσχέτισή του με τις συμπεριφορές υγείας, είναι απαραίτητο να τονίσουμε ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό εκδήλωσης συμπεριφορών υγείας στην ενήλικη ζωή του

ατόμου. Όπως άλλωστε τονίζουν και οι Viner et al., (2012 στο Κούτρα, 2014) και Winsanley (2008 στο Κούτρα, 2014). «Οι συμπεριφορές υγείας και ο τρόπος ζωής στην ενήλικη ζωή, είναι σε μεγάλο βαθμό, το αποτέλεσμα της ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της εφηβείας». Επίσης, ο Mackebach et al. (2008 στο Κούτρα, 2014) υποστηρίζει ότι «η μελέτη των συμπεριφορών υγείας στην εφηβεία είναι σημαντική για αρκετούς λόγους και κυρίως γιατί οι όποιες επιλογές στην εφηβεία θα επιβαρύνουν το άτομο σε όλη του τη ζωή». Είναι απαραίτητο λοιπόν να λαμβάνουμε υπόψιν μας και την εφηβική ηλικία στη διερεύνηση των συμπεριφορών υγείας και στον τρόπο διαχείρισής τους από τους ενήλικες κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε τη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου με τις συμπεριφορές υγείας, οι οποίες εξετάζονται πέρα από το ατομικό επίπεδο με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο σχετίζονται και αν οι συμπεριφορές υγείας επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην υγεία των ατόμων. Morrow (1999 στο Κούτρα, 2014) Σύμφωνα με τον Putnam (2002, στο Κούτρα, 2014) «το κοινωνικό κεφάλαιο πρέπει να μελετηθεί προκειμένου να διερευνηθούν οι διάφορες οπτικές των κοινωνικών δικτύων, τα οποία αποτελούν κοινωνικό πλαίσιο από το οποίο διαμορφώνονται οι όποιες συμπεριφορές υγείας». Για να εξακριβώσουμε, λοιπόν, τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με τις συμπεριφορές υγείας του ατόμου, οφείλουμε πρωτίστως να διερευνήσουμε εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας.

2.6.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Υγεία

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ο ορισμός της υγείας διατυπώνεται ως «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (W.H.O., 1946). Το κοινωνικό κεφάλαιο διαμορφώνεται από τα κοινωνικά δίκτυα στην κοινότητα, τη κοινωνική συμμετοχή, την πρόσβαση σε άτυπα ή θεσμικά δίκτυα ενημέρωσης, στην ανταποδοτικότητα και την εμπιστοσύνη (Κριτσωτάκης et al., 2009). Τα τελευταία χρόνια θεωρείται άξιο μελέτης από την ερευνητική κοινότητα και αποκτά μεγάλο ενδιαφέρον η μελέτη του στο χώρο της υγείας (Κριτσωτάκης et al., 2009). Κάτι τέτοιο είναι εύλογο, καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο, αποτελεί δείκτη συνοχής και οργάνωσης των κοινωνιών και θεωρείται ότι έχει ιδιαίτερη σχέση με θετικά αποτελέσματα σε πολλές παραμέτρους της υγείας. Επίσης, ο χώρος της υγείας βρίσκεται σε μια συνεχή αναζήτηση ώστε να αποδώσει την ερμηνεία και την αιτιολόγηση διαφόρων αποτελεσμάτων, βασιζόμενη στην αλληλεπίδραση τόσο ατομικών όσο και κοινωνικών παραγόντων (Κριτσωτάκης et al., 2009). Οι Γκιωνάκης

et al., (2005, στο Κριτσωτάκης 2009) αναφέρουν ότι υπό αυτές τις συνθήκες το κοινωνικό κεφάλαιο, καθώς περιλαμβάνει πληθώρα κοινωνικών παραγόντων (κοινωνική συνοχή, συμμετοχή, εμπιστοσύνη, ανταποδοτικότητα, αλληλεγγύη) μπορεί να διαμορφώσει δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. (Γκιωνάκης et al.,2005). Σύμφωνα με τους Wen and Christakis (2005, στο Κριτσωτάκης, 2009) επιρροή στην υγεία των ατόμων ασκούν τα χαρακτηριστικά της περιοχής όπου διαμένει το κάθε άτομο, αλλά και ατομικοί παράμετροι με διάφορες ασθένειες, όπως π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου (Wen and Christakis, 2005). Επιπλέον, οι Cambell et al., (2001, στο Κριτσωτάκης, 2009) υποστηρίζουν ότι «το κοινωνικό κεφάλαιο δεν *«διανέμεται ούτε χρησιμοποιείται ομοιογενώς από όλον τον πληθυσμό μιας περιοχής»*. Όπως υποστηρίζει ο Poortinga, η ύπαρξη καλού επιπέδου κοινωνικής εμπιστοσύνης και κοινωνικής συμμετοχής επιδρούν θετικά στο επίπεδο υγείας των ατόμων σε χώρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο συγκριτικά με χώρες όπου το κοινωνικό κεφάλαιο είναι χαμηλό (Poortinga, 2006). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βηρυτό αξιολογήθηκε το κοινωνικό κεφάλαιο και η κατάσταση της υγείας μεταξύ εφήβων ηλικίας 13-19 ετών, Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μεγάλη δυσπιστία και κοινωνικός κατακερματισμός στα άτομα που ζούσαν σε φτωχές προαστιακές κοινότητες. Επιπροσθέτως, οι έφηβοι με χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου είχαν τετραπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν κακή υγεία συγκριτικά με τους άλλους (Khawaja et al., 2006). Παρόμοια, σε άλλες μελέτες που διεξήχθησαν σε πιο εύπορες χώρες όπως ο Καναδάς, οι Boyce et al., (2008, στο Borges et al., 2010) διαπίστωσαν ότι οι νέοι από οικογένειες με χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν κακή υγεία (Boyce et al., 2008). Σύμφωνα με τον Rose (1993, στο Κριτσωτάκης, 2009), *«σε υγειονομικές και κοινωνικές παραμέτρους η κατανομή μιας μεταβλητής αυξάνεται ή μειώνεται λειτουργώντας ως ενιαίο σύνολο»* (Rose, 1993). Σύμφωνα με αυτό, αν μειωθεί ο μέσος όρος βάρους σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, θα μειωθούν και τα παχύσαρκα άτομα. Θεωρητικά, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι όσο περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο υπάρχει σε μια συγκεκριμένη κοινωνική δομή, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το ποσοστό των ατόμων που θα παρουσιάζουν υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο. Στη πράξη, αυτό σημαίνει ότι θα αυξηθεί η κοινωνική εμπιστοσύνη, η κοινωνική συμμετοχή, και τα άτομα θα έχουν πρόσβαση σε δίκτυα ενημέρωσης κ.ά. Με λίγα λόγια, η εκάστοτε συμπεριφορά ή χαρακτηριστικό δεν διαμορφώνεται ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά είναι αποτέλεσμα και κοινωνικών χαρακτηριστικών (Κριτσωτάκης

et al., 2009). Οι Kawachi et al (1991 στο Κριτσωτάκης et al., 2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό να διερευνήσουν τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την οικονομική ανισότητα και τη θνησιμότητα και κατά επέκταση την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της έρευνας οι Αφροαμερικανοί στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με άτομα από άλλες χώρες με σημαντικά χαμηλότερους οικονομικούς δείκτες ανάπτυξης, όπως η επαρχία της Κεράλα στην Ινδία, η Τζαμάικα ή η Σρι Λάνκα. Παρόλο που το κατά κεφαλήν εισόδημα των Αφρό-Αμερικανών είναι πολύ χαμηλότερο σε σχέση με εκείνο των λευκών συμπατριωτών τους, είναι κατά πολύ υψηλότερο σε σχέση με αυτό των προαναφερθεισών χωρών. Σύμφωνα με τον SEN (1999 στο Κριτσωτάκης et al., 2009) η αντίφαση που προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι εξαιτίας των κοινωνικών δομών και της ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων στην κοινότητα. Ο Κριτσωτάκης et al., (2009) μετά από αποτελέσματα διάφορων μελετών, υποστηρίζουν πως διαφαίνεται ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με θετική επίδραση στη κατάσταση της υγείας των ατόμων σε διάφορες περιπτώσεις, όπως η διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών, η καλύτερη ποιότητα ζωής σε υποβαθμισμένες περιοχές στην τρίτη ηλικία, η μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, η μείωση του επιπολασμού επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας (Lindstorm et al., 2001), καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη σωματική (Sirven, 2006) και τη ψυχολογικής υγεία και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Folland, 2007), καρδιαγγειακών παθήσεων (Sundquist et al., 2006), χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Winstanley et al., 2006), γεννήσεων στην εφηβική ηλικία (Cirosby et al., 2006, Denner et al., 2001), AIDS και άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Holtgrave et al., 2003). Οι Caughy et al. (2003 στο Κριτσωτάκης et al., 2009) διαπίστωσαν ότι σε φτωχές περιοχές της Βαλτιμόρης στις ΗΠΑ, όσο λιγότερο δεμένες ήταν οι μητέρες με την κοινότητά τους και διέθεταν κοινωνικά δίκτυα και εκτός από αυτή, τα παιδιά τους αντιμετώπιζαν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Takahashi et al., (2008 στο Κριτσωτάκης et al., 2009) μετά από έρευνα που έγινε σε περιθωριοποιημένους Φιλιπινέζους μετανάστες, φορείς του AIDS στο Λος Άντζελες των ΗΠΑ, το κοινωνικό κεφάλαιο διαπιστώθηκε να έχει και θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, οποιοσδήποτε υποστήριζε τα άτομα είτε οικονομικά, είτε συναισθηματικά (φίλοι, ομάδες, συγγενείς) αποτελούσε κύρια αιτία εγκλωβισμού των ατόμων σε μια και περιοριστική πραγματικότητα δομημένη με κοινωνικά στερεότυπα (μετανάστες, ομοφυλόφιλοι,

φορείς του AIDS), μην έχοντας τη δυνατότητα απαλλαγής από αυτή. (έλλειψη συνδετικού/ενωτικού κοινωνικού κεφαλαίου). Σύμφωνα με τον Κριτσωτάκης et al., (2009) κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, (Cairns et al., 1988) των αστέγων, (Fitzpatrick et al., 2007) ή των παιδιών με ειδικές ανάγκες (Emerson et al., 2007). Τα άτομα, επομένως, που εμπλέκονται δυσκολεύονται ή και αδυνατούν να δημιουργήσουν κοινωνικές σχέσεις και δίκτυα εκτός του παραβατικού, του στενού οικογενειακού και φιλικού πλαισίου και κατά συνέπεια παγιδεύονται σε αυτό (Κριτσωτάκης et al., 2005). Καθώς τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη κινητικότητα ως προς την ερμηνεία και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες διαμορφώνονται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο θα ήταν αρκετά εποικοδομητικό να διερευνηθεί η σύνδεση της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου με την ψυχική υγεία.

2.6.2 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Ψυχική Υγεία

Για να διερευνήσουμε τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ψυχική υγεία, θα πρέπει να ορίσουμε τι είναι ψυχική υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948) προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως *«μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δίκες του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα του»*. Ακόμη, συμπληρώνει *«η ψυχική υγεία είναι θεμελιώδης για τη συλλογική και ατομική μας ικανότητα, καθώς οι άνθρωποι σκέφτονται, εξελίσσονται, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, κερδίζουν τα προς το ζην και απολαμβάνουν τη ζωή»*. Επίσης τονίζεται ότι *«οι πολιτισμικές διαφορές, οι υποκειμενικές εκτιμήσεις και οι ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες επηρεάζουν το πώς ορίζεται η ψυχική υγεία»*. Σε μια μελέτη που έλαβε χώρα στη Ρωσία, διερευνήθηκε η σχέση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την αυτό εκτιμώμενη σωματική και συναισθηματική υγεία. Στη μελέτη συμμετείχαν 2000 άτομα, όπου χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 5 ερωτήσεις για κάθε παράμετρο. Το 15% της αναφερόμενης συναισθηματικής υγείας μπορούσε να εξηγηθεί, λαμβάνοντας υπόψη διαφορές σε τομείς του κοινωνικού κεφαλαίου. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ανάμεσα σε αυτά τα άτομα που στηρίζονται και χρησιμοποιούν διάφορα δίκτυα Όσοι χρησιμοποιούν επίσημα δίκτυα αναφέρουν καλύτερη συναισθηματική υγεία συγκριτικά με εκείνους που χρησιμοποιούν ανεπίσημα δίκτυα (Rose, 2000). Τόσο το κοινωνικό, το ψυχολογικό περιβάλλον, αλλά οι συνθήκες ζωής σε άτομα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αποτελούν

παράγοντες που δημιουργούν άγχος. Το άγχος έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Πολλά από τα προβλήματα που επιφέρει είναι αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλεργίες, έλκος, υπέρταση, μείωση της άμυνας του οργανισμού, ημικρανίες και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων. Επίσης, το άγχος συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας όπως με την αύξηση του καπνίσματος, της ανθυγιεινής διατροφής, της κατανάλωσης αλκοόλ και τοξικών ουσιών (Wilkinson, 2003). Ο εθισμός σε καθετί από αυτές τις συμπεριφορές, σχετίζεται με νοσηρότητα στα καρδιαγγειακά νοσήματα, την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, τα κακοήθη νεοπλάσματα, τα τροχαία ατυχήματα, και τη μείζονα κατάθλιψη (Marmot, 2005) (Murray, and Lopez, 2007). Η διαπροσωπική και η θεσμική εμπιστοσύνη, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής νόσου, φαίνεται να προστατεύουν από την παρουσία μείζονος κατάθλιψης στα άτομα που αντιμετωπίζουν χαμηλά επίπεδα οικονομικής πίεσης (Economou et al., 2004). Ο Putnam (2000) έκανε λόγο σχετικά με την «επιδημία κατάθλιψης» στις ΗΠΑ, φέρνοντας ως παράδειγμα τη κοινότητα Amish στην Πενσυλβάνια, όπου υπάρχει πιθανότητα να την αποφύγει εξαιτίας των ισχυρών κανόνων εμπιστοσύνης που διαθέτει. Σε μια έρευνα από τους (Lindstrom and Mohenski, 2009) για τη δημόσια υγεία που διεξήχθη στη Σουηδία, τα χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης σε άλλους (διαπροσωπική εμπιστοσύνη) και στο σουηδικό κοινοβούλιο (θεσμική εμπιστοσύνη) έχουν διαπιστωθεί ότι σχετίζονται με κακή αυτοαξιολογούμενη ψυχολογική υγεία. Σύμφωνα με την Economou et al. (2004) η μακρόχρονη οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε, όπως ήταν αναμενόμενο, αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Στη μελέτη που έγινε στην Ελλάδα με τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 2256 ερωτηθέντων σε εθνικό επίπεδο τηλεφωνικής έρευνας για το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος-Απρίλιος 2011. Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της διαπροσωπικής και θεσμικής εμπιστοσύνης με τη παρουσία μείζονος κατάθλιψης και γενικευμένης διαταραχής άγχους. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν τόσο η διαπροσωπική όσο και η θεσμική εμπιστοσύνη βρέθηκαν να αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι της παρουσίας μείζονος κατάθλιψης, αλλά όχι ενάντια στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή για άτομα που βιώνουν μικρό οικονομικό πρόβλημα. Ωστόσο, σε άτομα που αντιμετωπίζουν υψηλό οικονομικό πρόβλημα, η διαπροσωπική και θεσμική εμπιστοσύνη δεν βρέθηκε να έχει καμία σχέση με την παρουσία των δύο διαταραχών. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ψυχική υγεία δεν είναι ομοιόμορφη, όπως φαίνεται από το αντιφατικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε

ότι το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο (διαπροσωπική/θεσμική εμπιστοσύνη) δεν έχει προστατευτική επίδραση στην ψυχική υγεία όταν υπάρχει σοβαρό οικονομικό πρόβλημα (Economou et al., 2004). Σε μια άλλη μελέτη που έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέθεταν χαμηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου είχαν διπλάσιες πιθανότητες να νοσήσουν με κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή (McCulloch, 2001). Ωστόσο σε έρευνα των (Drukker et al., 2003) που διεξήχθη σε 600 παιδιά από 36 γειτονίες των ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας. Επιπλέον, μετά από έρευνα των (Mitchell et al., 2002), υποστήριξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε φτωχές περιοχές στις ΗΠΑ, τα άτομα που είχαν υψηλό δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο, μην έχοντας κοινωνικά δίκτυα εκτός της περιοχής τους, παρουσίασαν περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που οι σχετικές έρευνες μαρτυρούν τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας, δεν είναι σαφές κατά πόσο το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται απαραίτητα με χαμηλή συχνότητα ψυχικών διαταραχών και κατ' επέκταση με υψηλό επίπεδο ψυχικής υγείας.

2.6.3 Άλλοι παράγοντες αλληλεπίδρασης με το Κοινωνικό Κεφάλαιο, την Υγεία και την Ψυχική Υγεία

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η άνιση κατανομή του εισοδήματος ανάμεσα στα άτομα, έχουν μεγαλύτερη σημασία καθώς αλληλεπιδρούν με το κοινωνικό κεφάλαιο διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας (Carlson,2004) (Mansyra et al., 2008). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένα, *«τα τελευταία χρόνια,, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει συμβάλλει στη συρρίκνωση του βιοτικού επιπέδου με αποτέλεσμα η φτώχεια, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός να αποτελούν το 1/3 της κοινωνίας»* (Βιδάλη και Μπιτσώρη, 2018). Ο Φακολιάς (2012, στο Βιδάλη και Μπιτσώρη, 2018) αναφέρει ότι *«σε ατομικό επίπεδο, οι εσωτερικοί κανόνες καθιστούν τους ανθρώπους υποχρεωμένους και πρόθυμους να συμπεριφέρονται με τον σωστό τρόπο και να παρέχουν στήριξη στους άλλους, όσοι ακολουθούν τους κανόνες δέχονται θετικές επιρροές της υγείας ενώ εκείνοι που δεν προσαρμόζονται τιμωρούνται ή κοινωνικά αποκλείονται»*. Σύμφωνα με τον WHO (1986, στο Βιδάλη και Μπιτσώρη, 2018) σημαντικά στοιχεία έχουν δείξει ότι *«Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει θετικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία του ατόμου και έχει ως στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία»*. Οι περισσότερες μελέτες, που

έχουν γίνει, δείχνουν ότι η υγεία των πολιτών επηρεάζεται σημαντικά από τους οικονομικούς παράγοντες. (Μπελετσιώτη και Παπαδόπουλος, 2018). Οι Simou και Koutsogeorgou (2014) υποστηρίζουν ότι με την άνοδο του αριθμού των αυτοκτονιών και άλλων αρνητικών ενδείξεων διαφαίνεται ότι η οικονομική κρίση έχει τεράστιες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Επίσης, σύμφωνα με τους VANDOROS et al., (2013) «το αυτό-αξιολογούμενο επίπεδο υγείας των πολιτών έχει χειροτερεύσει εξαιτίας της οικονομικής κρίσης». Οι ZAVRAS et al. (2012) συμπληρώνουν ότι «το αυτοαξιολογούμενο επίπεδο υγείας των πολιτών καθορίζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και η οικονομική κρίση επηρέασε το επίπεδο υγείας των πολιτών με χαμηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, τους άνεργους και τους συνταξιούχους και διεύρυνε τις ανισότητες μεταξύ τους». Σε μελέτη που έγινε στη περιοχή του Braz μεταξύ εργαζομένων εφήβων διαπιστώθηκε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο φάνηκε να προστατεύει την κατάσταση της υγείας τους. Επομένως, το κοινωνικό κεφάλαιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αυτοαξιολογούμενη υγείας (BORGES et al.,2010). Σύμφωνα με τον DRYDAKIS (2014) «η μακροχρόνια ανεργία επηρεάζει αρνητικά το επίπεδο υγείας των πολιτών». Οι WEICH et al. (1998) υποστηρίζει ότι η ανεργία επίσης έχει άμεση επίπτωση στον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών. Οι επιπτώσεις της ανεργίας προκαλούν δυσφορία, κατάθλιψη, άγχος, ψυχοσωματικά συμπτώματα, αυτοκτονίες, αύξηση της εγκληματικότητας και της χρήσης ουσιών. Οι άνεργοι συνήθως έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξαιτίας της μη ικανοποίησης των ψυχολογικών αναγκών λόγω απουσίας απασχόλησης (Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010). Οι Weich et al. (1998) σε μελέτη που έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία, σε ηλικίες 17-75 ετών, διαπίστωσαν ότι η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν τη συχνότητα και τη διάρκεια των κοινών ψυχικών διαταραχών. Ο κύριος δείκτης που επηρέαζε την μείωση ή την αύξηση των ψυχικών διαταραχών διαπιστώθηκε ο οικονομικός παράγοντας. Τα δεδομένα που προέκυψαν το 1971 στην Αγγλία και την Ουαλία, διαπιστώθηκαν δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονίες, ιδιαίτερα των ηλικιών 36-44 ετών, εξαιτίας της ανεργίας (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον WHO (2000) το 80% των ανώτερων οικονομικών στρωμάτων είχαν επισκεφθεί τελευταίο χρόνο επαγγελματίες υγείας, στον τομέα της πρόληψης. Ο Marmot (2005, στο Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010) και Williams (1999, στο Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010) υποστηρίζουν ότι «οι μειονότητες σε μια χώρα βιώνουν στίγμα κατωτερότητας, διαμονή σε φτωχές γειτονίες, χαμηλά εισοδήματα, διακρίσεις στην ιατρική περίθαλψη και φροντίδα, περιορισμό των

κοινωνικοοικονομικών ευκαιριών». Οι Stringhini et al. (2011) πραγματοποίησαν μια μελέτη για να διερευνήσουν την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών διαφορών όσον αφορά στη θνησιμότητα και στη νοσηρότητα η οποία ξεκίνησε από το Λονδίνο, το 1985 με συμμετοχή 6.895 ανδρών και 3.413 γυναικών, ηλικίας 35-55 ετών. Το αποτέλεσμα του βαθμού της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία που προέκυψε συγκρίθηκε με το αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής μελέτης Gazel, το 1989, με 20.625 υπαλλήλους ηλικίας 35-50 ετών. Οι μελέτες διεξήχθησαν για 19 και 16 έτη αντίστοιχα, όπου οι ερευνητές διαπίστωσαν το επάγγελμα, ως κύριο δείκτη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων. Επίσης συμπεριφορές υγείας, όπως κάπνισμα, αλκοόλ, ανθυγιεινή διατροφή, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας ήταν ισχυροί δείκτες θνησιμότητας στη γαλλική και στη βρετανική κοινωνία όπου εμφανίζονται σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα και σε κατώτερες επαγγελματικές κατηγορίες. Σε μια παρόμοιου τύπου μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στη Θεσσαλία το 2009 σε 1.372 άτομα, ηλικίας 18 ετών και άνω, η ελλιπής εκπαίδευση και τα χαμηλά εισοδήματα συσχετίστηκαν με κακή σωματική και ψυχική υγεία (Lahana et al., 2010). Οι Κυριόπουλος και Τσιάντου (2010) αναφέρουν ότι «η πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση που πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, συνδέεται με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων των εν λόγω χωρών». Οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις σε σύγκριση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης, και ανώτερης κοινωνικής τάξης. Το αποτέλεσμα της κρίσης είναι η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των αυτοκτονιών, η εξάρτηση από ουσίες και η αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Από την άλλη, σε μια μελέτη που πραγματοποίησαν οι Weich and Lewis, 2006, όπου συμμετείχαν 7.726 άτομα ηλικίας 16-75 ετών, το 1998 εκτιμήθηκε ότι οι πιο συνήθεις ψυχικές διαταραχές, όπως το άγχος, και η κατάθλιψη, σχετίζονται με την ανεργία και τη φτώχεια, ανεξάρτητα από την επαγγελματική κοινωνική τάξη. Ωστόσο, τέλος, οι Stuckler et al., (2009, στο Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010) και ο Burchel (1994 στο Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010) επισημαίνουν ότι «η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες». Συμπερασματικά, συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω βλέπουμε ότι η

αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων αντικατοπτρίζεται στη σχέση τους με το κοινωνικό κεφάλαιο όπως η άνιση κατανομή του πλούτου, η οικονομική κρίση, η ανεργία, η κοινωνική διαστρωμάτωση, το επάγγελμα και γενικά η κοινωνικό οικονομική ανάπτυξη της χώρας όπου ζει το άτομο. Επομένως, η συμπεριφορά του ατόμου δεν μπορεί να ερμηνευθεί μονόπλευρα, καθιστώντας το κοινωνικό κεφάλαιο πολύ σημαντικό για διερεύνηση όσον αφορά τις συμπεριφορές υγείας στη ζωή του.

2.6.4 Συμπεριφορές Υγείας

Σύμφωνα με τον Mohan et al. (2005) οι συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ-ναρκωτικών, διατροφή, άσκηση, μπορεί να ασκήσουν σημαντική επιρροή στη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας. Από την άλλη ο Roortinga, (2006) διαπίστωσε ότι οι συμπεριφορές υγείας και το κοινωνικό κεφάλαιο δεν είχαν τις ίδιες επιδράσεις στην αυτοαξιολογούμενη υγεία, ωστόσο, οι ενδείξεις δείχνουν αδυναμία συσχέτισης με το κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τους Kawachi και Berkman (2000 στο William et al., 2008) και Subramanian et al. (2002 στο William, 2008) «*κοινότητες με υψηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου έχουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας*». Οι William et al. (2008) υποστηρίζουν ότι από τις εμπειρικές μελέτες έχει αποφανθεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο συσχετίζεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας όπως η σωματική δραστηριότητα, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ. Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου μείωσε τη θνησιμότητα όταν υπήρξε έλεγχος των συμπεριφορών υγείας (William et al., 2008). Από την έρευνα των τελευταίων χρόνων έχουν διαπιστωθεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να ενισχύσει τους κοινωνικούς κανόνες για την απόκτηση πιο υγιών συμπεριφορών (McNeill et al., 2006). Οι συμπεριφορές υγείας που αναφέρθηκαν προηγουμένως, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες της υγείας καθώς επιδρούν σε καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνους και πολλές άλλες χρόνιες ασθένειες. Κάποιες άλλες συμπεριφορές υγείας, όπως η κατάχρηση ναρκωτικών (που αυξάνουν τη θνησιμότητα) και οι σεξουαλικές συμπεριφορές, που οδηγούν σε σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες/λοιμώξεις, συνδέονται και αυτές με τη σειρά τους με την υγεία με τον δικό της τρόπο η καθεμία (Kawachi et al., 2008). Από την άλλη, το κοινωνικό κεφάλαιο, με την έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην διαμόρφωση των συμπεριφορών υγείας (Koutra et al., 2017) Σύμφωνα με το Institute of Medicine (2002 στο Kawachi et al., 2008) το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας μέσω της διαμόρφωσης κανόνων, επιβολής

κοινωνικού ελέγχου, δυνατότητα ή μη της συμμετοχής ατόμων με συγκεκριμένες συμπεριφορές, μείωση ή παραγωγή άγχους. Οι McNeill et al., (2006) αναγνώρισαν τα κοινωνικά δίκτυα ως μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος των ανθρώπων που μπορούν να επιτρέψουν ή να περιορίσουν την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία. Οι Pickett et al. (2006) αναφέρουν ότι η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων στα άτομα μειώνουν τις πιθανότητες συμμετοχής σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Ακόμη, ανακάλυψαν ότι τα υποστηρικτικά περιβάλλοντα (σπίτι, σχολείο) λειτούργησαν θετικά μειώνοντας τις συμπεριφορές κινδύνου των νέων. Μελέτες χρόνων έχουν δείξει ότι η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων διευκολύνει τη πρόσβαση και τη παροχή σε πόρους (ατομικούς, κοινωνικούς) και υλικά αγαθά, περιορίζει τις αρνητικές καταστάσεις της υγείας και την έκθεση σε μολυσματικές ασθένειες (Kawachi et al., 2008). Επίσης, στα άτομα που διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής δικτύωσης, είναι αυξημένη η πιθανότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (γιατρούς, νοσοκομεία, κλινικές) αλλά και στην άτυπη υγειονομική περίθαλψη (οικογένεια, φίλοι, γνωστοί που παρέχουν φροντίδα και συμβουλές) σε ενδεχόμενα προβλήματα υγείας (William et al., 2008). Επιπλέον, «*οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, καθώς και οι ευρύτερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες, χρησιμεύουν στη διαμόρφωση του κοινωνικού δικτύου στο οποίο ενσωματώνεται ένα άτομο*» Dahlgren and Whitehead (2007 στο Durst et al., 2013). Με βάση τα παραπάνω, λόγω της αυξημένης σημασίας των κοινωνικών δικτύων, και επομένως, και των διαδικτυακών κοινωνικών δικτύων, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με BVDW (2010 στο Durst et al., 2013) και Ma et al. (2010, στο Durst et al., 2013) τα κοινωνικά μέσα αποτελούν μέρος της καθημερινότητας των ανθρώπων και ασκούν σημαντική επιρροή στη διάδοση και την υιοθέτηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Η αυτοεκτίμηση της υγείας έχει διαπιστωθεί ότι περιλαμβάνει διάφορες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, όπως απομόνωση, κατάθλιψη και αρνητικά συμβάντα ζωής (Kaplan & Camacho, 1983). Επίσης, υποστηρίζεται ότι υπάρχει επίδραση της ανάληψης κινδύνου στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία, όπου μετά από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει υποστηριχτεί ότι σχετίζεται με τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας των νέων (Pickett et al., 2006) αλλά και με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα (Simpson et al., 2006). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει σχέση με τη θνησιμότητα, τη χρήση ουσιών για εφήβους, την αυτοεκτίμηση, τις σχολικές επιδόσεις και τις οικογενειακές σχέσεις (William et al., 2008). Επιπροσθέτως συσχετίσεις έχουν διαπιστωθεί και μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και

συμπεριφορών υγείας βάσει της επαγγελματικής κατάστασης, της οικογενειακής ευημερίας, της εκπαίδευσης ή του εισοδήματος (Koutra et al., 2017). Επιπλέον, σύμφωνα με τον William et al., (2008) «το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς επηρεάζει και επιδρά στην υγεία των νέων». Το υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου μιας γειτονιάς έχει συσχετιστεί με χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας και καλύτερη αυτοεκτίμηση υγείας (Kavachi et al., 1999) (Poortinga, 2006). Οι Kim et al. (2006) υποστήριξαν ότι οι περιοχές που διαθέτουν συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην υγεία μέσω της πρόσβασης και της διάδοσης πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία, ασκώντας άτυπο κοινωνικό έλεγχο σε συμπεριφορές υγείας και προωθώντας τη πρόσβαση σε υπηρεσίες που ενισχύουν την υγιεινή ζωή. Τα στοιχεία που έχουν προκύψει μέσω των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί με τα χρόνια, μαρτυρούν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο και η κοινωνική υποστήριξη μπορούν να αποθαρρύνουν αποκλίνουσες συμπεριφορές υγείας. Επίσης, τονίζεται η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική εμπιστοσύνη και η κοινωνική συμμετοχή των πολιτών φαίνεται από τα ευρήματα να έχει θετική επίδραση στο κάπνισμα των ατόμων Kim et al. (2006). Όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ, το κοινωνικό κεφάλαιο και η κοινωνική υποστήριξη δείχνουν να έχουν θετική επίδραση, ενθαρρύνοντας τα μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ (William et al., 2008). Σχετικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε ατομικό επίπεδο η κοινωνική υποστήριξη, η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή των πολιτών λειτούργησαν θετικά με αποτέλεσμα να ενθαρρύνουν την προτεινόμενη ημερήσια κατανάλωση (William et al., 2008). Συμπληρώνοντας, ο William et al., (2008) αναφέρει ότι η συσχέτιση της αυτοαξιολογούμενης υγείας με τις διάφορες συμπεριφορές υγείας φαίνεται και από άλλη μια διαπίστωση. Όπως υποστηρίζει, έχει αποδειχτεί ότι τα άτομα που δεν καπνίζουν και έχουν μέτρια ή υψηλά επίπεδα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών συνήθως δεν θα αναφέρουν κακή κατάσταση υγείας (William et al., 2008) . Αντίθετα με τη κοινή λογική και τα μέχρι τώρα στοιχεία σε μια έρευνα των Østbye et al. (2002 στο Kawachi et al., 2008) διαπιστώθηκε, ότι οι άνθρωποι που δεν καταναλώνουν αλκοόλ είναι περισσότερο πιθανό να αναφέρουν κακή κατάσταση της υγείας τους. Επίσης, η μελέτη έδειξε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο και η κοινωνική υποστήριξη σχετίζονται θετικά με τη φυσική δραστηριότητα (William et al., 2008). «Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί επίσης να επηρεάσει έμμεσα την υγεία μειώνοντας την πιθανότητα συμπεριφορών υγείας που την επηρεάζουν αρνητικά» (Kouvonen et al., 2008). Τα τελευταία χρόνια φαίνεται οι παράγοντες κινδύνου να έχουν αρνητική

συσχέτιση με συμπεριφορές, όπως ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, το χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Kritsotakis et al., 2016). Πολλές από αυτές τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας είναι σύνηθες να έχουν έναρξη στη πρώιμη ηλικία επηρεάζοντας δυσανάλογα τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες (Heywood et al. 2015). Για να φανεί ο επιπολασμός των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σε Γερμανούς φοιτητές πανεπιστημίου του πρώτου έτους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από το 95% έτρωγαν λιγότερα από πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών, που είναι το προτεινόμενο, το 60% δεν είχε καλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, το 31% ήταν καπνιστές και το 62% ανέφεραν υπερβολική χρήση αλκοόλ (Kritsotakis et al., 2016). Ωστόσο είναι καθοριστικής σημασίας να κατανοήσουμε τους ενδεχόμενους προσωπικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη κάθε συμπεριφορά (Kritsotakis et al., 2015 στο Kritsotakis et al., 2016). Ακόμη, υπάρχει η αντίληψη ότι κάποιες από τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας συνυπάρχουν σε ένα άτομο το οποίο μπορεί να εμπλέκεται σε μία μόνο συμπεριφορά και αυτόματα να αυξήσει τις πιθανότητες να εμπλακεί και σε άλλες επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας (Kritsotakis et al., 2016). Μπορεί ακόμη από τα εμπειρικά στοιχεία των μέχρι τώρα ερευνών να μην αποδεικνύεται η συνύπαρξη αρκετών επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας, ωστόσο πολλές μελέτες δείχνουν συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ με κάπνισμα, τη χρήση ουσιών και σεξουαλικών επικίνδυνων συμπεριφορών καθώς και κάπνισμα, με τη σωματική αδράνεια και την ανθυγιεινή διατροφή (Kritsotakis et al., 2016). Επιπροσθέτως, μέσα από εμπειρικά δεδομένα, διαφαίνεται, ότι οι παράλληλες παρεμβάσεις με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς αυξάνουν τη πιθανότητα να λειτουργήσουν θετικά όταν στοχεύουν σε πολλές συμπεριφορές υγείας π.χ. φυσική δραστηριότητα, διατροφή και κάπνισμα (Kritsotakis et al., 2016). Επίσης, σύμφωνα με την μελέτη των Kritsotakis et al. (2016) διαπιστώθηκε ότι οι επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας σχετίζονται με το φύλο. Οι άντρες, πάντα λαμβάνοντας υπόψη και τις εξαιρέσεις, εμπλέκονται σε περισσότερες επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες (Kritsotakis et al., 2016). Όσον αφορά τη διαφοροποίηση του φύλου στις συμπεριφορές κινδύνου από πολλές μελέτες έχει εκτιμηθεί ότι οι γυναίκες που συμμετέχουν λιγότερο σε ορισμένες συμπεριφορές κινδύνου (όπως η κατανάλωση αλκοόλ, μη χρήση αντισύλληψης κατά την τελευταία επαφή). Ωστόσο φαίνεται να είναι πιθανότερο να εμπλακούν σε άλλες συμπεριφορές κινδύνου (όπως κάπνισμα) και είναι

πιθανότερο να αναφέρουν κακή κατάσταση της υγείας τους. Συμπερασματικά, εφόσον μέσα από την έρευνα μας διαφαίνεται η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με τις συμπεριφορές υγείας, θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον να εξετάσουμε ξεχωριστά τη σχέση του με καθεμία από αυτές.

2.6.4.1 *Αλκοόλ*. Η εφηβεία και η πρόωμη ενηλικίωση αποτελούν περιόδους στη ζωή του ατόμου κατά τις οποίες έχουν εντοπιστεί στα περισσότερα άτομα διάφορες αρνητικές συμπεριφορές υγείας, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών για τα οποία θα γίνει εκτενέστερη αναφορά σε ξεχωριστή ενότητα και το κάπνισμα (Kawachi et al., 2008). Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία το 2002 οι άνδρες και ιδιοκτήτες σπιτιού είχαν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ, ενώ μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και οικονομικά αδρανείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να το κάνουν. Είναι ενδιαφέρον, επίσης, ότι τα άτομα που είχαν τη δυνατότητα να λάβουν κοινωνική υποστήριξη είχαν περισσότερες πιθανότητες να μην καταναλώνουν αλκοόλ. Επιπλέον, τα άτομα με μέτριο ή υψηλό επίπεδο κοινωνικής συμμετοχής ήταν λιγότερο πιθανό να μην καταναλώνουν αλκοόλ (Roortinga, 2006). Σε μια άλλη έρευνα που έγινε σε έφηβους όσον αφορά τη κοινωνική συμμετοχή και τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων σύμφωνα με Vienno et al., (2007 στο Koutra, 2014) έδειξε ότι όσο οι έφηβοι μεγαλώνουν και το ποσοστό της κοινωνικής τους συμμετοχής αυξάνει, αυξάνει και τη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν. Το αλκοόλ επίσης, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που εμφανίζει συσχέτιση με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία στην περίπτωση ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικό επεισοδίου και διαβήτη τύπου II (Murray & Lopez, 1996). Όπως υποστηρίζει ο Rehm et al., (2004), η κατάχρηση αλκοόλ έχει σημαντικό αντίκτυπο και στα ποσοστά θνησιμότητας. Το αλκοόλ αξιολογήθηκε ότι έχει συμβολή στο 3,2% της συνολικής θνησιμότητας στον κόσμο και στο 4,0% στο σύνολο της ασθένειας και αυτά τα ποσοστά φτάνουν πάνω από το 10% στις δυτικές χώρες. Μελέτες που συμπεριέλαβαν και τα ατομικά χαρακτηριστικά, έχουν δείξει κάποιες συνέπειες από την οικογένεια, έφηβοι που ζουν με γονείς ή όχι, το σχολείο και το πανεπιστήμιο σε διαφορετικές δυτικές χώρες. Όπως αναφέρουν και οι Chilcoat and Anthony (1996 στο Kawachi et al., 2008) «έχει αποδειχθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα γονικής παρακολούθησης σχετίζονται με την έναρξη της χρήσης ουσιών από παιδιά (αλκοόλ, κάπνισμα και άλλα ναρκωτικά) και νεότερες ηλικίες». Επίσης, ο βαθμός στον οποίο το σχολείο είναι μια λειτουργική κοινότητα με υποστηρικτικά δίκτυα και κοινωνική συμμετοχή σε σχολικές

δραστηριότητες και αμοιβαίους κανόνες, στόχους και αξίες, μπορεί επίσης να μειώσει τις πιθανότητες συμμετοχής των ατόμων σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας όπως η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών (McMillan στο Chavis, 1986). Ακόμη, σύμφωνα με τους Weitzman and Kawachi (2000), μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο του κολεγίου, μετριέται ως κι η καθημερινή εθελοντική ώρα του ατόμου τις τελευταίες 30 ημέρες, έχει προστατευτικές επιπτώσεις στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Στη νότια Σουηδία μια μελέτη κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο έδειξε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο, υπό την έννοια της κοινωνικής συμμετοχής και της κοινωνικής εμπιστοσύνης, δεν φανέρωσε σημαντική συσχέτιση με την πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ εφήβων ηλικίας 12-18 ετών (Lundborg, 2005). Ακόμη, μια άλλη αμερικανική μελέτη δεν βρήκε συσχέτιση μεταξύ της εμπιστοσύνης σε άλλους και της κοινωνικής συμμετοχής με το αλκοόλ (Greiner et al., 2004). Στην διαπίστωση πως σε ενήλικες πληθυσμούς, όπου η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ υπολογίζεται ως 168 γραμμάρια την εβδομάδα ή περισσότερο για τους άνδρες και 108 γραμμάρια την εβδομάδα ή περισσότερα για τις γυναίκες (British Medical Association, 1995 στο Kawachi et al., 2008), η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών συσχετίστηκε με υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Kawachi et al., 2008). Αυτά τα αποτελέσματα διαφέρουν σαφώς από τις άλλες συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, η σωματική δραστηριότητα και η διατροφή, όπου οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία συγκεντρώνονται στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Kawachi et al., 2008). Επιβεβαιώνοντας την παραπάνω διαπίστωση, ο Kawachi et al. (2008) αναφέρει ότι τα κοινωνικοοικονομικά πρότυπα για την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να αντικατοπτρίζονται στη σχέση μεταξύ πτυχών του κοινωνικού κεφαλαίου και της κατανάλωσης αλκοόλ. Όπως υποστηρίζει και ο Godoy et al. (2006) το αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο, που μετρήθηκε με τη βοήθεια και τη συμμετοχή στην κοινοτική εργασία, συσχετίστηκε με λιγότερες περιπτώσεις κατανάλωσης αλκοόλ εβδομαδιαίως. Ο Poortinga (2006) παρείχε επίσης στοιχεία για τις επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου στην κατανάλωση αλκοόλ καθώς διαπίστωσε ότι τόσο το ατομικό όσο και το κοινωνικό κεφάλαιο σε επίπεδο κοινότητας συσχετίστηκαν με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Σύμφωνα και με τον Wilson (1987) η μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου συμβάλλει στην επικράτηση της ανθυγιεινής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ. Όσον αφορά τη διαφοροποίηση του φύλου, οι Stafford et al. (2005) διαπίστωσαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις στη συσχέτιση του με το κοινωνικό κεφάλαιο στην

ατομική υγεία. Όπως αναφέρουν, το μέγεθος της σχέσης μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας ήταν μεγαλύτερο για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες (Stafford et al., 2005). Σε μια μελέτη που έγινε στην Ταϊβάν εξετάστηκε εάν οι επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου στην ατομική συμπεριφορά καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ ποικίλλουν ανά φύλο. Στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο που μετρήθηκε από τη γενική εμπιστοσύνη στους ανθρώπους και τη στενή γειτονιά συνδέθηκε αρνητικά με τη συμπεριφορά του αλκοόλ ενώ συγκεκριμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις όπως η συμμετοχή σε συλλόγους συσχετίστηκαν θετικά με τη συμπεριφορά του αλκοόλ. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα συνεκτικά κοινωνικά δίκτυα ενισχύουν την εξάλειψη των αρνητικών επιπτώσεων του στρες και την προώθηση της ταχύτερης διάδοσης μηνυμάτων και της καταπολέμησης της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ στις κοινότητες (Chung Y. and Chung K., 2008). Από τη στιγμή λοιπόν, σύμφωνα με τον Kavanagh et al., (2006 στο Chung Y. and Chung k.,2008) παραδοσιακά οι γυναίκες είναι πιθανότερο να περνούν περισσότερο χρόνο σε γειτονιές όπου πραγματοποιούν οικιακές εργασίες, όπως ψώνια ή φροντίζοντας παιδιά και ηλικιωμένους, είναι και πιο πιθανό να είναι πιο ικανές να δημιουργούν και να διατηρούν τοπικά κοινωνικά δίκτυα που συνδέουν οικογένειες και κοινότητες, δεδομένου του κοινωνικού τους ρόλου, της διαπροσωπικής φροντίδας και παρηγοριάς (Warr, 2006 στο Chung and Chung, 2008). Συμπεριλαμβανομένων των παραπάνω, η εγγύτητα της γειτονιάς διαπιστώθηκε να έχει θετικές επιδράσεις μειώνοντας τη κατανάλωση αλκοόλ για τις γυναίκες παρά στους άνδρες. Το συμπέρασμα επομένως είναι ότι ο περισσότερος χρόνος που ξοδεύουν οι γυναίκες στις γειτονιές τους, είναι εύλογο να χρησιμοποιείται υπέρ τους και να επωφελούνται περισσότερο από τους άνδρες από ένα υψηλό επίπεδο εγγύτητας στη γειτονιά (Chung and Chung, 2008). Τέλος, στη μελέτη αυτή, η κοινωνική εμπιστοσύνη και η εγγύτητα της γειτονιάς μπορούν να ερμηνευθούν ως εκδήλωση του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο μπορεί να μειώσει τη χρήση ουσιών λόγω χαμηλότερων επιπέδων άγχους και καλού επιπέδου εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις (Chung and Chung, 2008). Άλλωστε, μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι όταν μια γειτονιά δεν έχει συνοχή αυξάνονται οι πιθανότητες για συλλήψεις νέων για αλκοόλ και ναρκωτικά (Duncan and Strycker, 2002). Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ορισμένες μελέτες στη βιβλιογραφία δείχνουν επιρροή του κοινωνικού κεφαλαίου στο αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία, καθώς και κατά την ενηλικίωση. Επίσης, εκτιμάται ότι οι κανόνες, οι αξίες και οι πεποιθήσεις (κοινωνική εμπιστοσύνη)

επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικές συνθήκες (δεμένες οικογένειες, γονική παρακολούθηση, συνθήκες στο σχολείο κ.λπ.) κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, και ότι έχουν επιρροές στη χρήση αλκοόλ τόσο κατά την εφηβεία όσο και κατά την ενηλικίωση (Kawachi et al., 2008).

2.6.4.2 *Κάπνισμα*. Σε αντίθεση με την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών, το κάπνισμα δεν είναι συμπεριφορά με τις αρνητικές επιδράσεις που έχουν οι άλλες συμπεριφορές υγείας όσον αφορά ατυχήματα, εγκλήματα και αυτοκτονίες, ωστόσο αποτελεί τον μεγαλύτερο παράγοντα θνησιμότητας παγκοσμίως σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας (Kawachi et al., 2008). Ο Kawachi et al. (2008) υποστηρίζει ότι *«Το κάπνισμα είναι μια ατομική συμπεριφορά, αλλά οι βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες του καπνίσματος είναι κυρίως κοινωνικοί.. Τόσο η έναρξη του καπνίσματος όσο και η διακοπή του καπνίσματος εξαρτώνται από την κοινωνικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες»*. Όπως αναφέρει και ο Lindstrom (2003), το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αποτελέσει έναν από τους ψυχοκοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες του καπνίσματος. Σύμφωνα με στοιχεία παλαιότερων μελετών η έναρξη του καπνίσματος κατά την εφηβεία έχει υψηλότερο κίνδυνο έναρξης σε κοινωνικά και οικονομικά στερημένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και γειτονίες. Τα άτομα λοιπόν, σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις αποτελούν ως επί τω πλείστων τους καθημερινούς καπνιστές (Kawachi et al., 2008). Σύμφωνα και με τους Jarvis and Wardle (2006) σε πολλές δυτικές χώρες ο επιπολασμός του καπνίσματος μειώνεται εδώ και δεκαετίες, γεγονός που οδήγησε κάπως παράδοξα σε αυξανόμενες κοινωνικοοικονομικές διαφορές στο κάπνισμα. Όπως αναφέρει ο Kawachi et al. (2008) *«οι περισσότεροι καπνιστές, γίνονται καπνιστές κατά την εφηβεία, κάποιοι κατά την πρόωμη ενηλικίωση και λίγο αργότερα από αυτό»*. Επίσης τα παιδιά που μεγαλώνουν σε κοινωνικά περιβάλλοντα με πολλούς ενήλικες καπνιστές είναι πιο πιθανό να γίνουν οι ίδιοι καπνιστές λόγω γονικής, οικογενειακής, και κοινωνικής συμπεριφοράς. Όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, αποτελεί μια πολύ παραγοντική διαδικασία που επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχοκοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες (Gulliver et al.,1995) (Hajek et al.,1995) (Pomerleau and Pomerleau, 1991). Ο Todd (2004) υποστηρίζει ότι το κάπνισμα συνδέεται με άγχος και αρνητικά συμβάντα ζωής. Τα αποτελέσματα από δύο μελέτες που διεξήχθησαν στο Μάλμο της Σουηδίας αποκάλυψαν ότι η κοινωνική συμμετοχή σε επίσημες και άτυπες οργανώσεις αλλά και η συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες είναι σημαντικοί καθοριστικοί

παράγοντες της παύσης του καπνίσματος (Lindström and Isacsson, 2002) (Lindström et al., 2003). Επίσης, σύμφωνα με τον Putnam, (1993) ένα καλό επίπεδο κοινωνικής συμμετοχής μπορεί να λειτουργήσει με προστατευτικές επιδράσεις ενάντια στο ψυχοκοινωνικό άγχος. Σε μια άλλη μελέτη που έγινε στη Σουηδία, διαπιστώθηκε ότι τόσο η χαμηλή κοινωνική συμμετοχή όσο και η έλλειψη εμπιστοσύνης σε άλλους συσχετίστηκαν σημαντικά με το καθημερινό κάπνισμα, κάτι που φαίνεται να υποστηρίζει τα όσα έχουν αναφερθεί μέχρι στιγμής. Όσον αφορά την επιρροή της κοινωνικής συμμετοχής στη διακοπή του καπνίσματος (Lindström, 2003). Όπως αναφέρει και ο Lindstrom et al. (2003) *«Το Κοινωνικό κεφάλαιο και η κοινωνική συμμετοχή έχουν μεγάλη σημασία για τις συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα επειδή έχει τη δυνατότητα γρήγορης μετάδοσης πληροφοριών για την υγεία, τη προσαρμογή των κανόνων συμπεριφοράς για την υγεία και του κοινωνικού ελέγχου για αποκλίνουσες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία»*. Οι μελέτες επομένως φανερώνουν, ότι η διακοπή του καπνίσματος έχει σχέση με υψηλά επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής (Lindström et al., 2003). Ακόμη, η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται άμεσα με τη συμπεριφορά του καπνίσματος των ανθρώπων. Τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχουν υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης και εκείνα με πολύ καλό επίπεδο συμμετοχής των πολιτών ήταν πιθανότερο να είναι μη καπνιστές. Ταυτόχρονα, άτομα που ζουν σε κοινότητες με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου είχαν περισσότερες πιθανότητες να μην είναι καπνιστές (Poortinga,2006). Από την άλλη, η Lindstrom αναφέρει ότι το κάπνισμα συσχετίζεται θετικά με την κοινωνική συμμετοχή, αλλά συσχετίζεται αρνητικά με την εμπιστοσύνη (Lindstrom, 2003,) (Lindstrom, 2005). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (σχολείο, γειτονιές) αναφέρουν ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος ποικίλλει ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο και μπορεί να επηρεάζεται από τα κοινωνικά, οικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά αυτών των διαφορετικών κοινωνικών πλαισίων. (Kawwachi et al., 2008). Αυτό διαπιστώθηκε και από τη μελέτη που αφορούσε νέους εφήβους σε 30 δευτεροβάθμια σχολεία στην Ισπανία όπου αποδείχτηκε ότι ένα σημαντικό μέρος των ατομικών διαφορών στο κάπνισμα μπορούν να εξηγηθούν από παράγοντες στο σχολείο (Pinilla et al., 2002). Μια άλλη μελέτη που πήρε μέρος σε 26 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ολλανδία, απέδειξε ότι η προώθηση ορισμένων κανόνων και η πίεση από ομότιμους μπορεί να αποτελέσει στρατηγική όσον αφορά την πρόληψη του καπνίσματος μεταξύ των εφήβων (Crone et al., 2003). Επίσης,

η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών σχέσεων επίσης μπορεί να μειώσει την πιθανότητα των ατόμων να υιοθετήσουν ανθυγιεινές συμπεριφορές ελαχιστοποιώντας τον αντίκτυπο των καθημερινών στρεσογόνων στρες ή των αγχωτικών γεγονότων (McNeill et al., 2006). Ωστόσο, από την άλλη μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι φίλοι και τα αδέρφια έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην έναρξη και τη συχνότητα του καπνίσματος (Koutra et al., 2017). Επίσης, σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ενήλικες πληθυσμούς δείχνουν ότι το κάπνισμα συνδέεται με τα χαρακτηριστικά της γειτονιάς όπως η κοινωνική στέρηση στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανεργία σε επίπεδο γειτονιάς στη Σουηδία, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) σε τοπικό επίπεδο στη Γαλλία και σε επίπεδο πολιτείας η εισοδηματική ανισότητα (Kawachi et al., 2008). Όπως υποστηρίζουν και οι Patterson et al. (2004) διαπίστωσαν ότι όταν μια γεωγραφική περιοχή αξιολογήθηκε συνολικά ως συνεκτικό, ασφαλές και καλό μέρος για να ζήσει, τα άτομα ανέφεραν χαμηλότερη τάση καπνίσματος. Αντιθέτως, οι Siahpush et al. (2006) διαπίστωσαν ότι η διαμονή σε μια κοινότητα με υψηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, μετρούμενη από την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια, σχετίζεται με υψηλότερη πιθανότητα καπνίσματος (Siahpush et al., 2006). Σχετικά με τις διαφορές που υπάρχουν ανά φύλο σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Ταϊβάν διαπιστώθηκε ότι παρόλο που οι γυναίκες έχουν σταθερά χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος συγκριτικά με τους άνδρες, τα ποσοστά διατήρησης αυτής της συμπεριφοράς αυξάνονται λόγω μεγαλύτερης οικονομικής ανεξαρτησίας και αλλαγών στις κοινωνικές έννοιες (Liang et al., 2002). Το ποσοστό καπνίσματος των γυναικών, ειδικότερα, αυξήθηκε από 2,3% σε 4,3% μεταξύ 1990 και 2000 σε σύγκριση με μειωμένο ποσοστό ανδρών από 50% σε 43,5%. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι γρήγορες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, όπως η μαζική συμμετοχή των γυναικών στην εργασία άλλαξαν τους ρόλους των γυναικών και έμμεσα προώθησαν το κάπνισμα και τη κατανάλωση αλκοόλ από τις γυναίκες (Liang et al., 2002). Σύμφωνα με τους Chung and Chung (2008) η κοινωνική εμπιστοσύνη μπορεί να παρέχει οφέλη, μειώνοντας τις πιθανότητες καπνίσματος σε μια γυναίκα, αλλά με λιγότερη επιρροή σε ένα άντρα. Μια εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να διαθέτουν υψηλό επίπεδο κοινωνικών δικτύων που συνήθως οδηγούν σε εμπιστοσύνη στις σχέσεις. Είναι επίσης πιο πιθανό να βασιστεί κάποιος που χρειάζεται φροντίδα ή κάποιου είδους βοήθεια στις γυναίκες της γειτονιάς (Kavanagh et al., 2006 στο Chung and Chung, 2008). Επομένως οι Chung and Chung (2008) υποστηρίζουν ότι «η διαμονή σε ένα μέρος με υψηλότερο επίπεδο εμπιστοσύνης μπορεί να έχει μεγαλύτερη επιρροή

στις γυναίκες από τους άνδρες». Όσον αφορά το κοινωνικό κεφάλαιο στο χώρο εργασίας, μπορεί να θεωρηθεί επίσης σημαντική πηγή κοινωνικού κεφαλαίου (Kawachi, 1999) (Kouvonen et al., 2006). Σύμφωνα με τον Oksanen et al. (2008) υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου στο χώρο εργασίας και της αυτοεκτιμούμενης υγείας. Η κοινωνικοοικονομική θέση επίσης έχει μια σημαντική σχέση με πολλά ψυχοκοινωνικά εργασιακά χαρακτηριστικά (Lynch and Darvey, 2005 στο Kouvonen et al., 2005) (Power and Mathews, 1997 στο Kouvonen et al., 2005), ενώ χαμηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος έχουν εμφανιστεί σε άτομα με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση (Leinsal et al., 2007 στο Kouvonen et al., 2005). Ωστόσο, είναι αδύναμα τα στοιχεία για να εξακριβώσουμε εάν υπάρχουν κοινωνικοοικονομικές διαφορές στις σχέσεις μεταξύ εργασίας και κοινωνικού κεφάλου και τη διακοπή του καπνίσματος (Kouvonen et al., 2005). Από την άλλη, μια χαμηλότερη κοινωνικό οικονομική θέση σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο αυτοαξιολογούμενης υγείας, με ισχυρότερες πεποιθήσεις για την επίδραση των συμπεριφορών στην υγεία και λιγότερα όνειρα για το μέλλον, τα οποία σχετίζονται με μη υγιείς συμπεριφορές (Wardle and Steptoe, 2003). Επομένως, η ύπαρξη κοινωνικών πόρων μπορεί να επηρεάζει άμεσα στο κάπνισμα, δημιουργώντας τη διακοπή του καπνίσματος στους χειρόνακτες υπαλλήλους λιγότερο πιθανή (Sorensen et al., 2002 στο Kouvonen et al., 2005). Το υψηλό ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο στην εργασία θα μπορούσε να διευκολύνει τη διακοπή του καπνίσματος με διάφορους τρόπους (Kouvonen et al., 2005). Αρχικά το υψηλό ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο στην εργασία θα μπορούσε να μειώσει τις επιπτώσεις του άγχους (Kawachi, 2001 στο Kouvonen et al., 2005) (Wilkinson, 1996 στο Kouvonen et al., 2005). Ακόμη, το κοινωνικό κεφάλαιο στο χώρο εργασίας μπορεί να διευκολύνει τον κοινωνικό έλεγχο των μη υγιεινών συμπεριφορών υγείας και να ενισχύσει τους υγιείς κανόνες (Kouvonen et al., 2005). Ωστόσο, ο Lawlor et al. (2003 στο Kouvonen et al., 2005) υποστηρίζει ότι «οι χειρόνακτες εργάτες μπορεί να είναι πιο «ανθεκτικοί στα μηνύματα που προωθούν την υγεία ή μπορεί να έχουν λιγότερη πρόσβαση σε κοινωνικά δίκτυα και μηνύματα». Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η παρουσία συναδέλφων που είναι και εκείνοι καπνιστές συμβάλλοντας ενδεχομένως, στην αύξηση του καπνίσματος και στην ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων για διακοπή (Kouvonen et al., 2005). Σύμφωνα με τους Kawachi et al. (1999 στο Kouvonen et al., 2005) ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλλει θετικά αυξάνοντας τα κίνητρα για διακοπή του καπνίσματος είναι τα κοινωνικά δίκτυα στο χώρο της εργασίας. Σύμφωνα με τον John et al. (2006) το

περιβάλλον της εργασίας είναι κατάλληλο για παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος, καθώς μπορούν να εντοπιστούν και να προσεγγιστούν μεγάλες ομάδες καπνιστών. Συνοψίζοντας, και όπως υποστηρίζει και ο Lomas (1998), παρότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, τα στοιχεία που υπάρχουν στη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι τα προληπτικά μέτρα κατά του καπνίσματος πρέπει να σχεδιαστούν βελτιώνοντας πτυχές του κοινωνικού κεφαλαίου και της κοινωνικής συνοχής.

2.6.4.3 *Διατροφή*. Σύμφωνα με τον Locher et al. (2005) το κοινωνικό κεφάλαιο ή η έλλειψη κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συμπεριφορές. Οι Durst et al. (2003) υποστηρίζουν ότι η διατροφική συμπεριφορά μπορεί να καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη τις μερίδες φρούτων και λαχανικών την εβδομάδα. Ο Poortinga (2006) αναφέρει ότι η κοινωνική υποστήριξη και το κοινωνικό κεφάλαιο είναι σημαντικά για την κατανάλωση φρούτων/λαχανικών των ανθρώπων. Τα άτομα επίσης, που αναφέρουν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν πέντε μερίδες σύμφωνα με την ημερήσια προτεινόμενη κατανάλωση. Ταυτόχρονα, τα άτομα με εμπιστοσύνη στους άλλους καθώς και τα άτομα με καλό επίπεδο κοινωνικής συμμετοχής έχουν περισσότερες πιθανότητες να τρώνε τουλάχιστον πέντε μερίδες την ημέρα (Poortinga, 2006). Όπως υποστηρίζει ο Durst et al. (2003) *«οι ατομικές συμπεριφορές, οι επιλογές και οι προτιμήσεις του τρόπου ζωής υπόκεινται σε κοινωνικές επιρροές»*. Επίσης ο James et al. (2001 στο Durst et al., 2003) αναφέρει ότι *«οι αιτίες του υπέρβαρου και του παχύσαρκου πληθυσμού είναι πολύπλευρες και προκύπτουν από τη συνύπαρξη και αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων μεμονωμένων ιατρικών καταστάσεων και συμπεριφορών, κοινωνικών καθοριστικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων»*. Άλλοι παράγοντες, όπως οι ατομικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν διατροφικές και σωματικές δραστηριότητες, καθορίζουν την ενεργειακή ανισορροπία των ατόμων, η οποία με τη σειρά της ενδέχεται να προκαλέσει στο άτομο αρνητικές επιπτώσεις και να το οδηγήσει σε παχυσαρκία (WHO, 2011 στο Durst et al., 2003). Οι περισσότερες μελέτες στη βιβλιογραφία διερευνούν την παχυσαρκία σε σχέση με τα παραδοσιακά κοινωνικά δίκτυα (Durst et al., 2003). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη των ηλεκτρονικών (online) κοινωνικών δικτύων είχε ως αποτέλεσμα τη θόλωση των ορίων μεταξύ του πραγματικού και του εικονικού κόσμου (BVDW, 2010 στο Durst et al., 2003). Ένα μεγάλο ποσοστό (41%) της θνησιμότητας σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου II και καρκίνο,

όπου όλοι έχουν τη διατροφή ως βασικό καθοριστικό παράγοντα. Οι διατροφικές συνήθειες των περισσότερων οικογενειών εξαρτώνται από μια ποικιλία παραγόντων όπως η οικονομική ευχέρεια, η τοπική προσβασιμότητα και η προσιτή τιμή, οι κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές στην επιλογή των τροφίμων και οι ατομικές προτιμήσεις (Kawachi et al., 2008). Όπως υποστηρίζεται «Το εισόδημα μπορεί να σχετίζεται με κακή διατροφική υγεία. Η φτώχεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην κακή διατροφική πρόσληψη» (Locher et al., 2005). Σε υποβαθμισμένες περιοχές η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής στέρησης και κακής διατροφής φανερώνονται από τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης των super market και τα υψηλότερα ποσοστά χρησιμοποίησης εστιατορίων γρήγορου φαγητού (Morland et al., 2002), εξαιτίας του υψηλότερου σχετικού κόστους της υγιεινής διατροφής σε σύγκριση με ανθυγιεινά τρόφιμα (Sooman et al., 1993). Στο μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης αλλά και σε ορισμένες άλλες βιομηχανικές χώρες, με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος, οι οικογένειες τείνουν να ξοδεύουν λιγότερο σε τρόφιμα όπως φρούτα και λαχανικά που είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, και περισσότερο σε τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη και λίπος που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ενέργεια αλλά χαμηλά σε θρεπτικά συστατικά (De Irala-Estevéz et al., 2000). Μία μελέτη στη νότια Σουηδία διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής συμμετοχής και χαμηλή κατανάλωση λαχανικών μεταξύ ανδρών και γυναικών, που μετριέται ως συμμετοχή σε 13 διαφορετικές κοινωνικές δραστηριότητες εκτός της οικογένειας (Lindström et al 2001). Επίσης κάποιες μορφές θρησκείας, οι οποίες μπορεί να θεωρηθούν ως πηγή κανόνων και ως πηγή συμμετοχής στο κοινωνικό δίκτυο έχουν σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Με αποτέλεσμα η θρησκευτική πίστη να συνδέεται με καλύτερη διατροφική συμπεριφορά και διατροφική επάρκεια (McIntosh and Schifflett, 1984). Όπως αναφέρει ο Locher et al. (2005) όταν το κοινωνικό κεφάλαιο μετρήθηκε από την τακτική θρησκευτική συμμετοχή και εμπιστοσύνη σε μια κοινότητα, είχε προστατευτικές επιπτώσεις στην κακή διατροφική υγεία των έγχρωμων σε αντίθεση με τις έγχρωμες γυναίκες. Επίσης, οι γειτονιές με υψηλό επίπεδο κοινωνικής συνοχής μπορεί να αποτελέσουν σημαντική πηγή κοινωνικού κεφαλαίου για πολλούς ηλικιωμένους ενήλικες καθώς ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι ενήλικες που διαμένουν στην κοινότητα παρέχεται από συγγενείς, φίλους και γείτονες (Rabin and Barry, 1995). Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (2000), η κακή διατροφή σε ηλικιωμένους είναι ένα καλά αναγνωρισμένο και σοβαρό πρόβλημα με σημαντικές συνέπειες στην υγεία, έχει εκτιμηθεί ότι μεταξύ 37% και 40% των

ηλικιωμένων ενηλίκων 65 ετών και άνω που ζουν στην κοινότητα βιώνουν ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (Ryan et al., 1992 στο Locher et al., 2005). Όπως υποστηρίζει ο Locher et al. (2005), τα άτομα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες κακή διατροφικής υγείας είναι οι έγχρωμοι, οι φτωχοί, οι γυναίκες και τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Ακόμη, άτομα με έλλειψη προσβασιμότητας σε παροχές τροφίμων και πόρων και εκείνα που έχουν ανάγκη, αλλά χωρίς φροντίδα από κάποιο άτομο είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν κακές διατροφικές συμπεριφορές (Locher et al., 2005). Κλείνοντας, όπως υποστηρίζουν και πολλοί ερευνητές, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η μη ύπαρξη κοινωνικών δικτύων, η κοινωνική απομόνωση και τα αρνητικά συμβάντα ζωής (διαζύγιο, χηρεία), αποτελούν παράγοντες κινδύνου για κακή διατροφική υγεία (Locher et al., 2005).

2.6.4.4 Σωματική Άσκηση. Σύμφωνα με τον Lundberg (1992) συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η σωματική δραστηριότητα και οι διατροφικές συνήθειες έχουν γίνει όλο και πιο σημαντικές ως επεξηγηματικοί παράγοντες για τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην υγεία, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα ανεξάρτητα από τις αιτίες που τη προκάλεσαν καθώς και η νοσηρότητα βρέθηκαν να είναι υψηλότερα σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Marmot et al., 1978). Όπως υποστηρίζεται, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα συσχετίστηκε στενά με το χαμηλό εισόδημα, τη χαμηλή εκπαίδευση και τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Lindstrom et al., 2001). Μια εξήγηση για αυτές τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές είναι η έλλειψη προσβασιμότητας σε εγκαταστάσεις φυσικής άσκησης λόγω δυσκολίας μεταφοράς και η μη δυνατότητα πρόσβασης σε υλικούς πόρους ώστε να είναι σε θέση το άτομο να πληρώσει για σωματικές δραστηριότητες και αθλήματα (Chinn et al., 1999). Μια άλλη εξήγηση μπορεί να είναι ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση αυξάνει το ψυχοκοινωνικό άγχος, το οποίο οδηγεί σε λιγότερη σωματική δραστηριότητα και κατά συνέπεια σε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (McNeill et al., 2006). Συνεπώς, σύμφωνα με τον Lindstrom et al. (2001) υπάρχει επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και αυτής της συμπεριφοράς υγείας όπου ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνει τη πιθανότητα το άτομο να επηρεάσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία του. Με βάση αυτό, η πρόσβαση σε ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, προωθεί την σωματική δραστηριότητα (Lindstrom et al., 2001). Κάτι τέτοιο μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι τα μέτρα για τη

βελτίωση του κοινωνικού κεφαλαίου στην κοινωνία μπορεί να είναι σημαντικά για τη μείωση του επιπολασμού συμπεριφορών κινδύνου που σχετίζονται με την υγεία, όπως η σωματική δραστηριότητα αλλά και την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών διαφορών σε τέτοιες συμπεριφορές (Lindstrom et al., 2001). Συγκεκριμένα στην περίπτωση της σωματικής δραστηριότητας, οι βελτιώσεις του φυσικού περιβάλλοντος (Sallis, et al., 1997 στο Lindstrom et al., 2001), η σωματική άσκηση σε ομάδες αντί μεμονωμένα (Clark, 1996 στο Lindstrom et al., 2001) και πολιτικές για την κοινότητα και το χώρο εργασίας (Eyler et al., 1997 στο Lindstrom et al., 2001) μπορεί να προάγουν την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε έναν πληθυσμό. Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η σωματική δραστηριότητα των ενηλίκων εξαρτάται σημαντικά όχι μόνο από την κατάσταση απασχόλησης και την εκπαίδευση, αλλά και από τη σωματική δραστηριότητα στην πρώιμη ζωή (Yang et al., 1999). Όπως υποστηρίζουν οι Lindstrom et al. (2001) *«η κυβερνητική υποστήριξη των αθλητικών οργανώσεων των νέων είναι ένα άλλο παράδειγμα πολιτικών δημόσιας υγείας για την προώθηση του κοινωνικού κεφαλαίου και της σωματικής δραστηριότητας όχι μόνο μεταξύ των νέων και των εφήβων, αλλά και μεταξύ των ενηλίκων αργότερα στη ζωή τους»*. Σύμφωνα με τους Moore et al. (2009) η σωματική δραστηριότητα αξιολογείται από τη συμμετοχή σε διαφορετικά είδη δραστηριοτήτων σχετικά με την άθληση ανά εβδομάδα. Οι Kawachi et al. (2008) αναφέρει ότι *«η σωματική δραστηριότητα είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας και ωφελεί σε πολλές πτυχές της υγείας»*. Οι Haapanen et al. (1996) υποστηρίζει ότι το μεγαλύτερο μέρος από τα οφέλη για την υγεία εμφανίζονται όταν οι ενήλικες με καθιστικό τρόπο ζωής γίνονται μέτρια ενεργοί. Μελέτες στη νότια Σουηδία έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και της σωματικής (Kawachi et al., 2008). Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί είτε ως συνέπεια των υγειών κανόνων και αξιών της σουηδικής κοινωνίας που μεταδίδονται μέσω επίσημων και ανεπίσημων κοινωνικών δικτύων, είτε ως αποτέλεσμα των χαμηλότερων επιπέδων του ψυχοκοινωνικού στρες μεταξύ των συμμετεχόντων σε κοινωνικά δίκτυα με αποτέλεσμα υψηλότερα επίπεδα σωματικής άσκησης (Kawachi et al., 2008). Μια ολλανδική μελέτη από την άλλη, φανέρωσε ότι ο υψηλότερος κίνδυνος για τη μειωμένη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες σε μειονεκτούσες γειτονιές του Αϊντχόβεν οφείλεται πιθανώς στην ανάγκη σε μεγαλύτερα ποσοστά απαιτούμενης προσοχής από την αστυνομία (VanLenthe, Brug and Mackenbach, 2005 στο Kawachi et al., 2008). Αυτό ίσως να επεξηγεί μια έμμεση επίδραση των ποσοστών εγκληματικότητας στη γειτονιά στη σωματική

δραστηριότητα, τα οποία φαίνεται να είναι αποτέλεσμα του χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου (Sampson et al., 1997 στο Kawachi et al., 2008). Ο Fisher et al. (2004) αναφέρει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς μπορεί να επηρεάσει τη σωματική δραστηριότητα μέσω των κανόνων και των αξιών που διαθέτει, την εμπιστοσύνη και την κοινωνική συνοχή της γειτονιάς. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 56 γειτονίες στο Portland στις ΗΠΑ σχετικά με την σωματική δραστηριότητα μεταξύ ηλικιωμένων ενηλίκων διαπίστωσε ότι η κοινωνική συνοχή συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Ακόμη, μια άλλη αμερικανική μελέτη σε αγροτικές περιοχές του Κάνσας διαπίστωσε συσχέτιση της εμπιστοσύνης σε άλλους και της κοινωνικής συμμετοχής με τη φυσική δραστηριότητα (Greiner et al., 2004). Η έρευνα έχει δείξει ότι πολλές συμπεριφορές υγείας καθορίζονται όχι μόνο από παράγοντες ατομικού επιπέδου, αλλά και από κοινωνικά περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (Emmons, 2000) (Sorensen et al., 2003). Όπως υποστηρίζουν οι (Berkman and Kawachi, 2000) «τα περισσότερα αποτελέσματα και συμπεριφορές για την υγεία είναι κοινωνικά προσαρμοσμένα ή διανεμημένα στην κοινωνία, επηρεάζοντας αρνητικά εκείνους που ζουν σε κοινωνικά και φυσικά περιβάλλοντα με έλλειψη πόρων». Ο παράγοντας του φυσικού περιβάλλοντος, όπως όμορφοι τοπία, πρόσβαση σε πεζοδρόμια, πρόσβαση σε μονοπάτια και καταπράσινο περιβάλλον έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται θετικά με τη σωματική δραστηριότητα (Kawachi et al., 2008). Όπως υποστηρίζεται, τα άτομα που ζουν σε αυτά τα περιβάλλοντα είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως σωματική αδράνεια, συχνά ως αποτέλεσμα αγχωτικών και επικίνδυνων περιβαλλόντων (Geronimus, 2000) (King, 1997). Αντίθετα, περιβάλλοντα με επικίνδυνες καταστάσεις (π.χ. υψηλό έγκλημα) είναι λιγότερο πιθανό να ασκήσουν σωματική δραστηριότητα (Seefeldt et al., 2002). Επίσης τα χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος, όπως η κακή ποιότητα του αέρα (π.χ. αιθαλομίχλη) μπορεί να αναστέλλουν τη φυσική δραστηριότητα. (McNeil et al., 2006). Η σωματική αδράνεια είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, διαβήτη, υψηλής αρτηριακής πίεσης, παχυσαρκίας και ορισμένων καρκίνων (U.S. Department of Health and Human Services, 1996 στο McNeil et al., 2006). Οι προσωπικές σχέσεις από την άλλη, μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική δραστηριότητα παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη και καθιέρωση κοινωνικών κανόνων που περιορίζουν ή επιτρέπουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (Berkman, 2000) (Heaney and Israel, 1997). Σύμφωνα με τους Kahn et al. (2002) τα δίκτυα φίλων, ομάδες πεζοπορίας και τρόποι άσκησης με άλλο

άτομο μπορούν να αυξήσουν τον χρόνο που αφιερώνεται στη σωματική δραστηριότητα και τη συχνότητα άσκησης. Η παρατήρηση της συμπεριφοράς και στη προκειμένη περίπτωση της σωματικής δραστηριότητας των άλλων μπορεί επίσης να ελκύσει τα άτομα να συμμετέχουν σε σωματικές δραστηριότητες (Stahl et al., 2001). Από την άλλη, η σύγκριση της κοινωνικής κατάστασης με αυτήν των άλλων μπορεί να οδηγήσει σε προσωπική απογοήτευση και άγχος, που μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα (Wilkinson, 2001). Τέλος, σύμφωνα με τους McNeil et al. (2006) η φτώχεια μειώνει την πρόσβαση σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης, που κατ' επέκταση οδηγεί σε κακή υγεία. Επομένως, εύλογα όσοι βρίσκονται σε φτωχότερη υγεία να είναι λιγότερο πιθανό να είναι σωματικά ενεργοί σε σύγκριση με εκείνους που έχουν καλή υγεία (McNeil et al., 2006)

2.6.4.5 Σεξουαλική συμπεριφορά. Η μελέτη της σεξουαλικής υγείας αυξήθηκε δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες μετά την επιδημία HIV/AIDS (Kawachi et al., 2008). Όπως υποστηρίζει ο Kawachi et al. (2008), ο κίνδυνος απόκτησης σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως ο αριθμός των συντρόφων και ο σεξουαλικός προσανατολισμός, με άτομα με υψηλότερο αριθμό συντρόφων και ομοφυλόφιλα άτομα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Στοιχεία που υπάρχουν από τη βιβλιογραφία μαρτυρούν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να συσχετιστεί αντιστρόφως με τον επιπολασμό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών και τα ποσοστά της νόσου HIV (Holtgrave and Crosby, 2003). Σύμφωνα με τον Johnson et al., (1994). Τα υψηλότερα ποσοστά αλλαγής συντρόφων εμφανίζονται μεταξύ των νεαρών και άγαμων. Επίσης, τα ποσοστά της αλλαγής συντρόφου δεν σχετίζονται απόλυτα με τη κοινωνική τάξη αλλά είναι πιο πιθανό να εμφανίζονται σε υψηλότερες κοινωνικές τάξεις (Johnson et al., 2006). Μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσαν διαφοροποίηση με βάση την εθνικότητα όσον αφορά επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και σεξουαλικών αποτελεσμάτων συγκρίνοντας την Ινδική υπό-ήπειρο και τις αφρικανικές και αφρό-Καραϊβικές κοινότητες με τα αποτελέσματα να είναι πιο δυσμενή για τους τελευταίους (Fenton et al., 2005 στο Kawachi et al., 2008). Σε μια άλλη μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε διερευνήθηκε η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου στην εφηβική σεξουαλική συμπεριφορά και τις προστατευτικές συμπεριφορές. Αφού μελετήθηκαν 28 πολιτείες των ΗΠΑ (Crosby et al., 2003 στο Kawachi et al., 2008) και τα ποσοστά περιπτώσεων γονόρροιας, σύφιλης, γλαυδών και AIDS, στη συνέχεια μελέτησαν άλλες 48

διαφορετικές πολιτείες των ΗΠΑ (Holtgrave and Crosby (2003 στο Kawachi et al., 2008), όπου διαπίστωσαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, με το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο να συνδέεται με προστατευτικές σεξουαλικές συμπεριφορές ενώ το χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο με ποσοστά γονόρροιας, σύφιλης, χλαμύδα και AIDS (Kawachi et al., 2008). Σύμφωνα με τον Kawachi et al., (2008) στις νοτιοανατολικές ΗΠΑ η κοινότητα των έγχρωμων έχει 30 φορές υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως η σύφιλη και η γονόρροια σε σύγκριση με άλλες φυλετικές ομάδες. Οι λόγοι που ενδεχομένως να δίνουν εξήγηση σε αυτές τις διαφορές υπόκεινται στην ανεργία, την εμπορία ναρκωτικών και αλκοόλ, την κοινωνική αποδιοργάνωση ή έλλειψη κοινωνικού κεφαλαίου και φυλάκιση ανδρών (Farley, 2006 στο Kawachi et al., 2008). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Ασιάτες μετανάστες στη Νέα Υόρκη παρατηρήθηκε ότι η απουσία γνώσεων σχετικά με τη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια και μετάδοση του ιού HIV και η συχνή εμπλοκή σε αρνητικούς συνήθειες (π.χ. η χρήση αλκοόλ με σεξ) συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένους κινδύνους για τον ιό HIV (Bhattacharya, 2005). Σύμφωνα με στοιχεία που προέκυψαν από τη μελέτη μεταξύ φοιτητών πανεπιστημίου στη νοτιοδυτική Ουγκάντα, οι παράγοντες κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται σημαντικά με σεξουαλικά επικίνδυνες συμπεριφορές. Ωστόσο, ορισμένοι από τους παράγοντες κοινωνικού κεφαλαίου συνδέονται διαφορετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών φοιτητών (Agardh et al., 2010). Ακόμη, η χαμηλή εμπιστοσύνη σε άλλους συσχετίστηκε σημαντικά με τη χαμηλότερη πιθανότητα να κάνουν σεξ όσον αφορά τις γυναίκες φοιτήτριες αλλά όχι όσον αφορά τους άντρες φοιτητές. Επιπλέον, ο φοιτητές που ξεκίνησαν μόλις τη σεξουαλική τους ζωή, η χαμηλή εμπιστοσύνη συσχετίστηκε με τη μη χρησιμοποίηση προφυλακτικών σε συνεχή βάση στους άνδρες (Agardh et al., 2010). Σε άλλα ευρήματα της έρευνας, η εμπιστοσύνη σε άλλους, λαμβάνοντάς τη ως γενικό δείκτη του κοινωνικού κεφαλαίου, καθώς διερευνήθηκε, έδειξε ότι συνδέεται με χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στις γυναίκες και με ιδιαίτερα σεξουαλική συμπεριφορά. Αυτό ίσως να προκύπτει λόγω του υψηλότερου επίπεδου επαγρύπνησης και από τους φόβους εκμετάλλευσης από άνδρες που βρίσκονται σε ισχυρότερη θέση λόγω των σχέσεων εξουσίας που καθορίζονται από το φύλο (Agardh et al., 2010). Σύμφωνα με τον Jayakody et al., (2010) στο Βιετνάμ, η προγαμιαία ή η μη προστατευμένη σεξουαλική επαφή είναι μια αυξανόμενη ανησυχία για την υγεία και την κοινωνία. Η δραματική οικονομική ανάπτυξη και οι πολιτικές αλλαγές της χώρας έχουν οδηγήσει σε κοινωνικές αλλαγές,

συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών του προγαμιαίου σεξ. (Jayakody et al., 2010). Όπως υποστηρίζεται, οι ξένες εικόνες, οι στάσεις και οι ιδέες που οι βιετναμέζικοι νέοι εκτίθενται μέσω του διαδικτύου, οι ταινίες πορνό και η σεξουαλική μουσική, θεωρούνται ανθυγιεινές συνήθειες (Linh et al., 2009) (Ngo et al., 2008), καθώς και η αιτία της αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ακούσιων εγκυμοσύνων και αμβλώσεων (Jayakody et al., 2010). Σε πρόσφατες μελέτες τα στοιχεία έδειξαν ότι το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, όπως η αίσθηση του ανήκειν στη κοινότητα, μπορεί να επηρεάσει την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Kavachi et al., 2000). Μετά από πολλαπλές μελέτες οι McPherson et al. (2013) διερεύνησαν το ρόλο που διαδραματίζει το κοινωνικό κεφάλαιο και την σημασία του στα αποτελέσματα της σεξουαλικής υγείας. Τα στοιχεία έδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για συμπεριφορές σεξουαλικής υγείας ενώ τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου αύξησαν τον κίνδυνο ανθυγιεινής σεξουαλικής συμπεριφοράς (McPherson et al., 2013).

2.7 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Εξάρτηση από Ναρκωτικές Ουσίες

Στη συγκεκριμένη ενότητα, θα αναφερθούμε στην εξάρτηση από τα ναρκωτικά χωρίς να εξειδικεύεται η νόμιμη ή παράνομη χρήση τους, δεδομένου ότι η έρευνά μας διεξήχθη στην Ελλάδα, όπου όλα τα είδη ναρκωτικών, ανεξαιρέτως, είναι παράνομα. Το κοινωνικό κεφάλαιο, τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει άκρως σημαντικό για την εξήγηση των διάφορων αποτελεσμάτων κατά την παρέκκλιση, το έγκλημα, την υγεία και πιο συγκεκριμένα τη χρήση ναρκωτικών (Bourdieu & Wacquant, 1992). Παραδοσιακά, η χρήση των ναρκωτικών διερευνάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά, ωστόσο όπως υποστηρίζει ο Adam et al. (2012) έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο ότι τα κοινωνικά δίκτυα, που αποτελούν μέρος του κοινωνικού κεφαλαίου, έχουν ιδιαίτερη συμβολή και επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση ναρκωτικών. Σύμφωνα με τον Bolin et al. (2003) ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί να παρέχει στο άτομο συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη σε περιόδους άγχους, ασκώντας παράλληλα άτυπο κοινωνικό έλεγχο σε παραβατικές συμπεριφορές. Όπως αναφέρουν οι Maertz & Griffith (2004 στο Ali, 2009), τα άτομα εντάσσονται σε έναν ιστό κοινωνικών σχέσεων και δικτύων, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και έχει τη δυνατότητα να καθορίζει τις αποφάσεις τους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τα άτομα αλληλοεπιδρούν και

αποκτούν δίκτυα με άλλους, επενδύοντας έτσι στο κοινωνικό κεφάλαιο (Lundborg, 2005 στο Ali, 2009). Όπως υποστηρίζει ο Ali, (2009), οι γονείς, οι συνομηλικοί και η κοινότητα είναι οι κύριες ομάδες στις οποίες οι νέοι επενδύουν το μεγαλύτερο μέρος τους χρόνου τους. Ωστόσο, τονίζει, ότι η κάθε ομάδα από αυτές έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά των νέων. Επομένως, όσο πιο στενή είναι η σχέση του ατόμου με οποιαδήποτε ομάδα, τόσο μεγαλύτερη είναι η επιρροή αυτής της ομάδας στη συμπεριφορά του ατόμου (Ali, 2009). Η επιρροή των γονέων στα παιδιά είναι μεγάλη, καθώς όπως αναφέρουν οι Wen et al., (2008 στο Ali, 2009) εάν ένας γονέας, για παράδειγμα, καπνίζει ο αντίκτυπος του στο παιδί και ο γονικός έλεγχος που ασκεί είναι πιο αδύναμοι σε σύγκριση με τους γονείς που δεν καπνίζουν. Σύμφωνα με τον Croll (2004) η οικογενειακή δομή συνδέεται με το κοινωνικό κεφάλαιο επειδή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών. Όπως υποστηρίζει και ο Ferguson (2006), η ύπαρξη μιας οικογένειας και η ενεργή της συμμετοχή στην ανάπτυξη του παιδιού δημιουργεί θετικά αποτελέσματα για τα παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο. Επίσης, τονίζει ότι όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, τόσες λιγότερες είναι οι πιθανότητες να εγκαταλείψει το παιδί το σχολείο και να παρουσιάσει μελλοντικά, προβληματικές συμπεριφορές (Ferguson, 2006). Ο Morrow (1999 στο Ali, 2009) ισχυρίζεται, ότι το σημαντικότερο μέλος για τα παιδιά μέσα στην οικογένεια είναι η μητέρα, ανεξάρτητα από την οικογενειακή δομή και το φύλο. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι «οι μονογονεϊκές οικογένειες και οι εργαζόμενες μητέρες είναι οι δύο κύριες αιτίες της απουσίας του κοινωνικού κεφαλαίου, επειδή ο ανεπαρκής χρόνος και η απουσία επαρκούς οικογενειακής δομής οδηγούν σε λιγότερη προσοχή και συμμετοχή στην ανάπτυξη των παιδιών» (Morrow, 1999 στο Ali, 2009). Ωστόσο, ο Lundborg (2006) δεν βρήκε σημαντικά αποτελέσματα αλληλεπίδρασης μεταξύ μιας μονογονεϊκής οικογένειας και χρήσης ναρκωτικών. Σύμφωνα με τους Abar & Turrisi (2008), το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται επίσης, με τους νέους και την επιρροή συνομηλίκων επειδή τους παρέχει δραστηριότητες αναψυχής, ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Όπως έχουν επισημάνει και οι Cloud & Granfield, (2008 στο Lundborg, 2005), η ύπαρξη ενός δικτύου συνομηλίκων που κάνει χρήση ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στη χρήση παρέχοντάς του εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Σύμφωνα με τον Hoffman et al., (2006 στο Ali, 2009) από την έρευνά του διαφαίνεται ότι όσο μεγαλώνουν οι έφηβοι, τόσο αυξάνεται και η χρήση ουσιών. Μια εξήγηση σε αυτό μπορεί να είναι ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αυξάνεται με την ηλικία, επομένως, να αυξάνονται και τα δίκτυα των εφήβων (Ali, 2009). Επιπλέον,

μειώνεται ο αντίκτυπος της οικογένειας στην ανάπτυξη συμπεριφοράς των παιδιών καθώς το παιδί μεγαλώνει, ενώ εκείνος των συνομήλικων αυξάνεται σημαντικά (Ali, 2009). Όπως αναφέρει και ο Donohew et al. (1999 στο Ali, 2009), ενόσω οι έφηβοι μεγαλώνουν, οι προτιμήσεις ουσιών αλλάζουν, καθώς κερδίζουν περισσότερη ελευθερία, όντας πλέον μεγαλύτεροι, και η προθυμία τους να πειραματιστούν και με άλλες ουσίες αυξάνεται. Επιβεβαιώνοντας ο Johnston (2008) ισχυρίζεται ότι είναι σύνηθες αυτή η τάση να κινείται από πιο μαλακά ναρκωτικά στα σκληρότερα. Ομοίως, ο Dupre et al., (1995) αναφέρει ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί εναρκτήρια ουσία που οδηγεί στη χρήση και άλλων ναρκωτικών. Σύμφωνα με τους Treffers και Rein (2016) τα κοινωνικά δίκτυα, επηρεάζουν τη χρήση ναρκωτικών παρέχοντας σε άτομα πρόσβαση σε μορφές κοινωνικού κεφαλαίου που μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: α) κοινωνική υποστήριξη, β) πληροφορίες και συμβουλές, γ) άτυπος κοινωνικός έλεγχος με τη μορφή αξιών και κανόνων ενάντια στις ναρκωτικές ουσίες. Όπως υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές, τα κοινωνικά δίκτυα περιλαμβάνουν πόρους του κοινωνικού κεφαλαίου δημιουργώντας σχέσεις που ενισχύουν τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, καθώς και ενθαρρύνουν και περιορίζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μέσω του ανεπίσημου κοινωνικού ελέγχου και μέσω της μετάδοσης πληροφοριών που μπορούν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν τις βλάβες που σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών (Treffers and Rein., 2016). Όπως τονίζουν και οι Brown and Riley (2005 στο Treffers & Rein., 2016), οι έρευνες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, έχουν αποφανθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και χρήσης ναρκωτικών αλλά και χαμηλότερα ποσοστά χρήσης σκληρότερων και επικίνδυνων ναρκωτικών (Treffers and Rein., 2016). Σύμφωνα και με τον Lundborg, (2005), το κοινωνικό κεφάλαιο, υπό τη μορφή της κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να αντικαταστήσει τη χρήση ουσιών που λειτουργεί για τη μείωση του στρες σε περιόδους δυσκολιών. Επίσης, τα άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν κοινωνική υποστήριξη όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες ή και αγχωτικά γεγονότα στη ζωή σε σύγκριση με άτομα με χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου (Lundborg, 2005). Η Lindström (2004) επίσης υποστηρίζει, ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου, που μετρήθηκαν ως χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης, και ο συνδυασμός χαμηλής εμπιστοσύνης και υψηλής κοινωνικής συμμετοχής, συσχετίστηκαν με το κάπνισμα κάνναβης μεταξύ των νέων ενηλίκων.

Ωστόσο, εστιάζοντας στις αρνητικές πτυχές του κοινωνικού κεφαλαίου, ο Lowell (2002) διερεύνησε τη χρήση ενέσιμων ναρκωτικών μεταξύ χρηστών και διαπίστωσε ότι τα άτομα που ανήκαν σε πολλά δίκτυα, άρα και δίκτυα ναρκωτικών ήταν πιο πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνες καταστάσεις που περιλαμβάνουν ενέσιμα ναρκωτικά. Όσον αφορά μια άλλη πτυχή του κοινωνικού κεφαλαίου που υποστηρίζεται ότι επηρεάζει την χρήση ναρκωτικών. Σύμφωνα με τον Curran, (2007) είναι το επίπεδο του άτυπου κοινωνικού ελέγχου που ασκείται από το κοινωνικό δίκτυο κάποιου ατόμου (οικογένεια, σχολείο, κοινότητα). Όπως υποστηρίζουν και οι Laub and Sampson (1993 στο Treffers & Rein, 2016), σχετικά με τη θεωρία του άτυπου κοινωνικού ελέγχου, θεωρούν ότι ο γάμος και η σταθερή απασχόληση αποτελούν σημαντικούς κοινωνικούς δεσμούς που οδηγούν σε θετικά μονοπάτια στη ζωή. Έτσι, σύμφωνα με αυτό, διευκολύνεται η ύπαρξη κοινωνικών κανόνων και αξιών σύμφωνα με τη θεμιτή κοινωνική συμπεριφορά που εξυπηρετεί στην αποφυγή από αποκλίνουσες συμπεριφορές όπως η παράνομη χρήση ναρκωτικών (Treffers & Rein., 2016). Ομοίως, οι κοινωνικές σχέσεις που δημιουργούνται μέσα από την εθελοντική συμμετοχή και τη συμμετοχή σε θρησκευτικές οργανώσεις, υποστηρίζεται ότι πράττουν άτυπο κοινωνικό έλεγχο και έτσι αποθαρρύνεται η εμπλοκή στη χρήση ουσιών, όπως η μαριχουάνα, και άλλων ναρκωτικών (Treffers & Rein., 2016). Πρόσφατα, ο Hagan και ο McCarthy, (1997) υπογράμμισαν την κρίσιμη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου στη ζωή των νέων τονίζοντας, ότι οι κοινότητες που παρείχαν λίγους πόρους ή υπηρεσίες υποστήριξης, έτειναν να βιώνουν υψηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας των νέων. Οι Rose και Clear (1999 στο Erickson P and Cheung Y., 1999) υποστήριξαν ότι «*μια κοινωνικά οργανωμένη κοινότητα οφείλεται στο κοινωνικό κεφάλαιο που διαθέτει και που διευκολύνει τον κοινωνικό έλεγχο και την τάξη, ενώ οι αποδιοργανωμένες κοινότητες υποφέρουν από εγκλήματα και άλλα προβλήματα εν μέρει, επειδή δεν διαθέτουν επαρκές κοινωνικό κεφάλαιο*». Όπως αναφέρουν και ο Darke et al. (2007), οι μειονεκτούντες κοινότητες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά πρόωμης έναρξης χρήσης ναρκωτικών. Σύμφωνα με τους Erickson P. and Cheung Y. (1999), η έννοια και ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου έχει μεγάλη σημασία για την κατανόηση των κοινοτικών χαρακτηριστικών και της σχέσης τους με τη χρήση κοκαΐνης ή άλλων ναρκωτικών. Όπως τονίζουν, μια κοινότητα με καλό επίπεδο κοινωνικοοικονομικής κατάστασης που διαθέτει ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, είναι πιο πιθανό να διατηρήσει τους χρήστες ναρκωτικών σε ελεγχόμενη χρήση είτε γιατί οι χρήστες επιθυμούν να διατηρήσουν την «καλή» κοινωνική τους ζωή, είτε γιατί έχουν μια

καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τα είδη και τη δράση των ναρκωτικών που κάνουν χρήση. Αντιθέτως, οι χρήστες ναρκωτικών μιας κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούσας κοινότητας είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μια συμβατική ζωή και να έχουν εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και τη χρήση τους, και πιθανότερο να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά ως απόδραση από τη σκληρή πραγματικότητα. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, η χρήση ναρκωτικών σε μια κοινότητα με ανεπαρκές κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιθανό να είναι πιο προβληματική (Erickson P. and Cheung Y., 1999). Κάτι ανάλογο επιβεβαιώνουν και οι Cheung et al. (1991 στο Erickson et al., 1994), όπου σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τορόντο καταγράφηκε ένα πρότυπο ελεγχόμενης χρήσης. Αυτά τα δείγματα, είχαν υψηλά ποσοστά εκπαίδευσης, επαγγελματικής τάξης και εισοδήματος και επομένως, προέρχονταν κυρίως από καλύτερες γειτονιές και είχαν πρόσβαση σε περισσότερα κοινοτικά κοινωνικά κεφάλαια. Από την άλλη, μια πιο πρόσφατη έρευνα που έγινε στην ίδια περιοχή, μια ομάδα 30 γυναικών χρηστών κοκαΐνης που ζούσαν σε μια κοινωνικοοικονομικά μειονεκτική γειτονιά ανέφερε βαριά και προβληματική χρήση κοκαΐνης και άλλων παράνομων ναρκωτικών (Butters et al., 1997 στο Erickson P. and Cheung Y., 1999). Επίσης, σύμφωνα με τον WHO (1995 στο Erickson P. and Cheung Y., 1999), η συσχέτιση της κακής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της βαριάς και προβληματικής χρήσης κοκαΐνης σε μια κοινότητα δεν αποτελεί «προνόμιο» μόνο των δυτικών χωρών. Τα αποτελέσματα του προγράμματος που πραγματοποίησε ο WHO σχετικά με τη κοκαΐνη σε 19 χώρες, φανέρωσαν ότι παρά τις μεγάλες διαφορές στο συνολικό επιπολασμό, τα ποσοστά της χρήσης κοκαΐνης ήταν αυξημένα σε φτωχούς και κοινωνικά περιθωριοποιημένους πληθυσμούς σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν. Ακόμη οι Erickson et al. (1994 στο Erickson P. and Cheung Y., 1999) τονίζει, ότι οι κοινότητες με ανεπαρκές κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζουν επίσης τη βαριά και προβληματική χρήση μιας χώρας. Όπως αναφέρουν, παρά τη μεγάλη διαθεσιμότητα και τις χαμηλές τιμές στις ΗΠΑ και τον Καναδά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 80', ο Καναδάς δεν γνώρισε ποτέ τα μεγάλα ποσοστά χρήσης και τις απότομες αυξήσεις που παρατηρήθηκαν στις ΗΠΑ. Η εξήγηση που δόθηκε για αυτό, καθώς το ποσοστό που χρησιμοποιούσαν κρακ και κοκαΐνη ήταν πολύ μικρότερο στον Καναδά, είναι ότι ίσως οφείλεται στη διαθεσιμότητα ενός υψηλού κοινωνικού κεφαλαίου μέσω καλύτερων κοινωνικών συνθηκών, υγειονομικής περίθαλψης και ενός πιο ολοκληρωμένου πολυπολιτισμικού συστήματος στον Καναδά (Cheung and Erickson, 1997 στο Erickson P and Cheung Y., 1999). Όπως αναφέρει και ο Lundborg,

(2005) τα άτομα έχουν διαφορετικά αποθέματα κοινωνικού κεφαλαίου λόγω κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών διαφορών. Σύμφωνα με τον Halpern, (2005), οι μελέτες δείχνουν ότι οι μεσαίες τάξεις έχουν μεγαλύτερα και διαφορετικά κοινωνικά δίκτυα και αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής εμπιστοσύνης (δείκτης κοινωνικού κεφαλαίου). Ο Lundborg (2005) στη μελέτη που πραγματοποίησε βρήκε συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και της πιθανότητας χρήσης παράνομων ναρκωτικών στη Σουηδία. Όπως ισχυρίζεται, ένα χαμηλότερο επίπεδο εισοδήματος δημιουργεί δυσκολίες στη δημιουργία κοινωνικού κεφαλαίου, που έχει ως αποτέλεσμα περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους, δυσλειτουργικές οικογένειες και κοινωνική απομόνωση. Έτσι, όπως αναφέρει, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος έχουν περιορισμένη υποστήριξη τόσο από γονείς όσο και από τις κοινότητες και επομένως, θεωρείται ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και χρήσης ουσιών. Από την άλλη πλευρά, τονίζει, ότι το υψηλότερο εισόδημα επίσης συνδέεται με τη χρήση ουσιών επειδή η εμπλοκή στην ανάπτυξη των παιδιών από τους γονείς είναι μικρότερη καθώς και ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες υψηλού εισοδήματος είναι πιο εύκολο για αυτά να αγοράσουν ουσίες (Lundborg, 2005). Σε άλλες μελέτες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, οι λευκοί Αμερικανοί ήταν πιο πιθανό να έχουν ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, λόγω του ότι αποτελούσαν μέλη της κυρίαρχης ομάδας, σε αντίθεση με τις πιο μειονεκτούντες ομάδες που διέθεταν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου (McNeal., 1999 στο Lundborg, 2005). Σύμφωνα με αυτό, η φυλή και η εθνικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης ουσιών και τη διάδοση μεταδιδόμενων νοσημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά (Lundborg, 2005). Επίσης ο Marmot, (1997 στο Treffers & Rein, 2016) αναφέρει, ότι τα στοιχεία των ερευνών υποδηλώνουν ότι οι περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί, συμπεριλαμβανομένης της εθνοφυλετικής μειονότητας, των κατώτερων κοινωνικό οικονομικών στρωμάτων και ατόμων με ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζουν περισσότερες ανισότητες στην υγεία λόγω της οικονομικής και κοινωνική τους κατάστασης. Μάλιστα, ενώ υποστηρίζεται από κάποιους πως ο εθισμός και η παράνομη χρήση ναρκωτικών υπερβαίνουν τη φυλή και την κοινωνική τάξη, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι υπάρχουν ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας σε όλο το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στο οποίο η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών συγκεντρώνονται μεταξύ των ομάδων που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικές θέσεις (Treffers & Rein, (2016). Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να

λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάλυση της χρήσης ναρκωτικών. Μια εξήγηση θα ήταν ότι «τα άτομα που καταλαμβάνουν τις πιο περιθωριακές θέσεις στην κοινωνία αντιμετωπίζουν διάφορα εμπόδια στην ιατρική περίθαλψη και στους κοινωνικούς πόρους που είναι απαραίτητοι για την αντιμετώπιση του εθισμού» (Treffers and Rein, 2016). Επίσης, στοιχεία από την έρευνα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία που πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 2006 και το 2008 φανερώνουν ότι μεταξύ των ατόμων που ζουν σε φτώχεια και χρειάζονται θεραπεία από τη χρήση μόνο το 17,9% έλαβε θεραπεία κατά το παρελθόν έτος (SAMHSA, 2010 στο Treffers & Rein, (2016). Σύμφωνα με τους Galea & Vlahov (2002 στο Treffers & Rein, (2016), τέτοιες ανισότητες μπορούν έμμεσα να επηρεάσουν την υγεία διαμορφώνοντας συμπεριφορές που μπορούν να οδηγήσουν από μια μικρή σχέση με τα ναρκωτικά σε χρήση πιο επιζήμιων ναρκωτικών για την υγεία. Ωστόσο, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία με δείγμα 23.482 ανδρών, οι Stenbecka et al. (1993 στο Treffers & Rein., 2016) διαπίστωσαν ότι η χαμηλή κοινωνικό οικονομική κατάσταση συσχετίστηκε με τη χαμηλότερη πιθανότητα χρήσης μαριχουάνας. Ομοίως, οι Legleye et al. (2012 στο Treffers & Rein., 2016) πραγματοποίησαν μια μελέτη με τη συμμετοχή 39.542 Γάλλων νέων και διαπίστωσαν ότι ενώ οι έφηβοι από εύπορες οικογένειες είχαν περισσότερες πιθανότητες να πειραματιστούν με μαριχουάνα, ωστόσο, ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε συχνή, βαριά ή προβληματική χρήση συγκριτικά με χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Σύμφωνα με τους Treffers & Rein (2016) αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι επιπτώσεις των κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών μεταβάλλονται ανάλογα με το είδος ναρκωτικού. Συνέπεια, λοιπόν, των διαφορετικών ανισοτήτων είναι και η κινητικότητα των ατόμων καθώς αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η συχνή κινητικότητα είναι αρνητικά συσχετιζόμενη με το κοινωνικό κεφάλαιο σε επίπεδο γειτονιάς (Halpern, 2005). Σύμφωνα με τους Gaviglia και Raphael (2001), η χρήση ναρκωτικών εκτιμάται ότι είναι πιο συχνή για τους μετακινούμενους. Επιβεβαιώνοντας κάτι τέτοιο, οι Glaeser et al. (2002 στο Lundborg, 2005) αναφέρουν, ότι σε άλλες μελέτες έχουν διαπιστωθεί ότι οι ιδιοκτήτες σπιτιών έχουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου, εξηγώντας έτσι, τη μειωμένη κινητικότητα λόγω της ιδιοκτησίας σπιτιού και του αυξημένου κοινωνικού κεφαλαίου λόγω της χαμηλής κινητικότητας. Τέλος, όπως γράφει ο Peele (1985) «οι εθισμένοι βελτιώνονται όταν βελτιώνονται οι σχέσεις τους με την εργασία, την οικογένεια και άλλες πτυχές του περιβάλλοντός τους». Στο ίδιο μήκος κύματος, η Erikson (1990) υποστηρίζει ότι η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου προσφέρει μια νέα κατεύθυνση

για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, ιδίως στον γενικό τομέα της μείωσης των βλαβών. Τονίζεται, πως «Η σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου της κοινότητας, αναφέρεται στη δομή των κοινωνικών σχέσεων που δημιουργούν πόρους στην κοινότητα, όπως εξαρτάται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τις ευκαιρίες απασχόλησης, τις βασικές υποδομές και τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, στον καθορισμό του μεγέθους του πληθυσμού που είναι πιο ευάλωτος. Η οικοδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου για τη βελτίωση των πιο θεμελιωδών συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού είναι μια ζωτική πτυχή της μείωσης των βλαβών».

2.8 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Φυσική Ανάκαμψη από τις Εξαρτήσεις

2.8.1 Ιστορική εξέλιξη της Φυσικής Ανάκαμψης – Ορισμός Κεφαλαίου Ανάκαμψης

Σύμφωνα με τους Granfield and Cloud (2001:84) «αναφορές σε ανάκαμψη (από την εξάρτηση ναρκωτικών) χωρίς θεραπεία στην Αμερικανική βιβλιογραφία μπορεί να εντοπιστούν πάνω από διακόσια χρόνια πριν». Ο δόκτωρ Benjamin Rush ήταν από τους πρώτους που αντιλήφθηκε την εξάρτηση ως ασθένεια και από το 1785 έγραψε για αλκοολικούς που απεξαρτήθηκαν φυσικά (Cloud and Granfield, 2001). Παρόλα αυτά σύμφωνα με τους Chiauzzi and Liliegren (1993 στο Sobbel et al., 2000) η φυσική ανάκαμψη θεωρούνταν μέχρι πρόσφατα θέμα ταμπού λόγω της κυριαρχίας του ιατρικού μοντέλου του οποίου πεποίθηση είναι ότι αν κάποιος μπορεί να απεξαρτηθεί μόνος του χωρίς την βοήθεια των ειδικών τότε αυτός δεν ήταν εξαρτημένος από την αρχή. Έκπληξη προκαλεί το γεγονός ότι η φυσική ανάκαμψη είναι γνωστή και συχνή στην εξάρτηση από την νικοτίνη όπου οι καπνιστές μπορεί να σταματήσουν το κάπνισμα μόνοι τους παρόλα αυτά η φυσική απεξάρτηση από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ είχε αγνοηθεί μέχρι τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τον White and Kurtz (2006 στο Best et al., 2015) η απεξάρτηση είναι μία διαδικασία που είναι μοναδική για το κάθε άτομο και μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Μπορεί να λάβει υπηρεσίες ψυχοθεραπείας με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να πάρει την μορφή ομάδων αυτοβοήθειας ενώ μπορεί να πάρει την μορφή της φυσικής ανάρρωσης. Η βιβλιογραφική έρευνα πάνω στην φυσική ανάκαμψη από την χρήση ουσιών είναι σημαντική αν και θεωρείται μικρής έκτασης σύμφωνα με τα συμβατικά ερευνητικά στάνταρ. Το National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) και το

National Institute of Drug Abuse έχουν διεξάγει πολλές έρευνες πάνω στο θέμα ενώ το 1983 το The Journal of Drug Issues αφιέρωσε δύο τεύχη του πάνω στην έρευνα της φυσικής ανάκαμψης. Ακόμα η φυσική ανάκαμψη έχει κερδίσει την αποδοχή και την αναγνώριση σημαντικών οργανισμών όπως το Institute of Medicine(1990) και ο American Psychiatric Association (1994) ενώ το 1999 διεξήχθη και ένα διεθνές συνέδριο στο Les Diablerets της Ελβετίας. Επίσης η φυσική ανάκαμψη έχει κερδίσει την αποδοχή και την αναγνώριση σημαντικών οργανισμών όπως το Institute of Medicine (1990) και ο American Psychiatric Association (1994) (Sobbel et al., 2000). Παρόλο το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών για την φυσική ανάκαμψη η πρακτική χρησιμότητα της για τους επαγγελματίες που εργάζονται στο πεδίο της απεξάρτησης δεν έχει αξιοποιηθεί (Cloud and Granfield, 2001). *«Οι συζητήσεις γύρω από το θέμα της φυσικής ανάκαμψης προτείνουν ότι οι επαγγελματίες της απεξάρτησης θα πρέπει να δώσουν πιο πολύ προσοχή στα προσωπικά χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων τους και στο περιεχόμενο του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο οι εξαρτημένοι είναι ενσωματωμένοι»* (Cloud and Granfield, 2001: 99). Χρήστες ουσιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως η φτώχεια, η αναπηρία, η έλλειψη εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης ή ανήκουν σε μειονότητες έχουν περισσότερες δυσκολίες στο να απεξαρτηθούν. Όλες αυτές οι πληροφορίες αν και είναι γνωστές στους επαγγελματίες πολλές φορές υποτιμούνται και παραβλέπονται λόγω της έμφασης που δίνεται στην ατομική παθολογία αγνοώντας πλήρως τις κοινωνικές συνθήκες (Cloud and Granfield, 2001). Οι Granfield and Cloud (1999, 2001, 2004 στο Henessy, 2017) αναφέρουν ότι μία ποιοτική έρευνα 46 πρώην ουσιόεξαρτημένων βοήθησε στην σκιαγράφηση της έννοιας του κεφαλαίου ανάκαμψης για πρώτη φορά. Οι συμμετέχοντες σταμάτησαν την χρήση ουσιών χωρίς να λάβουν κάποια επίσημη μορφή θεραπείας. Οι ερευνητές εντόπισαν συγκεκριμένους πόρους που έπαιξαν κρίσιμο ρόλο στην επιτυχή απεξάρτησή τους και έτσι δημιούργησαν την έννοια του κεφαλαίου ανάρρωσης.

Οι (Granfield and Cloud 1999:179) ορίζουν το Κεφάλαιο Ανάκαμψης ως *«Το σύνολο το πόρων ενός ατόμου που μπορούν να το βοηθήσουν να υπερνικήσει το πρόβλημα της ουσιόεξάρτησης. Το κεφάλαιο ανάκαμψης είναι ενσωματωμένο σε ένα αριθμό απτών αλλά και μη απτών πόρων και σχέσεων συμπεριλαμβανομένων αυτών που προϋπήρχαν πριν το άτομο έρθει σε επαφή με τις ουσίες, αυτών που υπήρχαν κατά την περίοδο της χρήσης και τις συνθήκες που είναι πιθανό να επικρατήσουν στο μέλλον. Περιλαμβάνει*

στάσεις, συμπεριφορές και πεποιθήσεις που το άτομο έχει ως προς το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον. Επίσης περιλαμβάνει την νοητική κατάσταση του ατόμου και άλλα προσωπικά του χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν για να λύσουν ένα πρόβλημα εξάρτησης». Η ύπαρξη κάποιου βαθμού σταθερότητας στην ζωή τους, η προσήλωση σε μία συγκεκριμένη ιδεολογία και η ικανότητα τους να διατηρούν τις σχέσεις τους είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αναρρώνουν φυσικά σύμφωνα με την αρχική μελέτη. Αυτά τα χαρακτηριστικά βοηθούν στην δημιουργία και διατήρηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Επίσης η παραμονή στην αγορά εργασίας κατά την διάρκεια της ουσιοεξάρτησης, η αίσθηση υποχρέωσης απέναντι στην κοινωνία και ο φόβος αποκάλυψης της χρήσης ουσιών καθώς και η διατήρηση των κοινωνικών τους διασυνδέσεων συνέβαλλαν στην επιτυχή τους απεξάρτηση (Henessy, 2017). Οι Best, et al. (2015:271) τονίζουν ότι «η έννοια του κεφαλαίου ανάκαμψης μπορεί να είναι ένα από τα κλειδιά για την κατανόηση του πως τα άτομα διατηρούν ορμή κατά την διάρκεια του ταξιδιού απεξάρτησης τους».

2.8.2 Συστατικά του Κεφαλαίου Ανάκαμψης

Οι Cloud and Granfield (2004, 2008 στο Henessy, 2017) πρόσθεσαν στο αρχικό μοντέλο του κεφαλαίου ανάκαμψης και μία ακόμα διάσταση αυτή του πολιτισμικού κεφαλαίου. Έτσι η έννοια του κεφαλαίου ανάκαμψης περιλαμβάνει πλέον τέσσερις διαστάσεις: Κοινωνικό κεφάλαιο, ανθρώπινο, φυσικό και πολιτισμικό Το πολιτισμικό κεφάλαιο θεωρείται σημαντικό καθώς η συμμόρφωση με τις υπάρχουσες κοινωνικές νόρμες και αξίες μπορεί να βοηθήσει στην απεξάρτηση (Henessy, 2017).

2.8.2.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο. «Ως κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείτε το σύνολο των πόρων, πραγματικών ή εικονικών, στους οποίους έχει πρόσβαση το άτομο επειδή κατέχει ένα ανθεκτικό δίκτυο λιγότερο ή περισσότερο θεσμοποιημένων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας και αναγνώρισης» Bourdieu and Wacquant (1992 στο Cloud and Granfield, 2008: 1973). Σύμφωνα με την θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου όταν ένα άτομο συμμετέχει σε μία κοινωνική ομάδα τότε αποκτά πόρους, αμοιβαίες υποχρεώσεις και οφέλη κάτι που μπορεί να τον βοηθήσει ώστε να αποκτήσει καλύτερη ποιότητα ζωής. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να βοηθήσει άτομα να ξεπεράσουν κρίσεις και να λύσουν προβλήματα καθώς «επηρεάζει τις επιλογές, τους πόρους, τις πληροφορίες και την υποστήριξη που είναι διαθέσιμη στα άτομα καθώς προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα τους» (Cloud and Granfield, 2008: 1973).

2.8.2.2 *Φυσικό Κεφάλαιο.* «*Το φυσικό κεφάλαιο που τυπικά αναφέρεται ως οικονομικό κεφάλαιο περιλαμβάνει το εισόδημα, τις καταθέσεις, την ιδιοκτησία, τις επενδύσεις και άλλα απτά οικονομικά στοιχεία τα οποία μπορούν αν μετατραπούν σε χρήμα. Αυτοί που είναι οικονομικά σταθεροί κατέχουν εξ ορισμού φυσικό κεφάλαιο*» (Cloud and Granfield, 2008: 1973). Τα άτομα που κατέχουν φυσικό κεφάλαιο έχουν περισσότερες επιλογές όσο αφορά την θεραπεία απεξάρτησης και την διακοπή της χρήσης ουσιών. Η κατοχή φυσικού κεφαλαίου δίνει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όπου προσφέρεται επαγγελματική βοήθεια συμπεριλαμβανομένων της σωματικής αποτοξίνωσης και της ενδόνσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Cloud and Granfield, 2008).

2.8.2.3 *Ανθρώπινο Κεφάλαιο.* «*Το ανθρώπινο κεφάλαιο ενσωματώνει ένα μεγάλο εύρος ατομικών ιδιοτήτων οι οποίες παρέχουν στο άτομο τα μέσα ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά στην σύγχρονη κοινωνία, να μεγιστοποιεί τα ατομικά προνόμια που συνδέονται με την συμμετοχή του σε αυτή και να πετυχαίνει τους προσωπικούς του στόχους*» (Cloud and Granfield, 2008:1974). Οι ικανότητες του ατόμου, οι γνώσεις, η εκπαίδευση του, η υγεία θεωρούνται ανθρώπινο κεφάλαιο. Το ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να περιλαμβάνει μεγάλο εύρος ιδιοτήτων οι πιο σημαντικές όμως για την επιτυχή απεξάρτηση είναι η κληρονομικότητα, η ψυχική υγεία και η εργασία (Cloud and Granfield, 2008).

2.8.2.4 *Πολιτιστικό Κεφάλαιο.* «*Το πολιτισμικό κεφάλαιο περιλαμβάνει κοινωνικές νόρμες και την δυνατότητα του ατόμου να δρα προς το συμφέρον του μέσα στα πλαίσια των κοινωνικών κανόνων ώστε να καλύπτει τις βασικές του ανάγκες και να μεγιστοποιεί τις ευκαιρίες του. Το πολιτισμικό κεφάλαιο επίσης εμπεριέχει αξίες, πεποιθήσεις, προδιαθέσεις, αντιλήψεις και εκτιμήσεις οι οποίες προέρχονται από τη συμμετοχή του σε μία συγκεκριμένη πολιτισμική ομάδα*» (Bourdieu, 1986 στο Cloud and Granfield 2009:1974). Οι χρήστες ουσιών οι οποίοι ενστερνίζονται τους κοινωνικούς κανόνες και έχουν συμφέρον να συμμορφώνονται ως προς αυτούς είναι πιο πιθανό να διακόψουν την χρήση ουσιών από αυτούς που απορρίπτουν τους συμβατικούς κανόνες και αξίες της κοινωνίας στην οποία ζουν. Η δημιουργία νέων συστημάτων νοήματος και αξιών τα οποία δεν βρίσκονται σε σύγκρουση με την αποχή και τη μη χρήση ουσιών είναι δύσκολο αλλά απαραίτητο στοιχείο της πορείας προς την απεξάρτηση. Οι Anderson, Terry (1990, 2003 στο Cloud and Granfield 2008) αναφέρουν ότι η συμμετοχή σε υποκοουλτούρες «του δρόμου» των οποίων οι αξίες ενθαρρύνουν την χρήση ουσιών αποτελεί εμπόδιο στη διαδικασία της απεξάρτησης.

2.8.3 Παράγοντες του αρνητικού Κεφαλαίου Ανάκαμψης

2.8.3.1 *Ηλικία*. Η ηλικία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το απόθεμα κεφαλαίου ανάκαμψης -και θετικού και αρνητικού- του ατόμου. Τα άτομα που αρχίζουν νέα τη χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν πιο σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης αντίθετα με τα άτομα που αρχίζουν την χρήση σε πιο μεγάλη ηλικία (Cloud and Granfield, 2008).

2.8.3.2 *Φύλο*. Οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με διαφορετικής μορφής προκλήσεις όσο αφορά τη διακοπή της χρήσης ουσιών σε σύγκριση με τους άντρες. Η χρήση ουσιών προκαλεί σημαντικά διαφορετικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο φυσιολογίας όσο και σε κοινωνικό επίπεδο ανάλογα το φύλο (Cloud and Granfield, 2008).

2.8.3.3 *Ψυχική Υγεία*. Οι Quello, Brady, and Sonne, (2005 στο Cloud and Granfield 2008: 1978) αναφέρουν ότι *«Η ψυχική υγεία είναι μία σχετικά αόριστη έννοια και η συνύπαρξη ψυχικών διαταραχών και προβλήματος εξάρτησης από ουσίες είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που έχει λάβει αρκετή προσοχή από τους ειδικούς την τελευταία δεκαετία»*. Οι Kessler et al. (1996 στο Cloud and Granfield 2008: 1978) τονίζουν ότι *«σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Συν νοσηρότητας το 51% των ατόμων που έχουν κάποια διαταραχή ψυχικής υγείας είχαν πρόβλημα εξάρτησης από ουσίες ενώ το 41 με 66% των ατόμων που είχαν πρόβλημα ουσιοεξάρτησης είχαν κάποια ψυχική διαταραχή»*.

2.8.3.4 *Σωματική Υγεία*. Η κακή σωματική υγεία είναι ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να αναχαιτίσει τις προσπάθειες για επιτυχή απεξάρτηση Οι Cloud and Granfield; Granfield and Cloud (2001;1996 στο Cloud and Granfield 2009) αναφέρουν ότι ένας από τους παράγοντες κινητοποίησης των ατόμων με προβλήματα ουσιοεξάρτησης είναι η δυνατότητα του να νιώθει κανείς ευεξία και ευχαρίστηση χωρίς να κάνει χρήση ουσιών. Τα άτομα που έχουν κακή σωματική υγεία είτε λόγω παραμέλησης είτε λόγω της ζημιάς που προκάλεσε η χρήση ουσιών έχουν μειωμένη ικανότητα να νιώθουν ευεξία. *«Τα επίπεδα ενέργειας τους, παρακίνησης και ικανότητας συμμετοχής σε διάφορες σωματικές δραστηριότητες , παράγοντες που είναι σημαντικοί για την διακοπή και την διατήρηση της αποχής από την χρήση ουσιών μπορεί να αποτρέψει και τις καλύτερες προθέσεις»* (Cloud and Granfield, 2008:1979).

2.8.3.5 *Φυλάκιση*. Η φυλάκιση κάποιου χρήστη ουσιών έχει μεγάλη επίπτωση στο κεφάλαιο ανάρρωσης. Τα άτομα που έχουν διακόψει την χρήση με τη βοήθεια του

κεφαλαίου ανάρρωσης δεν έχουν συστηματική επαφή με το δικαστικό σύστημα και τις φυλακές (Cloud and Granfield, 2008).

2.9. Σχέση Κοινωνικού Κεφαλαίου και Κεφαλαίου Ανάκαμψης

«Εξετάζοντας την φυσική ανάκαμψη διαμέσου των αναλυτικών φακών του κοινωνικού κεφαλαίου η προσοχή μας αναγκαία στρέφεται στο ευρύτερο κοινωνικό περιεχόμενο της ανάρρωσης και στον ρόλο που παίζουν οι δομημένες κοινωνικές σχέσεις στην υπερνίκηση προβλημάτων ουσιοεξάρτησης χωρίς θεραπεία» (Cloud and Granfield, 2001:1547). Οι Litt et al., (2009 στο Best et al., (2015:272) αναφέρουν ότι «το κοινωνικό κεφάλαιο και η σημαντικότητα των υποστηρικτικών σχέσεων και των κοινωνικών δικτύων έχουν επανειλημμένα επισημανθεί σαν παράγοντες που διευκολύνουν την διατήρηση της απεξάρτησης». Ο Putnam (1995:67) ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως «τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών οργανισμών όπως τα δίκτυα, οι κανόνες και η εμπιστοσύνη τα οποία διευκολύνουν την δράση και την συνεργασία ως προς το αμοιβαίο όφελος». Σύμφωνα με τον Neaigus (1996) στο (Pritika, 2016) οι πόροι στους οποίους ένα άτομο έχει πρόσβαση μέσω των κοινωνικών δικτύων παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της χρήσης ουσιών. Δεν υπάρχουν ίσες ευκαιρίες στην κοινωνία για την επίλυση προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων όπως είναι η εξάρτηση. Η δομική θέση που κατέχει το άτομο και οι κοινωνικές του σχέσεις επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου για θετική αλλαγή (Granfield and Cloud, 2001). Οι Waldorf et al. (1991 στο Granfield and Cloud, 2001) αναφέρουν ότι υπάρχει άνιση κατανομή στα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση ουσιών όπως επίσης και στις πιθανές λύσεις αυτών των προβλημάτων στην σύγχρονη κοινωνία. Τα άτομα που ανήκουν σε υψηλές κοινωνικές τάξεις έχουν πρόσβαση σε επιπλέον επιλογές και πόρους κάτι που τους δίνει μεγαλύτερες πιθανότητες για απεξάρτηση. Αντίθετα αυτοί που ανήκουν σε κατώτερη κοινωνική τάξη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην πρόκληση θετικής αλλαγής και στην απεξάρτηση τους από τις ουσίες. Ο Best et al. (2008 στο Best et al., 2012) βρήκαν στην έρευνα τους ότι αν και η διακοπή της χρήσης συνδεόταν με παράγοντες όπως η ψυχολογική κόπωση που προέρχεται από τον τρόπο ζωής ενός χρήστη σε συνδυασμό με ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ή μία προσωπική κρίση οι παράγοντες που βοηθούν στην διατήρηση της αποχής είναι κυρίως κοινωνικοί. Σύμφωνα με τον Laudet and White (2010 στο Best

et al., 2012) οι πιο σημαντικές προτεραιότητες των απεξαρτημένων είναι η εργασία, η κατοικία, η εκπαίδευση και οι κοινωνικές σχέσεις. Οι Granfield and Cloud (2001: 1553) τονίζουν ότι *«Τα προσωπικά προβλήματα και οι λύσεις τους είναι ενσωματωμένες μέσα σε μία ευρύτερη δομή κοινωνικών σχέσεων και δικτύων. Προβλήματα όπως είναι η χρήση ουσιών επηρεάζεται από τις δομημένες σχέσεις μέσα στις οποίες το άτομο είναι ενσωματωμένο επηρεάζοντας έτσι από αυτές και οι ευκαιρίες για προσωπική αλλαγή.»*. Έτσι το κοινωνικό κεφάλαιο που τα άτομα διέθεταν πριν από την χρήση καθώς και αυτό που μπόρεσαν να διατηρήσουν το διάστημα που ήταν εξαρτημένοι επηρεάζει την κοινωνική τους επανένταξη. Η σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και κεφαλαίου ανάκαμψης είναι πολύ σημαντική γιατί δίνει μεγάλη έμφαση στην ομαλή κοινωνική ένταξη του ατόμου ως έναν από τους κύριους παράγοντες για επιτυχή απεξάρτηση. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι άνισα κατανομημένο ανάμεσα στους χρήστες ουσιών και αυτοί που κατέχουν περισσότερο έχουν περισσότερες πιθανότητες για επιτυχή απεξάρτηση (Granfield and Cloud, 2001).

2.9.1 Κοινωνική Ανάκαμψη

Σύμφωνα με τους Herbeck et al. (2014 στο Boeri, 2016) η δημιουργία νέων κοινωνικών δικτύων είναι μεγάλης σημασίας για την διατήρηση της ανάκαμψης. Παρόλα αυτά όμως τα προγράμματα απεξάρτησης διαλύουν τα υπάρχοντα δίκτυα των ουσιόεξαρτημένων χωρίς να τους βοηθούν στην δημιουργία νέων εκτός από δίκτυα πρώην χρηστών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι απεξαρτημένοι να έχουν μικρή ποικιλία στις κοινωνικές τους σχέσεις. Έτσι γεννιέται η ανάγκη ένταξης των πρώην χρηστών σε συμβατικά δίκτυα εκτός του θεραπευτικού περιβάλλοντος (Boeri, 2016). Η Boeri (2013 στο Boeri, 2016) αναφέρει ότι η κοινωνική ανάρρωση επιτυγχάνεται όταν το άτομο αποκτήσει τις δεξιότητες, πόρους και δίκτυα ώστε να μπορεί να ζει με έναν υγιές τρόπο στην κοινωνία. Ενώ το κεφάλαιο ανάκαμψης εστιάζει στους συνολικούς πόρους που βοηθάνε στην απεξάρτηση η κοινωνική ανάρρωση δίνει λιγότερη έμφαση στους ατομικούς πόρους του ατόμου και τονίζει την σημασία των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής ένταξης. Η έννοια της κοινωνικής ανάκαμψης αποκαλύπτει το πως οι απεξαρτημένοι έχουν πρόσβαση σε νέα κοινωνικά δίκτυα και διευκρινίζει τις διαφορές μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου δεσμού, γεφύρωσης και σύνδεσης. *«Ενώ κάποιο κεφάλαιο δεσμού και γεφύρωσης έχει βρεθεί»* το κύριο πρόβλημα είναι η *«απουσία κεφαλαίου σύνδεσης από τις ζωές των πρώην χρηστών»* (Boeri, 2016: 10). Σύμφωνα με τον Laudet (2011 στο Best et al., 2015) Η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων

δίνει πρόσβαση σε πόρους, πληροφορίες, υποστήριξη και βοηθάει στην υιοθέτηση συμπεριφορών που διευκολύνουν την απεξάρτηση και την θετική αλλαγή. Επίσης η συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες δίνει νέο νόημα στους απεξαρτημένους και βοηθάει στην βελτίωση της αυτοεκτίμησης ενώ βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με την έρευνα των Lit et al. (2007 Best et al., 2012) η ύπαρξη ενός ατόμου που δεν κάνει χρήση ουσιών στο κοινωνικό περίγυρο ενός πρώην χρήστη αλκοόλ μειώνει κατά 27% τον κίνδυνο υποτροπής. Η κυριότερη αιτία μη απόκτησης θετικού κοινωνικού κεφαλαίου και μη ένταξης σε νέα κοινωνικά δίκτυα είναι η φτώχεια. Οι Zschau et al. (2015 στο Boeri, 2016) διαχωρίζουν τα κοινωνικά δίκτυα σε φυσικά που είναι αυτά που υπάρχουν στην συμβατική κοινωνία και τεχνητά τα οποία δημιουργούνται από τις ομάδες απεξάρτησης. Τα τεχνητά δίκτυα μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική ένταξη καθώς οι πρώην χρήστες διατηρούν επαφές μόνο με άλλους απεξαρτημένους και δεν εντάσσονται σε νέα κοινωνικά δίκτυα (Boeri, 2016). Σύμφωνα με τον Laudet & White (2010 στο Best et al., 2015) υπάρχουν ακόμα κενά στην έρευνα για τον ρόλο των κοινωνικών δικτύων στους χρήστες ουσιών. Οι πιο πολλές έρευνες επικεντρώνονται στην εξάρτηση από το αλκοόλ ενώ δεν είναι ξεκάθαρο το πως γίνεται η σύγκριση των κοινωνικών δικτύων αυτών που βρίσκονται σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης με αυτούς που έχουν απεξαρτηθεί. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών η σημαντικότητα της κοινωνικής ανάρρωσης έγκειται στον σημαντικό ρόλο που παίζει η ένταξη σε συμβατικά κοινωνικά δίκτυα στην διακοπή και διατήρηση της χρήσης ουσιών ενώ ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (Boeri, 2016).

2.10 Κοινωνική εργασία και Κοινωνικό Κεφάλαιο

Κατά την τελευταία δεκαετία η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου κερδίζει σημαντικά έδαφος στις κοινωνικές επιστήμες και στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, κυβερνήσεις, ΜΚΟ και κοινωνικά κινήματα δίνουν έμφαση στο κοινωνικό κεφάλαιο ως ένα εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Αυτές οι εξελίξεις δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την κοινωνική εργασία καθώς δημιουργούν το πλαίσιο στο οποίο ασκείται η κοινωνική εργασία και διαμορφώνεται η κοινωνική πολιτική (Healy and Hampshire, 2002). Τα στοιχεία της αμοιβαιότητας και της εμπιστοσύνης είναι βασικά για την πρακτική της κοινωνική εργασίας ενώ όπως αναφέρει ο Kwok (2003 στο

Aghabakhshi and Gregor, 2007:348) «Οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στην ιδεατή θέση για να προωθήσουν και να υποστηρίξουν το κοινωνικό κεφάλαιο στις κοινότητες όπου εργάζονται. Οι κοινωνικοί λειτουργοί με τις δεξιότητές τους και την εμπειρία τους στην κοινοτική εργασία θα πρέπει να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στην προώθηση, στο χτίσιμο και στην διατήρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.». Όλο και περισσότεροι υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν πολλά να δώσουν αλλά και να πάρουν χρησιμοποιώντας την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου στην πρακτική τους (Healy and Hampshire, 2002). Οι (Midgley & Livermore 1998) αναφέρουν ότι υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ της έννοιας της κοινοτικής ανάπτυξης και του κοινωνικού κεφαλαίου δεσμού και γεφύρωσης. Παρόλα αυτά όμως, όπως αναφέρει ο Kwok (2004) η προώθηση και δημιουργία κοινωνικού κεφαλαίου απουσιάζει από τους κύριους στόχους της κοινωνικής εργασίας. Η ενσωμάτωση του στους κύριους στόχους του επαγγέλματος θα προκαλέσει τις ακόλουθες θετικές αλλαγές: «α) Η οπτική βοήθειας προς αυτούς που έχουν ανάγκη θα μετατραπεί σε μία οπτική σφαιρικής κοινοτικής ανάπτυξης. β) Η παροχή τμηματοποιημένης φροντίδας θα μετατραπεί σε παροχή ολικής φροντίδας προωθώντας την αλληλεπίδραση μεταξύ των επίσημων δικτύων παροχής φροντίδας, των ανεπίσημων και του ιδιωτικού τομέα. γ) Από την παροχή υπηρεσιών στην ανάπτυξη ικανοτήτων και στην μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα. δ) Από ένα επάγγελμα με κύρια δεξιότητα την παροχή βοήθειας σε ένα επάγγελμα πολλαπλών δεξιοτήτων.» (Kwok, 2004:6). Επίσης και οι Midgley και Livermore (1998: 29) αναφέρουν ότι «παρότι η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέεται άμεσα με την κοινοτική εργασία δεν είναι ευρέως γνωστή στην κοινωνική εργασία». Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιώντας τις γνώσεις, δεξιότητές τους και τεχνικές από την εργασία με κοινότητα θα πρέπει να προωθήσουν την τοπική κοινοτική ανάπτυξη μέσω της δημιουργίας κοινωνικού κεφαλαίου. Οι Cox, Netting et al., Rothman and Rubin (1995, 1993, 1995, 1992 στο Midgley and Livermore, 1998: 34) σημειώνουν ότι οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν «τον ορισμό της κοινότητας ή του πληθυσμού στόχου, την ταυτοποίηση και την ανάλυση των κοινοτικών πόρων και προβλημάτων, την δημιουργία τοπικών κοινοτικών υπηρεσιών, την διευκόλυνση στο να τεθούν στόχοι και σκοποί, την επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για κοινοτική δράση, την εφαρμογή προγραμμάτων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων». Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί δημιουργώντας κοινωνικό κεφάλαιο το κατευθύνουν προς την τοπική κοινοτική ανάπτυξη ενώ δημιουργώντας κοινωνικά δίκτυα μέσω τοπικών εκκλησιών, τοπικών συλλόγων και ομάδων μπορούν να χρησιμοποιήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο για την

εύρεση εργασίας. (Midgley and Livermore, 1998). Εστιάζοντας στην σημασία των κοινωνικών σχέσεων το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αμφισβήτησης των νεοφιλελεύθερων πολιτικών που κυριαρχούν τα τελευταία χρόνια, ειδικά εκείνων που βάζουν ως μόνη προτεραιότητα την οικονομία παραβλέποντας άλλες σημαντικές πτυχές της κοινωνικής οργάνωσης (Healy and Hampshire, 2002).

Εστιάζοντας στην σημασία των κοινωνικών σχέσεων το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αμφισβήτησης των νεοφιλελεύθερων πολιτικών που κυριαρχούν τα τελευταία χρόνια, ειδικά εκείνων που βάζουν ως μόνη προτεραιότητα την οικονομία παραβλέποντας άλλες σημαντικές πτυχές της κοινωνικής οργάνωσης (Healy and Hampshire, 2002). Η Koutra (2015: 11) αναφέρει ότι *«Η συλλογική δράση είναι στενά συνδεδεμένη με το κοινωνικό κεφάλαιο. Συνήθως θεωρείται ως μία από τις διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου.»*. Μέσω της συμμετοχής τα μέλη της κοινότητας αποκτούν φωνή πάνω σε θέματα είναι σημαντικά για την ζωή τους (Koutra, 2015). Έτσι σύμφωνα με τον Iatridi (2004, στο Koutra, 2015) αυξάνεται η εμπιστοσύνη, η κοινωνική αλληλεγγύη ενώ τα μέλη της κοινότητας γίνονται πιο ενεργά στην λήψη αποφάσεων που τους αφορούν βοηθώντας έτσι στο να γίνει πιο δίκαιη διανομή της εξουσίας. Η συμμετοχικότητα, συνεπώς, αυξάνει την ευημερία και το επίπεδο υγείας μίας κοινότητας (Koutra, 2015). Οι κοινότητες που έχουν υψηλά επίπεδα συμμετοχικότητας έχουν υψηλότερα επίπεδα συνεργασίας και ασφάλειας (Koutra, 2015). Για αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι υπεύθυνοι στο να αξιολογήσουν τους παράγοντες εκείνους που ωθούν ή βάζουν εμπόδια στα μέλη της κοινότητας όσο αφορά την ανάληψη συλλογικής δράσης εκ μέρους τους (Koutra, 2015). *«Ουσιώδης σημασία στην χρησιμοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην κοινωνική εργασία είναι η κατανόηση ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι διαφορετικό από την έννοια των κοινωνικών δικτύων και την κοινωνικής υποστήριξης, έχει και θετικά και αρνητικά στοιχεία και ότι λειτουργεί σε ατομικό, κοινοτικό και θεσμικό επίπεδο ενώ είναι σχετικό σε όλες τις πτυχές άσκησης της κοινωνικής εργασίας»* (Hawkins and Maurer, 2011: 1). Το κοινωνικό κεφάλαιο προσφέρει μία βαθιά δομική ανάλυση των κοινωνικών σχέσεων αποδεικνύοντας ότι εκτός και αν τα άτομα και κοινότητες με περιορισμένους πόρους δεν αποκτήσουν πρόσβαση στην εξουσία, στους οικονομικούς πόρους και στη φήμη που κατέχει η κυρίαρχη τάξη τότε οι πιθανότητες για κοινωνικό οικονομική αλλαγή είναι ελάχιστες. Το κοινωνικό κεφάλαιο βοηθάει να κατανοήσουμε την πολυπλοκότητα των κοινωνικών σχέσεων και της αναπαραγωγικής δύναμης που έχουν

οι κοινωνικές σχέσεις κάτι που το καθιστά πολύτιμο στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας (Hawkins and Maurer, 2011). «*Η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου δίνει βάθος στην ανάλυση των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής υποστήριξης με την ενσωμάτωση της έννοιας των δομικών δυναμικών η οποία συλλαμβάνει τον αντίκτυπο της αλληλεπίδρασης παραγόντων όπως είναι η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα και το φύλο*» (Hawkins and Maurer, 2011: 15). Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τους κοινωνικούς λειτουργούς βοηθώντας τους να κατανοήσουν τους περιορισμούς κοινοτήτων και δικτύων που διαχρονικά έχουν μειωμένη πρόσβαση σε πόρους (Hawkins and Maurer, 2011).

3^ο Κεφάλαιο: Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις

3.1 Θεωρία – Αξίες Κοινωνικής Εργασίας στις Εξαρτήσεις

Η εργασία με άτομα εξαρτημένα από ουσίες είναι αναπόσπαστο μέρος της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας. Είναι κομμάτι των νομοθετικών και ηθικών υποχρεώσεων ενός κοινωνικού λειτουργού καθώς και του καθήκον του για παροχή φροντίδας σε αυτούς που την έχουν ανάγκη. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η ουσιοεξάρτηση καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο μέρος των περιστατικών που χειρίζεται ένας κοινωνικός λειτουργός (Galvani, 2015). Τρεις είναι οι κύριοι ρόλοι για έναν κοινωνικό λειτουργό που ασχολείται με την ουσιοεξάρτηση: «α) Η εμπλοκή με το θέμα της ουσιοεξάρτησης ως μέρος του καθήκοντος του για παροχή φροντίδας υποστηρίζοντας τους εξυπηρετούμενους και τις οικογένειες τους. β) Η κινητοποίηση των ουσιοεξαρτημένων ώστε να αρχίσουν να σκέφτονται να αλλάξουν την προβληματική συμπεριφορά που σχετίζεται με την χρήση ουσιών και η υποστήριξη αυτών και των οικογενειών τους στις προσπάθειες τους ώστε να πετύχουν τον στόχο αυτό. γ) Η υποστήριξη των ατόμων στις προσπάθειες τους για πρόκληση και για διατήρηση της αλλαγής όσο αφορά την χρήση ουσιών» (Galvani, 2015:7). «Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας έχει ένα μοναδικό ρόλο στην πρόληψη και στην θεραπεία προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες. Δοθείσας του εύρους και του πεδίου δράσης της εμπλοκής των κοινωνικών λειτουργών στην πρόληψη και παρέμβαση είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς να έχουν επίγνωση των πεποιθήσεων τους σχετικά με την παροχή υπηρεσιών σε αυτό το πεδίο καθώς και πως αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τις επαγγελματικές προσπάθειες τους» (Burke and Clapp, 1997:552). Οι κοινωνικοί λειτουργοί πολύ συχνά εργάζονται με ουσιοεξαρτημένους έξω από θεραπευτικά προγράμματα και για αυτόν τον λόγο θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να εργαστούν με άτομα που βρίσκονται σε διάφορα στάδια του κύκλου της αλλαγής. Οι στάσεις των ατόμων μπορεί να κυμαίνονται από μία εχθρική ως και βίαιη στάση απέναντι στην πιθανότητα απεξάρτησης ως και μία απεγνωσμένη κραυγή βοήθειας (Barber, 1995). Οι αξίες της κοινωνικής εργασίας την δεσμεύουν στο να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης διαφορετικά από τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Σύμφωνα με τους Freeman, Specht & Courtney (1992, 1994 στο Burke and Clapp, 1997: 554) «η κοινωνική εργασία παραδοσιακά δίνει

ύψιστη προτεραιότητα στην ισότητα, στην ενδυνάμωση, στην κοινωνική δικαιοσύνη, στο δικαίωμα για αυτοδιάθεση και στην κοινωνική ευημερία». Ένα από τα κύρια στοιχεία της κοινωνικής εργασίας είναι επικέντρωση της στον ρόλο που παίζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην δημιουργία και διατήρηση των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων (Barber, 1995). Σύμφωνα με τον Boehm, (1958 στο Barber, 1995: 37) «Η κοινωνική εργασία στοχεύει στην βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων, τόσο ατομικά όσο και σε ομάδες, μέσω δραστηριοτήτων που επικεντρώνονται στις κοινωνικές τους σχέσεις τις οποίες αποτελούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος τους. Αυτές οι δραστηριότητες μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις λειτουργίες: α) Αποκατάσταση μειωμένης λειτουργικότητας, β) παροχή ατομικών και κοινωνικών πόρων και γ) πρόληψη κοινωνικής δυσλειτουργίας» Επίσης ο (Bartlet, 1970: 116) αναφέρει ότι «η προσοχή τώρα στρέφεται κυρίως στο τι συμβαίνει μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του διαμέσου της ανταλλαγής μεταξύ αυτών. Αυτή η διπλή εστίαση δένει το άτομο και το περιβάλλον του μαζί. Έτσι το άτομο και η κατάσταση, το άτομο και το περιβάλλον περιλαμβάνονται σε μία ενιαία έννοια κάτι που απαιτεί συνεχώς να εξετάζονται μαζί». Οι De Hoyos & Jensen, Germain (1986, 1981 στο Burke and Clapp, 1997) αναφέρουν ότι τις τελευταίες δεκαετίες η κοινωνική εργασία δίνει έμφαση σε μία οικολογική οπτική που εξετάζει το άτομο μέσα στο περιβάλλον του. Αυτή η αντίληψη οδηγεί σε μια προσπάθεια αμφισβήτησης του κυρίαρχου ιατρικού μοντέλου και μείωσης της εξάρτησης τους από αυτό ύστερα από χρόνια υποστήριξης του σε μία προσπάθεια αύξησης του στάτους του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας (Burke and Clapp, 1997). Η οπτική της κοινωνικής εργασίας απέναντι στο κοινωνικό πρόβλημα της εξάρτησης απαιτεί οι κοινωνικοί λειτουργοί να μην εστιάζουν την προσοχή τους μόνο στις εξαρτητικές συμπεριφορές αλλά να λαμβάνουν υπόψιν «το σύνολο της ζωής των χρηστών συμπεριλαμβανομένων όλων των αλληλεπιδράσεων τους με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον». Οι κοινωνικοί λειτουργοί να «κοιτάνε προς τα έξω στο κοινωνικό πλαίσιο των εξαρτητικών συμπεριφορών όπως και προς τα μέσα στην ψυχολογία των χρηστών» (Barber, 1995:25). «Υιοθετώντας μία απλουστευμένη λογική αιτίας – αποτελέσματος το ιατρικό και το ποινικό μοντέλο εμφανίζονται να δίνουν άμεσες λύσεις στο πρόβλημα και ενίοτε ανταγωνίζονται τις παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα. Στην ασθένεια η απάντηση είναι το φάρμακο, στη παρέκκλιση η τιμωρία. Το σχήμα αυτό έχει εμπεδωθεί στην συνείδηση της κοινωνίας μας εδώ και εκατοντάδες χρόνια και είναι δύσκολο να ανατραπεί δίνοντας χώρο σε πιο σύνθετες προσεγγίσεις αντιμετώπισης της ανθρώπινης

συμπεριφοράς» (Πουλόπουλος, 2011:303). Η κοινωνική εργασία αντιμετωπίζει τις οξείες αλλά και τις χρόνιες ανάγκες των ουσιόεξαρτημένων αλλά και αυτών με διπλή διάγνωση. *«Αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας προσεγγίσεις βασισμένες στα δεδομένα που ενσωματώνουν καθιερωμένες παρεμβάσεις αλλά και εξελίσσοντας τεχνικές που βασίζονται σε ερευνητικά δεδομένα οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βελτιώσουν σε μεγάλο βαθμό της παρεχόμενες υπηρεσίες για τους εξυπηρετούμενους και τις οικογένειες τους»*. Για να το πετύχουν αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στην ουσιεξάρτηση ειδικά όσο αφορά τις έννοιες του εθισμού, κατάχρησης και ανάρρωσης (NASW, 2013). *«Οι κοινωνικοί λειτουργοί επίσης θα πρέπει να έχουν την γνώση και την ικανότητα να εργάζονται με τους εξυπηρετούμενους ώστε να αναπτύξουν αποτελεσματικά θεραπευτικά πλάνα χρησιμοποιώντας υπάρχοντες αλλά και αναδυόμενους πόρους συμπεριλαμβανομένων πρακτικών που βασίζονται στα δεδομένα της έρευνας»* (NASW, 2013: 6). Η κυριαρχία των ιατρικών αντιλήψεων έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται παρανοήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες στο χώρο της ουσιεξάρτησης θεωρώντας την ως μία *«ομοιογενή και επικίνδυνη δραστηριότητα αλλά και σχετικά με την φύση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας η οποία συνήθως γίνεται αντιληπτή με βάση το ιατρικό μοντέλο και σαν μία θεραπευτική διαδικασία που οδηγεί στην ανάρρωση»* (Keen, 2001: 192). Επίσης το ιατρικό μοντέλο επηρεάζει και την παροχή φροντίδας η οποία συνήθως γίνεται αντιληπτή ως μία θεραπευτική διαδικασία που οδηγεί στην ίαση. Οι Coleman and Cassell, Rickford (1995;1996 στο Keen, 2001) αναφέρουν ότι ένας από τους λόγους που οι κοινωνικοί λειτουργοί δυσκολεύονται να υιοθετήσουν νέες αντιλήψεις και να αποδημήσουνε παλιές προκαταλήψεις τους για την εξάρτηση είναι η άγνοια που έχουν για την επίδραση των ναρκωτικών στην ειδική ομάδα των εξυπηρετούμενων τους. Δεν έχουν όλοι οι εξαρτημένοι την ίδια ηλικία, κάποιιοι μπορεί να έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, κάποιιοι να είναι γονείς ή ανήλικοι. *«Η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και της φτώχειας, του στρες, της βίας και του εγκλήματος είναι καλά αποδεδειγμένη»* (Keen, 2001:192). Ο Keene (1997 στο Keen, 2001) αναφέρει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί διαφέρουν από τους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων όσο αφορά τον τρόπο αντίληψης του προβλήματος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν θεωρούν την χρήση ουσιών ως το κύριο πρόβλημα αλλά την αντιλαμβάνονται μέσα σε ένα σύνολο άλλων δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο εξυπηρετούμενος είτε ως αιτία είτε ως συνέπεια αυτών. Οι υπόλοιπες δυσκολίες αλληλοεπιδρούν με το πρόβλημα της ουσιεξάρτησης χειροτερεύοντας την κατάσταση

στο σύνολο της. Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας δεν είναι να θεραπεύσει τους εξαρτημένους αλλά να κάνει ότι μπορεί για να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής τους σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, να τους ενδυναμώσει και να τους προσφέρει υποστήριξη, να μειώσει τα ρίσκα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους (Keen, 2001).

3.2 Θεωρία Συστημάτων στην Κοινωνική Εργασία με Εξαρτήσεις

Η ολιστική οπτική της κοινωνικής εργασίας διευκόλυνε την υιοθέτηση της θεωρίας των συστημάτων η οποία *«εξασφαλίζει ότι τα άτομα δεν θα εξετάζονται σαν απομονωμένες μονάδες αλλά σαν στοιχεία ενός κοινωνικού συστήματος που τους περιλαμβάνει αλλά και τους υπερβαίνει»* (Barber, 1995:38). Ο Bronfenbrenner (1979 στο Barber, 1995:39) *«συνέλαβε το οικολογικό περιβάλλον τοπολογικά σαν ένα γκρουπ εμφωλιασμένων η μία μέσα στην άλλη δομών που εκτείνονται πολύ πέρα από την άμεση κατάσταση που βιώνει το άτομο και στην σύνδεση μεταξύ άλλων ατόμων που δεν είναι παρόν στην κατάσταση αλλά επηρεάζουν έμμεσα το άτομο»*. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο στο κέντρο βρίσκεται ο εξαρτημένος και ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να κάνει εκτίμηση της οπτικής του για το πρόβλημα. Μετά βρίσκονται τα πρότυπα διαπροσωπικών σχέσεων, κοινωνικών ρόλων και δραστηριοτήτων που βιώνει το άτομο με άμεσο τρόπο. Είναι δηλαδή το άμεσο περιβάλλον του ατόμου. Αυτή η δομή ονομάζεται μικροσύστημα. Η οικογένεια, η εργασία και οι φιλικές σχέσεις είναι μικροσυστήματα. Κάθε μικροσύστημα αλληλοεπιδρά με τα άλλα. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των μικροσυστημάτων βρίσκεται στο επόμενο επίπεδο που ονομάζεται μέσο σύστημα. Εδώ ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογεί τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μικροσυστημάτων. Παράδειγμα ποια είναι η σχέση μεταξύ εργασίας και οικογένειας του ατόμου και πως αυτή επηρεάζει τη ζωή του. Το επόμενο επίπεδο είναι το έξω σύστημα που περιλαμβάνει καταστάσεις που δεν βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου αλλά τα γεγονότα των οποίων ασκούν επιρροή στη ζωή του (Barber, 1995). Παράδειγμα έξω συστήματος είναι η κοινωνική πολιτική ενός κράτους. Τελευταίο επίπεδο είναι το μακρό σύστημα που περιλαμβάνει πολιτισμικά στοιχεία όπως κοινωνικές νόρμες, κοινωνικούς κανόνες και αξίες. Ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει ότι δεν μπορεί να ασκήσει μεγάλη επιρροή στο μέσο και στο έξω σύστημα θα πρέπει

όμως να εκτιμά τις πιέσεις που δέχεται ο εξυπηρετούμενος από αυτά και πως επηρεάζουν την ζωή του (Barber, 1995).

3.3 Ιστορία της Κοινωνικής Εργασίας στις Εξαρτήσεις

Σύμφωνα με τους Amodeo & Litchfield, Googins, (1999, 1984 στο Lala and Straussner, 2001: 4) παρόλο που «*ιστορικά η εκπαίδευση της Κοινωνικής Εργασίας. εργασίας δεν έδινε το ενδιαφέρον που απαιτούνταν στο πρόβλημα των εξαρτήσεων*» και «*δεν έχει περιγραφεί επαρκώς ο ρόλος τους και η συμβολή τους σε αυτόν*» (Πουλόπουλος, 2011: 291) οι κοινωνικοί λειτουργοί «*πάντα δούλευαν με άτομα που ήταν εξαρτημένα από ουσίες και τις οικογένειες τους*» (Lala.and Straussner, 2001:4). Στις αρχές του 20ου αιώνα η Mary Richmond αμφισβήτησε το ηθικό μοντέλο βάση του οποίου κρίνονταν τα άτομα που είχαν πρόβλημα εξάρτησης. Οι εμπειρίες της από την εργασία της στο Charity Organization Society όπου εργαζόταν με άτομα που είχαν προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ την βοήθησε να αμφισβητήσει τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις που θεωρούσαν τους αλκοολικούς ως αμαρτωλούς και μέθυσους. «*Στο πρωτοποριακό της βιβλίο Social Diagnosis που δημοσιεύθηκε το 1917 η Richmond δήλωσε ότι η μέθη είναι ασθένεια και προχώρησε στην περιγραφή της μία περιγραφή που είναι απόλυτα συνεπής με το ιατρικό μοντέλο του αλκοολισμού όπως περιεγράφηκε σχεδόν μισό αιώνα μετά από τον E.M. Jellinikek (1952) και αντικατοπτρίζεται και στην τελευταία έκδοση του DSM-IV*» (Lala.and Straussner, 2001: 4). Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνέχισαν και αργότερα να συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ δημιουργώντας πρότυπα προγράμματα θεραπείας ενώ ήταν βασικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας των κλινικών του Yale University τα προγράμματα του οποίου ήταν οι πρόδρομοι των σύγχρονων θεραπειών. Σύμφωνα με τον Price (1958 στο Lala.and Straussner, 2001: 5) «*ο Gladys Price ένας κοινωνικός λειτουργός του Washingtonian Center for Addiction της Βοστώνης κατά την δεκαετία του 1940 δημιούργησε το πρώτο πλαίσιο πρακτικής άσκησης απεξάρτησης από το αλκοόλ για φοιτητές κοινωνικής εργασίας ενώ έκανε πρωτοποριακή δουλειά και με τις γυναίκες αλκοολικών αντρών*». Επίσης την ίδια δεκαετία η Margaret Cork μία κοινωνική λειτουργός του Addiction Research Foundation του Τορόντο δημιούργησε ένα πρόγραμμα παροχής φροντίδας σε παιδιά αλκοολικών. Το βιβλίο της με τίτλο «The Forgotten Children» δημοσιεύθηκε το 1969 και είναι από τα πιο σημαντικά στο πεδίο αυτό. Το 1955 οι Margaret Cork, ο Gladys Price και οι Margaret Bailey συμμετείχαν

στο πρώτο επίσημο σεμινάριο εκπαίδευσης που απευθυνόταν σε κοινωνικούς λειτουργούς στο Summer School of Alcohol Studies του πανεπιστημίου του Yale. Η Bailey ήταν συγγραφέας του «Alcoholism and Family Casework» ενός βιβλίου σταθμού για την εργασία με τους αλκοολικούς και τις οικογένειες τους. «Μεταξύ 1964 και 1968 η Bailey που εργαζόταν για το National Council on Alcoholism στην Νέα Υόρκη διεξήγαγε ένα πολύ επιτυχημένο project εκπαίδευσης στον αλκοολισμό σπόνσορας του οποίο ήταν το Community Council of Greater New York ενώ επίσης ίδρυσε το Alcoholism Committee υπό την αιγίδα του National Association of Social Workers παραρτήματος της Νέας Υόρκης» (Lala.and Straussner, 2001: 6). Το Alcoholism Committee στα τέλη της δεκαετίας του 1970 ίδρυσε ένα ινστιτούτο αλκοολισμού (Annual Alcoholism Institute) που από τότε μέχρι και σήμερα παρέχει εκπαίδευση στους κοινωνικούς λειτουργούς σε θέματα αλκοολισμού. Τα τελευταία χρόνια προστέθηκε και η εξάρτηση από ουσίες και μετονομάστηκε σε Addictions Committee ενώ συμμετέχει διαρκώς στην έκδοση επιστημονικών περιοδικών, εγχειριδίων οδηγών και βιβλίων που αφορούν την εξάρτηση, στην ανάπτυξη (Substance Abuse Policy Statement) ενώ παρέχει υποστήριξη σε κοινωνικούς λειτουργούς που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι ή οι οικείοι τους πρόβλημα εξάρτησης. Αντίθετα ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από παράνομες ουσίες ήταν πιο περιορισμένος. Η κυβέρνηση των ΗΠΑ με την ψήφιση του Harrison Narcotics Act το 1914 ποινικοποίησε τους χρήστες ναρκωτικών με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες και να υπάρχουν λιγοστά προγράμματα απεξάρτησης. Μεταξύ του 1935 και του 1971 υπήρχαν στις ΗΠΑ οι λεγόμενες «federal farms» για την «θεραπεία» των ουσιοεξαρτημένων οι οποίες όμως έμοιαζαν πιο πολύ σε φυλακές. «Στα τέλη του 1950 και του 1960 το θεραπευτικό κίνημα για την φροντίδα των ουσιοεξαρτημένων άρχισε να αναπτύσσεται. Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών σε αυτά τα προγράμματα δεν έχει πλήρως καταγραφεί» (Lala.and Straussner, 2001: 6). Σύμφωνα με τον Straussner (1993 στο Lala.and Straussner, 2001) η αύξηση της χρήσης της κοκαΐνης και της πολύ-χρυσης οδήγησε στην σύγκλιση των φιλοσοφιών απεξάρτησης του αλκοόλ και των ναρκωτικών με τους κοινωνικούς λειτουργούς να αναλαμβάνουν αυξημένες αρμοδιότητες. Σήμερα οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν κεντρικό ρόλο στα θεραπευτικά προγράμματα είτε αυτά είναι στεγνά ή υποκατάστασης. Από το 1995 ο National Association of Social Workers προσφέρει εκπαίδευση που εξειδικεύεται στις εξαρτήσεις από ουσίες όπως αλκοόλ, καπνός, παράνομες ουσίες ενώ πιο πρόσφατα άρχισε να παρέχει και πιστοποιητικό κλινικής ειδικότητας στις εξαρτήσεις. Το 2001

δημιουργήθηκε το πρώτο επιστημονικό περιοδικό της κοινωνικής εργασίας που ασχολείται με τις εξαρτήσεις το Journal of Social Work Practice in the Addictions ενώ το 2003 ένας κοινωνικός λειτουργός έγινε πρόεδρος του Association for Medical Education and Research on Substance Abuse (Dinitto, 2005). Η εξάπλωση προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την χρήση ουσιών όπως ο ιός του HIV οδήγησε πολλούς κοινωνικούς λειτουργούς να συμμετέχουν σε κινήματα μείωσης της βλάβης και σε προγράμματα πρόληψης ενώ έχουν ενεργό ρόλο και σε προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με τους Straussner and Zelvin (1997 στο Lala.and Straussner, 2001) οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται και με άλλους είδους εξαρτήσεις όπως τζόγος, εξάρτηση από το σεξ, διατροφικές διαταραχές. Ο Zweben, Delany, Lawson. (1997, 1997, 1998 στο Lala.and Straussner, 2001) αναφέρει ότι τα τελευταία χρόνια οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν και στην έρευνα πάνω σε θέματα εξάρτησης αλλά και στον σχεδιασμό πολιτικών. *«Η μοναδική βιόψυχοκοινωνική οπτική της κοινωνικής εργασίας, η ευελιξία της στο να προσαρμόζετε σε νέες αντιλήψεις και να τις εφαρμόζει στην πράξη και η ικανότητα της να ενσωματώνει διαφορετικά προβλήματα σε ένα συστημικό σύνολο την κάνει ένα επάγγελμα εξαιρετικά ταιριαστό στο συνεχώς μεταβαλλόμενο πεδίο των εξαρτήσεων»* (Lala.and Straussner, 2001:7). Στην Ελλάδα το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης εμφανίστηκε καθυστερημένα σε σχέση με τις Δυτικές χώρες ενώ την αντιμετώπιση του ανέλαβαν αρχικά η ιατρική επιστήμη έχοντας μία καθαρά βιολογική προσέγγιση και η αστυνομία και η δικαιοσύνη με τους κατασταλτικούς μηχανισμούς τους. Σαν αποτέλεσμα αυτού ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών ήρθε σε δεύτερη μοίρα ενώ υπήρχε πλήρης απουσία προγραμμάτων απεξάρτησης. Η σημαντική αλλαγή στον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου από το κράτος ήρθε μετά την Δικτατορία με την δημιουργία της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας της ΙΘΑΚΗΣ στις αρχές της δεκαετίας του 1980 το πρόγραμμα της οποίας βασιζόταν στο κοινωνικό μοντέλο και όχι στο ιατροκεντρικό. Η θεραπευτική αυτή κοινότητα ήταν αντίθετη με τις ιατροκεντρικές και κατασταλτικές μεθόδους. Έδινε έμφαση στην ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση τους προβλήματος και στην ισότιμη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών ομάδων. Λόγω της τελευταίας οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέλαβαν ρόλους θεραπευτικούς, σχεδιασμού, διοίκησης και εποπτείας. *«Στα χρόνια που θα ακολουθήσουν η ψυχοκοινωνική προσέγγιση των θεραπευτικών κοινοτήτων υιοθετείται μεταξύ άλλων τεχνικές και μεθόδους της κοινωνικής εργασίας. Ιδιαίτερα η κοινωνική εργασία με ομάδες αναδεικνύεται η κύρια μέθοδος στις δραστηριότητες της θεραπευτικής*

κοινότητας» (Πουλόπουλος, 2011: 293). «Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 δημιουργείται το πρόγραμμα απεξάρτησης 18 ΑΝΩ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής στο οποίο εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί και εφαρμόζονται οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας με άτομο και ομάδα» (Πουλόπουλος, 2011: 293). Το ίδιο χρονικό διάστημα δημιουργείται η θεραπευτική κοινότητα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ του ΚΕΘΕΑ η οποία στο θεραπευτικό της μοντέλο ενσωματώνει και μεθόδους της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα. Με αυτήν την καινούργια οπτική το πρόβλημα της εξάρτησης μετατοπίζεται από το ατομικό επίπεδο στο κοινοτικό. Έτσι ο «ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να δημιουργεί τις συνθήκες για την λειτουργία ενός πλαισίου που προάγει τόσο την προσωπική όσο και την κοινωνική αλλαγή» (Πουλόπουλος, 2011:294). Τη δεκαετία του 1990 δημιουργούνται νέες εξειδικευμένες δομές και προγράμματα πρόληψης με τους κοινωνικούς λειτουργούς να έχουν ενεργό ρόλο στον σχεδιασμό, οργάνωση και στις παρεμβάσεις τους. Την ίδια περίοδο δημιουργούνται τα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ τα οποία έχουν ιατρό κεντρική προσέγγιση. Θεωρούν την ουσιοεξάρτηση ως ένα ιατρικό πρόβλημα και κύρια θεραπευτική μέθοδος είναι η χορήγηση φαρμάκου υποβαθμίζοντας παράλληλα τα κοινωνικά αίτια της εξάρτησης. Ως επακόλουθο αυτής της αντίληψης περιορίζεται ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών ενώ ο περιορισμός της ψυχοκοινωνικής στήριξης οδηγεί στην συντήρηση του προβλήματος και όχι στην απεξάρτηση. Όσο αφορά την εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών οι σχολές κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα έχουν στο πρόγραμμα σπουδών τους μαθήματα σχετικά με το φαινόμενο της εξάρτησης, συμμετέχουν στην έρευνα ενώ οι περισσότερες δομές απεξάρτησης δέχονται φοιτητές κοινωνικής εργασίας για πρακτική άσκηση (Πουλόπουλος, 2011).

3.4 Πρότυπα άσκησης Κοινωνικής Εργασίας στον τομέα των Εξαρτήσεων

«Τα πρότυπα σχεδιάστηκαν για να ορίζουν το φάσμα των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους ουσιοεξαρτημένους, τις υπηρεσίες που αυτοί και οι οικογένειες τους θα προσδοκούν και αυτές που οι προϊστάμενοι των προγραμμάτων απεξάρτησης θα πρέπει να υποστηρίζουν» (NASW, 2013: 8-9). Στόχος τους είναι η διασφάλιση ύπαρξης των απαραίτητων γνώσεων, δεξιοτήτων, αξιών, μεθόδων και ευαισθησιών από πλευράς κοινωνικών λειτουργών ώστε να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στον τομέα της απεξάρτησης. Επίσης στόχος είναι να βοηθήσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς

να έχουν ξεκάθαρες κατευθυντήριες γραμμές, σκοπούς και στόχους τόσο κατά την πρακτική της κοινωνικής εργασίας στον τομέα της απεξάρτησης αλλά και κατά την έρευνα, χάραξη πολιτικής και εκπαίδευση (NASW, 2013).

Πρότυπο 1: Ήθη και αξίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να είναι προσηλωμένοι στα ήθη και στις αξίες του επαγγέλματος τους χρησιμοποιώντας τα ως οδηγό για την λήψη αποφάσεων ενώ θα πρέπει να κατανοούν την ξεχωριστή οπτική της κοινωνικής εργασίας στο πρόβλημα της εξάρτησης και στο πως αυτή αντιλαμβάνεται την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους (NASW, 2013).

Πρότυπο 2: Προσόντα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος όπως αυτές ορίζονται από τους επαγγελματικούς τους συλλόγους αλλά και από την εθνική νομοθεσία. Θα πρέπει να κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις και κατανόηση όσο αφορά την άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο πεδίο των εξαρτήσεων (NASW, 2013).

Πρότυπο 3: Αξίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να έχουν την ικανότητα εκτίμησης και αξιολόγησης της κατάστασης που βιώνουν οι εξυπηρετούμενοι ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες σε αυτούς. (NASW, 2013).

Πρότυπο 4: Παρέμβαση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να μπορούν να αξιοποιούν τις πληροφορίες της εκτίμησης και τα δεδομένα από την έρευνα της κοινωνικής εργασίας στις παρεμβάσεις τους. Οι παρεμβάσεις να είναι σχεδιασμένες ώστε να πληρούν τους στόχους του θεραπευτικού πλάνου ενώ θα πρέπει να έχουν ξεκάθαρους σκοπούς, στόχους και μέθοδο αξιολόγησης (NASW, 2013).

Πρότυπο 5: Λύση αποφάσεων και αξιολόγηση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να λαμβάνουν αποφάσεις που θα βασίζονται στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ενώ να αξιολογούν τις παρεμβάσεις τους τακτικά ώστε να βελτιώνουν τις υπηρεσίες που παρέχουν (NASW, 2013).

Πρότυπο 6: Τήρηση αρχείου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να τηρούν αρχείο με όλα τα δεδομένα και τις καταγραφές που είναι σχετικές με τον σχεδιασμό, την παρέμβαση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Η λήψη και φύλαξη των πληροφοριών θα πρέπει να γίνεται πάντα σύμφωνα με τις αξίες του επαγγέλματος και την εθνική νομοθεσία (NASW, 2013).

Πρότυπο 7: Διαχείριση του φόρτου εργασίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να μπορούν να διαχειρίζονται αποτελεσματικά το φόρτο εργασία τους ώστε να ανταπεξέρχονται με επιτυχία στην υποχρεώσεις και στους ρόλους τους καλύπτοντας με επιτυχία τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (NASW, 2013).

Πρότυπο 8: Επαγγελματική εξέλιξη. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να επιδιώκουν την διεύρυνση των γνώσεων και δεξιοτήτων τους και να είναι ενημερωμένοι για όλες τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της απεξάρτησης ώστε να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες (NASW, 2013).

Πρότυπο 9: Πολιτισμικοί επάρκεια. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να εγγυώνται ότι όλες οι υπηρεσίες παρέχονται σε ένα πλαίσιο πολιτισμικής κατανόησης, σεβασμού και επάρκειας απέναντι στο διαφορετικό (NASW, 2013).

Πρότυπο 10: Διεπιστημονική συνεργασία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να συνεργάζονται με τους άλλους επαγγελματίες στο πεδίο των εξαρτήσεων ώστε να αναπτύσσουν τα κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα, να συμμετέχουν στον τομέα της έρευνας και της συνηγορίας ενώ να εκπαιδεύουν τις οικογένειες και την κοινότητα στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης (NASW, 2013).

Πρότυπο 11: Συνηγορία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να συνηγορούν υπέρ των εξυπηρετούμενων ώστε να εξασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες απεξάρτησης (NASW, 2013).

Πρότυπο 12: Συνεργασία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί να προωθούν την συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιστημονικών και επαγγελματικών ομάδων και οργανισμών που ασχολούνται με το πρόβλημα της εξάρτησης ώστε να εξασφαλίζουν την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας (NASW, 2013).

3.5 Η εξέλιξη στο πεδίο των Εξαρτήσεων

Το πεδίο των εξαρτήσεων για τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες φροντίδας αναμένεται να αυξηθεί για τουλάχιστον έξι λόγους (Dinitto, 2005:203). Πρώτον η αύξηση του πληθυσμού και του προσδόκιμου ζωής θα αυξήσει τον αριθμό των ατόμων που έχουν πρόβλημα εξάρτησης. Δεύτερος λόγος είναι η διερεύνηση του όρου εξάρτηση περιλαμβάνοντας και άλλες προβληματικές συμπεριφορές όπως τζόγο, εξάρτηση από το διαδίκτυο από video game και από το σεξ. Τρίτον η καινούργια γνώση που παράγεται μέσα από την έρευνα πάνω στο πεδίο των

εξαρτήσεων έχει ως επακόλουθο την μεγάλη αύξηση των θεραπευτικών, ψυχοκοινωνικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Συνέπεια αυτού μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με προβλήματα εξάρτησης θα απευθύνονται για βοήθεια στις υπηρεσίες μειώνοντας έτσι το χάσμα ανάμεσα σε αυτούς που χρειάζονται βοήθεια και σε αυτούς που την λαμβάνουν. Σύμφωνα με τον Dinitto & Webb (2005 στο Dinitto, 2005) τέταρτος λόγος είναι η αναγνώριση ότι η εξάρτηση πολλές φορές συνυπάρχει με ψυχικά ή φυσικά νοσήματα και ότι θα πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένη παρέμβαση και για αυτή πέρα από τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην θεραπεία των νοσημάτων αυτών. Πέμπτος λόγος είναι η αύξηση των προγραμμάτων απεξάρτησης σε ιδρύματα όπως οι φυλακές και έκτος είναι η συμπερίληψη της θεραπείας για θέματα εξαρτήσεων στα ασφαλιστικά συστήματα των κρατών (Dinitto, 2005).

3.5.1 Μελλοντικές πολιτικές στις Εξαρτήσεις

Σύμφωνα με τον Dinitto (2005:204) παρά το ότι «οι εξαρτήσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθένειες και προβλήματα δημόσιας υγείας το πολιτικό κλίμα παραμένει εμποτισμένο με την οπτική της ποινικής δικαιοσύνης. Η οπτική αυτή καλείται πόλεμος κατά των ναρκωτικών» Το μεγαλύτερο μέρος των κονδυλίων για τα ναρκωτικά δεν διατίθεται για την πρόληψη, θεραπεία και έρευνα αλλά για την επιβολή του νόμου και τον σωφρονισμό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να πιέσουν για αύξηση των κονδυλίων που διατίθενται για θεραπεία, έρευνα και πρόληψη καθώς και να τονώσουν τις προσπάθειες για πολιτική δράση και συνηγορία στοχεύοντας στην πολιτική αλλαγή που είναι προϋπόθεση για την αλλαγή των πολιτικών που αφορούν τα ναρκωτικά. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις ότι η ένταση του πόλεμου κατά των ναρκωτικών μειώνεται. Το δικαστικό σύστημα δίνει ευκαιρίες απεξάρτησης σε άτομα που παλιότερα θα φυλακίζονταν και οι κοινωνικοί λειτουργοί θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια αυτών των ατόμων για απεξάρτηση τα επόμενα χρόνια. Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να συμβάλλουν στην αποποινικοποίηση για περιπτώσεις που αφορούν την κατοχή μικρό ποσοτήτων ναρκωτικών και για την χρήση ινδικής κάνναβης για ιατρικούς λόγους. Υποχρέωση των κοινωνικών λειτουργών είναι να αναλάβουν πολιτική δράση σχετικά και με άλλες όψεις της κοινωνικής πολιτικής εξασφαλίζοντας ισότιμη μεταχείριση για τους ουσιοεξαρτημένους. Οι ουσιοεξαρτημένοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε πόρους που αφορούν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και να προστατεύονται τα δικαιώματά τους όσο αφορά την εκπαίδευση, στέγαση και εργασία. Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί θα

πρέπει να είναι πρωτοπόροι στην επέκταση των προγραμμάτων μείωσης βλάβης και να υποστηρίζουν την εφαρμογή τέτοιων στρατηγικών όπως για παράδειγμα η δημιουργία χώρων εποπτευόμενης χρήσης καθώς αυτές έχουν θετικά αποτελέσματα όχι μόνο για την υγεία των ουσιόεξαρτημένων αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα (Dinitto, 2005).

3.5.2 Προοπτικές για τους εργαζόμενους στις Εξαρτήσεις

Ζούμε μία εποχή όπου οι νευροεπιστήμες και η γενετική εξελίσσονται ραγδαία. Η συνέπεια αυτού στον τομέα των εξαρτήσεων μπορεί να είναι ότι τα γενετικά τεστ, η γενετική θεραπεία και τα φάρμακα που αλλάζουν την χημεία του εγκεφάλου να καταστούν οι κυρίαρχες προσεγγίσεις βάζοντας τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στο περιθώριο. Η σύγχρονη προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας είναι βιόψυχοκοινωνική δίνοντας όμως μεγαλύτερο βάρος στο ψυχοκοινωνικό από το βιολογικό. Σύμφωνα με τον Wilcox & Ericson (2005 στο Dinitto, 2005:206) « αν και η γενετική και η βιολογία του εγκεφάλου είναι σημαντικά κομμάτια του παζλ για το ξεκλείδωμα του μυστηρίου των εξαρτήσεων οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο». Καθώς δεν υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός εξειδικευμένων στις εξαρτήσεις κοινωνικών λειτουργών είναι επιτακτική ανάγκη η αύξηση των μαθημάτων στις σχολές της κοινωνικής εργασίας καθώς και των πιστοποιημένων προγραμμάτων που παρέχουν κατάρτιση στην εργασία με ουσιόεξαρτημένους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να εξασφαλίσουν την θέση τους στον τομέα των εξαρτήσεων. Για να το πετύχουν αυτό θα πρέπει να αναπτύξουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης και απεξάρτησης, να κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες και να παρέχουν αποδείξεις ότι βοηθούν τα άτομα στην προσπάθειά τους να σταματήσουν την χρήση των ουσιών και να πετύχουν τους θεραπευτικούς στόχους (Dinitto, 2005).

3.5.3 Αντιμετώπιση της ελλιπούς εκπαίδευσης

Σύμφωνα με τον Van Wormer, (1987 στο Rhodes and Johnson, 1996) ο αριθμός των φοιτητών κοινωνικής εργασίας που θέλει να ασχοληθεί επαγγελματικά με τις εξαρτήσεις αυξάνει. Οι μελλοντικοί κοινωνικοί λειτουργοί παίρνουν ένα αντιφατικό μήνυμα όσο αφορά τις εξαρτήσεις κατά την εκπαίδευσή τους. Από τη μία η κοινωνική εργασία υιοθετεί μία συστημική προσέγγιση εξετάζοντας πάντα το άτομο μέσα στο περιβάλλον του ενώ από την άλλη στα κέντρα απεξάρτησης ο στόχος της παρέμβασης είναι η εξάρτηση καθαυτή. Αυτή η αντίφαση οφείλεται στην επιρροή του ιατρικού μοντέλου στον τομέα της απεξάρτησης (Rhodes and Johnson, 1996). Όπως αναφέρει ο

Dinitto (2002:7-8) «οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά εργάζονται με άτομα που έχουν προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά παρόλα αυτά μόνο ένας μικρός αριθμός κοινωνικών λειτουργών είναι καλά προετοιμασμένος για εργασία με αυτήν την ομάδα εξυπηρετούμενων». Όπως αναφέρει ο Flanzer (2001 στο Dinitto, 2002) μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα μέλη του μεγαλύτερου επαγγελματικού συνδέσμου κοινωνικών λειτουργών του πλανήτη, του Αμερικάνικου National Association of Social Workers, έδειξε ότι μόνο το 2% των μελών του κατέδειξαν την εξάρτηση σαν κύριο πεδίο πρακτικής τους αλλά το 71% ανέφερε ότι έχει ασχοληθεί έστω και μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο με εξυπηρετούμενους που είχαν κάποιο πρόβλημα εξάρτησης. Μόνο το 8% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι έχει κάποια εξειδίκευση στον τομέα των εξαρτήσεων (certification / licensure) έτσι είναι δικαιολογημένη η ανησυχία ότι οι γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών σε αυτό το πεδίο είναι ανεπαρκείς. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ανεξάρτητα από την υπηρεσία που εργάζονται θα πρέπει να λάβουν επιπλέον εκπαίδευση σε θέματα εξαρτήσεων ώστε να είναι πιο αποτελεσματικοί τόσο στην πρόληψη όσο και στην παρέμβαση (Dinitto, 2002). Η έρευνα των Wilkey, Lundren, and Amodeo (Wilkey et al., 2013) που μελέτησαν 210 προγράμματα σπουδών κοινωνικής εργασίας σε επίπεδο Master έδειξε ότι μόνο το 14,3% προσέφερε εξειδίκευση στον τομέα των εξαρτήσεων ενώ μόνο το 4,7% αυτών είχαν ένα ή περισσότερα προ απαιτούμενα μαθήματα. Επιπλέον σύμφωνα με τον Alaszewski and Harrison, (1992 στο Burke and Clapp, 1997) ακόμα και όταν υπάρχουν μαθήματα σχετικά με την εξάρτηση αυτά δεν αμφισβητούν το ιατρικό μοντέλο. Η έρευνα των Smith, .M, Whitaker, T. and Weissmiller, T. στο (Smith et al., 2006) έδειξε ότι από το 71% των ερωτηθέντων που ανέφεραν ότι ανέλαβαν κάποια δράση στον τομέα της ουσιοεξάρτησης τον τελευταίο χρόνο μόνο το 53% ανέφερε ότι δεν έλαβε καμία σχετική εκπαίδευση κατά την ίδια περίοδο. Επιπλέον το 25% των εξυπηρετούμενων του δείγματος ανέφερε ότι έχει πρόβλημα ουσιοεξάρτησης αλλά μόνο το 2% των κοινωνικών λειτουργών ανέφεραν τις εξαρτήσεις ως το κύριο πεδίο πρακτικής τους. «Η εκπαίδευση της κοινωνικής εργασίας δεν καλύπτει τις ανάγκες της αγοράς εργασίας στον τομέα της απεξάρτησης και δεν υπάρχουν στοιχεία ότι αυτό το μοτίβο θα αλλάξει στο μέλλον» (Wilkey et al., 2013:192). Είναι πολλοί οι εξυπηρετούμενοι με προβλήματα εξάρτησης που περιμένουν στην λίστα των υπηρεσιών για βοήθεια ή δεν απευθύνονται καν σε αυτές και για αυτόν ακριβώς τον λόγο είναι επιτακτική ανάγκη να αυξηθεί ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που έχουν σχετική εκπαίδευση» (Wilkey et al., 2013). Οι τομείς της ψυχικής υγείας και των

εξαρτήσεων αναμένεται να έχουν αυξημένες επαγγελματικές ανάγκες στο μέλλον κάτι που αναμένεται να μεγαλώσει το χάσμα μεταξύ την πραγματικών και των καλυπτόμενων αναγκών κάνοντας την έλλειψη επαρκώς εκπαιδευμένων κοινωνικών λειτουργών ένα σημαντικό πρόβλημα. Πέρα από το προγράμματα απεξάρτησης υπηρεσίες όπως νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας και σχολεία θα χρειαστούν κατάλληλα εκπαιδευμένους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς πολλοί εξυπηρετούμενοι που προσέρχονται σε αυτά έχουν ανάγκες σχετιζόμενες με κάποια εξάρτηση. Ίδια είναι η κατάσταση και στα θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ. Η έρευνα των Hall, Amodeo, Shaffer, & Vanderbilt, (2000 στο Wilkey et al., 2013) έδειξε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε αυτά έχουν εκτεταμένες ανάγκες κατάρτισης και επιμόρφωσης. Η έρευνα των Straussner and Vairo (2007 στο Wilkey et al., 2013) έδειξε ότι η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών στις εξαρτήσεις έχει θετικά αποτελέσματα όπως αύξηση αντίληψης των ικανοτήτων τους και της προθυμίας να εργαστούν με ουσιοεξαρτημένους. Σύμφωνα με τους Chang et al. και Coleman and Cassell (1992, 1995 στο Keen, 2001) η έλλειψη γνώσης των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τα αποτελέσματα της εξειδικευμένης θεραπείας στους εξαρτημένους και οι ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων της κοινωνικής εργασία στον τομέα αυτό κάνουν δύσκολη την κατανόηση του προβλήματος των ναρκωτικών υπό το πρίσμα της κοινωνικής εργασίας (Keen, 2001). Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι από τους πρώτους που έρχονται σε επαφή με άτομα που έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης σε ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών κάνοντας έτσι απαραίτητη την ύπαρξη εξειδίκευσης στο πεδίο των εξαρτήσεων ανεξάρτητα αν η κύρια απασχόληση των κοινωνικών λειτουργών αφορά τις εξαρτήσεις. Οι σχολές κοινωνικής εργασίας πρέπει να προσφέρουν περισσότερα σχετικά μαθήματα καθώς και περισσότερες ώρες εκπαίδευσης στο πεδίο των εξαρτήσεων ώστε να προετοιμάσουν καλύτερα τους φοιτητές για την είσοδο τους στην αγορά εργασίας (Smith et al., 2006).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της μελέτης είναι η ποιοτική διερεύνηση τόσο της σχέσης, όσο και της σύγκρισης αποθεμάτων Κοινωνικού Κεφαλαίου εξαρτημένων και ανεξαρτημένων από μη νόμιμες ουσίες ενηλίκων 25-50 ετών στην Ελλάδα.

4.2 Επιμέρους στόχοι

- Η διερεύνηση των διαφορετικών μορφών του Κοινωνικού Κεφαλαίου που διαθέτουν τα εξαρτημένα και ανεξαρτημένα άτομα.
- Η διερεύνηση της προστατευτικής ή μη επίδρασης του Κοινωνικού Κεφαλαίου σε χρήστες ουσιών.
- Η διατύπωση προτάσεων για την αξιοποίηση της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου στην θεραπεία της τοξικοεξάρτησης.

4.3 Ερευνητική υπόθεση

Τα ανεξαρτημένα άτομα εμφανίζουν διαφορετικά αποθέματα και τύπους κοινωνικού κεφαλαίου από ότι οι χρήστες ουσιών και αυτό διαφοροποιείται από την ουσία και την διάρκεια της χρήσης (Boeri et al., 2016).

4.4 Ερευνητικά ερωτήματα

- Σχετίζονται οι διάφοροι τύποι κοινωνικού κεφαλαίου με την επιτυχή απεξάρτηση;
- Οδηγεί η έλλειψη κοινωνικού κεφαλαίου στην εξάρτηση;
- Οι χρήστες ουσιών υπολείπονται σε κάποιο τύπο κοινωνικού κεφαλαίου;
- Τα ανεξαρτημένα άτομα εμφανίζουν δυσκολίες πρόσβασης σε κάποιο τύπο κοινωνικού κεφαλαίου;

4.5 Δείγμα

Το δείγμα μας περιλάμβανε δώδεκα άτομα, έξι εξαρτημένους από παράνομες ουσίες και έξι ανεξαρτημένους οι οποίοι για πέντε χρόνια απέχουν από την χρήση τέτοιων

ουσιών. Το δείγμα μας θα προέρχεται από όλη την Ελλάδα και η ηλικία τους θα είναι μεταξύ 25 και 50 χρονών.

4.6 Δειγματοληψία

Σύμφωνα με τον Patton (2002 στο Ίσαρη και Πουρκός, 2015) η δειγματοληψία στην ποιοτική έρευνα στοχεύει σε "πλούσιες πληροφορίες περιπτώσεων που προσφέρονται για μελέτη εις βάθος". Η μέθοδος δειγματοληψίας της παρούσας έρευνας είναι η μη-πιθανοτική. Η επιλογή του δείγματος έχει τα χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με την ερευνητική υπόθεση, προσφέροντας όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την εξήγηση και την ερμηνεία του εξεταζόμενου θέματος. Η μέθοδος δειγματοληψίας της μη-πιθανοτικής, που χρησιμοποιήθηκε, είναι η σκοπιμότητας και χιονοστιβάδας. Στην πρώτη ο ερευνητής αφενός εστιάζει στην ερευνητική υπόθεση και στο ευρύτερο πεδίο της, αφετέρου προσδιορίζονται κάποια βασικά χαρακτηριστικά που είναι αναγκαίο να έχει το δείγμα για να μπορέσουν οι απαντήσεις να καλύψουν μεγάλο μέρος της συνέντευξης (Γαλάνης, 2017). Ο ερευνητής που επιλέγει την σκόπιμη δειγματοληψία διαλέγει ενεργητικά και σκόπιμα το δείγμα, ώστε να πετύχει καλύτερα τους σκοπούς και τα ερωτήματα της έρευνας του (Ιωσηφίδης, 2007 στο Ίσαρη και Πούρκος, 2015). Πιο συγκεκριμένα η μέθοδος της χιονοστιβάδας «στηρίζεται στην αρχή ότι οι αναφορές των ατόμων του δείγματος γίνονται μεταξύ των ατόμων που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά ή γνωρίζουν άλλους με παρόμοια (peers)» (Πύλλη και Ραφτόπουλος, 2012: 739). Τα αρχικά άτομα του δείγματος συμβάλλουν στην εξεύρεση επιπλέον δείγματος της έρευνας παρέχοντας πληροφορίες επικοινωνίας όπως τηλέφωνα, ονόματα άλλων ατόμων του ίδιο υποπληθυσμού (Πύλλη και Ραφτόπουλος, 2012).

4.7 Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα

Το δείγμα των εξαρτημένων επιλέχθηκε βάσει των κριτηρίων ανίχνευσης της εξάρτησης, που αναφέρονται στο εγχειρίδιο DSM-V της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association, 2013). Σύμφωνα με το DSM-V, απαιτούνται τουλάχιστον 2 από τα κάτωθι κριτήρια κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών, για να διαπιστωθεί προβληματική χρήση ουσιών:

- Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες δόσεις ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο από όσο σκόπευε το άτομο.

- Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση
- Σημαντικός χρόνος σπαταλιέται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την προμήθεια της ουσίας, τη χρήση της ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματά της.
- Λαχτάρα, ή σφοδρή επιθυμία χρήσης της ουσίας.
- Επαναλαμβανόμενη χρήση που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης σε μείζονες υποχρεώσεις στην δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι.
- Συνεχιζόμενη χρήση παρόλα τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από χρήση της ουσίας
- Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται εξ αιτίας της χρήσης.
- Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνη.
- Συνεχιζόμενη χρήση παρόλη τη γνώση ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο μπορεί να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί εξαιτίας της ουσίας.
- Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα εξής: (α) μια ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί τοξίνωση ή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα (β) σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με συνεχιζόμενη χρήση ίδιας ποσότητας της ουσίας.
- Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα εξής: (α) το χαρακτηριστικό για την ουσία σύνδρομο απόσυρσης επί μείωσης της ποσότητας ή διακοπής της χρήσης της ουσίας (β) ή ίδια (ή μία συναφής) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφισθούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα του συνδρόμου απόσυρσης.

Το κριτήριο επιλογής για τους απεξαρτημένους θα είναι η αποχή από την χρήση οποιαδήποτε παράνομης ουσίας για τουλάχιστον 5 χρόνια. Σύμφωνα με τους Granfield and Cloud (1999 στο Boeri et al., 2014) δεν υπάρχει ομοφωνία στον ορισμό της απεξάρτησης. Οι Barker and Hunt, (2007 στο Boeri et al., 2014) αναφέρουν ότι ο όρος απεξάρτηση σε κάποιες περιπτώσεις σημαίνει την πλήρη διακοπή της προβληματικής χρήσης μίας ουσίας αλλά όχι απαραίτητα τη διακοπή χρήσης κάθε ουσίας όπως για

παράδειγμα αλκοόλ ή μαριχουάνα. Οι Granfield and Cloud (2001 στο Boeri et al., 2014) αναφέρουν ότι ο όρος σταθερή απεξάρτηση (Stable Recovery) σημαίνει την αποχή από τη χρήση της ουσίας για τουλάχιστον πέντε χρόνια, ενώ ο όρος παρατεταμένη απεξάρτηση (Sustained Recovery) σημαίνει την αποχή από τη χρήση για τουλάχιστον ένα χρόνο. Έχοντας σαν σημείο αναφοράς την μεγάλη συχνότητα υποτροπών ειδικά στα πρώτα χρόνια αποχής από τη χρήση της ουσίας, αποφασίσαμε να εκλάβουμε τον απεξαρτημένο σύμφωνα με την έννοια «Stable Recovery», δηλαδή αποχή από τη χρήση της ουσίας για τουλάχιστον πέντε χρόνια χωρίς να αποκλείεται η μη προβληματική χρήση άλλων νόμιμων ουσιών όπως αλκοόλ και καπνός.

4.8 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για να διερευνήσουμε τα ζητήματα της εξάρτησης και της απεξάρτησης αξιοποιήσαμε την έννοια του Κεφαλαίου Ανάκαμψης -Recovery Capital- (Boeri et al., 2016). Βασική συνισταμένη του Κεφαλαίου Ανάκαμψης είναι το Κοινωνικό Κεφαλαίο (Hennessy, 2017). Εξετάστηκε, λοιπόν, το Κοινωνικό Κεφάλαιο ως μεταβλητή στην απεξάρτηση και την εξάρτηση από τη χρήση ουσιών.

Έπειτα από επικοινωνία που είχαμε με την δρ. Miriam Boeri, αναπληρώτρια καθηγήτρια του Bentley University, η οποία μας αδειοδότησε να χρησιμοποιήσουμε μεθοδολογικό εργαλείο που δημιούργησε για παρόμοια έρευνα, προκύπτουν οι εξής διαστάσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου που θα μελετηθούν: α) δίκτυα υπηρεσιών απεξάρτησης, β) δίκτυα συγγενών και φίλων που δεν κάνουν χρήση, γ) δίκτυα βασισμένα σε θρησκευτικές και φιλοσοφικές ομάδες, δ) δίκτυα βασισμένα σε κοινωνικούς συλλόγους και δραστηριότητες και, τέλος, ε) δίκτυα που σχετίζονται με την εργασία (Boeri, 2016). Με άξονα τα παραπάνω το εργαλείο σταθμίστηκε στην ελληνική πραγματικότητα μιας και εμπεριείχε ερωτήσεις που σχετίζονταν αποκλειστικά με διαρθρώσεις που συναντώνται στις Η.Π.Α., αφού σχεδιάστηκε για την διερεύνηση ζητημάτων Αμερικανών εξαρτημένων και απεξαρτημένων. Έτσι, τροποποιήθηκαν ερωτήσεις και άξονες που αφορούσαν την παροχή υπηρεσιών απεξάρτησης και ερωτήσεις σχετικές με τους οικονομικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα στο πρωτότυπο εγχειρίδιο γίνονταν αναφορές στην συσχέτιση των εξαρτήσεων με το Κίνημα των Παιδιών των Λουλουδιών, τον πόλεμο του Βιετνάμ, την αυξημένη ιδιωτικοποίηση στις Η.Π.Α. την δεκαετία του 1980 -Greedy Period-, την περίοδο της καμπάνιας «The Drug on War» και των πολιτικών

μεταρρύθμισης για ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών κατά την δεκαετία του 1990. Ό,τι προαναφέρθηκε αντικαταστάθηκε με ερωτήματα επίκαιρου χαρακτήρα, που έχουν άμεση σχέση με την Ελλάδα του σήμερα. Επακριβώς εξετάστηκε η συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας και εν γένει οι πολιτικές, που αναδύθηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης και το αντίκτυπο τους στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών καταπολέμησης των εξαρτήσεων. Ακόμα γίνεται μνεία, για το πώς επιδρούν στους εξαρτημένους και στους απεξαρτημένους ο τρόπος οργάνωσης των υπαρχουσών θεραπευτικών δομών και οι νομοθετικές ρυθμίσεις της ποινικοποίησης των ναρκωτικών. Ταυτόχρονα έγιναν τροποποιήσεις έπειτα από την διεξαγωγή πιλοτικών συνεντεύξεων. Προστέθηκαν πιο ανοιχτές ερωτήσεις, η οποίες δεν λάμβαναν ως δεδομένα ζητήματα των εξαρτημένων σχετικά με την υγεία και ειδικά την σεξουαλική υγεία, την οικογενειακή κατάσταση, τους κοινωνικούς ρόλους και τις όποιες ποινικές συνέπειες. Αυτό συνέβη είτε γιατί δεν υπήρχε διάθεση στιγματισμού από τους συνεντευκτές, είτε γιατί από τις πιλοτικές δοκιμές των συνεντεύξεων τα ζητήματα για τα οποία έγινε λόγος ήταν αυτονόητο ότι είχαν επηρεαστεί από την κατάχρηση ουσιών. Ως εκ τούτου επιλέχθηκαν περισσότερο διευρυμένες ερωτήσεις και έπειτα από εστίαση του ερωτώμενου, καθοδηγούνταν ο συνεντευκτής. Μέσω των παραπάνω, για την συλλογή δεδομένων δημιουργήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη, καθώς χρειάζεται σε τέτοιες περιπτώσεις ευελιξία στον τρόπο που θα τίθενται οι ερωτήσεις και ελευθερία στον χρόνο και στην προσοχή που αφιερώνεται στα θέματα προς συζήτηση (Robson, 2010). Με βάση τα παραπάνω προσαρμόστηκαν οι παρακάτω άξονες της ημι-δομημένης συνέντευξης:

- Ζητήματα τρόπου διαχείρισης της ζωής (σύννοψη της ιστορίας της ζωής του ερωτώμενου όσον αφορά τη γεωγραφική τοποθεσία, το οικογενειακό περιβάλλον, την απασχόληση και το ιστορικό εξάρτησης).
- Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στην χρήση παράνομων ουσιών (αναδίφηση του τι ρυθμίζει ή ρύθμιζε την χρήση του εξαρτημένου/απεξαρτημένου και ανάλυση συγκεκριμένων κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην χρήση ναρκωτικών ουσιών).
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών, των κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της ζωής (αποκόμιση πληροφοριών αναφορικά με τις απόψεις για την χρήση ουσιών καθώς και τους λόγους έναρξης της χρήσης, συσχέτιση του κοινωνικού περιβάλλοντος, των

κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων στη χρήση ναρκωτικών, νύξη σε ζητήματα σχετικά με την καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική τάξη).

- Κομβικά σημεία κατά την πορεία της χρήσης (διερεύνηση των τρόπων χρήσης ναρκωτικών καθώς και τα μοτίβα χρήσης συναρτήσει των μεταβολών τους), ε) Σημαντικά σημεία στη διακοπή της χρήσης, στην υποτροπή και στην θεραπεία (ανάλυση των σημείων-κλειδιών όπου ο ερωτώμενος διέκοψε, απείχε ή υποτροπίασε και αναφορά για την θεραπεία που τυχόν έλαβε/λαμβάνει).
- Δομικά και πολιτικά αίτια (επισκόπηση των δομικών διαρθρώσεων και των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων που σχετίζονται με την χρήση, πώς, δηλαδή, η οργανωτική δομή του προνοιακού, ποινικού και οικονομικού συστήματος επηρέασε την χρήση ή την αποχή από τις ουσίες).

4.9 Ηθικά ζητήματα

Σημαντική παράμετρο στην εμπιστοσύνη των συνεντευξιαζόμενων προς της ερευνητές υπήρξε η υπογραφή των δύο μελών του έντυπου συγκατάθεσης για την συμμετοχή στην έρευνα. Με αυτό το τρόπο διαφυλάχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, εξασφαλίστηκε το απόρρητο των λεγομένων τους και το δικαίωμά τους να διακόψουν ή να σταματήσουν εντελώς οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να επεξηγήσουν τον λόγο.

Παράλληλα το πρωτόκολλο της διεξαγωγής της έρευνας, στο οποίο αναλύθηκαν και ζητήματα σαν το ανωτέρω, εγκρίθηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης Πτυχιακών Εργασιών του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.) με ημερομηνία έγκρισης την 23^η Φεβρουαρίου 2020.

4.10 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η μέθοδος ανάλυσης δεδομένων που θα πραγματοποιήσουμε είναι η θεματική ανάλυση, μια μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική έρευνα. Η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου ανάλυσης στη ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται άκρως σημαντική για έναν ερευνητή, εξαιτίας των δεξιοτήτων που παρέχει καθώς βοηθούν στη πραγματοποίηση πιο εξειδικευμένων προσεγγίσεων ποιοτικής ανάλυσης (Clarke, Braun & Heyfield, 2015). Πιο συγκεκριμένα, είναι μια μέθοδος εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς, και «θεματοποίησης», δηλαδή, θεμάτων που προκύπτουν από τα δεδομένα της έρευνας, και αποτελεί πολύ αξιόπιστο εργαλείο για τους ερευνητές

που διεξάγουν ποιοτική έρευνα (Braun & Clark, 2016) (Holoway & Tondres, 2003) (Roylston, 2001).

5^ο Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

5.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δείγματος

Το δείγμα των ανεξαρτημένων που προσεγγίστηκε αποτελούνταν από τέσσερις άντρες και δύο γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμάνθηκαν από τα 26,5 έως τα 43 έτη. Αναφορικά με την εκπαιδευτική τους κατάρτιση, οι τρεις ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και οι υπόλοιποι τρεις τριτοβάθμιας. Τέσσερις δήλωσαν, ότι εργάζονται και δύο, ότι είναι άνεργοι. Η οικονομική τους κατάσταση, που αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες ήταν η εξής: δύο την χαρακτήρισαν κακή, ένας μέτρια, ένας ικανοποιητική και δύο καλή. Όσον αφορά τα θρησκευτικά πιστεύω, δύο αυτοπροσδιορίζονται ως θρησκευόμενοι ή ένθεοι και τέσσερις ως άθρησκοι ή άθεοι.

Στη περίπτωση των ανεξαρτημένων, οι συνεντεύξεις απευθύνθηκαν σε τρεις γυναίκες και τρεις άντρες. Οι ηλικίες τους ήταν εντός του εύρους 30 με 45 χρονών. Όλοι τους ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, από τους οποίους οι τέσσερις φοιτούν αυτή τη περίοδο σε κάποιο τμήμα Α.Ε.Ι. Δύο από τους συμμετέχοντες αυτοαξιολόγησαν την οικονομική τους κατάσταση κακή, δύο μέτρια, ένας ικανοποιητική, ένας ικανοποιητική και ένας καλή. Τέλος, οι έξι τους συνολικά δήλωσαν, πως είναι θρησκευόμενοι ή ένθεοι (Πίνακας 1).

5.2 Ευρήματα στους εξαρτημένους

5.2.1 Επιρροές στη ζωή του εξαρτημένου, επιπτώσεις από τη διαχείριση της χρήσης και προοπτικές

Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ως σημαντικότερη επιρροή στην ζωή τους την οικογένεια, από την οποία προέρχονται. Οι περισσότεροι από εκείνους της αποδίδουν αρνητικό πρόσημο δίνοντας έμφαση στην ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας σε βάρος τους, στα δυσλειτουργικά επικοινωνιακά σχήματα, στο θάνατο μέλους και στη κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ από οικογενειακό μέλος. Συγκεκριμένα η Σ4 αναφέρει «*Η μεγαλύτερη αδερφή έμπλεξε πρώτη με τις ουσίες και καταστράφηκε, ενώ είχε προηγηθεί ο θάνατος της μητέρας μου χάνοντας τη γη κάτω απ' τα πόδια μου. Είχα μετακομίσει με τον πατέρα μου, που οι σχέσεις μας δεν ήταν καλές, γιατί δεν μου προσέφερε ούτε να απαραίτητα. Αργότερα πέθανε λόγω αλκοολισμού*». Υπήρξαν και συνεντευξιζόμενοι, που χαρακτήρισαν θετική την επιρροή από την οικογένεια ως προς το αξιακό σύστημα, που έλαβαν, ή ως προς τη μείωση της χρήσης. Ενδεικτικά

παρατίθενται τα λεγόμενα του Σ5 *«Η επιστροφή στο σπίτι των γονιών μετά τις σπουδές συνέβαλε στην μείωση της χρήσης»*. Για όσους έχουν δημιουργήσει οικογένεια, επηρεάστηκαν κατά βάσει θετικά από αυτό το γεγονός ή την άμεσα σχετιζόμενη γονεϊκότητα και εγκυμοσύνη συμβάλλοντας ανά διαστήματα στο μετριασμό της χρήσης. Επί παραδείγματι ο Σ1 αναφέρει *«Η σημαντικότερη εμπειρία της ζωής μου είναι η γέννηση της κόρης μου. Αυτό είναι το πιο σημαντικό απ' όλα νομίζω. Προσπαθώ να είμαι παρών γονέας και να μην νιώθει το παιδί, ότι στερείται πράγματα»*. Αντίθετα υπήρξε η δήλωση της Σ2 αναφέροντας τα εξής: *«Η εγκυμοσύνη κι η γέννηση ήταν ότι χειρότερο έχω περάσει και δεν θέλω να το ξαναπεράσω ποτέ. Μου κάνανε καισαρική και το παιδί είχε πάρει μια παράξενη μορφή σπρώχνοντας τη χολή και το συκώτι»*.

Άλλη μία αρνητική σημαντική επιρροή υπήρξε η σχέση με τα φιλικά πρόσωπα ή εν γένει τους ομοτίμους. Αναφέρθηκαν, χαρακτηρίστηκα, τα προβλήματα επικοινωνίας, ο θάνατος φίλου λόγω ουσιών και η μη υποστήριξη σε βιοποριστικά ζητήματα. Όμως, υπήρξε απάντηση, η οποία πραγματευόταν την παρότρυνση από οικείο για διεκπεραίωση ημιτελών εκπαιδευτικών εκκρεμοτήτων. Αξιοσημείωτη θετική επιρροή υπήρξε η θεραπεία. Τα δύο άτομα, που είχαν αναζητήσει θεραπεία από τη χρήση ουσιών, δεν παρέλειψαν να την αναφέρουν. Ενδεικτικά, *«Η πρώτη μου προσπάθεια στο 18ΑΝΩ, που είχα πάει για απεξάρτηση, ήταν επίσης πολύ σημαντική εμπειρία, γιατί ήτανε μια διαδικασία, η οποία είχε πολύ ψυχοθεραπεία και ανακάλυψα πολλά για μένα»* (Σ1).

Αναφορικά με την εκπαίδευση, μερίδα δήλωσε την ουδέτερη επιρροή της εκπαίδευσης τονίζοντας, ότι *«Οι σπουδές επέδρασαν και θετικά και αρνητικά. Δεν είναι κάτι, που είναι απ' την μία πλευρά, είτε μόνο θετικά, είτε μόνο αρνητικά»* (Σ5). Σε αντιδιαστολή με τους παραπάνω ερωτώμενους, εντοπίστηκαν απαντήσεις, που εξήραν τη συμβολή της εκπαίδευσης ως αιτία για περιορισμό της χρήσης (Σ4). Αντίθετα, συνεντευξιαζόμενος ωθήθηκε από τις εκπαιδευτικές τους υποχρεώσεις στην χρήση, ώστε να απαλλαγή από το άγχος της επίδοσης (Σ6). Θετικά επηρεάστηκαν και επηρεάζονται σχεδόν όλοι από την εργασία τους τόσο συνολικά στη ζωή τους, όσο και στη χρήση τους, ενδεικτικά ο Σ1 δηλώνει *«Ό,τι και να κάνω στη ζωή μου, τουλάχιστον αυτό θα το διατηρήσω· θα δουλεύω! Δεν θα αφήνω την χρήση να επηρεάζει αυτό το κομμάτι»*. Ταυτόχρονα δεν έμεινε ασχολίαστος ο αρνητικός αντίκτυπος της εργασιακής επισφάλειας και διάφορων άλλων εργασιακών προβλημάτων (π.χ. παρενόχληση στο χώρο εργασίας), που αντιμετωπίζουν οι ερωτώμενοι και συντηρούν την εξάρτησή τους.

Αρνητική επιρροή υπήρξαν τα ατυχήματα και τα προβλήματα υγείας. Ερωτώμενος έκανε μνεία για την πολύμηνη νοσηλεία του σε νοσοκομείο λόγω λευχαιμίας, όταν ήταν παιδί (Σ5). Ο Σ3 μοιράστηκε την εμπειρία του από σοβαρό ατύχημα, που *«Στον εορτασμό του Πολυτεχνείου, με κνηγήσανε αστυνομικές δυνάμεις και έπεσα. Έσπασα τη μέση μου και τα δυο πόδια, μου πήρε πολύ χρόνο η αποκατάσταση. Έμεινα στο νοσοκομείο 1 μήνα και σε κατάκλιση 3. Τότε η χρήση με χαλάρωνε απ' τον πόνο και ξεχνιόμουν»*. Τέλος, ο ρόλος της θρησκείας και των προερχόμενων δικτύων από εκείνη τους αφήνει συλλήβδην εντελώς ανεπηρέαστους.

Προοδευτικά, οι ανωτέρω επιρροές σε συνδυασμό με την διαχείριση της χρήσης επέφεραν θετικές επιπτώσεις στους εξαρτημένους, που έχουν να κάνουν με την ωρίμανση και τον αναστοχασμό γύρω από τη προσωπική εξέλιξή τους, δηλαδή ο Σ3 τονίζει *«Είμαι σε μια φάση, που κάπως ωριμάζω. Γίνομαι 31, οπότε βλέπω τα πράγματα πιο λογικά. Είμαι σχετικά ικανοποιημένος, θα έλεγα»*. Αντίθετα, μερικοί ερωτηθέντες προβληματίζονται για το γεγονός, πως η χρήση τους ενυπάρχει σε μεγάλο μέρος της ζωής τους, π.χ. *«Όσο υπάρχει αυτό το κομμάτι της εξάρτησης στη μέση, μένω πίσω. Υπάρχει κιόλας μια οικογένεια με ένα παιδί στη μέση...»* Σ1.

Τα προαναφερθέντα δεν αφήνουν ανεπηρέαστα στο περιβάλλον τους, καθώς οι απαντήσεις τους έδωσαν έμφαση στο ότι αντιμετωπίζονται επικριτικά και στερεοτυπικά από ομότιμούς τους ή από τις Αρχές. Ο Σ6 αναφέρει χαρακτηριστικά τα ακόλουθα: *«Είχα γνωρίσει κάτι παρέες απ' την γειτονιά μου, που με κοίταγαν ή αντιδρούσαν σε κάποια πράγματα κάνοντάς με να αισθάνομαι άσχημα και χωρίς να πίνω μπροστά τους. Εισπράττω το 'α, αυτός πίνει, δεν είναι έμπιστος, δεν έχει συνέπεια κτλ. '»*. Όμως σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα, υποστηρίζονται κατά πλειοψηφία από το άμεσο περιβάλλον τους για διάφορα προβλήματα, που ανακύπτουν.

Παράλληλα, αναδύθηκαν οικονομικές συνέπειες ή συνέπειες στην απασχολησιμότητα. Σε αυτό συνεπικουρεί αφενός η οικονομική κρίση με ό,τι εκείνη συνδέεται και αφετέρου η κατάχρηση ουσιών. Σημειώνεται συγκεκριμένα η απόκριση του Σ1 *«Η χρήση την έχει επηρεάσει τη δουλειά, μου δημιούργησε χρέη και έξτρα υποχρεώσεις, έτσι αναγκάστηκα να βρω δεύτερη δουλειά, ώστε να μπορώ εγώ να καλύπτω τις υποχρεώσεις του παιδιού»*. Ενώ αυτοί, που διατήρησαν την δουλειά τους, δηλώνουν, πως έχουν εξασφαλίσει τη θετικότητα στη ζωή τους.

Τέλος, παρά το ότι βρίσκονται σε συνεχή αγώνα με πολυπρισματικά προβλήματα, η τάση για εξέλιξη και αυτοβελτίωση είναι εμφανής σχεδόν σε όλους. *«Θέλω να προχωρήσω λίγο»*, υπογραμμίζει ο Σ1.

5.2.2 Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στην χρήση ουσιών

Όπως μας μαρτυρά το δείγμα μας, υπάρχει πλήθος διαφορετικών απαντήσεων ακόμα και από τους ίδιους συμμετέχοντες σχετικά με τους λόγους της εξάρτησής τους από τα ναρκωτικά. Η πλειοψηφία του δείγματός μας αναφέρεται στην αρνητική συμβολή, που είχε για εκείνους το οικογενειακό περιβάλλον, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Σ4 *«Δεν είχα την οικογένειά μου, η αδερφή μου ήταν και αυτή στη χρήση, δεν υπήρχε ένα ισχυρό κίνητρο να με κρατήσει. Βλέποντας και τον πατέρα μου με τον αλκοολισμό, το πρότυπά μου αλλοιώθηκαν.»*

Ένας άλλος σημαντικός λόγος, που ανέφεραν αρκετοί ερωτώμενοι, είναι η σημαντική επιρροή, που έχει για εκείνους το φιλικό περιβάλλον. Κάτι τέτοιο το αντιλαμβανόμαστε και από τα λεγόμενα του Σ3 *«Σίγουρα η παρέα με τους φίλους είναι το πιο βασικό κομμάτι, το πιο σύνθηρες με παρέα...»* αλλά και του Σ5 *«Νομίζω πιο πολύ ήταν θέμα παρέας κατά 90%. Μόνος μου αραιά, πραγματικά αραιά»*. Άλλοι, πάλι, κατέδειξαν την διασκέδαση ως ένα σημαντικό λόγο, που τους οδηγεί στη χρήση, καθώς αναφέρθηκαν σε αυτή αρκετοί από τους μετέχοντες, όπως είναι η Σ2 που μας αναφέρει *«Το απολαμβάνω, είναι ένας τρόπος διασκέδασης, όπως είναι να βγεις να πιεις ένα ποτό, να πιεις μια μπύρα στη παραλία. Έχει να κάνει αναλόγως, πώς θες να ταιριάζεις τη μία διασκέδαση με άλλη μια»*.

Ένας από τους κύριους λόγους, που μας δήλωσε το δείγμα μας, είναι η χαλάρωση, που προσφέρει η χρήση, η αποφόρτιση από μια δύσκολη μέρα, όπως μας παραθέτει και ο Σ3 με τα λεγόμενά του *«Μπορεί μετά από μια στρεσαρισμένη μέρα... Επιζητώ μια χαλάρωση μετά από μια δύσκολη μέρα, ειδικά μετά τη δουλειά. Γενικά το μυαλό μου τρέχει κι όταν πίνω φρενάρει»*. Μικρότερο μέρος του δείγματός μας αναφέρθηκε στη χρήση, που κάνει με σκοπό να αποφύγει κάποιες καταστάσεις και προβλήματα που αντιμετωπίζει, όπως χαρακτηριστικά τονίζει η Σ4 *«Το ότι δεν υπήρχαν λύσεις για τα προβλήματά μου ήταν το χειρότερο... Δεν ήθελα να καταλάβω, ότι όλα αυτά είναι αλήθεια και να τα αντιμετωπίσω. Δεν ήθελα να αντικρίσω την πραγματικότητα και την αλήθεια, γιατί πονούσε πολύ όλη αυτή η κατάσταση»*.

Άλλοι, πάλι, ερωτώμενοι υποστήριξαν ότι στρέφονται προς τη χρήση εξαιτίας των συναισθημάτων τους και πιο συγκεκριμένα, της μη διαχείρισής τους όπως ισχυρίστηκε ο Σ1 *«Αυτό που έχω καταλάβει με τη πάροδο των ετών είναι, ότι κάνω χρήση όταν δεν μπορώ να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου, είτε αυτά είναι αρνητικά είτε αυτά είναι θετικά»*. Επιπροσθέτως, οι κοινωνικοί λόγοι αλλά και η λειτουργικότητα των μετεχόντων έλαβαν εξίσου τον ίδιο αριθμό απαντήσεων ως λόγοι χρήσης, όπως για παράδειγμα μας περιγράφουν ο Σ1, που αναλύει την αρνητική επιρροή, που του ασκεί η κοινωνία *«Γενικά η κοινωνία σε οδηγεί στη χρήση. Εγώ καταλαβαίνω, ότι μια δύσκολη οικονομικά κοινωνία χωρίς δουλειές, μπορεί να επηρεάσει έναν άνθρωπο ψυχολογικά και αυτό κατ' επέκταση να τον οδηγήσει στις ουσίες»* και ο Σ6 ισχυρίζεται, πως πλέον η χρήση είναι κάτι σύνηθες, που πρέπει να συμβαίνει, για να είναι λειτουργικός *«Πλέον αυτό είναι συνήθεια λίγο, σαν τελετουργικό»*. Μία μόνο συμμετέχουσα μας περιέγραψε πως ένας από τους λόγους, που την ώθησαν στη χρήση, ήταν και η πρόκληση ή η περιέργεια να μάθει και να αξιολογήσει, τι επιρροή θα έχει η χρήση στον εαυτό της. Αναφέρει χαρακτηριστικά η Σ2 *«Από περιέργεια το έκανα. Δεν είχα κανένα άνθρωπο να μου πει 'όχι μη το κάνεις'. Όλοι είχαν τη περιέργεια, πώς θα είμαι άμα κάνω. Ήθελα να δω, τι είναι αυτό, που λένε»*.

Όσον αφορά τους κοινωνικούς ρόλους και τη σημασία που δίνει ο καθένας σε αυτούς, όντας μάλιστα σε εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες, ποικίλει από άτομο σε άτομο. Οι περισσότεροι από τους μετέχοντες αναφέρθηκαν στους οικογενειακούς κυρίως, ρόλους που κατέχουν, όπως για παράδειγμα η Σ2 *«Έχω το κοινωνικό ρόλο μάνας, της κόρης, της αδερφής, της συζύγου»*.

Όπως, διαφαίνεται από τους ισχυρισμούς της πλειοψηφίας του δείγματός μας, η οικογένεια των μετεχόντων λειτουργεί προστατευτικά ως προς τη χρήση τους και τους αποτρέπει να κάνουν χρήση, όταν επιτελούν τους κοινωνικούς τους ρόλους. Χαρακτηριστικά ο Σ5 μας αναφέρει *«Με βοηθά γενικότερα, το ότι έχω καλή σχέση με την οικογένειά μου. Όταν πραγματώνω τους κοινωνικούς ρόλους, δεν θα είμαι συνήθως υπό την επήρεια»* αλλά και η Σ2 υποστηρίζει ότι *«Κάνω χρήση, όταν κοιμάται το παιδί. Δεν έχει τύχει να κάνω, αν δεν κοιμάται»*

Εξίσου σημαντική αποδεικνύεται και η ενεργή συμμετοχή τους στα κοινά, όπως μάλιστα τονίζει και ο Σ1 *«Μου αρέσει και ασχολούμαι αρκετά με τα κοινωνικοπολιτικά»*. Πολλοί, επίσης, από τους συμμετέχοντες ανέφεραν και τον

εργασιακό ρόλο υποδεικνύοντας έτσι την αναγκαιότητα, που έχει η εργασία στη ζωή τους, όπως υποστηρίζει και ο Σ6 *«Τα τελευταία χρόνια είμαι σπίτι δουλειά, δουλειά σπίτι. Αυτό είναι το πρόγραμμά μου»*. Οι λιγότεροι από τους συμμετέχοντες έκαναν λόγο για το ρόλο τους ως φίλο, μαρτυρώντας τη σημαντικότητα που έχει για εκείνους, όπως ισχυρίζεται και ο Σ6 *«Στην παρέα έχω του φίλου»*.

Η επιτέλεση των ρόλων αυτών απαιτεί μεγάλη συνέπεια και συνεχή προσπάθεια, όταν οι ρόλοι αυτοί σχετίζονται με χρήση ναρκωτικών ουσιών. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες μας ανέφεραν δυσκολίες στην εκπλήρωση συγκεκριμένων ρόλων, όπως ο Σ3 που μας εξηγεί την κατάσταση, που βιώνει εκπληρώνοντας έναν οικογενειακό ρόλο, λέγοντας *«Ο ρόλος του γιού τώρα είναι επιφορτισμένος, γιατί χάθηκε και ο πατέρας μου. Τα δυο άλλα αδέρφια είναι μεγάλα, έχουν τις οικογένειες, οπότε έμεινε σε μένα μια περισσότερη ευθύνη, όσον αφορά τη μητέρα μου»*. Οι περισσότεροι, ωστόσο, από τους μετέχοντες, μας μίλησαν για την επιτυχή εκπλήρωση των ρόλων, που κατέχουν στη καθημερινότητά τους, όπως είναι ο Σ5 αναφέροντας χαρακτηριστικά *«... γενικότερα καλά. Νομίζω, ότι είμαι αρκετά καλός απέναντι ως θείος, ως γιος και ως αδερφός. Νομίζω, ότι είμαι αρκετά καλό άτομο»*. Ο Σ6, από την άλλη, έκανε λόγο για τη τυπικότητα των σχέσεων που κρατά με την οικογένεια του λέγοντας *«Ο ρόλος της οικογένειας πλέον είναι πιο τυπικός. Δηλαδή, αναγνωρίσω τα οφέλη του και δεν κόβω επαφή, αλλά είναι πλέον στο πιο τυπικό επίπεδο»*. Η χρήση, ενδεχομένως, θέτει εμπόδια στα όνειρα και τις επιδιώξεις των χρηστών, ωστόσο στη πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες μας παρουσιάζουν την επιθυμία για την απόκτηση νέων ρόλων, όπως για παράδειγμα η Σ4 *«Μου αρέσει να τραγουδώ. Θέλω να συνεχίσω το σχολείο, να είμαι μαθήτρια. Θα ήθελα πάρα πολύ να βρω έναν τρόπο, για να βοηθήσω τα παιδιά, που περνούν ναρκωτικά και είναι στις ουσίες»* και ο Σ6 αναφέρει *«Είμαι οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά αυτόνομος, το οποίο είναι ένας καινούργιος ρόλος, που τα τελευταία χρόνια προσπαθώ να βρω»*. Από την άλλη, κάποιοι από τους ερωτώμενους υποστηρίζουν, πως υπάρχουν εμπόδια, που δεν τους επιτρέπουν να αποκτήσουν και να επιτελέσουν νέους ρόλους δημιουργώντας τους δισταγμό, όπως αναφέρει και η Σ4 *«Ήρθα σε επαφή με κάποια άτομα, συγκεκριμένα άτομα, με τους φορείς από κάποιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, αλλά πάλι εκεί βρίσκω την πόρτα κλειστή»*. Η Σ2 μας αναφέρει, πως ως εμπόδιο απέναντί της στέκεται η κοινωνία *«Η κοινωνία με ενοχλεί να αποκτήσω ρόλους»*.

Στη καθημερινότητά μας εκπληρώνουμε πολλούς κοινωνικούς ρόλους και καλούμαστε να ανταποκριθούμε σε πολλούς κοινωνικούς κανόνες, έτσι είναι πιθανό να έρθουμε αντιμέτωποι με το ποινικό σύστημα. Έχει ενδιαφέρον να δούμε κατά πόσο σχετίζεται η παραβατικότητα του χρήστη με αυτό. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες μας ανέφεραν, πως κατά τη διάρκεια της ζωής τους, δεν είχαν καμία ανάμειξη με το ποινικό σύστημα, όπως για παράδειγμα η Σ4 *«Έχω καθαρό ποινικό μητρώο φυσικά, δεν έχει τύχει να με συλλάβουν ή οτιδήποτε. Ήμουν πολύ προσεκτική σε ό,τι έκανα»* ή ο Σ6 *«Όχι, ευτυχώς! Όχι, δεν έχει τύχει να μου βρούνε πάνω μου κάτι ή και να έχω δικαστήριο ή οτιδήποτε και να με τρέχουν σε τμήματα»*. Από την άλλη, υπήρξε μειοψηφία, που είχε εμπλακεί με το ποινικό σύστημα για λόγους πολιτικούς, όπως υποστηρίζει ο Σ3 *«Για πολιτικούς λόγους είχα συλληφθεί και εν τέλει αθωώθηκα. Έχουν τύχει, επίσης, κάποιои έλεγχοι στο δρόμο»*, ή για κατοχή ναρκωτικών ουσιών, όπως μας αναφέρει ο Σ1 *«Με το ποινικό σύστημα έχω έρθει αντιμέτωπος, αλλά κυρίως όχι για τη χρήση, για πολιτικές επιλογές ή για κοινωνικά θέματα. Με έχουν πιάσει με ναρκωτικά και με έχουν περάσει δικαστήριο»*.

Η επιρροή, που έχει το πέρασμα των χρόνων στη χρήση, δείχνει να έχει θετικό πρόσημο. Φαίνεται από το δείγμα μας, πως στη πλειοψηφία τους υποστήριξαν, ότι όσο μεγάλωναν ηλικιακά, η χρήση άρχισε να μειώνεται λόγω αντοχών ή ωριμότητας. Ο Σ5 τονίζει *«Νομίζω, ότι δεν έχω τις ίδιες αντοχές, που είχα. Θεωρώ, ότι μπορεί να βοηθήσει ο χρόνος σε αυτό, ότι με το πέρασμα του χρόνου γενικότερα ο άνθρωπος μπορεί να εξελίσσεται»* και η Σ4 που υποστηρίζει *«Η ωρίμανση έρχεται τώρα είναι η αλήθεια. Κατανοώ και συνειδητοποιώ, ότι όλα αυτά τα πράγματα δεν μου βγήκαν σε καλό»*.

Για κάποιους συμμετέχοντες από την άλλη, το πέρασμα των χρόνων σηματοδοτεί μεγαλύτερες υποχρεώσεις και ευθύνες που κατ' επέκταση έχουν σαν αποτέλεσμα να οδηγούνται σε περισσότερη χρήση. Ο Σ1 λέει *«Όσο μεγαλώνω, βλέπω ότι έχω μεγαλύτερε ευθύνες και υποχρεώσεις και τα συναισθήματα, που τους αναλογούν είναι μεγαλύτερα. Εφόσον είμαι ένας άνθρωπος, που δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του, πίνω»*.

5.2.3 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών, των κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της ζωής

Όλοι οι συμμετέχοντες περιέγραψαν θετικές εμπειρίες με τις ουσίες κατά την έναρξη της χρήσης. Συγκεκριμένα αναφέρουν εμπειρίες χαλάρωσης, ευθυμίας,

διαύγειας και ενεργητικότητας από την επίδραση των ουσιών. Αναφέρει ο Σ3 «Με ξεκλειδώνει κάποιες φορές, νομίζω το μυαλό μου στροφάρει πιο εύκολα. Νιώθω πιο χαλαρός, εύθυμος και κοινωνικός», ενώ ο Σ5 λέει χαρακτηριστικά «Αγχώνομαι εύκολα με πράγματα, οπότε με αυτό χαλαρώνω λίγο. Μου άρεσε η επήρεια, αυτή η κατάσταση, που δίνει μετά. Είμαι ευδιάθετος».

Σε βάθος χρόνου, που η χρήση έγινε πιο συστηματική, οι συμμετέχοντες περιγράφουν αρνητικές εμπειρίες με τις ουσίες. Οι περισσότεροι αναφέρουν απώλεια ελέγχου και ενέργειας, διαταραχές στον ύπνο και εθισμό. Ο Σ3 περιγράφει ότι «Με το χόρτο δεν μπορώ να μιλήσω, είτε δεν μπορώ να σκεφτώ, ξεχνάω πολλά πράγματα. Με επηρεάζει στον ύπνο, δυσκολεύομαι να σηκωθώ μετά και να κοιμηθώ εύκολα. Η κοκαΐνη είναι ένα ναρκωτικό, που χάνεις τον έλεγχο και το είδα και στον εαυτό μου, ότι ξέφευγα μερικές φορές», ενώ ο Σ1 αναφέρει «Κακή εμπειρία είναι ο εθισμός με την ηρωίνη και όσο περνάνε τα χρόνια γίνεται και πιο έντονος ο εθισμός. Έβλεπα τον εαυτό μου, ότι αρχίζει και παίρνει τη κάτω βόλτα τελείως». Η Σ4 περιγράφει την αδιαθεσία, που βίωσε, καθώς και τη δυσκολία μείωσης του υποκατάστατου, λέγοντας «Με την ινδική κάνναβη, δεν μπορούσα να σηκωθώ απ' το κρεβάτι, δεν τρεφόμουν σωστά, ζαλιζόμουν. Με την ηρωίνη ήμουν ένα ράκος! Ζωντανή-νεκρή, δεν ένιωθα καλά. Το έκανα, για να μην κατεβαίνω με τίποτα. Τώρα νοιώθω εγκλωβισμένη και με το υποκατάστατο είναι πολύ εθιστικό το φάρμακο. Δυσκολεύομαι πάρα πολύ να το χαμηλώσω και με βασανίζει ψυχικά».

Τα φιλικά δίκτυα παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης, όπως φαίνεται από τις περιγραφές των ερωτηθέντων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αναφέρει, ότι δοκίμασε πρώτη φορά ουσίες μαζί με κάποιο φίλο. Ο Σ1 αναφέρει «Ήταν με φίλους παιδικούς, που πειραματιζόμασταν, που απλώς θέλαμε να κάνουμε χρήση ουσιών», ο ενώ ο Σ3 λέει «Πρώτη φορά έκανα χρήση στις διακοπές, καλοκαιρινές. Με φίλους από τη σχολή. Είχαμε πάει για camping στα 22 μου».

Επιπρόσθετα αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στο ρόλο, που έπαιξαν οι ουσίες στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή των συμμετεχόντων. Όλοι ανέφεραν, ότι τα ναρκωτικά ήταν μέρος της κοινωνικής τους ζωής. Ο Σ1 εξηγεί ότι «...μετά από ένα σημείο αλλάζει ο κοινωνικός σου περίγυρος όλος ή αποκτάς δίκτυα φίλων, που κάνουν μόνο χρήση», ενώ η Σ2 τονίζει, ότι υπήρχαν κοντινά πρόσωπα σε χρήση λέγοντας «Ήταν πολλοί φίλοι του άντρα μου, του αδερφού μου και δικοί μου. Δεν

υπήρχε περίπτωση στη ζωή μου κάποια στιγμή να μην υπήρχε κάποιος στο κοινωνικό μου περιβάλλον που παίρνει ναρκωτικά». Ορισμένοι αφηγούνται την άρρηκτη σχέση των ουσιών με τις δραστηριότητες, που είχαν κατά καιρούς. «Σίγουρα έχω και κάποια πράγματα συνδεδεμένα με αυτό (ενν. ινδική κάνναβη). Όταν θα πάω σινεμά, άμα θα πάω γήπεδο... Είναι μέρος της κοινωνικής σου ζωής» (Σ3).

Σημαντικός ήταν και ο ρόλος των ουσιών στη προσωπική και οικογενειακή ζωή των ερωτηθέντων. Η πλειοψηφία αναφέρει συμπεριφορές χρήσης από το οικογενειακό περιβάλλον. Η Σ4 περιγράφει, ότι *«Η αδερφή μου ήταν και αυτή στην χρήση. Ο άντρας μου και οι γονείς του άντρα μου, ήταν όλοι σε κάποιον εθισμό. Ο πατέρας μου ήταν αλκοολικός και πέθανε από τον αλκοολισμό, το οποίο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην χρήση. Είχαμε εξαρτηθεί και είχαμε εθιστεί όλοι»*. Ο Σ1 λέει χαρακτηριστικά ότι *«Ο πατέρας μου ήταν σε χρήση. Υποσυνείδητα όταν εγώ όταν έκανα χρήση ουσιών, βρέθηκα πιο κοντά με τον πατέρα μου, αλλά αυτά τα κατάλαβα μετά. Η αδερφή μου ουσιαστικά επέλεξε να πίνει κάνα τσιγάρο»*.

Αναφορικά με τις απόψεις τους για τα ναρκωτικά, οι συμμετέχοντες πιστεύουν, ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η κατηγορία της ουσίας και ο αυτοέλεγχος. Συγκεκριμένα, κάποιοι διαχωρίζουν την ινδική κάνναβη από άλλες ουσίες με το σκεπτικό, ότι είναι λιγότερο επιβλαβής. Ο Σ5 πιστεύει ότι *«... δεν είναι το ίδιο με το να κάνεις κάποια ενδοφλέβια χρήση σε καμία περίπτωση. Η ινδική κάνναβη δεν είναι το ίδιο με κάποιο ναρκωτικό σκληρό. Πλέον χρησιμοποιείται για ιατρικούς λόγους, σε εργοστάσιο για ρούχα. Παντού!»*, ενώ αναφορικά με τον αυτοέλεγχο, ο Σ6 πιστεύει ότι *«Αν είσαι ο τύπος, που μπορεί και το διαχειρίζεται και θα κάνεις περιστασιακά και θα το κρατήσεις εκεί, τότε μια χαρά»* και η Σ2 αναφέρει ότι *«Τίποτα στο πολύ δεν κάνει καλό. Μέτρον άριστον, που λένε, ισχύει και στα ναρκωτικά, γιατί χάνεις και το νόημα»*. Ακόμη, παρατηρείται από ορισμένους μια τάση για απενοχοποίηση των ναρκωτικών. Ο Σ3 παραθέτει *«Το θεωρώ ένα κομμάτι της ζωής. Υπάρχει, οπότε δεν μπορώ να το δαιμονοποιήσω και να πω θρησκευτικά 'όχι στα ναρκωτικά'»*. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό κάνει αναφορά στο ρόλο της κοινωνίας και της πολιτείας απέναντι στα ναρκωτικά. *«Όλα ξεκινάνε από την ενημέρωση από την οικογένεια και από τη πολιτεία μετά κατ' επέκταση. Γενικά η κοινωνία σε οδηγεί στη χρήση. Μια κοινωνία, που είναι οικονομικά δύσκολη και χωρίς δουλειές, μπορεί να επηρεάσει έναν άνθρωπο ψυχολογικά και αυτό κατ' επέκταση να τον οδηγήσει στις ουσίες»* αναφέρει ο Σ1.

Από την άλλη μεριά, αρνητικές ήταν οι απόψεις όλων των συμμετεχόντων για τα ενέσιμα ναρκωτικά. *«Είναι πολύ πιο άμεσος ο κίνδυνος και της βαριάς εξάρτησης και της βαριάς επικινδυνότητας στο σώμα και στην υγεία. Επειδή είχαμε περιπτώσεις τέτοιας χρήσης στην οικογένεια μου, είναι αρκετά αρνητική η άποψη μου»* πιστεύει ο Σ3, ενώ η Σ4 λέει χαρακτηριστικά ότι *«Ήμουν συνειδητοποιημένη αρκετά. Ήμουν κατά της ενδοφλέβιας. Δεν ήμουν υπέρ ποτέ!»*. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εξακολουθεί να έχει αρνητική άποψη για τα ενέσιμα ναρκωτικά. *«Καλύτερα να μην εμπλακείς ποτέ, ούτε καν να δοκιμάσεις»* λέει η Σ2 και ο Σ5 αναφέρει *«Όχι, δεν το σκέφτομαι καν»*. Ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει αλλαγή στην άποψη του έπειτα από δοκιμή ενδοφλέβιας χρήσης. Η Σ4 υποστηρίζει *«Μέσω του συντρόφου άλλαξα γνώμη, ότι είναι πιο καλά, θα την 'ακούσουμε', θα 'φτιαχτούμε' περισσότερο»*.

Σημαντική είναι και η περιγραφή των συμμετεχόντων σχετικά με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες. Κάποιοι συμμετέχουν σε αθλητικές ή κοινωνικές δραστηριότητες σε επίπεδο γειτονίας. Ο Σ1 αναφέρει *«Είμαι ενεργός κοινωνικοπολιτικά»*, ενώ ο Σ5 σε σχέση με τις αθλητικές δραστηριότητες περιγράφει *«Κάνω κάποια αθλήματα ατομικά και τώρα ξαναξεκίνησα να κάνω κάποια πολεμική τέχνη»*. Ο Σ3 λέει *«Συμμετέχω σε αθλητικές δραστηριότητες και κάνω μαθήματα πιλάτες, για να γίνω δάσκαλος»*.

Αρνητικά επηρέασε η χρήση τη συμμετοχή και την κοινωνική ζωή σε ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων. Όσον αφορά την επιρροή της χρήσης στις δραστηριότητες, ο Σ3 περιγράφει *«Σίγουρα σε αθλητικές, πολιτικές και κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζει αρνητικά. Δεν είχα αυτή την υπομονή να κάτσω, να επικεντρωθώ σε πράγματα»*. Κάποιοι αναφέρουν απώλεια όρεξης για συναναστροφές καθώς και απομάκρυνση από φιλικά πρόσωπα. Ο Σ5 εξηγεί *«Σίγουρα επηρεάζει η χρήση το ότι δεν έχω την διάθεση να σηκωθώ και να πάω να βρω κάποιους φίλους»*, ενώ η Σ4 αναφέρει *«Απομακρύνθηκα, γιατί δεν ήθελα να μπλέξουν κάποιοι που είχαν κόψει εξαιτίας μου»*.

Παράλληλα, αρνητική ήταν και η στάση των άλλων ως προς τους συμμετέχοντες λόγω της χρήσης. Ένα μικρό ποσοστό αναφέρει απομάκρυνση του οικογενειακού και του φιλικού περιβάλλοντος. *«Η αλήθεια είναι ότι η χρήση επηρεάζει καταστάσεις. Με την αδερφή μου και με τη γυναίκα μου απομακρυνθήκαμε. Όσο και να προσπαθώ εγώ να μην απομακρυνθούμε, δεν γίνεται. Οι άνθρωποι δεν μπορούν να*

αποδεχτούν, ότι εσύ είσαι στη χρήση» περιγράφει ο Σ1, ενώ ο Σ3 λέει ότι «Επηρεάζει σίγουρα και στα μέλη της οικογένειας και σε φίλους».

Από την άλλη μεριά, θετική είναι η δράση από τη συμμετοχή των περισσότερων στη κοινωνική ζωή. Κάποιοι αναφέρουν, ότι απέφευγαν συστηματικούς χρήστες αλλά και το να κάνουν χρήση, όταν ήταν συναναστραφούν με πολύ κόσμο. «Όταν έρχομαι σε επαφή με πολύ κόσμο δεν είμαι συνήθως υπό την επήρεια. Θα προτιμήσω να είμαι νηφάλιος» αναφέρει ο Σ5, ενώ ο Σ6 «Γενικά επιδιώκω να μην έχω επαφές με άτομα, που πίνουν όλοι μέρα. Δεν θα απομονώσω κάποιον, αλλά δεν θα κολλήσω κιόλας. Δεν θα πιώ, αν δεν πίνει ο άλλος». Επιπλέον θετική είναι και η δράση από τη συμμετοχή στα κοινά. Ο Σ1 περιγράφει τη θετική επιρροή της συμμετοχή του στη σχέση με τους άλλους λέγοντας «Με τα κοινωνικοπολιτικά που ασχολούμαι, οι άνθρωποι εκεί πέρα με βοήθησαν να το ξεπεράσω αυτό το πρόβλημα». Ορισμένοι αναφέρουν, ότι τα ενδιαφέροντα και οι σχέσεις με τους γονείς έμειναν ανεπηρέαστα. «Με τους γονείς δεν πιστεύω, ότι επηρεάζει», λέει ο Σ6.

Η χρήση επηρέασε την υγεία των περισσότερων συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία αντιμετώπιζει προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα, περιγράφουν προβλήματα στα δόντια, μείωση αντοχών και πονοκεφάλους. Ο Σ3 παραθέτει, πως «Ότι αρνητικό έχω δει, αφορά πιο πολύ το αναπνευστικό σύστημα, σίγουρα στη αρρυθμία που νιώθω στο σώμα μου και λίγο η απώλεια μνήμης».

Όλοι οι ερωτηθέντες εκλαμβάνουν ως υποστηρικτικά δίκτυα τα μέλη της οικογένειάς τους. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν οι σύζυγοί τους, τα παιδιά τους, οι γονείς και τα αδέρφια. Από εκείνους οι περισσότεροι γνωρίζουν για τη χρήση του οικογενειακού μέλους τους και παρατηρήθηκε οι ερωτώμενοι να το έχουν γνωστοποιήσει σε κάποιους και/ή να το αποκρύπτουν. Συγκεκριμένα, η Σ2 λέει «Οι γονείς μου δεν ξέρουν. Θα τους στείλω στο νοσοκομείο, αν μάθουν!» ή ο Σ3 «Ο ένας αδερφός μου ξέρει και κάνουμε χρήση μαζί. Ο άλλος δεν ήξερε, αλλά ξέρει πλέον. Έχει θέμα με αυτό». Μερίδα του δείγματος ανέφερε, πως η στάση της οικογένειας είναι είτε αρνητική, είτε ουδέτερη απέναντί του.

Παράλληλα έγινε ιδιαίτερη αναφορά απ' όλους στους φίλους, σε συγγάτοικους και εν γένει ομότιμους ως προς τη δικτύωση, με χαρακτηριστική δήλωση του Σ5 «Οι φίλοι μου είναι η οικογένεια, που διάλεξα». Από τους ομότιμους η συντριπτική πλειοψηφία τους γνωρίζει για τη χρήση του οικείου τους. Τέλος, ο Σ3 μοιράστηκε την

αρνητική στάση, που έχει εισπράξει από ομότιμους του, λέγοντας «Έχω αντιμετωπίσει στίγμα κυρίως σε παρέες».

5.2.4 Ουσίες εξάρτησης, μοτίβο χρήσης και παράγοντες αλλαγής του μοτίβου

Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν την ινδική κάνναβη ως πρώτη ουσία εξάρτησης. «Ξεκίνησα με ινδική κάνναβη» τονίζει ο Σ5, ενώ ο Σ6 κατά τη χρήση του με ινδική κάνναβη αναφέρει «Έχω κάνει όλων των ειδών ινδικής κάνναβης». Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν προχωρήσει στη δοκιμή άλλων ουσιών κατά τη πορεία της χρήσης τους. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συνέχισε με τη χρήση κοκαΐνης. «Μετά ξεκίνησα να παίρνω κοκαΐνη μαζί με αλκοόλ», «Ένα χρόνο έκανα χρήση κοκαΐνης», όπως αναφέρουν η Σ2 και ο Σ3. Ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων συνέχισε με τη χρήση παραισθησιογόνων, ηρωίνης και κατέληξε στη λήψη κάποιου υποκατάστατου φαρμάκου. Ο Σ1 και αναφέρει ότι «Ο εθισμός ήταν η ηρωίνη, όσο περνάνε τα χρόνια γίνεται και πιο έντονος. Τώρα παίρνω τη μεθαδόνη σαν υποκατάστατο» και η Σ4 λέει «Ναι, έχω δοκιμάσει έκσταση σε χάπι, MDMA, LSD, το λεγόμενο τρυπάκι και κοκαΐνη και μετά έπεσα στην ηρωίνη. Τώρα παίρνω το suboxone για τη θεραπεία».

Το μοτίβο της χρήσης κατά τη πάροδο του χρόνου παραμένει σταθερό στη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, όσον αφορά τις ουσίες. Κάποιοι αναφέρουν μακροχρόνια χρήση μιας μόνο ουσίας. «Δεν έχει αλλάξει κάτι σε αυτό το μοτίβο. Την ίδια ουσία και τον ίδιο τρόπο χρήσης που έκανα, κάνω» περιγράφει ο Σ1. «Είμαι αρκετά σταθερός σε αυτό (ινδική κάνναβη)» αναφέρει ο Σ5. Ορισμένοι επιλέγουν περισσότερες από μια. Η Σ2 αναφέρει «Είμαι σταθερή στις ουσίες, Κάνω χόρτο, κοκαΐνη, αλκοόλ».

Από τα λεγόμενα τους αναδεικνύονται οι ανάγκες, που καλύπτει η ουσία. Κάποιες από αυτές είναι η αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων, η ανάγκη για επαρκή ύπνο, η θετική επίδραση στον εαυτό και η δράση των ουσιών. Ο Σ1 παραθέτει «Το ναρκωτικό, που μου κάλυπτε καλύτερα τα συναισθήματα, τα οποία δεν άντεχα, ήταν η ηρωίνη. Μου άρεσε το ότι δεν ένιωθα τίποτα», ενώ ο Σ3 εξηγεί «Έκανα χρήση κοκαΐνης, για να φαίνομαι διαυγής, κινητικός και πιο ενεργητικός». Ο Σ6 μιλάει για τη δυσκολία, που είχε με τον ύπνο, λέγοντας «Έχω πρόβλημα με τον ύπνο. Δεν μου έχει φύγει και εκεί πιστεύω είναι ο εθισμός μου».

Παρότι διακρίνονται σταθερά μοτίβα χρήσης ως προς τις ουσίες, υπάρχουν αλλαγές που αφορούν τον τρόπο χρήσης, την αύξηση και τη μείωση της χρήσης.

Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν αλλαγές τον τρόπο χρήσης λέγοντας. «Έχω κάνει bong, έχω κάνει λάδια, γενικά με όλους τους τρόπους» αναφέρει ο Σ6. Η Σ4 λέει «...έκανα εισπνοή από την μύτη».

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν αύξηση της χρήσης σε περιόδους, που υπήρχαν απώλειες αγαπημένων ανθρώπων, δυσάρεστα γεγονότα και προβλήματα. «Υπήρχε ένα γεγονός, που συνέβη σε εμένα και στην οικογένειά μου, που μου έριξε πάρα πολύ την ψυχολογία και σίγουρα είδα, ότι έκανα χρήση περισσότερο» (Σ5), ενώ ο Σ6 λέει ότι «Ο βασικός λόγος, που αυξάνω την χρήση, είναι για να θάψω απογοητεύσεις από φίλους ή να αποφύγω καταστάσεις». Ορισμένοι συμμετέχοντες αναφέρουν και άλλους λόγους, όπως είναι ο εθισμός, η ανοχή στην ουσία, έλλειψη κάποιου στόχου ζωής αλλά και η οικονομική κατάσταση. «Αύξησα τη χρήση όταν πήρα περισσότερα λεφτά» αναφέρει η Σ2, ενώ ο Σ5 αναφέρει «Πιθανολογώ, πως είναι ο εθισμός. Δηλαδή, μετά από κάποιο σημείο λες 'οκ, αφού κάνω και έξω, κάνω και με φίλους, θα μπορώ να κάνω και σπίτι'... Σίγουρα επηρέασε ο εθισμός». Ο Σ1 λέει ότι «...όταν μεγάλωνα τη χρήση σαν ποσότητα, γινόταν επειδή δεν με κρατούσε το γραμμάριο και αναγκαστικά έπαιρνα δύο ή δεν μου αρκούσαν τα δύο και έπρεπε να πιώ τρία», ενώ ο Σ3 αναφέρει «...όταν δεν είχα κάποιο στόχο».

Επιπλέον, ορισμένοι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν και στη μείωση της χρήσης για λόγους λειτουργικότητας σε κάποια φάση της ζωής τους. «Πάντα είχα στο μυαλό μου, ότι θέλω να το μειώσω και πάντα είχα ως αντιστάθμισμα τη γυμναστική» αναφέρει ο Σ3, ενώ ο Σ6 λέει «Και για λόγους διαβάσματος έχει τύχει να το ελαττώσω, για να έχω πιο καθαρό μυαλό». Η Σ2 αναφέρθηκε και στον οικονομικό παράγοντα που επηρέαζε τη χρήση, λέγοντας «Έπινα λιγότερο στην οικονομική κρίση, το συγκεκριμένο ναρκωτικό έχει να κάνει με τα οικονομικά μου».

Αναφορικά με τις τυπικές αλλά και τις μη τυπικές συμπεριφορές χρήσης, η πλειοψηφία ανέφερε τυπικές συμπεριφορές χρήσης, που σχετίζονται με τον τρόπο χρήσης και τις ουσίες. Η Σ4 περιέγραψε μια συνηθισμένη συμπεριφορά χρήσης με τη λήψη υποκατάστατου φαρμάκου σε καθημερινή βάση, λέγοντας «Το suboxone παίρνω. Πηγαίνω κάθε 2 εβδομάδες στην μονάδα θεραπείας. Παίρνω take home τις ημερήσιες δόσεις μου για δύο εβδομάδες και κάνω λήψη στο σπίτι το πρωί». Ο Σ6 αναφέρει σχετικά με τον συνηθισμένο τρόπο χρήσης με ινδική κάνναβη, «Τσιγάρο το κλασικό, με τον καπνό. Γενικά τσιγάρα είναι το 99%». Ορισμένοι από αυτούς αναφέρονται σε τυπικές

συμπεριφορές χρήσης που περιέχουν συνδυασμό ουσιών. «*Τα συνδυάζω κοκαΐνη με χόρτο*» λέει η Σ2. Κάποιοι ανέφεραν τυπικές συμπεριφορές χρήσης, που συνδέονται με φιλικά δίκτυα. «*Νομίζω, ότι είναι συνήθως βράδυ κατά κύριο λόγο, είτε σπίτι, ή με κάποιους φίλους*» αναφέρει ο Σ5, ενώ ο Σ3 λέει, «*Μια συνηθισμένη μπορεί να είναι μες στη μέρα, ένα μεσημέρι μετά τη δουλειά, θα συναντήσω κάποιο φίλο...*». Ορισμένοι ανέφεραν μη τυπικές συμπεριφορές, που σχετίζονται με τον τρόπο χρήσης. Η Σ4 ανέφερε την ενδοφλέβια χρήση λέγοντας «*Κάποια στιγμή με τον πατέρα του παιδιού μου, είχε μπει κρυφά στην ενδοφλέβια και μου είπε να το κάνουμε 1,2,3 φορές, όπου και έγινε*», ενώ ο Σ1 λέει, «*Δοκίμασα με χάπια. Αυτά τα χάπια όμως με έκαναν επικίνδυνο, επιθετικό και μου φέρνανε κλεπτομανίες, που εγώ δεν ήθελα. Έτσι δεν ξαναέκανα ποτέ χρήση*». Ένα μικρό ποσοστό ανέφερε μη τυπικές συμπεριφορές που αφορούν το χώρο και τον διαθέσιμο χρόνο. «*Κάνω σπάνια μόνος μου στο σπίτι*» ανέφερε ο Σ3, ενώ ο Σ5 περιγράφει «*Στις καλοκαιρινές διακοπές διότι έχω παραπάνω χρόνο, δεν δουλεύω και δεν βλέπω προφανώς τους γονείς μου*».

Αλλαγές υπήρχαν και στο χώρο, που έγινε η χρήση, κατά τη πρώτη και τη τελευταία φορά. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες λένε, ότι η πρώτη φορά χρήσης έγινε σε εξωτερικό χώρο με κοντινά άτομα. «*Στο camping έγινε με φίλους*» αναφέρει ο Σ3, ενώ η Σ2 περιγράφει την πρώτη φορά χρήσης λέγοντας «*στην Ακράτα ήταν σε διακοπές*». Ο Σ5 περιγράφει «*Εξωτερικά ήταν στο βουνό στον Υμηττό η πρώτη φορά*». Ορισμένοι συμμετέχοντες αναφέρονται στην τελευταία φορά χρήσης ως μοναχική και ότι έγινε στο σπίτι τους. Ο Σ1 αναφέρει «*Η τελευταία φορά ήταν μοναχική στο σπίτι*», ενώ ο Σ3 αναφέρει «*Στο σπίτι μου έγινε*». Ένα μικρό ποσοστό ήταν αυτό που διατήρησε το ίδιο μοτίβο, όσον αφορά το χώρο. «*Εδώ στις διακοπές, εχθές σε εξωτερικό χώρο*», λέει ο Σ5 όπως και η Σ2 που λέει ότι «*Στο χωριό ήταν και η τελευταία, στο σπίτι*».

5.2.5 Σημαντικά σημεία στη διακοπή της χρήσης, στην υποτροπή και στη θεραπεία

Οι συμμετέχοντες παρέθεσαν διάφορους λόγους, που συνέβαλλαν στην προσωρινή διακοπή της χρήσης παράνομων ουσιών. Οι περισσότεροι ανέφεραν ως αιτία διακοπής την σχέση τους με τους σημαντικούς άλλους της ζωής τους στο οικογενειακό, φιλικό και συντροφικό επίπεδο. Ο Σ1 αναφέρει «*Από τότε, που γεννήθηκε η κόρη μου, έχουν αλλάξει τα ερεθίσματα. Το ότι πήγα στον OKANA, έχει να κάνει με αυτό*», ενώ ο Σ6 «*Το έκοψα και με βοήθεια παρέας, γιατί το είπαμε σαν παρέα*». Ακόμα οι δυσκολίες και τα προβλήματα, που προκαλεί η χρήση στις προσπάθειες κοινωνικοποίησης,

αναφέρθηκαν ως αιτία διακοπής. Ο Σ3 λέει «*Συνήθως τα break, που έκανα παλιότερα, είχαν να κάνουν με τις κριτικές, που δεχόμουν από τους άλλους ανθρώπους. Τώρα κι από τη δικιά μου*». Επίσης, ως κίνητρο διακοπής αναφέρθηκε και η επιθυμία των συμμετεχόντων να είναι υπεύθυνοι στην εργασία τους αποφεύγοντας έτσι τα πολλαπλά προβλήματα, που προκαλεί η χρήση ουσιών στο εργασιακό κομμάτι. Ο Σ3 λέει, σταματούσε την χρήση «... για τις συνέπειες, δηλαδή δεν ήμουν σωστός στην εργασία μου την επόμενη μέρα», ενώ ο Σ6 «*Ήταν ένας λόγος, να είμαι πιο σοβαρός και υπεύθυνος στην δουλειά μου*». Επιπρόσθετα, οι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν μία πληθώρα λόγων, όπως τους οικονομικούς και τα ζητήματα υγείας. Ο Σ6 σημειώνει «*Οικονομικοί λόγοι με έκαναν να διακόψω την χρήση για πολύ μικρά διαστήματα*», ενώ το αδιέξοδο, που προκαλεί η χρήση, αναφέρθηκε ως αιτία από τον Σ1 «*Όταν ένιωθα, ότι έχω φτάσει πάλι στο peak, κάτι έπρεπε να γίνει, έλεγα 'πάμε να προσπαθήσω ακόμα μια φορά'*». Η Σ4 αναφέρει την θεραπεία ως λόγο διακοπής της χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης. «*Όταν μπήκα στην μονάδα θεραπείας, σταμάτησα την χρήση της ηρωίνης και της κοκαΐνης*» (Σ4), ενώ ένας συμμετέχων αναφέρει, ότι η ενασχόληση του με την γυμναστική τον βοηθούσε να μην κάνει χρήση.

Οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν, ότι η διακοπή της χρήσης επέφερε αλλαγές με θετικό πρόσημο τόσο σε θέματα, που αφορούν τον εαυτό, όσο και στις κοινωνικές τους σχέσεις. Συναισθήματα, που έθαβε η χρήση, ξεπάγωσαν ή έγιναν πιο θετικά. Η Σ4 αναφέρει «*Όσα συναισθήματα είχα θάψει με τα ναρκωτικά, ήρθαν στην επιφάνεια. Άρχισα να κλαίω. Η διαφορά ήταν, ότι άρχισα να βιώνω έντονα συναισθήματα. Δεν γινόταν πριν, γιατί ένιωθα ζωντανή-νεκρή*». Επίσης η εξωτερική εμφάνιση βελτιώθηκε, η ψυχική ενέργεια και η λειτουργικότητα αυξήθηκε. Οι αρνητικές πιέσεις, που ασκεί η χρήση ουσιών, στους τομείς αυτούς δεν υπήρχαν πλέον. Σε κάποιους όμως συμμετέχοντες η αποχή από την χρήση προκάλεσε μικρές ή και καθόλου αλλαγές. Ο Σ5 λέει χαρακτηριστικά «*Εντάξει δεν είχα κάποιες τρομερές αλλαγές. Δηλαδή, μπορεί να βρισκόμουν στον ίδιο χώρο, που έκαναν, αλλά δεν έκανα εγώ*», ενώ η Σ4 περιγράφει την αρνητική στάση μέρους της κοινωνίας προς την προσπάθεια της λέγοντας «*Πιο εμπαιθείς και κακοί μείωσαν την προσπάθεια μου. Έλεγαν, ότι σύντομα θα ξαναπέσω στην χρήση*», κάτι που προκαλούσε συναισθήματα απογοήτευσης και ασκούσε αρνητική επιρροή στην προσπάθεια απεξάρτησης της.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εντοπίζει τα αίτια της υποτροπής στον εαυτό τους και στις φιλικές και ερωτικές σχέσεις. Οι προσδοκίες αποδοχής από τον κοινωνικό

της περίγυρο αναφέρονται σαν αιτία υποτροπής από την Σ4 *«Πιστεύω, ότι περισσότερο τις δημιουργούσα (ενν. τις συνθήκες υποτροπής) εγώ η ίδια. Έλεγα, ότι 'να, μόλις κόψεις την χρήση θα γίνεις αποδεκτή από την κοινωνία κι από όλους', ενώ δεν ήταν έτσι». Την αδυναμία διαχείρισης των καταστάσεων της ζωής και των συναισθημάτων του εντοπίζει ως αιτία της υποτροπής ο Σ1 και αναφέρει *«Ο λόγος είναι, ότι εγώ δεν έχω τη δύναμη να αντιμετωπίσω τα πράγματα, είναι αδυναμία διαχείρισης συναισθημάτων»*. Ακόμα, ως αιτία υποτροπής αναφέρεται και η ανάκτηση της υγείας. Όσον αφορά τις σχέσεις, κάποιιοι συμμετέχοντες τόνισαν την επιρροή από το δίκτυο ομότιμων ως λόγο επανέναρξης της χρήσης. Ο Σ5 θυμάται *«Μπορεί κάποια έξοδος να ήταν με κάποιους φίλους ή ήμασταν κάπου σε ένα σπίτι και κάνανε χρήση»*, ενώ η ερωτική απογοήτευση ήταν η αφορμή για τον Σ6, που περιγράφει *«Θυμάμαι την τελευταία φορά έτυχε κάτι με μία κοπέλα. Το είχα ελαττώσει. Μετά, όταν έφαγα άκυρο ξενέρωσα και ζαναζεκίνησα. Κυρίως μετά από ερωτικές απογοητεύσεις καταφεύγω σε τέτοιες λύσεις»*. Η μεγάλη αλλαγή, που επιφέρει στην ζωή ενός ατόμου η γέννηση ενός παιδιού αναφέρεται ως λόγος υποτροπής από δύο συμμετέχοντες.*

Το συμβάν της υποτροπής επέφερε αρνητικές συνέπειες σε κάποιους συμμετέχοντες προκαλώντας αρνητικά συναισθήματα και ενώ έκανε την επόμενη προσπάθεια για απεξάρτηση να φαντάζει ακόμα πιο δύσκολη. Όπως θυμάται η Σ4 *«Φυσικά πρώτα απ' όλα η απογοήτευση και η αυτοτιμωρία! Η στενοχώρια των γύρω μου ότι δεν τα κατάφερα ξανά, ήταν πολύ άσχημο το συναίσθημα, το οποίο με κάνε να πέφτω όλο πιο βαθιά»*. Εντοπίζει όμως σαν θετική επίπτωση της υποτροπής την αυτογνωσία. Αντίθετα, κάποιιοι συμμετέχοντες δεν εντόπισαν αλλαγές στην ζωή τους λόγω της υποτροπής. Περιγράφει χαρακτηριστικά ο Σ5 *«Δεν άλλαξε η ζωή μου. Ότι έκανα πριν, το έκανα και μετά. Είναι επίπεδη η ζωή μου. Δεν υπήρχε κάποια τρομερή αλλαγή εκείνη την περίοδο»*.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν απευθυνθεί σε κανένα πρόγραμμα απεξάρτησης για θεραπεία. Αυτό έχει να κάνει με δύο λόγους. Ο πρώτος είναι, ότι κάποιιοι είναι εξαρτημένοι από το χασίς μία ουσία που δεν θεωρούν ότι προκαλεί σοβαρή εξάρτηση και προβλήματα. Ο Σ6 αναφέρει χαρακτηριστικά *«Για εμένα στο χόρτο, το θεωρώ αστειό, να πας για θεραπεία. Για πιο σκληρά ναρκωτικά εννοείται, ότι η θεραπεία βοηθάει»*, ενώ ο Σ3 επιβεβαιώνει αυτή την άποψη δηλώνοντας *«Δεν το χρειάζομαι για το χόρτο»*. Ο δεύτερος λόγος, που κάνει τα άτομα να μην αναζητούν θεραπεία, είναι η προσωπική τους αντίληψη για την ποσότητα και συχνότητα χρήσης

τους. Αυτοί οι συνεντευξιαζόμενοι διαχωρίζουν τον εαυτό τους από άλλους, που θεωρούν, πιο βαριά εξαρτημένους. Η Σ2 αναφέρει «Όχι (ενν. δεν έχει πάει ποτέ για θεραπεία). Δεν είναι τόσο μεγάλη η χρήση μου», ενώ ο Σ5 τονίζει «Κατά κάποιον τρόπο σίγουρα η θεραπεία βοηθάει. Νομίζω ειδικά σε άτομα, που είναι εξαρτημένα και μπορεί να έχουν περάσει κάποια πράγματα πιο δύσκολα απ' ότι σου είπα εγώ». Ο ίδιος συμμετέχων πιστεύει, ότι θα μπορούσε να απεξαρτηθεί στηριζόμενος στις δικές του δυνάμεις. Λέει «Όχι, θα το έκανα μόνος μου, αν ήταν να το έκανα. Δηλαδή, θα το έκοβα μόνος μου». Στα ίδια άτομα υπάρχει και έλλειψη ενημέρωσης, όσον αφορά τα θεραπευτικά προγράμματα. Ο Σ3 δηλώνει «Εντάξει δεν έχω ακούσει πολλά πράγματα» (ενν. για θεραπεία), ενώ ο Σ6 αναφέρει χαρακτηριστικά «Δεν το έχω ψάξει και καθόλου αυτό το ζήτημα. Δεν έχω ασχοληθεί με το να κάνω θεραπεία». Μία συμμετέχουσα η Σ4 είναι ενταγμένη στο θεραπευτικό πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ λαμβάνοντας το υποκατάστατο suboxone (βουπρενορφίνη), για το οποίο εκφράζει παράπονα για τις παρενέργειες του και τις εθιστικές του ιδιότητες. Λέει χαρακτηριστικά «Είμαι στον Ο.Κ.Α.ΝΑ. και λαμβάνω suboxone ως υποκατάστατο. Σίγουρα δεν είναι ότι καλύτερο και έχει κάποιες παρενέργειες. Θα προτιμούσαν να παίρνω καθαρή βουπρενορφίνη, αλλά ο γιατρός δεν συμφωνεί» Επίσης θεωρεί, ότι ο ΟΚΑΝΑ δεν προσφέρει επαρκή ψυχοκοινωνική στήριξη κάτι, που προκαλεί αισθήματα απογοήτευσης και απελπισίας, ενώ είναι και αιτία μη ολοκλήρωσης του προγράμματος για πολλά μέλη του. Η Σ4 τονίζει «Θεωρώ, ότι ο ΟΚΑΝΑ από μόνος του δεν μπορεί να ολοκληρώσει το κομμάτι. χρειάζονται πάρα πολλά πράγματα, ώστε ένας ασθενής να πει 'το ξεκαθάρισα μέσα μου, τελείωσα, φεύγω.' Δηλαδή, όσον αφορά την ψυχοθεραπεία εκεί υστερεί σαν πρόγραμμα» Ακόμα, εκφράζει αρνητική άποψη για το θεραπευτικό προσωπικό του ΟΚΑΝΑ εστιάζοντας σε ζητήματα διαφθοράς και επιρροής των γιατρών από τις φαρμακευτικές εταιρίες και της προκαλούνται συναισθήματα θυμού και απογοήτευσης. Δηλώνει χαρακτηριστικά «Οι γιατροί έχουν κέρδος από από τις εταιρείες, προωθούν συγκεκριμένα φάρμακα, που έχουν βαριές συνέπειες, μεγάλες παρενέργειες, μόνο και μόνο για να αποκομίσουν οφέλη». Από την άλλη, αναγνωρίζει και ως πρόβλημα την μη επαρκή χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών από το κράτος. Για την Σ4 λύση στα προβλήματα, που προκαλεί τα οφέλη του προσωπικού, είναι η στελέχωση των προγραμμάτων απεξάρτησης από εθελοντές και από πρώην χρήστες, οι οποίοι θα χαρακτηρίζονται από ανιδιοτέλεια. Ένας συνεντευξιαζόμενος, ο Σ1, έχει συμμετάσχει στο πρόγραμμα απεξάρτησης του 18ΑΝΩ μία εμπειρία, που του προκαλεί ευχάριστα συναισθήματα τονίζοντας ιδιαίτερα

τα οφέλη, που είχε η ψυχοθεραπεία. Αναφέρει «Είμαι υπέρμαχος των προγραμμάτων απεξάρτησης που βασίζονται πάρα πολύ στη ψυχοθεραπεία, όπως το 18ΑΝΩ στο οποίο συμμετείχα και με βοήθησε πολύ γιατί έμαθα πάρα πολλά για τον εαυτό μου». Σε αντίθεση με την άποψη της Σ4 για το θεραπευτικό προσωπικό του ΟΚΑΝΑ ο Σ1 εκφέρει θετική γνώμη για το προσωπικό του 18ΑΝΩ τονίζοντας τον αλτρουισμό, που το χαρακτηρίζει. Δηλώνει ο Σ1 «Εγώ θυμάμαι στο 18ΑΝΩ, οι θεραπεύτριες πολλές φορές βάζανε λεφτά από τη τσέπη τους για να πάρουν πράγματα για τη δομή». Επιπρόσθετα, ο ίδιος συμμετέχων δίνει έμφαση σε μία άλλη πτυχή του ψυχοκοινωνικού μοντέλου, αυτή της πρόληψης. Λέει χαρακτηριστικά «Το να υπάρχουν πρώτα απ' όλα ειδικοί, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί σε πολύ μικρές ηλικίες, οι οποίες είναι ευαίσθητες ηλικίες είναι πάρα πολύ χρήσιμο».

5.2.6 Δομικά και πολιτικά αίτια

Η οικονομική κρίση και οι κοινωνικοπολιτικές μεταβολές των τελευταίων ετών έχει επηρεάσει τους περισσότερους συμμετέχοντες, οι οποίοι λόγω της κρίσης βλέπουν τα όνειρα τους να εξανεμίζονται και τους στόχους τους να απομακρύνονται. Οι κοινωνικοοικονομικές πιέσεις προκαλούν άγχος αποτελώντας έτσι ένα επιβαρυντικό παράγοντα, που ωθεί προς την χρήση. Αναφέρει ο Σ3 «Σίγουρα έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση. Όταν ήταν πιο γενικευμένη η κρίση στην ουσία είχα χάσει τους στόχους μου, οπότε κατέφευγα σε αυτό», ενώ ο Σ1 προσθέτει «Τα θέλω σου και οι επιθυμίες σου, ξέρεις, ότι δεν θα γίνουν ποτέ πραγματικότητα, εκεί η χρήση σε βοηθάει. Όταν παίζει κοινωνικοοικονομική πίεση, είναι πιο δύσκολο να ξεκόψεις, γιατί αυτό το πράγμα σε χαλαρώνει να φύγεις από τα άγχη σου». Επιπλέον μία συμμετέχουσα τονίζει την δυσμενέστερη θέση των χρηστών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Σ4 «Με επηρεάζει πολύ και πιστεύω θα γίνει και χειρότερο ειδικά για εμάς τους παλιούς χρήστες», ενώ για μία συνεντευξιαζόμενη η μόνη επίπτωση της κρίσης στην ζωή της ήταν η μείωση της χρήσης της. Αντίθετα κάποιοι μετέχοντες ανέφεραν, ότι δεν επηρεάστηκαν από την κοινωνικό οικονομική κρίση κάτι που αποδίδουν στην εργασία τους και στο είδος της ουσίας που κάνουν χρήση, όπως λέει ο Σ6 «Εμένα συγκεκριμένα, επειδή τυγχάνει να κάνω δύο δουλειές, που έχουν και οι δύο ζήτηση η μία του *delivery boy* και η άλλη του πληροφορικόριου, η οικονομική κρίση δεν με έχει επηρεάσει».

Όσον αφορά την συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας, η πλειοψηφία την συνεντευξιαζόμενων επισημαίνει την αδιαφορία και την υποκρισία του κράτους και της κοινωνίας. Ειδικά σε θέματα σχετικά με τους χρήστες παράνομων ουσιών και άλλες

ευάλωτες ομάδες οι μετέχοντες θεωρούν ότι το Κράτος Πρόνοιας είναι απών κάτι, που προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης και αγανάκτησης. Ο Σ6 αναφέρει *«Ειδικά για θέματα ΑΜΕΑ, απεξάρτηση κτλ. δεν θα κάτσουν να δώσουν λεφτά, γιατί πολύ απλά το σύνολο της κοινωνίας δεν το ένοιαζε ποτέ, τι θα κάνει το πρεζάκι ή τι θα κάνει ο ΑΜΕΑ»*, ενώ η Σ4 τονίζει την έλλειψη δομών απεξάρτησης *«Πάντως είναι μεγάλη η έλλειψη, γιατί αν ήθελαν πραγματικά να βοηθήσουν, θα είχαν αυξήσει τα προγράμματα, θα έκαναν κάποιες δομές»*. Παράλληλα, θίγεται το θέμα των λιστών αναμονής στα προγράμματα και της άνισης κατανομής υπηρεσιών. Λέει χαρακτηριστικά ο Σ1 *«Έχουμε πιο πολλούς αστυνομικούς απ' ότι γιατρούς και δασκάλους και πιο πολλούς παππάδες απ' ότι γιατρούς»*. Επίσης, οι μετέχοντες αναφέρθηκαν και στις λύσεις εστιάζοντας στην μεγάλη σημασία της παιδείας. Ο Σ6 λέει *«Είναι πρώτα ζήτημα παιδείας, που λείπει»*, ενώ ο Σ1 τονίζει το δημόσιο χαρακτήρα της λέγοντας *«Θεωρώ ότι η ιδανική κοινωνία για μένα θα ήταν αυτή η κοινωνία που θα είχε ένα δημόσιο σύστημα παιδείας για όλους»*. Ακόμα, μία μετέχουσα τόνισε τον ρόλο της αυτοργάνωσης και της αλληλεγγύης στην προσπάθεια επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων. Λέει χαρακτηριστικά η Σ4 *«Παρά μόνο αν οι ίδιοι οι άνθρωποι, που αποτελούν την κοινωνία, στραφούν εντός τους και καταλάβουν, ότι σε αυτή την θέση μπορεί να βρεθεί ακόμη και ο ίδιος ή το παιδί του ή κάποιος πολύ δικός του»*.

Για το θέμα της ποινικοποίησης των ουσιών οι περισσότεροι μετέχοντες τάχθηκαν υπέρ της αποποινικοποίησης της κάνναβης. Θεωρούν, πως το να τοποθετείται η κάνναβη στην κατηγορία των παράνομων ουσιών έχει κυρίως αρνητικές συνέπειες. Η Σ4 αναφέρει *«Θεωρώ, ότι όσο κρατάνε τη κάνναβη ποινικοποιημένη, τόσο πιο πολύ σπρώχνουν τον κόσμο και τα παιδιά προς τα εκεί»*, ενώ ο Σ5 τονίζει *«Κάποιες (ενν. ουσίες) θεωρώ, ότι όντως ιδανικά στο μυαλό μου δεν θα χρειαζόταν να κάνεις τίποτα, να ποινικοποιήσεις και κάθε άνθρωπος θα μπορούσε να κρίνει, τι να κάνει»*, ενώ μνεία γίνεται και στα θετικά οφέλη από την αποποινικοποίηση της κάνναβης στο θέμα της υγείας και της αύξησης των δημόσιων εσόδων από την φορολογία της. Για τα βαριά ναρκωτικά, κάποιιοι συνεντευξιαζόμενοι είναι υπέρ της ποινικοποίησης τους. Ο Σ5 λέει *«Στην συγκεκριμένη περίπτωση καλό θα ήταν τα σκληρά ναρκωτικά να μπορούσαν να είναι ποινικοποιημένα»*. Αντίθετα ένας μετέχων είναι υπέρ της αποποινικοποίησης κάθε ουσίας υποστηρίζοντας, ότι κάθε τι που είναι απαγορευμένο έλκει στο να το δοκιμάσεις. Επιπρόσθετα κάποιιοι συμμετέχοντες εκφράζουν αρνητική άποψη όσο αφορά την νομοθεσία που διέπει την διάθεση του αλκοόλ. Η Σ4 εκφράζει την άποψη

αυτή λέγοντας *«Πιστεύω και σαν λαός το έχουμε να αφήνουμε το αλκοόλ ελεύθερο, το οποίο είναι η μεγαλύτερη καταστροφή του ανθρώπου»*. Οι μετέχοντες αναφέρονται και στις συνέπειες της ποινικοποίησης. Νιώθουν, ότι στοχοποιούνται και ότι η ποινικοποίηση αποτελεί τροχοπέδη στην προσπάθεια για απεξάρτηση. Η Σ4 περιγράφει *«Υπάρχει στοχοποίηση μεγάλη. Δηλαδή, κάποιιοι ακόμα στοχοποιούνται αναίτια, χωρίς λόγο απλά και μόνο γιατί κάποιιοι θέλουν»*, ενώ ο Σ1 παραθέτει *«Η ποινικοποίηση δεν βοηθάει στο κομμάτι της απεξάρτησης, αν θες να βοηθήσεις αυτούς τους ανθρώπους με το να τους οδηγήσεις στα δικαστήρια δεν λύνεις κάτι»*. Η ποινικοποίηση προκαλεί φόβο στους μετέχοντες κυρίως, γιατί μία ενδεχόμενη σύλληψη θα είχε αρνητικές συνέπειες στην εργασία και στους στόχους τους. Ο Σ5 διηγείται *«Πάντα θα παίζει ο φόβος να μην με πιάσουν με κατοχή. Αυτόματα αυτό σημαίνει, ότι δεν θα κάνω αυτό, που θέλω στην ζωή μου, δεν θα γίνω ποτέ καθηγητής»*. Στο ίδιο μήκος κύματος ο Σ6 λέει *«Με επηρέαζε στο επίπεδο, ότι πάντα ήμουν προσεκτικός, πάντα θα είχα το νου μου για αστυνομία. Αν με παν στο δικαστήριο, άντε να εξηγήσεις σε δουλειές κτλ. τι συμβαίνει»*. Ακόμα, κάποιιοι συμμετέχοντες θίγουν το θέμα των μεγάλων συμφερόντων που επηρεάζουν την νομοθεσία των ουσιών καθώς και στις βαθιές δομικές ανισότητες και στην άνιση αντιμετώπιση από την δικαιοσύνη. Η Σ4 αναφέρει χαρακτηριστικά *«Κυρίως επωφελούνται από την ποινικοποίηση αυτοί, που κρατάν τα ηνία πίσω από κυβερνήσεις, γιατί υπάρχουν lobby, τα οποία σχεδιάζουν τι θα γίνει την επόμενη μέρα»*.

Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων δεν νιώθουν ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Μόνο ο Σ5 αναφέρει μία αίσθηση ισότητας λέγοντας *«Δεν νομίζω, ότι είμαι κάτι διαφορετικό. Είμαι ίσος με κάθε άνθρωπο, που πατάει στην Γη. Δεν νομίζω, ότι είμαι κάτι διαφορετικό. Είμαστε όλοι ίδιοι»*. Κάποιιοι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρονται σε δομικές ανισότητες που υπάρχουν ανεξαρτήτως χρήσης, όπως ο Σ1 που λέει χαρακτηριστικά *«Το πρόβλημα με την ισοτιμία δεν νομίζω, ότι ξεκινάει από τη χρήση. Ξεκινάει από τις ευκαιρίες, που έχεις στη ζωή σου. Δεν έχουμε όλοι τις ίδιες ευκαιρίες στη ζωή μας, που έχει ο γιός ενός ανθρώπου με πολλά λεφτά»*, ενώ ο Σ3 προσθέτει *«Νομίζω και χωρίς τη χρήση δεν είμαι ισότιμο μέλος, όπως και πολλοί άλλοι»*. Γίνεται, επίσης, αναφορά στην κοινωνική απομόνωση που επικρατεί στη σύγχρονη κοινωνία. Η Σ2 διηγείται χαρακτηριστικά *«Είτε με χρήση, είτε χωρίς χρήση, μέλος της κοινωνίας δεν αισθάνομαι. Αποκλεισμένη σε ένα σπίτι με τα δικά σου προβλήματα, και ο απέναντι με τα δικά του. Έτσι δεν δημιουργούμε κοινωνία!»*.

Ο Σ6 περιγράφει «Είμαι σε ένα κομμάτι περιθωρίου, αλλά το αντιμετωπίζω. Δεν συμβαίνει συχνά και δεν επιδιώκω να πίνω μπροστά σε κόσμο, που ενοχλείται από αυτό για λόγους σεβασμού» Τέλος, γίνεται διαχωρισμός της βαρύτητας εξάρτησης. Κάποιοι συμμετέχοντες θεωρούν, ότι οι πιο βαριά εξαρτημένοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες διακρίσεις και περιθωριοποίηση. Ο Σ3 λέει «Θεωρώ, ότι υπάρχουν αποκλεισμένοι άνθρωποι, είτε κοινωνικά είτε πολιτικά, όπως κοινωνικές ομάδες γενικότερα. Οι βαριά εξαρτημένοι δεν θεωρώ, ότι είναι ισότιμα μέλη της κοινωνίας», ενώ ο Σ5 διηγείται «Προφανώς αφήνονται στο περιθώριο οι ναρκομανείς, τα βαριά εξαρτημένα άτομα».

5.3 Ευρήματα στους απεξαρτημένους

5.3.1 Επιρροές στη ζωή του απεξαρτημένου, επιπτώσεις από τη διαχείριση της χρήσης και προοπτικές

Το σύνολο σχεδόν των ερωτώμενων, στις σημαντικότερες επιρροές ανέφεραν την οικογένειά τους. Η συντριπτική πλειοψηφία τους της απέδωσε αρνητικό πρόσημο μιας και έγιναν μνείες για τραυματικές εμπειρίες σχετικές με την ενδοοικογενειακή βία, τη παραμέληση, την κατάχρηση ουσιών από οικογενειακό μέλος, το διαζύγιο των γονιών, τα περιπελεγμένα πένθη λόγω απώλειας οικογενειακού προσώπου και τα δυσλειτουργικά επικοινωνιακά σχήματα. Συνοψίζονται τα προηγούμενα από τη δήλωση της Σ7 «Ήταν μια άσχημη εμπειρία, που έχασα σε ηλικία 5 χρονών τον μπαμπά μου. Ένιωθα μόνη μου και το γεγονός αυτό σίγουρα επηρέασε τη χρήση μου. Μετά από χρόνια ο πατριός μου πέθανε και αυτός. Ως παιδί ήμουν ζωηρή, δεν υπήρχε έλεγχος στο σπίτι, δούλευα από μικρή και έτσι άφησα το σχολείο». Παράλληλα, υπάρχουν δύο αναφορές για θετική επιρροή από το οικογενειακό περιβάλλον, όσον αφορά την νοσταλγική ανάμνηση από ένα ταξίδι και την υποστηρικτικότητα. Επίσης, συγκαταλέγουν στις θετικές επιρροές τους την οικογένειά τους, όσοι από τους συνεντευξιζόμενους έχουν δημιουργήσει δική τους. Επί παραδείγματι, ο Σ10 ανέφερε «Απ' τις σημαντικότερες εμπειρίες είναι ο γάμος και η γέννηση του παιδιού μου», ενώ η Σ11 διέκρινε γεγονότα, που αξιολογούν την επιρροή αυτή ως αρνητική «Ο άντρας μου έχει κάνει πολύ φυλακή, γιατί του άρεσε περισσότερο το νταλαβέρι (ενν. διακίνηση ναρκωτικών) παρά η χρήση. Κινδύνευε να ξαναφυλακισθεί. Επίσης ο μπαμπάς της κόρης μου λείπει στην Γερμανία, δεν τον βλέπει εκείνη και εισπράττει συνεχώς απόρριψη. Η μικρή τσακώνεται συχνά με τον πατριό της και δεν δέχεται το μάλωμα του».

Έπειτα, μικρή μερίδα ανέφερε εμπειρίες από τους ομότιμους, που τους σημάδεψαν. Η Σ11 έδωσε έμφαση στο bullying, που δέχθηκε από συμμαθητές της, γεγονός που το επεξεργάστηκε κατά τη διαδικασία της απεξάρτησης, ενώ ο Σ8 εμβάθυνε στην θετική επίδραση της αλληλόδρασης με άτομα, που απέχουν από τις ουσίες.

Πέντε από τους συμμετέχοντες, που είχαν αναζητήσει κάποιο είδος θεραπείας, για να απεξαρτηθούν, δεν παρέλειψαν να το αναφέρουν ως θετική επιρροή. Το θεωρούν από τα σημαντικότερα συμβάντα στη ζωή τους. *«Μια σημαντική εμπειρία ήταν, όταν μπήκα στο πρόγραμμα. Αρχισα να γίνομαι καλά, να κόβω τα ναρκωτικά, να γίνομαι πιο λειτουργικός και να βρίσκω τον εαυτό μου»* (Σ8). Ο Σ8 και ο Σ10 απεξαρτήθηκαν μέσω των υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ιατροκεντρικός κρατικός φορέας. Η Σ7 και η Σ12 αναζήτησαν βοήθεια στους Ανώνυμους Ναρκομανείς, που είναι ιδιωτικός φορέας, ο οποίος αξιοποιεί το πνευματικό μοντέλο. Η Σ11 απεξαρτήθηκε μέσω του ψυχοκοινωνικού μοντέλου της κρατικής δομής του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Επίσης, ο Σ9 διέκοψε χωρίς θεραπεία.

Αρκετοί, με γνώμονα την εκπαίδευση, επηρεάστηκαν θετικά. Συγκεκριμενοποιώντας, για αυτούς η εκπαιδευτική κατάρτιση υπήρξε εφελτήριο της διακοπής της εξάρτησης και το θεωρούν ως κατόρθωμα, που κατάφεραν να ανελιχθούν. Ο Σ9 αναφέρει απ' την άλλη, πως *«Την περίοδο, που σπούδαζα, δεν μπορούσα να στρίψω και να πιώ πριν πάω σχολή. Ούτε κατά τη διάρκεια έπινα, ούτε στα διαλείμματα»*. Επίσης, ο ίδιος ερωτηθείς μοιράστηκε σχετική απογοήτευση, *«Στις πρώτες πανελλήνιες, που είχα δώσει το 2009, πάτωσα. Ξανάδωσα το 2016 και πέρασα στη σχολή, που ήθελα, αλλά δεν πέρασα στη πόλη μου και έπρεπε να αφήσω τους ανθρώπους μου πίσω. Γύρω από τα ζητήματα της εργασίας, οι περισσότεροι την συγκαταλέγουν στους προστατευτικούς παράγοντες για υποτροπή και βασιζόμενοι σε αυτή παραμένουν καθαροί. Όμως, η εργασιακή επισφάλεια και αβεβαιότητα σε συνδυασμό με την έλλειψη ελεύθερου χρόνου δείχνει να τους ταλανίζει»*.

Επιπρόσθετα, τρία άτομα δήλωσαν, πως επηρεάστηκαν αρνητικά από προβλήματα υγείας και διάφορα ατυχήματα, που τους συνέβησαν, πολλά από αυτά έγιναν λόγω της χρήσης, όπως η Σ12, που *«Είχα ξυπνήσει μία φορά στις ράγες των τρένων, εκεί πέταγαν αυτούς που νομίζουν ότι πέθαναν. Αργότερα λόγω της χρήσης δεν*

σκεφτόμουν λογικά. Είχε αρχίσει η παράνοια. Σκεφτόμουνα, ότι το σπίτι έχει μέσα κάμερες (ενν. είχε ψυχωτικό επεισόδιο)».

Σχετικά με την θρησκευτικότητα, τρεις ερωτηθέντες εξήραν τον ρόλο της στην ζωή και την ανεξάρτησή τους, όπως η Σ7 που ανέφερε, πως «Με βοήθησε πολύ ο πνευματικός, όταν σταμάτησα τα ναρκωτικά στο να κόψω και να μείνω καθαρή και να αντιμετωπίσω δυσκολίες». Οι υπόλοιποι δύο έμειναν ανεπηρέαστοι και η Σ12 δήλωσε, πως «Είχα στην χρήση ένα φόβο, ότι δεν με δέχεται η εκκλησία έτσι».

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε για την πάροδο των ετών όντες εξαρτημένοι, και γενικότερα για τα διάφορα ζητήματα, που σχετίστηκαν με αυτό το κεφάλαιο της ζωής τους. «Ήμουνα σε μία τρέλα» υπογραμμίζει η Σ11. Έγινε λόγος για διακίνηση ναρκωτικών, για πειραματισμούς με διάφορες ουσίες και τον αρνητικό κυρίως αντίκτυπο, που είχε η χρήση σε κάθε έκφανση της ζωής τους (π.χ. σχολική διαρροή, ανεργία). Η Σ7 και ο Σ8 τονίζουν συγκεκριμένα, ότι «Οι δουλειές, που έκανα, ήταν καθαρά για τη χρήση. Δεν σκεφτόμουν κάτι άλλο. Για να έχω να πιώ, δούλευα σε περίεργα νυχτερινά μαγαζιά. Δεν χρειάζεται να επεκταθώ» και «Στο γυμνάσιο, που ήταν η μάνα μου καθηγήτρια, με περνούσαν έτσι, επειδή ήξεραν το πρόβλημα. Η χρήση ήταν ένας λόγος, που σταμάτησα στην δεύτερα γυμνασίου. Δεν πήγαινα καθόλου σχολείο».

Τέλος, επηρεάστηκαν από τις συντροφικές και ερωτικές τους σχέσεις δύο άτομα, ενώ μερικοί άλλοι ανέφεραν την ενδοσυντροφική ή ενδοπροσωπική βία και περιστατικά βιασμών, που έχουν υποστεί. «Έχω βρεθεί χτυπημένη και βιασμένη πολύ στην ζωή μου» λέει η Σ12 και η Σ11 μοιράστηκε, πως «Με πρώην μου υπήρξαν κάποια σκηνικά βίας. Επίσης, ο βιασμός ήταν δυνατή εμπειρία, που συνέβη από παιδιά της επανένταξης της 'ΣΤΡΟΦΗΣ'».

Όλα τα παραπάνω και έπειτα από σχετικές διεργασίες επέφεραν θετικά επακόλουθα σε όλο το δείγμα μας, που έχουν να κάνουν με την διαδικασία ανεξάρτησής τους και την κοινωνική τους ανάκαμψη/αποκατάσταση. Παράλληλα, σχεδόν το σύνολό τους δεν παρέλειψε να αναφέρει τα υπολείμματα και τα αποτυπώματα, που τους συνοδεύουν, από την παραμονή τους στη χρήση. Γίνεται εκτενής λόγος για αισθήματα ντροπής, εσωτερικευμένης καταπίεσης και θυμού. Στη περίπτωση της Σ12 τα προηγούμενα έλαβαν τις διαστάσεις διαταραχής πανικού κάθε φορά, που έρχονταν στην επιφάνεια τωρινές αναμνήσεις και συναισθήματα.

Αναφορικά με το περιβάλλον τους, υπήρξαν μερικώς θετικές μετατοπίσεις λόγω του ζητήματος, που αντιμετώπιζαν. Αναλυτικότερα, οι κοινωνικές σχέσεις τους αναθεωρήθηκαν κατά τη διάρκεια και μετά τη χρήση σε νέο υποστηρικτικότερο πλαίσιο και όσες νέες δομήθηκαν, ξεκίνησαν υπό νέους όρους στους περισσότερους.

Δεν παραλήφθηκαν συνολικά τα περιστατικά στιγματισμού, επικριτικότητας ακόμα και των διακρίσεων, που βίωσαν λόγω της χρήσης. Ο Σ8 τονίζει *«Είχα στιγματιστεί, γιατί μ' είχε ρουφιανέψει ένα παιδί για εμπόριο μαύρου. Θυμάμαι, που η αστυνομία πήγαινε σε όλα τα μαγαζιά και τις καφετέριες και έλεγε το όνομα μου, ότι με ψάχνουν για αυτό το λόγο και με είχαν κάνει βούκινο»* και *«Είχα πάει σε ένα καφέ και ήμουν υπό την επήρεια. Μου είπαν μια δικαιολογία, ότι θα 'ρθει ο δήμαρχος και δεν μπορούσα να κάτσω»*. Τα συναισθήματα από τα προηγούμενα προσπάθησε το δείγμα μας είτε να τα καλύψει μέσω κατάχρησης ουσιών, είτε να τα απωθήσει ή ακόμα για να μην βρεθεί αντιμέτωπο με αυτά, δεν γνωστοποιούσε τη χρήση του.

Τέλος, οι περισσότεροι αξιολογούν θετικά την πορεία της ζωής τους και θέτουν νέες βάσεις συνεχώς γύρω από τα εργασιακά τους ζητήματα και τη διαχείριση του τραύματος, που προέκυψε λόγω των εμπειριών τους κατά τη χρήση. Δύο από εκείνους νοιώθουν εξάντληση λόγω της ρουτίνας τους και επιδίδονται στον υπερκαταναλωτισμό, για να καλύψουν κάποιο κενό.

5.3.2 Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων στην χρήση ουσιών

Όπως γίνεται φανερό από το δείγμα μας, οι απαντήσεις που μας έδωσαν οι απεξαρτημένοι συνεντευξιαζόμενοι ποικίλλουν, εκφράζοντας με τη σειρά τους, μια σειρά από λόγους εξάρτησης για όσο καιρό βρίσκονταν στη χρήση. Σχεδόν καθολικά, οι ερωτώμενοι ανέφεραν ως κύριους λόγους εξάρτησης από τις ναρκωτικές ουσίες το οικογενειακό περιβάλλον αλλά και το φιλικό. Συγκεκριμένα, ανέφεραν για την αρνητική επιρροή που είχαν για εκείνους οι οικογενειακοί παράγοντες, όπως τα λανθασμένα οικογενειακά πρότυπα και ο ελλιπής γονεϊκός έλεγχος, τονίζοντας χαρακτηριστικά η Σ12 *«Νομίζω το περιβάλλον μου η οικογένεια μου γιατί, είχαμε θέματα. Έβλεπα την μαμά μου, να έχει γίνει παρανοϊκή, να πηγαίνει στο ψυχιατρείο έβλεπα και τον πατέρα μου που ήταν ασταθής τον άκουγα να μιλάει στο τηλέφωνο με άλλες γυναίκες. Επηρέασε η έλλειψη που είχα από την γονική φροντίδα όταν ήμουνα παιδί και νομίζω ότι όλα τα παιδιά που στρέφονται σε ουσίες έχουν κάποια έλλειψη από γονείς, συναισθηματική έλλειψη»*. Ομοίως, οι παρέες διαδραμάτισαν, εξίσου, αρνητικό

ρόλο στην εξαρτητική χρήση των συνεντευξιαζόμενων όπως μας περιγράφει και ο Σ9 *«Η παρέα, δηλαδή σίγουρα οι φίλοι έπαιζαν ρόλο. Ήταν περισσότερο σαν διαδικασία κοινωνικοποίησης. Έκανα για την παρέα».*

Πολλοί ήταν, επίσης, οι συμμετέχοντες που μας παρέθεσαν ως σημαντικό λόγο που συνέβαλλε στη χρήση ναρκωτικών ουσιών τα συναισθήματα και ο ρόλος που εκείνα είχαν. Όπως μας ανέφεραν οι περισσότεροι, έκαναν χρήση είτε για να νιώσουν καλύτερα, είτε γιατί επιδίωκαν να νιώσουν πιο έντονα συναισθήματα και καταστάσεις, είτε γιατί δεν μπορούσαν να διαχειριστούν τα συναισθήματα αυτά και έτσι οδηγούνταν ξανά στη χρήση, όπως μας αναφέρει και η Σ7 *«Όταν ένιωθα χάλια έπινα και όταν ένιωθα ωραία, δεν μπορούσα να το διαχειριστώ και πάλι έπινα για να μην νιώθω»* Μικρότερο ποσοστό ως προς τους λόγους εξάρτησης, όμως με αρκετούς συμμετέχοντες του δείγματός μας να το εκφράζουν, είχε και η αποφυγή από τη πραγματικότητα και τα καθημερινά προβλήματα που τους προσέφερε η χρήση, όπως ισχυρίζεται χαρακτηριστικά η Σ12 *«Για να φύγω από όλη αυτήν την μίζερια, να ξεφεύγω από την πραγματικότητα»* αλλά και η Σ7 *«Ένιωθα ένα κενό, μια βαρεμάρα που ήθελα να καλύψω, ήθελα να γεμίσω να μην σκέφτομαι».*

Από μια απάντηση έλαβαν λόγοι χρήσης, όπως είναι η άγνοια κινδύνου αλλά και η έλλειψη αίσθησης της σοβαρότητας των ναρκωτικών ουσιών, όπως τονίζει και η Σ7 *«Από μικρή δεν είχα την αίσθηση του κινδύνου, δεν έλεγα 'είναι επικίνδυνα τα ναρκωτικά'»,* καθώς επίσης, και η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων, γίνοντας λόγος από τον Σ9 για την αρνητική συμβολή που είχε η κακή οικονομική κατάσταση που βίωναν σαν οικογένεια ώστε να τον οδηγήσει στη χρήση, όπως μας αναφέρει *«οι κοινωνικοί παράγοντες, το ότι ήμασταν πιο φτωχοί μένουμε και σε ένα σπίτι μικρό».* Άλλοι λόγοι, που αναφέρθηκαν, είναι η πρόκληση, η περιέργεια που προκαλεί το άγνωστο, καθώς επίσης και η διασκέδαση, όπως μας αναφέρουν η Σ7 *«Γνώρισα κάποιους ανθρώπους, που έκαναν, και ήμουν περίεργη να δοκιμάσω»* και ο Σ9 αντίστοιχα *«Όταν βρισκόμασταν με την παρέα, ήταν ένας ωραίος τρόπος να περάσουμε πιο καλά».* Ένας μόνο συμμετέχων, ο Σ8, εξέφρασε, πως δεν μπορούσε να ανταποκριθεί και να ακολουθήσει τους ρυθμούς της καθημερινότητας, εάν δεν έκανε χρήση ουσιών, όπως μας λέει χαρακτηριστικά *«Χωρίς ουσίες δεν ήμουν λειτουργικός».*

Σχετικά με τους κοινωνικούς ρόλους, που κατέχουν οι ανεξαρτημένοι ερωτώμενοι, στη πλειοψηφία τους αναφέρθηκαν στους οικογενειακούς, όπως μας περιγράφει η Σ7 *«Έχω*

το ρόλο του παιδιού και της αδερφής», ενώ αρκετοί ήταν και εκείνοι που έκαναν λόγο για τον φιλικό τους ρόλο, για παράδειγμα η Σ12 «*Τώρα ένας άλλος ρόλος είναι της φίλης*». Στη μειοψηφία του το δείγμα, παρέθεσε τον εκπαιδευτικό αλλά και τον συντροφικό ρόλο στον οποίο ανταποκρίνονται με τον Σ8 να μας αναφέρει «*Τώρα έχω αναλάβει το ρόλο του φοιτητή*» και την Σ12 αντίστοιχα «*Τον κοινωνικό ρόλο της συντρόφου έχω σήμερα*».

Όσον αφορά τη λειτουργία των ρόλων, που ανταποκρίνονται με επιτυχία οι συνεντευξιζόμενοι μετά την απεξάρτηση, οι απαντήσεις ποικίλλουν. Ένας από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκε στον εκπαιδευτικό ρόλο που απέκτησε μετά την απεξάρτηση, άλλοι, στην καλύτερευση των κοινωνικών τους σχέσεων, άλλοι πάλι, στους οικογενειακούς τους ρόλους, είτε για τη νέα οικογένεια που δημιούργησαν, είτε για τη σχέση με τους γονείς τους, που αποκαταστάθηκαν ύστερα από την απεξάρτηση, ενώ άλλοι στους φιλικούς τους ρόλους και τη διατήρηση των δυνατών δεσμών που είχαν. Χαρακτηριστικά, παραθέτουμε κάποιες από τις απαντήσεις, που έδωσαν, όπως ο Σ8 «*Τώρα έχω αναλάβει το ρόλο του φοιτητή, που νιώθω ότι τον εκπληρώνω καλά. Έχω και μια σχέση με μια κοπέλα, έχω και τον ρόλο του συντρόφου και αυτό πιστεύω, όσο μπορώ, πιστεύω το εκπληρώνω καλύτερα. Επίσης, το ρόλο του φίλου, που σ' αυτό πιστεύω προσπαθώ για το καλύτερο, όπως σε όλα*» και η Σ7 «*Τότε στη χρήση δεν υπήρχαν αυτοί οι ρόλοι, είχα ξεφτιλιστεί, δεν μιλούσα με τους γείτονες, με τη μαμά μου, με τις αδερφές μου. Η φίλη μου σταμάτησε να μου μιλάει, όταν έμαθε για τα ναρκωτικά. Έχασα κάθε ρόλο που είχα, είτε οικογενειακό, είτε φιλικό, είτε εργασιακό. Τώρα έχω σχέσεις με όλους*». Υπήρξαν, ωστόσο, και δύο από τους συμμετέχοντες που εξέφρασαν τη δυσαρέσκειά τους σχετικά με κάποιους από τους ρόλους που εκπληρώσουν όπως είναι ο ρόλος της Σ11 μέσα στην οικογένεια ο οποίος την έχει κουράσει όπως μας περιγράφει «*Τώρα αυτή την στιγμή έχω βαρεθεί να είμαι μαμά, σύζυγος, δούλα πολλές φορές το νιώθω αυτό έντονα και θέλω να ανοίξω την πόρτα*» αλλά και ο ρόλος της κόρης στον οποίο ανταποκρίνεται μη επιτυχώς σύμφωνα με τους ισχυρισμούς της η Σ12 «*Επίσης, δεν νιώθω καλή κόρη όταν πέφτω στην ανάγκη της μαμάς μου. Δεν μου αρέσει να εμπλέκω την μητέρα μου στις υποχρεώσεις μου δεν μου αρέσει γιατί σαν παιδί την έμπλεξα πάρα πολύ*».

Σχετικά με την απώλεια των ρόλων, ενόσω οι συμμετέχοντες βρίσκονταν στην εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες, καθολικά το δείγμα μας, αναφέρθηκε σε αυτή. Στη πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι, ανέφεραν πως κατά τη διάρκεια της χρήσης

έχασαν είτε οικογενειακούς, είτε φιλικούς ρόλους όπως χαρακτηριστικά υποστηρίζει ο Σ9 «Ο αδερφικός ρόλος, εμένα με επηρέασε αρνητικά, επειδή είμαι πάρα πολύ δεμένος με τους δικούς μου ανθρώπους και δεν ήμουν αυτός που θα ήθελα. Επίσης, ο ρόλος του πνευματικού πατέρα, που είμαι εδώ και κάποια χρόνια στο παιδί της ξαδέρφης μου δεν είναι ο ρόλος αυτός, που θα ήθελα να είναι. Η χρήση τον επηρέασε», ή ο Σ10 «Η χρήση σε απωθεί από όλα αυτά, από όλους τους ρόλους. Ο στόχος σου είναι να βρεις να πιείς μόνο». Μεγάλο, επίσης, κομμάτι του δείγματός μας έκανε λόγο για την απώλεια του εργασιακού του ρόλου λόγω της χρήσης όπως τονίζει η Σ12 «Και ο κοινωνικός μου ρόλος ως εργαζόμενη νομίζω το είπα πριν και εκεί αξίζω κάτι καλύτερο, που δεν το έχω». Το μισό, επίσης, δείγμα μας μίλησε σχετικά με την απώλεια του εκπαιδευτικού του ρόλου, εξαιτίας της εξάρτησης από τα ναρκωτικά όπως μας περιγράφει η Σ11 «Όχι μόνο στο μορφωτικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο αξιών, νιώθω λίγο πιο αγενής λίγο πιο άξεστη. Θα μπορούσα να είμαι σίγουρα πιο μορφωμένη, με πήγε πίσω η χρήση στο εκπαιδευτικό κομμάτι γιατί έγινε από μικρή ηλικία» αλλά και ο Σ8 «Εντάξει η χρήση επηρέασε πάρα πολύ το ρόλο στο εκπαιδευτικό κομμάτι, και κατά συνέπεια και τον εργασιακό που έχω μείνει πολύ πίσω».

Όπως διαφαίνεται και από τους ισχυρισμούς των συμμετεχόντων, από το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματος, υπάρχουν διάφοροι προστατευτικοί παράγοντες, που διατηρούν τα άτομα μακριά από τη χρήση, όπως για παράδειγμα, η συμμετοχή σε πρόγραμμα απεξάρτησης που μας περιγράφει η Σ7 «Στο πρόγραμμα στην αρχή δεν εκδήλωνα επικίνδυνες συμπεριφορές, άκουγα και ακολουθούσα αυτά, που μου έλεγαν. Τώρα χαλάρωσα και σκέφτομαι ότι το 'χω», αλλά και ο ρόλος της εκπαίδευσης, επίσης, όπου για τον Σ8 θεωρείται πολύ σημαντικός, όπως μας αναφέρει «Για τη χρήση τώρα δεν με αποτρέπουν, ούτε με ενθαρρύνουν γιατί έχω σταθεροποιηθεί, αλλά επηρεάζει σίγουρα ο ρόλος του φοιτητή, που θα πρέπει να διαβάσει, να είναι συνεπής». Ακόμη, για μερικούς από τους συμμετέχοντες ο ίδιος ο εαυτός τους είναι εκείνος, που τους αποτρέπει, από το να ακολουθήσουν, πλέον, συμπεριφορές χρήσης είτε για λόγους υγείας, είτε επειδή επιθυμούν να αποτελούν σωστό πρότυπο για τους άλλους και όχι αρνητικό παράδειγμα, όπως χαρακτηριστικά τονίζει και η Σ11 «Νιώθω πολύ ασφαλής, ήταν κάποια πράγματα που εγώ είπα, ότι δεν θα τα κάνω στα παιδιά μου, ήθελα πάντα να κάνω δικιά μου οικογένεια και να την κάνω διαφορετική από αυτή, που είχα». Από την άλλη, υπήρξαν και κάποιοι από τους συμμετέχοντες, που ανέφεραν την εργασία ως ενθαρρυντικό παράγοντα για τη περίοδο, που ήταν στη χρήση, όπως για παράδειγμα

τονίζει η Σ7 *«Παλιότερα στη χρήση, όταν δούλευα στο μπαράκι, έπινα με σκοπό να γίνω, δεν σκεφτόμουν κάτι άλλο. Τώρα δεν θα πάω να πλώ ποτό, θα πάω για καφέ, απολαμβάνω τα μικρά πράγματα».*

Όσον αφορά την απόκτηση νέων ρόλων, στη πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες μας ανέφεραν, ότι έχουν όνειρα και επιθυμούν να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους. Οι απαντήσεις τους, κυρίως, βασίστηκαν σε οικογενειακούς ρόλους που θα επιθυμούσαν να αποκτήσουν στο μέλλον, όπως ισχυρίζεται και ο Σ9 *«Θα ήθελα να κάνω οικογένεια, να γίνω πατέρας μακροπρόθεσμα».* Δύο άλλοι συμμετέχοντες, εξέφρασαν την επιθυμία να αποκτήσουν επαγγελματική σταδιοδρομία και εργασιακό ρόλο, όπως περιγράφει και ο Σ8 *«Ο κύριος ρόλος, που θέλω να αποκτήσω είναι του εργαζόμενου σε μια δουλειά, που να με γεμίζει».* Ωστόσο, δεν έλειψαν και οι συμμετέχοντες, δύο από αυτούς, που παρέθεσαν διάφορα εμπόδια, που τους αποτρέπουν από την εκπλήρωση νέων ρόλων, όπως είναι η ηλικία, ο στιγματισμός λόγω της παλαιότερης χρήσης αλλά και η αρνητική συμβολή οικείων προσώπων, όπου με τον τρόπο τους και χωρίς να το αντιλαμβάνονται πάντοτε, ενδέχεται, να σταθούν εμπόδιο στις επιθυμίες κάποιου κοντινού τους προσώπου, όπως για παράδειγμα μας περιγράφει ο Σ8 *«Όσον αφορά το εργασιακό, πιστεύω ότι ένας είναι η ηλικία που μπορεί να το εμποδίζει. Στη πόλη μου μπορεί να εμποδίσει κάποιο στερεότυπο τον εργασιακό ρόλο. Μπορεί κάποιος να μη με πάρει, γιατί είμαι πρώην χρήστης για τη δουλειά»* καθώς και η Σ12 *«Αντιδράνε με τον δικό τους τρόπο... Του αδερφού μου του είχα ζητήσει τον τελευταίο μήνα, όσο μπορεί στις εξετάσεις των πανελλαδικών να μην έχει απροσάρμοστες ώρες. Ο Πατέρας μου με πίεζε πάρα πολύ με τα μηνύματα και τα τηλέφωνα, γιατί εγώ το είχα 6 μήνες στο αθόρυβο, για να μην με ενοχλούν, όσο διάβαζα».*

Σχετικά με την εμπλοκή των συνεντευξιαζόμενων με το ποινικό σύστημα, το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματός μας απάντησε, πως είχε κάποια σχέση όλα αυτά τα χρόνια, που βρισκόταν στη χρήση, είτε εξαιτίας αυτού, είτε για κάποια άλλη παραβατική συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα ο Σ8 *«Μετά πάλι είχα στα 16-18. Με είχαν πιάσει για εμπόριο μαύρο και θυμάμαι και αυτό με είχε στιγματίσει. Η μεγάλη μου ποινική συνέπεια ήταν προτού μπω στο πρόγραμμα, στα 27 μου. Τότε έκανα πολλές πλαστογραφίες συνταγών για να παίρνω κάποια φάρμακα που ήθελα από τα φαρμακεία»* αλλά και η Σ12 *«Περισσότερο είχα, επειδή είχα πάνω μου ναρκωτικά σε ελάχιστη ποσότητα για δική μου χρήση, και κάποια άλλα που ήταν από κλοπές».* Επίσης, μία από τους συμμετέχοντες, η Σ11, έκανε λόγο για εμπλοκή κυρίως του συζύγου της

με το ποινικό σύστημα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει «Ο σύζυγός μου είχε συνήθως να αντιμετωπίσει κάποιο δικαστήριο, ήταν πολύ παλιό, το οποίο πήγαινε από αναβολή σε αναβολή και έφτασε μέχρι έφεση. Πάει όμως! Κάποιες φορές λαχταράμε. Βέβαια ποτέ δεν έχει συμβεί κάτι». Από την άλλη, η μειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων, μας τόνισε πως δεν είχε ποτέ καμία επαφή με το ποινικό σύστημα, αναφέροντας για παράδειγμα ο Σ9 «Δεν είχα ποτέ, γιατί ίσως οφείλεται και στο είδος του χώρου, στο είδος του ναρκωτικού» αλλά και η Σ7 «Εγώ δεν είχα ποινικές συνέπειες σε σχέση με τη χρήση, γιατί ο πρώην μου πήγαινε, για να πάρει δεν ανακατευόμουν εγώ».

Θετικό πρόσημο φαίνεται να έχει, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, το πέρασμα των χρόνων. Οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν, πως όσο περνούσαν τα χρόνια, παρουσίαζαν περισσότερη ωριμότητα, όπως για παράδειγμα μας αναφέρει ο Σ9 «Το ότι άρχισα να καταλαβαίνω κάποια πράγματα, να τα βλέπω πιο ώριμα, ήμουν και στα πράματα χρόνια, στη γύρα, οπότε άρχισα να καταλαβαίνω, ότι υπάρχουν και άλλα πράγματα πέρα από αυτό». Επίσης, δύο από αυτούς, ανέφεραν και την έλλειψη αντοχών ως μία από τις αιτίες που είχαν θετική συμβολή στη συσχέτισή τους με το πέρασμα των χρόνων και τη χρήση, όπως μας περιγράφει και ο Σ10 «Ήταν όλο και πιο δύσκολο για να τρέχω να βρίσκω, κουράστηκα και τελικά αποφάσισα να κόψω». Υπήρξαν και δύο ακόμη, που θεώρησαν ως αρνητική ή και ουδέτερη επιρροή το πέρασμα των χρόνων, είτε για όσος περισσότερος καιρός περνούσε, όλο και αυξάνονταν οι απώλειες, όπως μας περιγράφει ο Σ8 «Με τα χρόνια χρήσης όλο και περισσότερο απομονωνόμουν και λιγότεροι άνθρωποι θα βρισκόντουσαν δίπλα μου», αλλά και γιατί ένιωθαν ακόμη τις αντοχές τους αρκετές ώστε να συνεχίσουν τη ζωή στη χρήση, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Σ11 «Ήθελα να γίνω μάνα, αλλά αυτό έχει ακόμα πορεία. Δεν έχω νιώσει ακόμα να κουράζομαι».

5.3.3 Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών, των κοινωνικών δεσμών και των κοινωνικών δικτύων κατά τη διάρκεια της ζωής

Όλοι οι συμμετέχοντες περιέγραψαν θετικές εμπειρίες με τις ουσίες κατά την έναρξη της χρήσης. Κάποιοι αναφέρουν καταστάσεις όπως μείωση της ψυχολογικής έντασης, απώλεια άγχους και φόβου καθώς και αύξηση της αυτοπεποίθησης τους. Όπως αναφέρει ο Σ8 «Με το χόρτο μου μείωνε την ένταση, στην αρχή έπινα ένα τσιγάρο, χανόμουν και καλά ήμουν στον κόσμο μου. Ο πρώτος ένας χρόνος κάθε ουσίας ήταν πολύ καλός ψυχολογικά, χωρίς αρνητικές συνέπειες, χωρίς ανοχή, είχα ένα πολύ ελαφρύ συναίσθημα, χωρίς άγχος, χωρίς φόβο χωρίς τέτοια. Με πρέζα και χάπια έφευγε εντελώς

αυτή η ένταση», ενώ η Σ7 λέει χαρακτηριστικά, ότι «Στην αρχή ένιωθα καλά, με ανέβαζαν, ένιωθα αυτοπεποίθηση, ότι δεν υπάρχει τίποτα που να με σταματά, ειδικά με την κόκα, ότι ήμουν άτρωτη. Με βοηθούσε στο να μην σκέφτομαι και να μην νιώθω». Ορισμένοι αναφέρουν, ότι γινόντουσαν πιο επικοινωνιακοί και λειτουργικοί, ενώ η Σ12 περιγράφει «Αυτό το συναίσθημα, που με καθήλωσε στο LSD, ήταν ότι ένιωθα αγάπη. Με έκανε να νιώθω, ότι αγαπώ τον κόσμο, ενώ το κόσμο τον μισούσα».

Με τη πάροδο του χρόνου, όπου η χρήση έγινε πιο συστηματική, η πλειοψηφία περιγράφει αρνητικές εμπειρίες με τις ουσίες. Κάποιοι μιλάνε για εξάρτηση στις ουσίες, κοινωνικό άγχος και κατάθλιψη ενώ άλλοι μιλάνε για απώλεια στιγμών της ζωής λόγω ενασχόλησης μόνο με τις ουσίες και αύξηση στη συχνότητα και την ποσότητα στις ουσίες. «Από ένα σημείο και μετά με έπιανε άγχος, όταν περνούσε η επίδραση. Όσο περνούσε ο καιρός, έβλεπα τι εξάρτηση προκαλούν. Αν δεν έπαιρνα ουσίες δεν μπορούσα να λειτουργήσω καθόλου. Τα στερητικά κρατούσαν πολύ και ήταν πολύ έντονο το ψυχολογικό. Υπήρχε μια απομόνωση, μου έβγαινε μια κοινωνική φοβία και ένα κοινωνικό άγχος» λέει ο Σ8, ενώ ο Σ9 αναφέρει ότι «Μετά έπινα πολύ και όλη μέρα και δεν έκανα τίποτα παρά μόνο αυτό. Όλες οι δραστηριότητες μου είναι γύρω από αυτό και καταλάβαινα, ότι κάτι δεν πάει καλά. Χάνεις πράγματα, ότι χάνεις στιγμές στη ζωή σου για να πίνεις».

Τα φιλικά δίκτυα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης, όπως φαίνεται από τις περιγραφές των ερωτηθέντων. Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν, ότι δοκίμασαν πρώτη φορά ουσίες μαζί με κάποιο φίλο. Η Σ11 λέει «Με τους φίλους που έκανα παρέα, σχεδόν κάθε μέρα και οι ουσίες ήταν αυτές που έπαιρναν οι φίλοι μου έπαιρνα και εγώ», ενώ ο Σ8 μιλάει και για την επιρροή του δικτύου χρηστών στην δοκιμή ουσιών αργότερα λέγοντας, «Ακούγαμε από πιο μεγάλους και καλά ότι πίνουν μαύρο και αποφασίσαμε και εμείς. Τα χάπια μου τα είχε δώσει ένα παιδί μεγαλύτερο μου, που αυτός θεωρούνταν από τους πιο αλήτες. Και πάλι την ίδια χρονιά μετά από μερικούς μήνες πρέζα με ένα μεγάλο τύπο γύρω στα 35-40 και άρχισε και αυτός πρέζα».

Η ηλικία επίσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας έναρξης της χρήσης. Ένα μεγάλο ποσοστό δήλωσε, ότι ξεκίνησε τη χρήση ουσιών στην εφηβεία. Ο Σ10 λέει «Στην χρήση ήμουν από τα 14», ενώ η Σ7 αναφέρει «Στα 15 άρχισα τη χρήση». Μόνο ένα μικρό ποσοστό ανέφερε, ότι έκανε πρώτη φορά χρήση στην ενηλικίωση. Ο Σ9 αναφέρει «Νομίζω στα 19 μου πρέπει να έκανα για πρώτη φορά».

Επιπρόσθετα αξιοσημείωτη είναι η αναφορά στο ρόλο, που έπαιξαν οι ουσίες στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή των συμμετεχόντων. Ένα μεγάλο ποσοστό δήλωσε, ότι οι ουσίες αποτελούσαν μέρος της κοινωνικής τους ζωής. Ο Σ8 περιγράφει *«Μόνο τα ναρκωτικά ήταν μέρος της κοινωνικής μου ζωής. Δηλαδή έπρεπε να πίνει κάποιος για να μου προκαλεί ενδιαφέρον. Δεν είχα καθόλου καθαρούς φίλους. Όλοι οι γνωστοί μου, οι φίλοι μου ήταν σε χρήση»*, ενώ ο Σ10 τονίζει *«Από τα 19 και μετά ήταν σίγουρα μέρος της κοινωνικής μου ζωής. Με τα ναρκωτικά είχα να κάνω όλη μέρα»*.

Σημαντικός ήταν και ο ρόλος των ουσιών στη προσωπική και οικογενειακή ζωή των ερωτηθέντων. Ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων αναφέρει συμπεριφορές χρήσης στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών από πατέρα ή μητέρα. Η Σ11 αναφέρει *«Στην Τρίτη δημοτικού έμαθα ότι ο πατέρας μου έπαιρνε ναρκωτικά. Η μαμά μου ερχόταν μεθυσμένη»*.

Αναφορικά με τις απόψεις τους για τα ναρκωτικά, ένα μικρό ποσοστό είχε αρνητική άποψη στο παρελθόν λόγω συγγενικών προσώπων σε χρήση ή λόγω ενημέρωσης από την οικογένεια. *«Αρνητικές ήτανε μέχρι τότε που ξεκίνησα. Πάντα είχα και άτομο στο συγγενικό μου περιβάλλον που ήταν και είναι χρήστης και έβλεπα, πως κυλάει και λίγο η ζωή του»* λέει ο Σ9. Όσον αφορά το παρόν, κάποιοι συμμετέχοντες πιστεύουν, ότι έχει να κάνει με την κατηγορία των ουσιών και διαχωρίζουν τη χρήση ινδικής κάνναβης από τα άλλα ναρκωτικά. Η Σ11 λέει χαρακτηριστικά *«Για μένα το να πίνω κανένα τσιγάρο δεν είναι κακό, όπως και για πολλούς επόπτες πλέον. Οι ίδιοι οι επόπτες πίνουνε και κάνουνε τακίμια με τα μέλη»*. Ο Σ8 μιλάει για τον ρόλο της κοινωνίας και της πολιτείας απέναντι στα ναρκωτικά, λέγοντας *«Πιστεύω ότι είμαστε σε μία κοινωνία που με αυτούς τους ρυθμούς είναι αναπόφευκτη. Τώρα στα βάζω όλα και αλκοόλ και καφέ και τσιγάρο και ναρκωτικά. Όσοι επιλέξουν το αλκοόλ ή τη νικοτίνη δεν θα μπούνε στην κοινωνική απομόνωση, που θα μπει κάποιος χρήστης παράνομων ουσιών. Θα έπρεπε να είμαστε σε μια κοινωνία, που όλα θα έπρεπε να είναι ελεύθερα. Η ποινικοποίηση φέρνει μόνο αρνητικά αποτελέσματα. Να υπάρχουν κατάλληλες δομές απεξάρτησης, ώστε να μπορεί να πάει κάποιος από μόνος του»*.

Αναφορικά με τις απόψεις τους για τα ενέσιμα ναρκωτικά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε αρνητικές απόψεις. Η Σ7 λέει χαρακτηριστικά *«Αρνητικές ήταν και αφού άρχισα να πίνω πάλι κατά ήμουν. Εγώ αν και έπινα ηρωίνη ποτέ δεν έκανα με*

σύριγγα» ενώ η Σ12 περιγράφει *«Στο δημοτικό πίστευα ότι ήτανε κάτι σκοτεινό κάτι που δεν ήθελα να πλησιάζω μου θύμιζε σκοτάδι μου θύμιζε το κακό»*. Από την άλλη μεριά, ο Σ8 περιέγραψε την θετική άποψη του λόγω έλλειψης ενημέρωσης λέγοντας, *«Είχα σταματήσει και το σχολείο μικρός δεν είχα ενημέρωση για τα ναρκωτικά, για τους κινδύνους, για την ένεση. Δεν είχα ποτέ φόβο. Ήξερα, ότι μπορεί να κολλήσεις και να πεθάνεις, αλλά δεν είχα αρνητική άποψη για τα ενέσιμα»*. Ένα μικρό ποσοστό συνέχισε να έχει την ίδια άποψη, ενώ αρκετοί δήλωσαν αλλαγή της άποψης τους μετά τη δοκιμή ενδοφλέβιας χρήσης. Ο Σ9 λέει *«Είχα αρνητική άποψη και στη πορεία μετά πάλι είχα αρνητική άποψη για τα σκληρά ναρκωτικά. Είναι ένα ναρκωτικό, που δεν το ελέγχεις εσύ. Σε ελέγχει!»*, ενώ η Σ12 αναφέρει για την αλλαγή της άποψης της *«Από εκεί, που ήταν κάτι σκοτεινό και άσχημο, έγινε ο παράδεισος και κάτι πολύ ευχάριστο. Οπότε νομίζω, εκεί έγινε το κλικ, όταν είδα, ότι είναι αποδεκτό από ανθρώπους, που είχα επιλέξει να κάνω παρέα»*. Ο Σ8 περιγράφει τη αλλαγή της άποψης του λόγω της ένταξης του σε θεραπευτικό πρόγραμμα λέγοντας, *«Άλλαξε στην πορεία, όταν ξεκίνησα το πρόγραμμα. Καθάρισε το κεφάλι μου και σκεφτόμουν πολλά που έκανα και θα μπορούσα να έχω κολλήσει»*.

Αρνητικά επηρέασε η χρήση τη συμμετοχή και την κοινωνική ζωή στη πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα αναφέρουν απουσία δραστηριοτήτων όσο ήταν σε χρήση ενώ ένα μικρό ποσοστό δήλωσε, ότι η χρήση ήταν πάντα μέρος των δραστηριοτήτων. Ο Σ10 αναφέρει *Μετά την χρήση σίγουρα τα παρατάς και ζητάς μόνο την χρήση»,* ενώ ο Σ9 λέει *«Στις δραστηριότητες, που έκανα, αν πήγαινα για μπάλα, θα έπινα. Στο διάλειμμα στο σινεμά θα έπινα. Στο γήπεδο θα έπινα. Στο πάρτι, επίσης, θα έπινα και πριν το πάρτι θα έπινα. Ήταν μέρος των δραστηριοτήτων μου. Κάποια στιγμή, που ξεκίνησα το muay thai, που μπορεί να έπινα το πρωί και το μεσημέρι να είχα προπόνηση. Εκεί καταλάβαινα ότι δεν μπορεί να συνδυαστεί αυτό»*.

Παράλληλα, αρνητική ήταν και η στάση των άλλων ως προς τους συμμετέχοντες λόγω της χρήσης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων περιέγραψε την απομάκρυνση του οικογενειακού, του συγγενικού, του γειτονικού περιβάλλοντος και των συντρόφων. Ο Σ10 περιγράφει, ότι *«Η σχέση με τους γύρω και με την οικογένεια ήταν απόμακρη, την επηρέασε αρνητικά σίγουρα η χρήση. Είσαι συνέχεια στο ψέμα, είσαι μαλωμένος, κοροϊδεύεις, κλέβεις την επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό»*, ενώ ο Σ8 λέει χαρακτηριστικά *«Ήταν καταστροφικές όλες οι σχέσεις. Δεν έμεινε τίποτα στο διάβα της χρήσης. Οι σχέσεις με την οικογένεια μου και οι ερωτικές ήταν καταστροφή. Οι πρώτες*

μου ξαδέρφες με είχαν δει και είχαν πει 'εμείς τον ξεγράφουμε', ότι δεν υπάρχει για μας. Κάποιοι φίλοι, που μείνανε στο μαύρο ή μετά κόψανε, όταν με είδαν, ότι ξέφευγα, καταστράφηκαν οι σχέσεις μας».

Από την άλλη μεριά, προστατευτική ήταν η δράση του οικογενειακού περιβάλλοντος σε ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων. Η Σ12 μιλάει για τη θετική σχέση με τη μητέρα της λέγοντας «Με την μητέρα μου νομίζω δεν την χάλασε μπορεί να μας έφερε και πιο κοντά», ενώ η Σ11 αναφέρει «Με προστάτευε ο πατέρας μου, όταν έπινα. Δηλαδή, πήγαινα στον μπαμπά μου, που δεν θα μου έκανε κακό».

Επιπρόσθετα αρνητικά επηρέασε η χρήση και την υγεία των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι ανέφεραν προβλήματα υγείας και σοβαρά ατυχήματα λόγω της χρήσης, όπως ηπατίτιδα, ψυχιατρικά προβλήματα και χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια. «Ήταν το ατύχημα που είχα σπάσει δόντια, είχα σπάσει γνάθο και πόδι. Για τα δόντια μετά έπρεπε να κάνω εμφυτεύματα και είχα προβλήματα και με το κόκκαλο. Έχω λιγότερες αντοχές, ίσως να κουράζομαι περισσότερο λόγω των καταχρήσεων» αναφέρει ο Σ8, ενώ η Σ11 λέει «Έπαθα την ηπατίτιδα και πολλά ψυχολογικά».

Όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες σήμερα, η πλειοψηφία δήλωσε ότι συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες ενώ κάποιοι από τους συμμετέχοντες σε κοινωνικές δραστηριότητες. Συγκεκριμένα τη γυμναστική, το περπάτημα και τη γιόγκα ή πνευματικές δραστηριότητες, όπως το διαλογισμό. Η Σ12 αναφέρει «Κάνω γιόγκα, όταν έχω όρεξη» και ο Σ10 λέει «Μετά την χρήση ασχολούμουν με γυμναστική και βρήκα τον εαυτό μου». Όσον αφορά τις κοινωνικές δραστηριότητες η Σ11 δήλωσε «... σε ότι έχει να κάνει πιο πολύ με τα παιδιά».

Όλοι οι ερωτηθέντες εκλαμβάνουν ως υποστηρικτικά δίκτυα τα μέλη της οικογένειάς τους. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν η μητέρα τους, οι σύζυγοί τους, τα παιδιά τους, οι γονείς και τα αδέρφια. Από εκείνους οι περισσότεροι γνωρίζουν για τη χρήση του οικογενειακού μέλους τους ενώ ένα μικρό ποσοστό αναφέρει άγνοια της οικογένειας. Συγκεκριμένα ο Σ8 περιγράφει «Η μάνα μου το ήξερε από τον πρώτο κιόλας χρόνο, που έκανα τη χρήση» και ο Σ10 λέει «Όλοι αυτοί, που αγαπούσα, το ξέρανε. Δηλαδή, γνωρίζουν η μητέρα μου και η τότε κοπέλα μου και νυν γυναίκα μου», ενώ ο Σ9 λέει «Οι γονείς μου δεν ξέρουν ούτε τώρα».

Παράλληλα έγινε ιδιαίτερη αναφορά στους φίλους, που διέκοψαν μέσω θεραπείας, σε συμφοιτητές και σε φίλες, που δημιουργήθηκαν μετά την απόκτηση

παιδιού ως προς τη δικτύωση. Συγκεκριμένα η Σ12 αναφέρει *«Είναι μία φίλη μου, η οποία δεν είναι από τον κύκλο του ΝΑ»*, ενώ ο Σ8 περιγράφει *«Σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή μου είναι οι φίλοι, που έχω από την πόλη μου και ήτανε στη χρήση. Είναι κάτι άλλοι φίλοι, που έκανα, όταν ήμουν καθαρός και άρχισα να δουλεύω. Οι φίλοι, που έχω κάνει εδώ στο T.E.I. με τις σπουδές μου, είναι σημαντικοί»*. Από τους ομότιμους ένα μικρό ποσοστό γνωρίζει για τη χρήση του οικείου τους. Ο Σ9 λέει *«Οι φίλοι ήξεραν, γιατί πίναμε παρέα»*.

Τέλος, κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν και άλλα σημαντικά πρόσωπα, τα οποία μπορούν να θεωρηθούν υποστηρικτικά δίκτυα. Αυτά είναι σύντροφοι, δίκτυα από τη θεραπεία και θρησκευτικά δίκτυα. Συγκεκριμένα, η Σ7 αναφέρει *«Η ψυχοθεραπεύτρια μου, κάνω ψυχοθεραπεία ιδιωτική. Είναι κάποια παιδιά από την ομάδα. Με έχουν βοηθήσει πάρα πολύ. Και ο πνευματικός μου. Γενικά πηγαίνω σε πνευματικό και εξομολογούμαι, με βοηθάει πάρα πολύ»*, ενώ η Σ12 λέει *«Είναι η σχέση μου, η εκάστοτε σχέση μου, η οποία γίνεται ο σημαντικότερος άλλος στην ζωή μου»*.

5.3.4 Ουσίες εξάρτησης, μοτίβο χρήσης και παράγοντες αλλαγής του μοτίβου

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αναφέρει την ινδική κάνναβη ως πρώτη ουσία εξάρτησης. Συγκεκριμένα, η Σ11 λέει *«Το χασίς ήταν»*, ενώ ο Σ8 περιγράφει *«Η αρχική ουσία, που μ' έβαλε στη πορεία με τα ναρκωτικά, ήταν η κάνναβη»*. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν προχωρήσει στη δοκιμή άλλων ουσιών κατά τη πορεία της χρήσης τους. Η μειοψηφία παρέμεινε στη αρχική ουσία εξάρτησης, την ινδική κάνναβη. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι αναφέρουν αλλαγή σε ουσίες, όπως κοκαΐνη, LSD, χάπια και ηρωίνη. Η Σ12 περιγράφει την πορεία της στη χρήση λέγοντας *«Μετά λόγω των rave party έκανα ανεβαστικά, όπως χtc, lsd και κοκαΐνη και μετά ηρωίνη»*, ενώ ο Σ8 περιγράφει την αναζήτηση νέων ουσιών λέγοντας *«Μετά πήγα στα χάπια στη πρέζα και ό,τι άλλο σε ηρεμούσε, σιρόπια και μορφίνη. Δοκίμασα και κοκαΐνη, lsd, έκσταση. Όταν περνούσε η επίδραση των ηρεμιστικών, άρχισα να ανακαλύπτω και νέες ουσίες, που υπήρχαν και στα νοσοκομεία. Έπειτα, μπήκα στο πρόγραμμα και έπαιρνα το υποκατάστατο»*.

Αναφορικά με το μοτίβο χρήσης, ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων έμεινε σταθερό στις ουσίες. Η Σ11 περιγράφει *«Το μοτίβο ήταν σταθερό σε χασίς και πρέζα. Ήταν το μοτίβο του πατέρα μου, που μου είχε μάθει, ότι ήταν πιο ασφαλές»*, ενώ ο Σ9 λέει *«Ήμουν σταθερός στο χόρτο»*.

Από τα λεγόμενα τους αναδεικνύονται οι ανάγκες που καλύπτει η ουσία. Οι περισσότεροι αναφέρουν καταστάσεις χαλάρωσης, διαύγειας και μείωσης της ψυχολογικής έντασης. Η Σ12 αναφέρει «*Αρχικά όταν εγώ ξεκίνησα να πίνω ηρωίνη, το έκανα, για να ηρεμήσω από τα ανεβαστικά (ενν. ναρκωτικά) μετά από τα πάρτι. Δεν ήξερα, ότι πίνω ηρωίνη*», ενώ ο Σ8 εξηγεί «*Ήθελα να μειώσω την ένταση ήμουν τότε στα ναρκωτικά, που σε ηρεμούνε*». Ο Σ9 μιλάει για την επιλογή της ινδικής κάνναβης λέγοντας, «*Ότι ήταν πιο ελαφρύ ναρκωτικό και η μαστούρα που δίνει*».

Αλλαγές παρατηρούνται στους περισσότερους συμμετέχοντες που αφορούν τη μέθοδο λήψης, την αύξηση και τη μείωση της χρήσης. Η Σ11 μιλάει για την ενδοφλέβια χρήση λέγοντας, «*Μετά για λόγους οικονομίας άρχισα και την βελόνα*», ενώ ο Σ8 αναφέρει «*Παίρναμε τα έμπλαστρα, που παίρναν οι καρκινοπαθείς, και τα βράζαμε, για να τα κάνουμε ενέσεις. Εγώ από την πρώτη φορά, που δοκίμασα ηρωίνη, την έκανα ένεση. Είχα νιώσει αυτή την ευφορία και οι άλλοι τρόποι δεν μου έλεγαν*». Όσον αφορά την αλλαγή στη ποσότητα, ο Σ9 αναφέρει «*Αλλαγή στη ποσότητα, με τη πορεία αυτή αυξήθηκε αυτό, για να φτάσω στο επίπεδο της μαστούρας. Απλά έπρεπε να αυξήσω*».

Αναφορικά με τους λόγους αλλαγής στα μοτίβα χρήσης, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην ανοχή από τις ουσίες, στον οικονομικό παράγοντα, στην εργασία. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιέγραψαν αύξηση της χρήσης ουσιών λόγω ανοχής. Συγκεκριμένα, η Σ7 λέει «*Χρειαζόμουν κι άλλο, όλο και πιο πολύ, διάλεγα το επόμενο*», ενώ ο Σ9 εξηγεί «*Μετά για να την ακούσεις, όπως την άκουσες την πρώτη φορά, θέλεις δύο τσιγάρα, μετά θέλεις τρία τσιγάρα...*».

Επιπλέον, λίγοι ανέφεραν τον οικονομικό παράγοντα ως επιρροή στη μείωση ή την αύξηση της χρήσης. «*Μείωνα, γιατί δεν είχα λεφτά και η κόκα είναι ακριβή*» περιγράφει η Σ7, ενώ ο Σ8 λέει «*Το οικονομικό ήταν, που άλλαζε και το μοτίβο της χρήσης. Όταν είχα παραπάνω λεφτά, θα έπαιρνα και άλλα ναρκωτικά*».

Σε ένα μικρό ποσοστό λειτούργησε θετικά και η ύπαρξη εργασίας στη μείωση της χρήσης. Αντίθετα η απουσία εργασίας λειτούργησε επιβαρυντικά στην αύξησή της. Αναλυτικότερα, ο Σ9 περιγράφει «*Στην περίπτωση που θα δούλευα, μπορεί να έπινα στις 5. Αν δεν δούλευα και δεν είχα άλλα πράγματα να κάνω, θα έπινα όλη μέρα*», ενώ ο Σ11 αναφέρει «*Είτε για την δουλειά, είτε για οτιδήποτε θα μπορούσε να με βοηθήσει σε κάτι*».

Ακόμη, ένας παράγοντας αλλαγής μοτίβου στη χρήση ως προς τη ποσότητα ήταν και ο εαυτό τους. *«Αύξανα τα πρώτα χρόνια, γιατί δεν είχα μέτρο»* λέει η Σ12, ενώ ο Σ9 αναφέρει για τη μείωση της χρήσης *«Μείωσα τη χρήση, γιατί άρχισα να βλέπω στον εαυτό μου να ξεφεύγει πάρα πολύ. Στις σχέσεις δεν ήμουν αυτός, που θα έπρεπε να είμαι»*.

Αξιοσημείωτος είναι και ο ρόλος των ομότιμων στις αλλαγές του μοτίβου. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν μεταβολές στη μέθοδο λήψης και στην επιλογή των συγκεκριμένων ουσιών λόγω των ομότιμων. Ο Σ10 παραθέτει *«Τις μεθόδους τις έμαθα από τους φίλους μου και άλλαζαν κατά καιρούς ανάλογα με ποιον ήμουν, που ήμουν»*, ενώ ο Σ9 λέει για την επιλογή της ινδικής κάνναβης *«Ήταν αυτό, που πίνανε οι φίλοι μου»*. Επίσης, σημαντικό ρόλο έπαιξαν οι ομότιμοι σε ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων ως προς τη μείωση και την αύξηση των ουσιών. Ο Σ8 αναφέρει *«Δεύτερος λόγος αύξησης ήταν, αν είχες παραπάνω άκρες»*, ενώ η Σ11 επισημαίνει *«Είχε να κάνει με ποιους είχα γύρω μου. Αν είχα μία σχέση με έναν άνθρωπο, που δεν έπινε, δεν έπινα και εγώ»*.

Επιπρόσθετα, αναφέρθηκαν και σε τυπικές και μη τυπικές συμπεριφορές χρήσης. Ένα μεγάλο ποσοστό περιέγραψε τυπικές συμπεριφορές χρήσης, που είχαν σχέση με τις ουσίες και τον τρόπο χρήσης τους. Συγκεκριμένα, η Σ7 περιγράφει *«Έπινα ηρωίνη, την έκανα από τη μύτη ή καπνιστή»*, ενώ ο Σ10 λέει *«Χρησιμοποιούσα όλους τους τρόπους χρήσης, στην αρχή με σνιφάρισμα, γιατί φοβόμουν τις ενέσεις»*. Ένα μικρό ποσοστό ανέφερε τυπικές συμπεριφορές χρήσης, που συνδέονταν με τα δίκτυα ομότιμων. Ο Σ9 περιγράφει *«Μπορεί να σηκωνόμουν το πρωί, να μίλαγα με έναν φίλο μου, να μου έλεγε 'έλα πάμε να αράξουμε κάπου να πιούμε'. Πιο μετά θα πήγαινα μετά στον ξάδερφο μου, που έχει σπίτι, να αράξουμε, να πιούμε, μετά μπορεί να μίλαγα με άλλους φίλους μου, για να αράξουμε παρέα το βράδυ»*. Ορισμένοι ανέφεραν μη τυπικές συμπεριφορές χρήσης, που είχαν σχέση με τις ουσίες. *«Μια μη συνηθισμένη είναι να πάρω παραισθησιογόνα, μια φορά πήραμανιτάρια»* αναφέρει ο Σ8, ενώ η Σ12 λέει *«Έκανα αντικατάσταση, θα έπαιρνα ένα lexotanil»*.

Τέλος, αλλαγές υπήρχαν και στο χώρο, που έγινε η χρήση κατά τη πρώτη και τη τελευταία φορά. Ένα μεγάλο ποσοστό ανέφερε, ότι η πρώτη φορά χρήσης έγινε σε εξωτερικό χώρο με φίλους. *«Ήμασταν στο Express (ενν. bar) και κάναμε τα πρώτα μας τσιγάρα»* περιγράφει η Σ11, ενώ ο Σ8 αναφέρει *«Είχαμε πάει κάπου στην εξοχή και*

κάναμε χρήση». Ένα μικρό ποσοστό ανέφερε, ότι η τελευταία φορά ήταν σε σπίτι και μοναχικά ή με το σύντροφο. «Με τον πρώην στο σπίτι» λέει η Σ7 και ο Σ8 αναφέρει «Μετά τα έκανα σπίτι μόνος».

5.3.5 Σημαντικά σημεία στη διακοπή στη χρήση, στην υποτροπή και στη θεραπεία

Διάφορα ήταν τα αίτια, που οδήγησαν τους συμμετέχοντες στην οριστική διακοπή της χρήσης ουσιών. Ένα μεγάλο μέρος του δείγματος μας, είπε ότι η ενεργοποίηση της δύναμης της θέλησης τους οδήγησε στην διακοπή της χρήσης. Χαρακτηριστικά αναφέρει η Σ7 «Έγινε το κλικ, πρέπει να το πάρεις απόφαση και να θες να κόψεις. Είχα πει δεν πάει άλλο», ενώ η Σ12 προσθέτει «Είπα στον εαυτό μου θα κάτσεις (ενν. στο πρόγραμμα NA) μέχρι να γυρίσεις πίσω στα 4 να πέσεις και να μην μπορείς να σηκωθείς από την χρήση», ενώ στην ισχυροποίηση της θέλησης τους συνέβαλε η συσσώρευση προβλημάτων και η πάροδος του χρόνου. Η αύξηση της ανοχής και η μη πρόκληση των θετικών αποτελεσμάτων της χρήσης και το κόστος που προκαλούσε η χρήση αναφέρθηκαν ως λόγος από ένα εξίσου μεγάλο δείγμα. Η Σ12 τονίζει «Ήξερα, ότι δεν μου δίνει αυτό, που θέλω (ενν. η χρήση), δεν μου σβήνει τα συναισθήματα, δεν μου σβήνει την πραγματικότητα», ενώ ο Σ8 προσθέτει χαρακτηριστικά «Είναι τόσα πολλά τα αρνητικά της χρήσης, που δεν σου παίρνει καν τα αρνητικά». Οι σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους, είτε αυτοί είναι η οικογένεια, είτε οι ερωτικές σχέσεις, αποτέλεσαν ισχυρό κίνητρο διακοπής. Ο Σ10 περιγράφει «Κάποιες φορές, που προσπαθούσα μόνος μου να κόψω γιατί είχα άτομα δίπλα της οικογένειας μου, που με αγαπούσαν», ενώ ο Σ8 λέει χαρακτηριστικά «με αυτή την κοπέλα, που προσπαθούσε, να με κάνει να κόψω». Δύο συμμετέχοντες ανέφεραν την συμμετοχή τους σε κάποια θεραπεία απεξάρτησης ως αίτιο διακοπής. Η Σ12 θυμάται «Ότι χωρίς να υπάρχει ένα κλειστό πρόγραμμα, που κάποια και από αυτά λειτουργούν παράνομα, που να σου δείχνουν τι κάνουν τα 12 βήματα, εγώ δεν θα το μάθαινα ποτέ από τα δωμάτια». Τέλος, ως παράγοντες ώθησης προς την θετική αλλαγή αναφέρθηκαν η ύπαρξη καινούργιων στόχων, τα νομικά προβλήματα και η ενασχόληση με θετικές δραστηριότητες.

Το σύνολο των συμμετεχόντων ανέφεραν μόνο θετικές αλλαγές στην ζωή τους μετά την απεξάρτησης τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων περιέγραψαν καλύτερευση στην ψυχολογία τους κάτι, που μεταφράζεται σε μεγαλύτερη ηρεμία, σταθερότητα, καλύτερη αίσθηση εμπειριών και βελτίωση της αυτοεικόνας. Ο Σ9

θυμάται «Γενικά και το μυαλό μου ηρέμησε και εγώ ηρέμησα σαν άνθρωπος. Ψυχολογικά πολύ καλύτερα αυτό», ενώ ο Σ8 προσθέτει «Το πιο σημαντικό δεν είναι, πως άλλαξε η ζωή μου μετά τη χρήση. Άλλαξε η εικόνα για τον εαυτό μου, το ποιος είμαι και τι πιστεύω για εμένα και τι μπορώ να κάνω. Αυτό μετά κάνει να αλλάζει τη ζωή σου». Βελτίωση υπήρξε και στο κομμάτι της εκπαίδευσης. Τρεις συνεντευξιαζόμενοι επαναπροσδιόρισαν τους εκπαιδευτικούς τους στόχους δίνοντας πανελλήνιες κάτι, που είχε θετική επίδραση στην ζωή τους. Ο Σ9 λέει «Καμία σχέση (ενν. η ζωή του μετά την διακοπή της χρήσης). Συνέβαλε και το ότι είχα πλέον και ένα στόχο». Ακόμα η αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων με την κοινωνία άλλαξε προς το καλύτερο, αφού οι ανεξαρτημένοι άρχισαν να δημιουργούν καινούργιες σχέσεις, που δεν είχαν σχέση με τις ουσίες, ανταποκρίνονταν καλύτερα στις ήδη υπάρχουσες, αποκατέστησαν την ζημιά, που προκάλεσε η χρήση ενώ άρχισαν να αποκτούν και μία αίσθηση κοινωνικής ταυτότητας. Ο Σ9 περιγράφει «Ανταποκρινόμουν καλύτερα στις σχέσεις, επανάκτησα κάποιες σχέσεις, που της είχα απωλέσει με τη χρήση», ενώ η Σ12 προσθέτει «100% (ενν. άλλαξε θετικά)! Δηλαδή, έχω αυτό που λέγαμε πριν μία κοινωνική ταυτότητα». Τέλος δύο συμμετέχοντες ανέφεραν θετική αλλαγή στο εργασιακό κομμάτι, ενώ ένας προχώρησε στην δημιουργία οικογένειας.

Ως αίτιο υποτροπής από δύο συμμετέχοντες αναφέρεται η μη δέσμευση στην θεραπεία και η διακοπή της. Η Σ12 θυμάται «Αυτό το προκάλεσα φυσικά μόνη μου, όταν πρώτο μπήκα (ενν. στο πρόγραμμα ΝΑ), στην πρώτη δυσκολία πήγα να πιώ». Η υποτροπή προκάλεσε αρνητικές επιπτώσεις σε δύο συμμετέχοντες είτε στερώντας την πρόσβαση τους στην θεραπεία, είτε προκαλώντας συναισθήματα απογοήτευσης στους ίδιους και στο κοντινό τους περιβάλλον, ενώ μία συμμετέχουσα δεν αναφέρει κάποια αλλαγή.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχουν εμπειρία από διάφορα προγράμματα ανεξάρτησης και κατάφεραν να ανεξαρτηθούν ολοκληρώνοντας κάποιο από αυτά, ενώ ένας συμμετέχων μπόρεσε να σταματήσει την χρήση χωρίς την βοήθεια κάποιας θεραπευτικής δομής. Σχετικά με το ψυχοκοινωνικό μοντέλο (ΚΕ.Θ.Ε.Α. - ΑΡΓΩ), τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν, ότι έχουν συμμετάσχει σε κάποια από τις δομές του, χωρίς όμως να καταφέρουν να ολοκληρώσουν την θεραπεία. Ο Σ8 θυμάται «Ήταν κυρίως με στεγνά προγράμματα, είχα πάει και στην ΙΘΑΚΗ, δεν είχα περάσει στις ομάδες εισαγωγής να μπω στην κοινότητα, γιατί δεν μπορούσα να αντέξω τα στερητικά». Τρεις συμμετέχοντες τόνισαν την έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών του ψυχοκοινωνικού

μοντέλου, κυρίως όσο αφορά την αντιμετώπιση των στερητικών. Η Σ12 χαρακτηριστικά περιγράφει *«Είχα προσπαθήσει στην ΑΡΓΩ. Μου είπαν 'έλα εδώ σε μία βδομάδα χωρίς να έχεις πάρει τίποτα'... Αν μπορούσα να το κάνω αυτό, δεν θα σου ζητούσα βοήθεια!»*. Η Σ11, που έχει την μεγαλύτερη εμπειρία από το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, αφού διέκοψε στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας, αναφέρει παρατυπίες από πλευράς εργαζομένων κάνοντας λόγο για χρήση ουσιών από θεραπευτές, για συγκάλυψη τους από τους συναδέλφους τους, ενώ κάνει νύξη και για το σκάνδαλο του «ΠΡΟΜΗΘΕΑ» με τις αμφισβητήσιμες αποφυλακίσεις. Τονίζει *«Επόπτης, που ήταν πρώην χρήστης, πήγαιναν στα γύφτικα (ενν. γκέτο) και ψώνιζαν με τα λεφτά της κοινότητας και των μελών της κοινότητας πρέζα»* και προσθέτει σχετικά με τους συναδέλφους του *«Κάποιοι δεν θα μίλησαν για αυτόν τον λόγο, για να μην χάσει την δουλειά του»*. Επίσης η Σ11 κάνει λόγο για ευσυνείδητους εργαζόμενους, που αναγκάστηκαν να παραιτηθούν ενώ υποστηρίζει την άποψη, πως οι δομές απεξάρτησης θα πρέπει να απαρτίζονται από εθελοντές. Τέλος, ένας συμμετέχων τονίζει την ανάγκη ενός συνθετικού μοντέλου στην απεξάρτηση, καθώς τα υπάρχοντα μοντέλα λόγω της μονομερούς αντίληψης τους υπολείπονται.

Δύο συμμετέχοντες κατάφεραν να απεξαρτηθούν μεσώ των «Ανώνυμων Ναρκομανών», ενώ ένας συμμετέχων συμμετείχε για μικρό χρονικό διάστημα σε μία δομή των Ν.Α., χωρίς να ολοκληρώσει την θεραπεία. Δύο συμμετέχοντες κάνουν λόγο για οικονομικά συμφέροντα στις κλειστές δομές των Ν.Α., οι οποίες είναι επί πληρωμή ενώ μία συμμετέχουσα αναφέρει, ότι η οικογένεια της αναγκάστηκε να πάρει δάνειο, για να πληρώσει την θεραπεία της. *«Κοίτα πριν τους Ν.Α. είχα πιάσει και σε κλειστά προγράμματα (ενν. προγράμματα επί πληρωμής που βασίζονται στη θεωρία των ΝΑ), αλλά δεν μου άρεσε, ήθελαν μόνο τα λεφτά και έφυγα»*. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες τονίζουν, ότι αρχικά υπήρχε μη δέσμευση και αντίσταση στην θεραπεία κάτι, που προκαλούσε και την διακοπή της. Η Σ7 περιγράφει *«Στη αρχή όταν πήγα στο πρόγραμμα δεν έδινα πολύ σημασία και δεν ακολουθούσα αυτά, που μου έλεγαν»*. Οι δύο συμμετέχοντες, που ολοκλήρωσαν την θεραπεία των Ν.Α., αναφέρουν, ότι ανέπτυξαν ισχυρούς δεσμούς με τα μέλη κάτι, που προκαλεί αισθήματα ασφάλειας. Η Σ7 τονίζει *«Το πρόγραμμα τώρα μου αρέσει πολύ (ενν. τους Ν.Α.), με βοήθησε πάρα πολύ, γιατί έχω ανθρώπους, που τους νιώθω κοντά μου. Αυτό είναι δημόσιο και παγκόσμιο»*, ενώ η Σ12 περιγράφει την ενεργό συμμετοχή της στις ομάδες αυτοβοήθειας των Ν.Α. *«Είμαι διατεθειμένη να βάλω έναν άνθρωπο στην ιδεολογία των Α.Ν. Να καταλάβει, ότι*

μπορεί και ο ίδιος να είναι εθισμένος σε κάτι, όχι απαραίτητα στα ναρκωτικά, αλλά σε εθιστικές συμπεριφορές». Εκτενή αναφορά γίνεται από την Σ12 στα αρνητικά συναισθήματα ένιωσε κατά το αρχικό στάδιο της θεραπείας. Ο φόβος, η ντροπή, η ενοχή ήρθαν στην επιφάνεια, το μοίρασμα των συναισθημάτων και των σκέψεων στις ομάδες κατέλυε τις ψυχικές άμυνες και η ανάγκη για υποστηρικτικές σχέσεις έγινε πιο φανερή. Θυμάται «Ξυπνήσανε συναισθήματα ντροπής, συναισθήματα ενοχής, ένιωθα απίστευτη ενοχή απέναντι στην μαμά μου», ενώ προσθέτει «Πολλές φορές μέσα στις ομάδες στους ΑΝ, όταν μοιραζόμουν πράγματα ένιωθα εντελώς απογυμνωμένη». Τέλος, οι δύο συμμετέχοντες ασκούν κριτική, όσο αφορά την ακαμψία της θεωρίας των Ν.Α. και την μη τήρηση της εχεμύθειας.

Δύο συμμετέχοντες απεξαρτήθηκαν με την βοήθεια του βιο-ιατρικού μοντέλου (Ο.ΚΑ.ΝΑ.). Οι δύο εξέφρασαν θετική άποψη για την θεραπεία του υποκατάστατου. Όπως τονίζει ο Σ10 «Εγώ πιστεύω, ότι η θεραπεία, που έκανα (ενν. στον Ο.ΚΑ.ΝΑ.), είναι η καλύτερη», ενώ ο ένας συμμετέχων αναφέρεται στην ελλιπή ψυχοκοινωνική στήριξη εστιάζοντας στο κομμάτι της ψυχοθεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης. Ο Σ8 θυμάται «Πήγαινα ιδιωτικά (ενν. για ψυχοθεραπεία), γιατί αλλιώς πιστεύω δεν θα μπορούσα να το σταματήσω. (ενν. το υποκατάστατο)».

Όσο αφορά το μοντέλο, που θα επέλεγαν για θεραπεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν, την μεγάλη σημασία της εξατομικευμένης θεραπείας, αφού κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και έχει τα δικά της μοναδικά χαρακτηριστικά. Ο Σ9 τονίζει «Ανάλογα και με την περίπτωση κιάλας θα πρότεινα και κάτι διαφορετικό», ενώ ο Σ8 προσθέτει «Έχω κάποιους φίλους, που έχουν τελειώσει το Ν.Α. και έχουν κάνει φοβερές αλλαγές στη ζωή τους. Εγώ δεν θα μπορούσα, πιστεύω ο καθένας είναι μοναδική περίπτωση». Δύο συμμετέχοντες επέλεξαν το μοντέλο των Ν.Α., ενώ ένας τονίζει ως θετικά του στοιχεία την συνεχιζόμενη υποστήριξη, που προσφέρει καθώς και την δυνατότητα δημιουργίας κοινωνικών δικτύων. Η Σ12 περιγράφει «Αυτό με ταίριαζε. Είναι από τα καλύτερα προγράμματα οι Α.Ν. Σε κρατάνε καθαρό και σε βοηθάνε να γίνεις άλλος άνθρωπος». Αμφίσημες είναι οι απόψεις για το ΚΕ.Θ.Ε.Α., καθώς μία συμμετέχουσα δηλώνει, ότι δεν θα μπορούσε να απεξαρτηθεί μέσω αυτού, αν και αναγνωρίζει την βοήθεια, που παρέχει στο κομμάτι της κοινωνικής επανένταξης και στο δικαστικό. Μία συμμετέχουσα εκφράζει την θετική της άποψη για την φιλοσοφία της κοινότητας, ίσως όμως με την συμμετοχή εθελοντών ως θεραπευτικό προσωπικό. Τέλος, ένας συμμετέχων επιλέγει το μοντέλο του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

5.3.6 Δομικά και πολιτικά αίτια

Σχετικά με την επιρροή των κοινωνικοπολιτικών αλλαγών και της οικονομικής κρίσης στην ζωή τους ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων απάντησαν, ότι κατά την διάρκεια της χρήσης δεν τους επηρέασε καθόλου. Τρεις συνεντευξιαζόμενοι απάντησαν, ότι ποτέ δεν τους απασχολούσε τι συμβαίνει σε αυτό το επίπεδο, αφού το μόνο ενδιαφέρον τους ήταν η χρήση. Ο Σ10 θυμάται *«Δεν την επηρέαζε καθόλου την χρήση, γιατί δεν με ένοιαζε τι συμβαίνει στον κόσμο. Κοιτούσα μόνο να βρω να πιώ»*. Ένας συμμετέχων είπε, ότι ο τρόπος χρήσης και το είδος της ουσίας καθόρισαν την μη επιρροή του μακρό επιπέδου στην ζωή του. Ο Σ9 περιγράφει *«Ότι δεν θα έπινα μόνος μου και τέτοια, οπότε πολύ μεγάλο μέρος της χρήσης μου το πέρασα συνδυαστικά μαζί με άλλους, βάζοντας ο καθένας λίγα λεφτά εγώ, λίγα λεφτά εσύ»*. Ακόμα τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντική επιρροή της οικονομικής κρίσης στην προσπάθεια ανεξάρτησης τους με κοινό σημείο το εργασιακό κομμάτι. Η απώλεια εργασίας αποτέλεσε κίνδυνο υποτροπής, ενώ η απουσία οράματος προκαλεί αισθήματα αδικίας. Η Σ12 αναφέρει *«Ένιωσα (ενν. αδικημένη), ότι θα ήθελα να είναι καλύτερα τα πράγματα θα ήθελα να μπορώ τουλάχιστον να έχω ένα όραμα. Εγώ δεν έχω»* Αντίθετα τρεις συμμετέχοντες δήλωσαν, ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε την προσπάθεια ανεξάρτησης τους λόγω, είτε ύπαρξης ισχυρού κοινωνικού κεφαλαίου δεσμού, είτε λόγω της προσήλωσης στον στόχο της ανεξάρτησης.

Όσον αφορά την συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας και τα τυχόν εμπόδια, που έβαζε αυτή στην προσπάθεια να μείνουν καθαροί, δύο συμμετέχοντες ανέφεραν, ότι οι ελλιπής παροχή υπηρεσιών ανεξάρτησης τους επηρέασε αρνητικά. Υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών και άνιση γεωγραφική τους κατανομή. Ο Σ8 θυμάται *«Πάρα πολύ με επηρέασε, γιατί πριν την κρίση υπήρχε πλάνο να έχει Ο.ΚΑ.ΝΑ. και η Κοζάνη και το ακύρωσαν και αναγκάστηκα να πηγαίνω Κατερίνη»*. Από την άλλη δύο συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν, ότι δεν υπήρξε κάποια επιρροή. Αυτό οφείλεται στην μία περίπτωση στην αυτο-οργάνωση των Ν.Α., που τους παρέχει αυτονομία από κρατικούς πόρους και στην έντονη προσήλωση στον στόχο στην άλλη. Η Σ7 περιγράφει *«Δεν είχε προσωπικό στους Ν.Α., είμασταν τα παιδιά από την ομάδα μόνο και μεταξύ μας κάναμε ότι κάναμε, οπότε δεν μπορώ να πω, ότι δυσκολεύτηκα κάπου»*.

Σχετικά με την αποποινικοποίηση των ουσιών το δείγμα εμφανίστηκε διχασμένο. Τρεις συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στις αρνητικές συνέπειες της ποινικοποίησης. Ο φόβος της σύλληψης, η ενδεχόμενη φυλάκιση και η

περιθωριοποίηση είναι οι κυριότερες. Ο Σ8 θυμάται *«Πάρα πολύ με επηρέασε. Μα η ποινικοποίηση καταρχάς σε απομονώνει, σε κάνει παραβατικό, μόνο και μόνο επειδή κάνεις κάτι παράνομο και έχεις το φόβο μην σε πιάσουν σε επηρεάζει ψυχολογικά»*. Από την άλλη τρεις συμμετέχουσες εστίασαν την προσοχή τους στις αρνητικές επιπτώσεις μίας ενδεχόμενης αποποινικοποίησης θεωρώντας, ότι αυτή θα προκαλέσει αύξηση της χρήσης και των θανάτων, ενώ θα είναι και αντικίνητρο για θεραπεία. Η Σ11 τονίζει *«Αυτοί που πίνουν, θα πιούν μέχρι θανάτου. Όσο υπάρχει ζήτηση, υπάρχει και προσφορά. Τώρα αν το ελευθερώσεις, νομίζω θα γίνει και παραπάνω»*. Επιπλέον δύο συνεντευξιαζόμενοι σχολίασαν και την αντίφαση, που υπάρχει με την νομοθεσία σχετικά με το αλκοόλ. Ο Σ9 αναφέρει *«Θεωρώ το ότι πέρα ότι είναι λίγο αστείο το ότι μπορείς να αγοράσεις αλκοόλ από το περίπτερο, αλλά άμα σε πιάσουν με ένα τσιγάρο χόρτο, πας δικαστήριο»*. Τέλος, στις προτάσεις τους περιλαμβάνονται η ρύθμιση της νομοθεσίας με βάση την επικινδυνότητα της ουσίας, η ανάγκη για δημιουργία χώρων εποπτευόμενης χρήσης, η παροχή υπηρεσιών με σεβασμό προς την χρήστη και η ύπαρξη κράτους δικαίου που θα τιμωρεί τους μεγαλέμπορους ναρκωτικών.

Στο θέμα της ισότιμης συμμετοχής τους στην κοινωνία η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε, πως νιώθουν ισότιμα μέλη. Ο Σ10 αναφέρει *«Μετά από δέκα χρόνια αποχής από την χρήση, νιώθω ισότιμο μέλος της κοινωνίας 100% και έχω επανενταχθεί στην κοινωνία»*, ενώ ο Σ9 προσθέτει *«Όλοι ισότιμα μέλη είναι σε αυτή την κοινωνία, είτε είναι πρόσφυγες, είτε είναι χρήστες, οπότε και ένιωθα και νιώθω. Δεν το επηρέασε η χρήση αυτό»*. Η Σ12 εξαρτά την αίσθηση ισοτιμίας από το κοινωνικό της περίγυρο. Λέει η ίδια *«Εξαρτάται με ποιους ανθρώπους κάνω παρέα, όταν συναναστρέφομαι με ανθρώπους, που είναι ανοιχτόμυαλοι ναι νιώθω»*, ενώ η Σ11 αναφέρει, ότι η απουσία κάποιας επαγγελματικής ειδικότητας την επηρεάζει αρνητικά σε αυτό το κομμάτι.

5.4 Τελική συζήτηση

Η παρούσα μελέτη συγκρίνει τα αποθέματα κοινωνικού κεφαλαίου μεταξύ δύο κατηγοριακών κοινοτήτων, των ανεξαρτημένων και των εξαρτημένων από παράνομες ουσίες. Το εύρος της ηλικίας τους κυμαίνεται από 25 έως 50 ετών. Σύμφωνα με την ερευνητική υπόθεση, τα ανεξαρτημένα άτομα εμφανίζουν διαφορετικά αποθέματα και τύπους κοινωνικού κεφαλαίου από ότι οι χρήστες ουσιών και αυτό διαφοροποιείται από την ουσία και την διάρκεια της χρήσης (Boeri et al., 2016).

Ακολούθως, προέκυψαν τα παρακάτω ευρήματα: α) οι απεξαρτημένοι παρουσιάζεται να έχουν Θετικό Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού (π.χ. υποστήριξη από την οικογένεια στη θεραπεία, φιλικά δίκτυα που απέχουν από ουσίες, δίκτυα προερχόμενα από τη θεραπεία και τη θρησκεία), ενώ οι εξαρτημένοι φαίνεται να έχουν χαμηλότερα αποθέματα (π.χ. δεν έχουν παρακινηθεί για θεραπεία) ή ακόμα και Αρνητικό Κεφάλαιο Δεσμού (π.χ. δίκτυα που σχετίζονται με τις ουσίες), β) παρατηρήθηκε η εξής σημαντική διαφορά, οι απεξαρτημένοι να κατέχουν Επίσημο Κοινωνικό Κεφάλαιο μέσω της συμμετοχής στη θεραπεία και στη εκπαιδευτική κατάρτιση και Ανεπίσημο Κοινωνικό Κεφάλαιο μέσω της αίσθησης αποδοχής και ένταξής τους στη κοινωνία.

Αναλυτικότερα ως προς τις επιρροές, οι συμμετέχοντες των δύο κατηγοριακών κοινοτήτων επηρεάστηκαν κατά κύριο λόγο από την οικογένειά τους. Τόσο οι εξαρτημένοι, όσο και οι απεξαρτημένοι έχουν έρθει αντιμέτωποι με οικογενειακές προκλήσεις, που τους επηρέασαν αρνητικά ως προς την εξάρτηση και την ζωή τους εν γένει. Αναφέρθηκαν από κοινού σε θανάτους οικείων προσώπων, κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, περιστατικά βίας ή παραμέλησης, και δυσλειτουργικά επικοινωνιακά σχήματα εντός του οικογενειακού συστήματος. Τα προηγούμενα είναι ευρέως γνωστό, ότι ευνοούν τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Όταν το οικογενειακό πλαίσιο λειτουργεί επιβαρυντικά, η γονεϊκότητα αποδυναμώνεται με αποτέλεσμα το παιδί, που είναι το πιο ευάλωτο μέλος, να είναι έκθετο σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Wen et al., 2008 στο Ali, 2009) (Galvani, 2012). Τα προηγούμενα επιβεβαιώθηκαν από τα ευρήματα της έρευνας, καθώς αποτέλεσαν και για τις δύο ομάδες συμμετεχόντων βασικές μεταβλητές, που τους οδήγησαν στη χρήση. Υπήρξαν, όμως, θετικές αναφορές της οικογένειας καταγωγής από τους εξαρτημένους, καθώς υποστηρίζονται, για να μειώνουν τη χρήση τους (Lala and Straussner, 2000) (NASW, 2013) (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013) (See, 2013). Οι απεξαρτημένοι τόνισαν την συμβολή της οικογένειας, όταν χρειάστηκε να απεξαρτηθούν (William et al., 2008) (Gulliver et al., 1995) (Hajek et al., 1995) (Pomerleau and Pomerleau, 1991). Όσοι από τους συμμετέχοντες και των δύο ομάδων δημιούργησαν οικογένεια κατά κανόνα τη χαρακτηρίζουν θετική επιρροή. Πιο συγκεκριμένα, η γονεϊκότητα και η συζυγικότητα συνέβαλαν στον μετριασμό της χρήσης στους εξαρτημένους και την αποφυγή της υποτροπής από τους απεξαρτημένους (Treffers & Rein., 2016) (Ferguson, 2006).

Έγινε μνεία για τους ομότιμους και από τις δύο ομάδες. Υπήρξαν αναφορές από απεξαρτημένους σχετικά με το θετικό αντίκτυπο της αλληλεπίδρασης με άτομα, που δεν είχαν σχέσεις με τις ουσίες. Τα δίκτυα των ομότιμων, πράγματι, μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά αν σχετίζονται με τη χρήση (Crone et al., 2003). Η πλειονότητα των εξαρτημένων δήλωσε, πως κάνει χρήση με φίλους. Παράλληλα, έγινε αναφορά από την ίδια ομάδα και για τα εμπόδια, που θέτονται από τους ομότιμους, διότι δεν μπαίνουν στη διαδικασία να τους βοηθήσουν έμπρακτα, όταν τους χρειάζονται. Επομένως, τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ερωτώμενων με τους ομότιμους χαρακτηρίζουν την επιρροή αυτή είτε ως Θετικό Κοινωνικό Κεφάλαιο, όταν παρέχεται ωφέλιμη υποστήριξη, αλλά ταυτόχρονα και ως Αρνητικό Κοινωνικό Κεφάλαιο μιας και παρουσιάζονται ως επικίνδυνες συμπεριφορές προς τη κοινωνική συμμετοχή, όπως στη περίπτωση των εξαρτημένων, που τα δίκτυα που ανήκουν και αλληλοεπιδρούν είναι με άτομα που είναι μέσα στη χρήση (Σωτηρόπουλος, 2006) (Koutra et al., 2014).

Τα μέλη από τις δύο ομάδες δεν είχαν αναζητήσει θεραπεία για απεξάρτηση στο σύνολο τους. Δύο εξαρτημένοι είχαν επιχειρήσει ανεπιτυχώς, ενώ πέντε επιτυχώς. Όσοι είχαν προβεί σε αυτή την διαδικασία, την θεώρησαν άκρως θετική επιρροή. Τονίστηκαν, επίσης, τα κοινωνικά δίκτυα που προέκυψαν από τη θεραπεία. Οι απεξαρτημένοι ανέφεραν, πως γνώρισαν τους μετέπειτα φίλους τους στα προγράμματα και μία ερωτώμενη τον σύζυγό της (Durkheim, 1960) (Κούτρα & Ράτσικα, 2017). Βιβλιογραφικά, η θεραπεία θεωρείται μείζονος σημασίας για τους χρήστες και προτιμάται η αποτυχημένη απόπειρα απεξάρτησης συγκριτικά με τη καθόλου θεραπεία (Boeri, 2016) (Πουλόπουλος, 2011) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (White and Kurtz, 2006 στο Best et al., 2015).

Η εκπαίδευση, υπήρξε επίσης σημαντικός σταθμός για τους συμμετέχοντες. Οι απεξαρτημένοι τη θεώρησαν κατά κανόνα εφελτήριο για την διακοπή της χρήσης, καθώς στην πλειονότητά τους είχαν διακόψει την εκπαιδευτική διαδικασία λόγω των εμποδίων, που έθετε η εξάρτηση. Εύρημα, που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, ότι η χρήση είναι συνδεδεμένη με τη σχολική διαρροή, το μεγάλο αριθμό απουσιών και τη κακή επίδοση (Πουλόπουλο, 2011) (American Psychiatric Association, 2013). Η διεκπεραίωση των σχολικών εκκρεμοτήτων, παραπέμπει στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και μείωση της αποστέρησης, μιας και διευρύνεται το Ανθρώπινο Κεφάλαιο (Cloud and Granfield, 2001, 2008) (Laudet and White, 2010 στο Best et al.,

2012). Απ' την άλλη, μερίδα εξαρτημένων δεν επηρεάζεται από την εκπαίδευση. Μειοψηφία τους, όμως, την θεωρεί αφορμή μείωσης της χρήσης, ενώ ερωτώμενος χρησιμοποιούσε ουσίες, για να απαλλαγεί από το άγχος των ακαδημαϊκών επιδόσεων. Όντως, το επίπεδο της εκπαιδευτικής κατάρτισης έχει συνδεθεί με τη προαγωγή συμπεριφορών υγείας, όπως την μείωση της χρήσης, ενώ η έκθεση σε αγχογόνες συνθήκες συνεπάγεται με συντήρηση της εξάρτησης (Lahana et al., 2010) (Yang et al., 1999) (Cheung et al., 1991 στο Erickson et al., 1994) (Koutra et al., 2017) (Wilkinson, 2003).

Ο παράγοντας εργασία θεωρήθηκε και από τις δύο ομάδες ως προστατευτικός παράγοντας στην χρήση. Αναλυτικότερα, οι μεν απεξαρτημένοι προσέγγισαν την απασχολησιμότητα ως αφορμή για να παραμείνουν καθαροί, οι δε εξαρτημένοι μέσω αυτής μετριάζουν την χρήση τους. Τα προηγούμενα έχουν απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία, όσον αφορά τη θετική επίδραση της εργασίας τόσο στον ευρύ πληθυσμό, όσο και στους (απ)εξαρτημένους (Oksanen et al., 2008) (Kouvonen et al., 1999, 2005) (Henessy, 2017) (Best, et al., 2015) (Μάτσα, 2008) (Cloud and Granfield, 2008) (Peele, 1985). Ταυτόχρονα, η έρευνα αυτή τεκμηρίωσε ότι και οι δύο ομάδες βάλονται από τα εργασιακά προβλήματα, την εργασιακή επισφάλεια και την ανεργία. Τα προβλήματα δημιουργούν άγχος για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των απεξαρτημένων και κάνει τους εξαρτημένους να παραμένουν στη χρήση, καθώς ανακουφίζονται από το άγχος των βιοποριστικών ζητημάτων τους (Πουλόπουλος, 2011) (Drydakis, 2014) (Weich et al., 1998) (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010) (Laudet & Humphreys, 2013) (Laudet and White, 2010 στο Best et al., 2012) (Koutra et al., 2017).

Αναφέρθηκαν, επίσης, σε σημαντικά προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας. Στους εξαρτημένους υπήρξε μία αναφορά για το πώς οι ψυχοδραστικές ιδιότητες της ουσίας χαλάρωναν τον πόνο και το στρες κατά τη μετανοδοκίμια αποκατάσταση. Πράγματι, η επιβαρυνόμενη υγεία μπορεί να αναχαιτίζει τις προσπάθειες απεξάρτησης (Cloud and Granfield, 1996, 2001, 2009). Από τους απεξαρτημένους σημειώθηκε η συμβολή της χρήσης στη πρόκληση σοβαρού τροχαίου συμβάντος, που επέφερε πολύμηνη νοσηλεία, και την εμφάνιση ψυχωσικού επεισοδίου με διωκτικές ιδέες οφειλόμενο στις ουσίες. Τα προηγούμενα, όμως, ανήκουν στο παρελθόν για τους απεξαρτημένους. Είναι ευρέως διαδομένο, ότι η χρήση συνοδεύεται από επιρρεπή

σωματική και ψυχική υγεία (American Psychiatric Association, 2013) (Cloud and Granfield, 2008).

Σημαντικό μέρος των απεξαρτημένων βασιζόμενοι στα θρησκευτικά πιστεύω νοσηματοδότησαν τη ζωή τους, αναστοχάστηκαν τα ζητήματα της χρήσης και οδηγήθηκαν στη θεραπεία. Ταυτόχρονα, τα θρησκευτικά δίκτυα, φάνηκε και στη παρούσα μελέτη να λειτουργούν προστατευτικά. Έγινε αναφορά για πνευματική καθοδήγηση από ιερέα στην αποχή από τις ουσίες και σε θεραπευτική κοινότητα βασιζόμενη στο πνευματικό μοντέλο και τις ομάδες αυτοβοήθειας (Putman, 2000) (Κούτρα & Ράτσικα, 2017) (Treffers & Rein., 2016) (Midgley and Livermore, 1998) (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013). Αντίθετα οι εξαρτημένοι παραμένουν ανεπηρέαστοι από τα θρησκευτικά πιστεύω.

Οι απεξαρτημένοι έκαναν εκτενή αναφορά για το πόσο έχουν επηρεαστεί από στη χρήση. Η σαθρή ποιότητα των παλαιότερων κοινωνικών σχέσεών τους, η διακίνηση, η εμπλοκή σε έκνομες πράξεις, οι πειραματισμοί με τις διάφορες ουσίες και ο αρνητικός αντίκτυπος της εξάρτησης σε κάθε έκφανση της ζωής τους σε συνδυασμό με τον στιγματισμό, την επικριτικότητα και τις διακρίσεις, που βίωσαν, τους επηρέασαν αρνητικά, αν όχι τραυματικά. Έχει γίνει εκτενής αναφορά στη βιβλιογραφία για την ένταξη σε ομάδες υποκοουλτούρας, τη περιθωριοποίηση ή την εμπλοκή με το νόμο, ότι συντηρούν τα κοινωνικά προβλήματα και χρήστες ενταγμένοι σε τέτοια δίκτυα δυσκολότερα απέχουν από τις ουσίες (Cloud and Granfield, 2009) (Κυριόπουλος και Τσιάνντου, 2010) (Πουλόπουλος, 2011) (Κριτσωτάκης et al., 2005, 2009) (Μισουρίδου, 2015). Οι εξαρτημένοι στάθηκαν μόνο στο στίγμα, αλλά και στην επικριτική και στερεοτυπική στάση από τον κοινωνικό περιβάλλον. Με αυτό τον τρόπο αναδεικνύονται οι κοινωνικές αξίες του περιβάλλοντος, οι οποίες είναι μέρος του Κοινωνικού Κεφαλαίου, αφού παρουσιάζονται κάποιες κοινωνικές ομάδες (π.χ. οι εξαρτημένοι) λιγότερο ευνοημένες από τις νόρμες περί ευρωστίας κ.ά. (Onyx & Bullen, 2000) (Κατσάπη 2010) (Κυριόπουλος και Τσιάνντου, 2010).

Κλείνοντας με τις επιρροές, οι απεξαρτημένοι αναφέρθηκαν στην επίδραση από τις συντροφικές σχέσεις, που τους κάνει να έχουν πιο διευρυμένα δίκτυα, καθώς η πλειοψηφία των εξαρτημένων παρουσιάζεται χωρίς σύντροφο (Treffers & Rein., 2016) (Ferguson, 2006). Οι απεξαρτημένες γυναίκες έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην

τραυματική επιρροή από περιστατικά ενδοσυντροφικής ή ενδοπροσωπικής βίας και βιασμών κατά τη περίοδο που ήταν στη χρήση. Έχει τεκμηριωθεί από την βιβλιογραφία, ότι αυτού του είδους τα εγκλήματα σχετίζεται με τις συμπεριφορές κινδύνου κυρίως για γυναίκες (Locher et al., 2005) (Keen, 2001) (Galvani, 2012) (Agardh et al., 2010) (McPherson et al., 2013).

Η διαχείριση της χρήσης σε συνδυασμό με όλα τα είδη των επιρροών, που αναφέρθηκαν, σχετίζονται με συγκεκριμένα αποτελέσματα στους συμμετέχοντες. Αρχικά, οι μεν κατάφεραν να απεξαρτηθούν αναπτύσσοντας προοδευτικά κοινωνικά δίκτυα, που δεν σχετίζονται με τη χρήση. Ακόμα, εξελίχθηκαν εκπαιδευτικά και επαγγελματικά, ενώ βιώματα από την περίοδο που ήταν στη χρήση φάνηκε και στην έρευνα αυτή να τους προβληματίζουν. Αναφέρθηκαν στο ότι έχουν χαθεί πολλά χρόνια από τη ζωή τους και επαναφέρονται στη μνήμη τους δυσάρεστες εμπειρίες σχετικές με τη παραμονή τους στη χρήση (Lit et al., 2007 στο Best et al., 2012) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010) (Henessy, 2017) (Granfield and Cloud, 1999, 2001, 2004) (Boeri, 2016). Στους απεξαρτημένους παρατηρήθηκε η στοχοπροσήλωση στα της εργασίας και στη διαχείριση του τραύματος, στάσεις που παραπέμπουν στη προαγωγή υγείας και στην ανάπτυξη νέων υγιών δεσμών, ενώ ταυτόχρονα χάρη στα προηγούμενα είναι πιο ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους (Durst et al., 2013) (William et al., 2008) (Koutra et al., 2017). Απ' την άλλη, οι εξαρτημένοι έχουν εντοπίσει τα περιορισμένα δίκτυα από τα οποία μπορούν δυνητικά να υποστηριχθούν, όταν θελήσουν να απεξαρτηθούν. Επίσης, έχουν διαπιστώσει τις προκλήσεις με τις οποίες είναι αντιμέτωποι, όπως εργασιακή επισφάλεια και οικονομικές απώλειες κυρίως λόγω της χρήσης. Το στίγμα της χρήσης τους κάνει να είναι δυσαρεστημένοι, διότι έχουν απωλέσει φιλίες, συντροφικές σχέσεις ακόμα και θέσεις εργασίας (Ruckert & Labonte, 2014) (Cloud and Granfield, 2009) (Κυριόπουλος και Τσιάνντου, 2010) (Πουλόπουλος, 2011) (Κριτσωτάκης et al., 2005, 2009) (Μισουρίδου, 2015) (Μάτσα, 2008, 2013). Ενώ εμφανίζουν τάση αυτοβελτίωσης στους τομείς της εκπαίδευσης και της οικονομικής κατάστασης, προβληματίζονται για το μειωμένο εκπαιδευτικό τους επίπεδο και εισόδημα. Αυτό συνδέεται με αρνητική αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους, αφού η ανεργία και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση είναι τεκμηριωμένα επιβαρυντικοί παράγοντες ως προς τις ανθυγιεινές συμπεριφορές (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008) (Lahana et al., 2010) (Kaplan & Camacho, 1983) (Pickett et al., 2006) (Simpson et al., 2006).

Σχετικά με τους λόγους εξάρτησης και των δύο κατηγοριακών κοινωνικών ομάδων, οι κύριες απαντήσεις αφορούσαν την αρνητική επίδραση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Οι οικογενειακοί λόγοι που ανέφεραν οι συμμετέχοντες ήταν, κυρίως, η ενδοοικογενειακή βία και παραμέληση, η μίμηση αρνητικών προτύπων από οικογενειακό μέλος και γενικά ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Η θεωρία επιβεβαιώνει την σημαντική επιρροή του οικογενειακού πλαισίου με την κατάχρηση ουσιών με την μίμηση σχετικών συμπεριφορών από τα παιδιά, αλλά και με την ελλιπή επιτήρηση, επίβλεψη, επιμέλεια από τους γονείς (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Όσον αφορά το φιλικό περιβάλλον, και οι δύο ομάδες αναφέρθηκαν στον αρνητικό αντίκτυπο των δικτύων ομότιμων και στο ρόλο που διαδραμάτισαν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με τη θεωρία, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας κινδύνου σχετικά με τους λόγους εξάρτησης και των δύο κατηγοριακών κοινωνικών ομάδων, οι κύριες απαντήσεις αφορούσαν την αρνητική επίδραση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Οι οικογενειακοί λόγοι που ανέφεραν οι συμμετέχοντες ήταν, κυρίως, η ενδοοικογενειακή βία και δίκτυα ομότιμων. Η συμμετοχή σε δίκτυο με αντίστοιχες συμπεριφορές και πρακτικές στη χρήση ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει το άτομο προς τη χρήση παρέχοντάς του εύκολη πρόσβαση σε ουσίες (Πουλόπουλος, 2011) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010).

Και οι δύο κατηγοριακές κοινότητες αναφέρθηκαν στην χρήση ως σημαντικό μέσο διαφυγής από τα καθημερινά προβλήματα. Η ανάγκη χρήσης της ουσίας για χαλάρωση, αναφέρθηκε σε μεγάλο βαθμό μόνο από τους εξαρτημένους, η διασκέδαση, κυρίως, από τους εξαρτημένους και σε μικρότερο βαθμό και από τους δύο, η περιέργεια. Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι απεξαρτημένοι εστίασαν στην αρνητική επιρροή των συναισθημάτων τους, όπως επιβεβαιώνεται και από τη θεωρία όπου η απόγνωση και το κενό βαθμιαία γιγαντώνονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι ουσίες να γίνονται μέσο συναισθηματικής αποφόρτισης (Μάτσα, 2013). Σε μικρότερο ποσοστό, συμμετέχοντες και των δύο ομάδων μίλησαν για το αρνητικό πρόσημο των κοινωνικών παραγόντων, της λειτουργικότητας αλλά και της έλλειψης αίσθησης κινδύνου που έπαιξαν ρόλο ώστε να οδηγηθούν στη χρήση. Συνοπτικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τους λόγους εξάρτησης, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως και οι δύο ομάδες κατέχουν αρνητικό Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού εξαιτίας του δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και της αρνητικής συμβολής των δικτύων των ομότιμων. Ωστόσο, φαίνεται πως έχουν επηρεαστεί,

σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, και από άλλους παράγοντες, κυρίως ψυχολογικούς, ψυχαγωγικούς αλλά και κοινωνικοοικονομικούς, επιβεβαιώνοντας τη βιβλιογραφική ανασκόπηση πως ένα καθεστώς φτώχειας εντείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό, ιδίως των πιο αδύναμων οικονομικά. Με αυτές τις συνθήκες το κοινωνικό κλίμα μετατρέπεται σε δυστοπία και η εξάρτηση μετατρέπεται σε μέσο φυγής από την κοινωνική πραγματικότητα (Μάτσα, 2008).

Σχετικά με τους κοινωνικούς ρόλους που κατέχουν αυτή τη στιγμή, δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι περισσότεροι και από τις δύο κοινωνικές ομάδες αναφέρθηκαν σε οικογενειακούς και συγγενικούς ρόλους. Επίσης, έκαναν λόγο για φιλικούς ρόλους που κατέχουν σε μικρότερο βαθμό. Ωστόσο, οι κύριες διαφοροποιήσεις εμπίπτουν στην σχεδόν καθολική αναφορά των εξαρτημένων για τον ρόλο τους στα κοινά, όμως τα δίκτυα αυτά ταυτόχρονα σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό και με τη χρήση (Αρνητικό Κοινωνικό Κεφάλαιο Γεφύρωσης). Από την άλλη, οι ανεξαρτημένοι μίλησαν, σε μικρό ποσοστό, για τον συντροφικό τους ρόλο αλλά και τον ρόλο τους ως εκπαιδευόμενοι, σε αντίθεση με τους εξαρτημένους που δεν αναφέρθηκαν σε αυτούς. Τα ευρήματα αυτά, με τους συμμετέχοντες να αναφέρονται κυρίως, σε οικογενειακούς ρόλους, φιλικούς και στο ρόλο ενεργού πολίτη, θα μπορούσε ενδεχομένως, να οφείλεται στην ανεξάρτηση και την ένταξη των ανεξαρτημένων, πλέον, στη κοινότητα. Όπως τονίζει ο Ali, (2009), οι γονείς, οι συνομήλικοι και η κοινότητα, Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού, είναι οι κύριες ομάδες στις οποίες οι νέοι επενδύουν το μεγαλύτερο μέρος τους χρόνου τους,. Ωστόσο, υποστηρίζει, ότι η κάθε ομάδα από αυτές έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά των νέων.

Όσον αφορά στην εκπλήρωση των ρόλων αυτών με επιτυχία, διακρίνουμε διαφορές. Η μισή ομάδα των εξαρτημένων ανέφερε επιτυχή ανταπόκριση στους οικογενειακούς, φιλικούς, εργασιακούς και κοινωνικής συμμετοχής ρόλους ενώ μόνο ένας ανέφερε τυπική σχέση με την οικογένεια καταγωγής του. Σχεδόν καθολικά, από την άλλη, οι ανεξαρτημένοι, έκαναν λόγο πως μετά την ανεξάρτηση κατάφεραν να ανταποκριθούν πολύ αποτελεσματικότερα στους κοινωνικούς τους ρόλους, ακόμα και να ανακτήσουν όπως αναφέρεται κάποιους νέους. Οι ρόλοι είναι κυρίως οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, φιλικοί, εργασιακοί, συντροφικοί και γενικότερα, υπήρξε μεγάλη βελτίωση στις κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, και από τις δύο ομάδες υπήρξαν δυσκολίες, όπως παρέθεσαν, στην εκπλήρωση οικογενειακών, κυρίως, ρόλων όπου,

για ένα συμμετέχων είναι οι αυξημένες ευθύνες σχετικά με τον επιφορτισμένο ρόλο του γιού στη οικογένεια καταγωγής του, αλλά και οι αυξημένες ευθύνες για μία συμμετέχουσα στη νέα οικογένεια που δημιούργησε.

Επιπροσθέτως, σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες υπάρχει στην μη αναφορά της απώλειας ρόλων των εξαρτημένων. Αντίθετα, οι απεξαρτημένοι σχεδόν καθολικά, μίλησαν για τις απώλειες ρόλων που είχαν την περίοδο της χρήσης. Οι ρόλοι αυτοί αφορούσαν, κυρίως, οικογενειακούς και φιλικούς, αλλά και εκπαιδευτικούς και εργασιακούς. Παρατηρούμε, λοιπόν, πως όσον αφορά τους μετέχοντες καθ' όλη τη διάρκεια της εξαρτητικής τους πορείας από τις ναρκωτικές ουσίες, υπήρχε έλλειψη κοινωνικού και ανθρώπινου κεφαλαίου. Κάτι τέτοιο επιβεβαιώνεται και από σειρά ερευνών καθώς σύμφωνα με τον ίδιο, έχει τεκμηριωθεί ότι προβλήματα με ουσίες συσχετίζονται με την κακή επίδοση των μαθητών και το μεγάλο αριθμό απουσιών (Koutra et al. 2012; Πουλόπουλος, 2011). Η ανεργία επίσης λειτουργεί ως παράγοντας επικινδυνότητας στην χρήση ουσιών, ως μία στρατηγική αποφόρτισης από το άγχος των οικονομικών προβλημάτων, άλλωστε η εργασία, πέρα από τα οικονομικά οφέλη, κάνει το άτομο να νοιώθει χρήσιμο και παραγωγικό ως προς το σύνολο, αξιοποιώντας διάφορες ικανότητες του (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008).

Από την άλλη, και οι δύο ομάδες εξέφρασαν πως υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες που είτε τους αποτρέψαν από τη χρήση, είτε τους υποστήριξαν στην αποχή από αυτές. Σχεδόν καθολικά, οι εξαρτημένοι, αναφέρουν την προστατευτική επίδραση της οικογένειας και το θετικό ρόλο που διαδραματίζει στη χρήση τους. Όπως ανέφεραν, όταν αναλαμβάνουν οικογενειακούς ρόλους, απέχουν από τη χρήση, και αυτό, ενδεχομένως, να αποτελεί κίνητρο αποχής από τις ναρκωτικές ουσίες. Η ομάδα των απεξαρτημένων, σχετικά με τους προστατευτικούς παράγοντες, εστιάζει περισσότερο είτε στα προγράμματα απεξάρτησης, είτε στο ρόλο της εκπαίδευσης, είτε στην προσπάθεια που έχουν κάνει να τα βρουν με τον ίδιο τους τον εαυτό, ώστε πρωτίστως να είναι οι ίδιοι καλά και να θέσουν υγιείς βάσεις, στους κοινωνικούς ρόλους που θα αναλάβουν, και γενικότερα στη μετέπειτα ζωή τους χωρίς τις ουσίες. Όπως επιβεβαιώνει και η θεωρία η ύπαρξη κάποιου βαθμού σταθερότητας στην ζωή τους, η προσήλωση σε μία συγκεκριμένη ιδεολογία και η ικανότητα τους να διατηρούν τις σχέσεις τους είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αναρρώνουν φυσικά σύμφωνα με την αρχική μελέτη (Henessy, 2017). Ωστόσο, υπήρχαν κάποιοι από την

ομάδα των απεξαρτημένων που ανέφεραν πως ο χώρος της εργασίας τους ενθάρρυνε ώστε να έχουν εξαρτητικές ή δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Επίσης, και οι δύο ομάδες εξέφρασαν την επιθυμία τους να αποκτήσουν νέους ρόλους στη ζωή τους. Κυρίως, από τη μεριά των απεξαρτημένων, αναφέρθηκε πως θέλουν να δημιουργήσουν οικογένεια, να αποκτήσουν εκπαιδευτικούς αλλά και εργασιακούς ρόλους. Αυτό τεκμηριώνεται και από τη βιβλιογραφία, όπου σύμφωνα με τον Laudet and White (2010 στο Best et al., 2012) οι πιο σημαντικές προτεραιότητες των απεξαρτημένων είναι η εργασία, η κατοικία, η εκπαίδευση και οι κοινωνικές σχέσεις. Από τη μεριά των εξαρτημένων, αναφέρθηκαν συντροφικοί αλλά και εργασιακοί ρόλοι. Ωστόσο, και οι δύο ομάδες, ανέφεραν εμπόδια στην απόκτηση νέων ρόλων είτε λόγω του ίδιου τους του εαυτού, των υπάρχουσών κοινωνικών σχέσεων, είτε λόγω δομικών εμποδίων, π.χ. διακρίσεις και στιγματισμός (Αρνητικό Κοινωνικό Κεφάλαιο). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία καθώς υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάλυση της χρήσης ναρκωτικών, όπως ψυχολογικούς, οικονομικούς αλλά και κοινωνικούς. Μια εξήγηση θα ήταν ότι τα άτομα που κατέχουν τις πιο περιθωριακές θέσεις στην κοινωνία αντιμετωπίζουν διάφορα εμπόδια στην ιατρική περίθαλψη και στους πόρους που απαιτούνται για την αντιμετώπιση του εθισμού (Treffers and Rein, 2016).

Όσον αφορά την εμπλοκή με το ποινικό σύστημα, οι περισσότεροι μετέχοντες των εξαρτημένων δεν είχαν καμία σχέση με αυτό. Ωστόσο, από την άλλη, τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την ομάδα των απεξαρτημένων, όπου σχεδόν καθολικά, έχουν έρθει αντιμέτωποι με το ποινικό σύστημα, είναι αντίθετα με τη βιβλιογραφία όπου αναφέρεται πως η φυλάκιση κάποιου χρήστη ουσιών έχει μεγάλη επίπτωση στο κεφάλαιο ανάκαμψης. Τα άτομα που έχουν διακόψει την χρήση με τη βοήθεια του κεφαλαίου ανάκαμψης δεν έχουν συστηματική επαφή με το δικαστικό σύστημα και τις φυλακές (Cloud and Granfield, 2008).

Τέλος, η επιρροή του πέρατος των χρόνων στη χρήση αναφέρθηκε και από τις δύο ομάδες, κυρίως, για την ωριμότητα που απέκτησαν. Από την άλλη, σε μικρότερο βαθμό η ομάδα των απεξαρτημένων, έκανε λόγο για την αρνητική επίδραση του πέρατος των χρόνων εξαιτίας της κόπωσης, αλλά και της απώλειας των κοινωνικών σχέσεων, ενώ ένα μέρος από τους εξαρτημένους, ανέφερε πως όσο μεγάλωνε,

αυξάνονταν και οι ευθύνες με αποτέλεσμα περισσότερη χρήση ώστε να ανταποκριθούν σε αυτές. Επομένως, η λειτουργικότητά τους συνεπάγεται χρήση.

Επιπλέον, σχετικά με τις ουσίες να σημειωθεί ότι οι άνθρωποι ανέκαθεν χρησιμοποιούσαν διάφορες ουσίες και μέσα, για να ανακουφιστούν από τον πόνο και να μεταβάλουν την συνειδησιακή τους κατάσταση, πράγμα που ισχύει και σήμερα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αρχικά την ευχαρίστηση, αλλά μακροπρόθεσμα αν συνεχίσουν την χρήση προκαλούνται διαταραχές που σχετίζονται με τις ουσίες (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Στη παρούσα έρευνα και οι δύο ομάδες βιώνουν θετικές εμπειρίες κατά τη έναρξη της χρήσης ουσιών. Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν εμπειρίες, όπως α) ευχαρίστηση, διαύγεια, χαλάρωση και αύξηση της λειτουργικότητας, β) μείωση του άγχους, της ψυχολογικής έντασης, γ) αύξηση της αυτοεκτίμησης. Αντίθετα και οι δύο ομάδες περιγράφουν αρνητικές εμπειρίες από τη χρήση ουσιών σε βάθος χρόνου. Αυτές είναι α) διαταραχές στον ύπνο, απώλεια ελέγχου και ενέργειας, αδιαθεσία, β) εξάρτηση, αύξηση της χρήσης, στερητικό σύνδρομο, αδυναμία μείωσης της δόσης, δ) η κοινωνική φοβία, η κατάθλιψη, ε) ενασχόληση μόνο τις ουσίες, απώλεια στιγμών της ζωής. Σύμφωνα με τον Νοταρά (2014), οι ουσίες αρχικά προκαλούν μια ψυχική ευεξία, αλλά μακροπρόθεσμα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία. Η εξάρτηση είναι μια σταδιακή κατάσταση και στη πορεία διαταράσσει όλα τα επίπεδα της ζωής (Mc Lellan, et al. 2009). Συμπερασματικά, γίνεται φανερή η σωματική και ψυχολογική εξάρτηση που αποτυπώνεται στις σε βάθος χρόνου εμπειρίες των χρηστών.

Τα δίκτυα ομότιμων έπαιξαν σημαντικό ρόλο τόσο στην έναρξη όσο και στη πορεία της χρήσης ουσιών. Όλοι οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων ανέφεραν ότι πρώτη φορά δοκίμασαν κάποια ουσία μαζί με φίλους. Όσον αφορά τους απεξαρτημένους η συναναστροφή με τους ομότιμους επηρέασε τους τρόπους χρήσης, την αύξηση ή και μείωση της χρήσης. Ακόμη, ορισμένοι αναφέρθηκαν στην επιρροή των ομότιμων σχετικά και με τις τυπικές συμπεριφορές χρήσης και την επιλογή των συγκεκριμένων ουσιών. Αντίθετα, ένα μικρό ποσοστό των εξαρτημένων επηρεάστηκε από τα δίκτυα ομότιμων μόνο όσον αφορά τις τυπικές και τις μη τυπικές συμπεριφορές χρήσης. Μελέτες ανακάλυψαν ότι καταλυτικός παράγοντας επικινδυνότητας είναι τα δίκτυα ομότιμων σε χρήση. Το άτομο ξεκινάει τη χρήση ουσιών ώστε να νιώσει αποδοχή από την ομάδα. Οι ομότιμοι λειτουργούν ως πρότυπο, χτίζουν τη στάση της ομάδας σχετικά με τις ουσίες, επιτρέπουν την πρόσβαση σε αυτές και επηρεάζουν τις

συμπεριφορές χρήσης (Μεμόλι, 2009). Όπως υποστηρίζεται, έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο ότι τα κοινωνικά δίκτυα, που αποτελούν μέρος του κοινωνικού κεφαλαίου, έχουν ιδιαίτερη συμβολή και επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση ουσιών ναρκωτικών (Adam et al., 2012; Koutra et al., 2014). Στη παρούσα έρευνα τεκμηριώνεται η επιρροή των ομότιμων για την έναρξη και την πορεία της χρήσης ουσιών και αναγνωρίζεται ως αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο και για τις δύο ομάδες. Από την άλλη μεριά αναγνωρίζεται η ύπαρξη θετικού κοινωνικού κεφαλαίου ως κοινωνικά δίκτυα στη μείωση της χρήσης σε ένα μικρό ποσοστό των απεξαρτημένων.

Σημαντικός παράγοντας έναρξης της χρήσης είναι και η ηλικία. Από την ομάδα των εξαρτημένων, μόνο ένας ανέφερε έναρξη της χρήσης στην ενηλικίωση, ενώ δεν δόθηκαν απαντήσεις από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Αντίθετα όσον αφορά την ομάδα των απεξαρτημένων, οι περισσότεροι ισχυρίστηκαν ότι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών στη εφηβεία. Στην εφηβεία συνήθως γίνεται η δοκιμή και η χρήση ουσιών (Σαρρή, 2011; Koutra et al., 2014). Η ηλικία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το απόθεμα κεφαλαίου ανάκαμψης (και θετικού και αρνητικού) του ατόμου. Τα άτομα που αρχίζουν νέα τη χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν πιο σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης αντίθετα με τα άτομα που αρχίζουν την χρήση σε πιο μεγάλη ηλικία (Cloud and Granfield, 2008).

Κρίσιμος ήταν και ο ρόλος των ουσιών στη κοινωνική ζωή των συμμετεχόντων. Όσον αφορά την ομάδα των απεξαρτημένων, ένα μεγάλο ποσοστό εκτιμά ότι μόνο τα ναρκωτικά ήταν μέρος της κοινωνικής τους ζωής και ότι συναναστρεφόντουσαν αποκλειστικά με χρήστες ουσιών. Η ομάδα των εξαρτημένων ισχυρίστηκε, ότι υπήρχαν κοντινά πρόσωπα σε χρήση όπως δικοί τους φίλοι και φίλοι οικογενειακών προσώπων. Αναφέρθηκαν στην απόκτηση νέων δικτύων χρηστών και στην άρρηκτη σχέση της ουσίας με τις κοινωνικές δραστηριότητες, όπως σινεμά και ποδόσφαιρο. Υπάρχουν κοινωνικά συστήματα, που ευνοούν την κατάχρηση του αλκοόλ, του καπνού ή ακόμη και των ναρκωτικών, όπως συγκεκριμένες χώρες που παρουσιάζουν αυξημένη κατανάλωση από άλλες, γιατί η ουσία συνδέεται με πτυχές κοινωνικής ζωής (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Για τους εξαρτημένους η επιλογή κοινωνικών δικτύων υποστήριξης βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα με παρόμοια μοτίβα κατάχρησης ουσιών (Πουλόπουλος, 2011) (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Κατ' αυτόν τον τρόπο γεννιέται η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών, βάσει της οποίας

άτομα για να υπάρξουν, συσπειρώνονται με άξονα πανομοιότυπες συμπεριφορές και ιστορία ζωής (Μισουρίδου, 2015).

Στη έρευνα διαφαίνεται και ο ρόλος των ουσιών στην προσωπική και οικογενειακή ζωή των συμμετεχόντων και ο βαθμός επιρροής των οικογενειακών εμπειριών ως προς τη χρήση τους. Ένα μικρό ποσοστό της ομάδας των εξαρτημένων περιγράφει χρήση ουσιών στην οικογένεια από τον πατέρα ή τη μητέρα. Αντίθετα, η πλειοψηφία των απεξαρτημένων μιλάει για τη χρήση από γονείς και αδέρφια όπως χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Κάποιοι περιγράφουν θάνατο οικείου προσώπου από αλκοολισμό καθώς και την ασυνείδητη μίμηση συμπεριφοράς χρήσης ώστε να έρθουν πιο κοντά με το πατέρα χρήστη. Παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς που κάνουν χρήση ουσιών, είναι πολύ πιθανό να ακολουθήσουν την ίδια συμπεριφορά και τον ίδιο τρόπο ζωής. Υιοθετούν το ίδιο πρότυπο συμπεριφοράς για να διαχειριστούν συναισθηματικά και άλλα προβλήματα. Σε οικογένειες που τα ναρκωτικά αποτελούν μέρος της οικογενειακής ζωής, υπάρχει δυσκολία προσαρμογής και αλλαγής σε νέες καταστάσεις (Μεμόλι, 2009). Η παρούσα έρευνα τεκμηριώνει, ότι η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη μίμηση συμπεριφορών χρήσης από τα παιδιά. Οι δυσλειτουργικές σχέσεις στην οικογένεια είναι ένας από τους παράγοντες εξάρτησης και αποτελεί αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο.

Οι συμμετέχοντες καταθέτουν και την αντίληψη τους για τα ναρκωτικά. Ένα μεγάλο ποσοστό των εξαρτημένων εκτιμά, ότι η επικινδυνότητα των ουσιών σχετίζεται με την κατηγορία της ουσίας και τον αυτοέλεγχο. Διαχωρίζουν την ινδική κάνναβη από τα υπόλοιπα ναρκωτικά, τη θεωρούν λιγότερο επιβλαβή ή δεν τη κατατάσσουν σε αυτά. Ακόμη, κάποιος παρουσιάζει και μια τάση απενοχοποίησης της ουσίας μέσω της αποδοχής της χρήσης. Την ίδια αντίληψη έχει και ένα μικρό ποσοστό των απεξαρτημένων σχετικά με την κατηγορία της ουσίας, ενώ ορισμένοι περιέγραψαν την αρνητική άποψη τους στο παρελθόν λόγω κοντινών προσώπων σε χρήση. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε και από ένα μικρό ποσοστό και των δύο ομάδων, στο ρόλο της κοινωνίας και της πολιτείας σαν παράγοντας εξάρτησης. Κατά τη γνώμη τους οι ταξικές ανισότητες, η οικονομική δυσπραγία, οι δύσκολες κοινωνικές συνθήκες και η απουσία κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης συμβάλλουν στη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με το National Institute on Drug Abuse (2003) οι στάσεις υπέρ της χρήσης ουσιών καθώς και η απόρριψη των συμβατικών κανόνων χρήσης ναρκωτικών αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας. Το γνωστικό κεφάλαιο αποτελεί μια διάσταση

του κοινωνικού κεφαλαίου και αναφέρεται περισσότερο σε υποκειμενικές και άυλες ποιότητες, όπως κοινωνικές αξίες και στάσεις, κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και κανόνες, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα (Grootaert & Bastelaer, 2002) (Uphoff, 2000). Η έρευνα τεκμηριώνει ότι οι αντισυμβατικές στάσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις ουσίες καθώς και η στάση της κοινωνίας και της πολιτείας αποτελούν διαστάσεις αρνητικού κοινωνικού κεφαλαίου.

Αντίθετα, οι απόψεις για τα ενέσιμα ναρκωτικά από την πλειοψηφία των εξαρτημένων ατόμων ήταν αρνητικές με μια εξαίρεση αλλαγής της άποψης λόγω δοκιμής ενδοφλέβιας χρήσης. Όπως οι εξαρτημένοι έτσι και οι απεξαρτημένοι, στη πλειοψηφία τους ήταν αρνητικοί στην ενδοφλέβια χρήση. Ένα μικρό ποσοστό παρουσίασε αλλαγή της άποψης μετά την δοκιμή ενέσιμης χρήσης. Ενώ σημαντική ήταν η διακοπή της ενδοφλέβιας χρήσης κάποιου και συνεπώς η αλλαγή της αντίληψης μετά την ένταξη του σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Σύμφωνα με το National Institute on Drug Abuse (2003) η αποδοχή των συμβατικών κανόνων κατά των ουσιών αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ως προς τη χρήση ουσιών. Με βάση τα παραπάνω η έρευνα τεκμηριώνει, ότι οι στάσεις σε ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ως προς την χρήση ενέσιμων ναρκωτικών αποτελούν θετικό γνωστικό κεφάλαιο και λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες μείωσης της βλάβης.

Σημαντική είναι η συμμετοχή σε κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες από την πλειοψηφία των εξαρτημένων, όπως α) συμμετοχή σε δραστηριότητες σε επίπεδο γειτονιάς, β) γυμναστική και γ) πολεμικές τέχνες. Αντίθετα, η πλειοψηφία των απεξαρτημένων δεν συμμετείχε σε καμία δραστηριότητα, όσο υπήρχε η χρήση. Η χρήση ουσιών επηρέασε αρνητικά τη συμμετοχή στις δραστηριότητες σε ένα μικρό ποσοστό των εξαρτημένων. Κάποιοι αδυνατούσαν να ανταποκριθούν, όπως θα ήθελαν. Όμως, ένα μικρό ποσοστό επηρεάστηκε θετικά από τη συμμετοχή στα κοινά καθώς η γειτονιά λειτούργησε υποστηρικτικά. Η κοινωνική εμπιστοσύνη και η εγγύτητα της γειτονιάς μπορούν να ερμηνευθούν ως εκδήλωση του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο μπορεί να μειώσει τη χρήση ουσιών λόγω χαμηλότερων επιπέδων άγχους και υψηλού επιπέδου εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις (Chung and Chung, 2008). Θετική ήταν εξέλιξη της συμμετοχής της ομάδας των απεξαρτημένων σε δραστηριότητες κατά την ανάκαμψη τους. Η πλειοψηφία συμμετέχει σε δραστηριότητες όπως α) περπάτημα, β) διαλογισμός, γ) γυμναστική, δ) δραστηριότητες με τα παιδιά τους ή ε) σινεμά. Σύμφωνα με τον Laudet (2011 στο Best et al., 2015) η

συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες δίνει νέο νόημα στους απεξαρτημένους και βοηθάει στην βελτίωση της αυτοεκτίμησης ενώ βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Ενώ η Boerli (2016) αναφέρει ότι η σημαντικότητα της κοινωνικής ανάκαμψης έγκειται στον σημαντικό ρόλο, που παίζει η ένταξη σε συμβατικά κοινωνικά δίκτυα στην διακοπή και διατήρηση της χρήσης ουσιών, ενώ ένας τρόπος, για να επιτευχθεί αυτό, είναι η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η παρούσα έρευνα τεκμηριώνει την ύπαρξη θετικού κοινωνικού κεφαλαίου ως προς τη κοινωνική συμμετοχή για τη μείωση της χρήσης καθώς και για την κοινωνική ανάκαμψη.

Αρνητικά επηρέασε η χρήση ουσιών και την κοινωνική ζωή των εξαρτημένων σε ένα μικρό ποσοστό. Αναφέρει χαμηλά επίπεδα κεφαλαίου δεσμού με οικογενειακά, φιλικά και ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα. Συγκεκριμένα υπήρχε απώλεια διάθεσης για συναναστροφές και απομάκρυνση των ίδιων και των άλλων λόγω της χρήσης. Αντίθετα, θετική ήταν η δράση από τη συμμετοχή τους σε ένα μεγάλο ποσοστό. Κάποιοι απέφευγαν τη χρήση όταν έπρεπε να παρευρεθούν σε κοινωνικές εκδηλώσεις και άλλοι απέφευγαν τους συστηματικούς χρήστες. Η αυξημένη κοινωνική συμμετοχή συνεισφέρει στην ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, αποτελώντας σημαντικό κριτήριο καταγραφής κοινωνικού κεφαλαίου (Cox, 2000). Ενώ αρκετοί δηλώνουν, ότι η χρήση δεν επηρέασε τις κοινωνικές σχέσεις τους. Οι έρευνες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, έχουν αποφανθεί, ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και χρήσης ναρκωτικών αλλά και χαμηλότερα ποσοστά χρήσης σκληρότερων και επικίνδυνων ναρκωτικών (Treffers and Rein, 2016). Από την άλλη μεριά, αρνητικά επηρέασε η χρήση ουσιών τις κοινωνικές σχέσεις στη πλειοψηφία των απεξαρτημένων. Οι περισσότεροι μιλάνε για ρήξη δεσμών με οικογενειακά, φιλικά και συγγενικά δίκτυα καθώς αποκόπηκε το περιβάλλον από τους ίδιους. Στις κοινωνικές σχέσεις με την ρήξη των δεσμών, το άτομο αδυνατεί να σχετιστεί υγιώς, αφού η ανάγκη για αναζήτηση μέσων επιβίωσης καθίσταται σημαντικότερη (Μάτσα, 2008) Όμως ένα μικρό ποσοστό ανέφερε την προστατευτική δράση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Περιγράφουν βελτίωση σχέσεων με τη μητέρα και με τον πατέρα. Όπως υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές, τα κοινωνικά δίκτυα περιλαμβάνουν πόρους του κοινωνικού κεφαλαίου δημιουργώντας σχέσεις που ενισχύουν τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, καθώς και ενθαρρύνουν και περιορίζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μέσω του ανεπίσημου κοινωνικού

ελέγχου και μέσω της μετάδοσης πληροφοριών που μπορούν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν τις βλάβες, που σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών (Treffers and Rein, 2016). Το δεσμευτικό αποτελείται από ισχυρούς δεσμούς και σχέσεις ομογενών ομάδων με παρόμοια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως σχέσεις συγγένειας, φιλικές και γειτονικές (Putnam, 2000). Η παρούσα έρευνα τεκμηριώνει τα υψηλά αποθέματα κεφαλαίου δεσμού και την ύπαρξη θετικού κεφαλαίου υπό τη μορφή συμμετοχής του ίδιου και κοινωνικής υποστήριξης των άλλων σε ένα μεγάλο ποσοστό των εξαρτημένων. Αντίθετα, η πλειοψηφία των απεξαρτημένων παρουσίαζε χαμηλά αποθέματα κεφαλαίου δεσμού και αρνητικό κεφάλαιο ως προς την κοινωνική υποστήριξη κατά τη χρήση.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων περιέγραψε προβλήματα υγείας από τη χρήση ουσιών. Οι εξαρτημένοι ανέφεραν προβλήματα όπως α) μείωση αντοχών, β) προβλήματα στα δόντια και γ) αναπνευστικά προβλήματα, ενώ οι απεξαρτημένοι ανέφεραν α) ψυχολογικά προβλήματα, β) ατυχήματα λόγω χρήσης, γ) ηπατίτιδα και δ) χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. Η κακή σωματική υγεία είναι ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να αναχαιτίσει τις προσπάθειες για επιτυχή απεξάρτηση. Οι Cloud and Granfield; Granfield and Cloud (2001; 1996 στο Cloud and Granfield 2009) αναφέρουν, ότι ένας από τους παράγοντες κινητοποίησης των ατόμων με προβλήματα ουσιοεξάρτησης είναι η δυνατότητα του να νιώθει κανείς ευεξία και ευχαρίστηση χωρίς να κάνει χρήση ουσιών. Οι ικανότητες του ατόμου, οι γνώσεις, η εκπαίδευση του, η υγεία θεωρούνται ανθρώπινο κεφάλαιο και είναι ιδιότητες που συμβάλουν στη επιτυχή απεξάρτηση (Cloud and Granfield, 2008). Στη παρούσα έρευνα γίνεται κατανοητό ότι οι δύο ομάδες έχουν αρνητικό ανθρώπινο κεφάλαιο ως υγεία, το οποίο όμως στάθηκε εμπόδιο μόνο στην ομάδα των εξαρτημένων για επιτυχή απεξάρτηση.

Όσον αφορά τα προσωπικά και κοινωνικά δίκτυα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο κατηγορικών ομάδων εκλαμβάνουν ως υποστηρικτικά δίκτυα τα μέλη της οικογένειάς τους. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν οι σύζυγοί τους, τα παιδιά τους, οι γονείς και τα αδέρφια. Σύμφωνα με διάφορες απόψεις που έχουν εκφραστεί τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός για τη γέννηση, τη συντήρηση και τη θεραπεία της εξάρτησης (Glynn και Haenlein, 1988) (Stanton 1979) (Ζλατάνος και συν. 1994). Από την ομάδα των εξαρτημένων οι περισσότεροι γνωρίζουν για τη χρήση του οικογενειακού μέλους τους, ενώ ορισμένοι

περιέγραψαν είτε αρνητική είτε ουδέτερη στάση από την οικογένεια. Το ίδιο ισχύει και για την πλειοψηφία των απεξαρτημένων ως προς τη γνώση της χρήσης από την οικογένεια καθώς οι περισσότεροι γνωρίζουν για αυτήν. Οι έρευνες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, έχουν αποφανθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και χρήσης ναρκωτικών αλλά και χαμηλότερα ποσοστά χρήσης σκληρότερων και επικίνδυνων ναρκωτικών (Treffers and Rein., 2016).

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν και άλλα δίκτυα που λειτούργησαν υποστηρικτικά. Η πλειοψηφία των εξαρτημένων ανέφερε φίλους, συγκατοίκους και εν γένει ομότιμους. Σύμφωνα με τον Bolin et al. (2003) ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί να παρέχει στο άτομο συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη σε περιόδους άγχους, ασκώντας παράλληλα άτυπο κοινωνικό έλεγχο σε παραβατικές συμπεριφορές. Οι απεξαρτημένοι ανέφεραν παιδικούς φίλους που έχουν απεξαρτηθεί, ή από κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς και νέα κοινωνικά δίκτυα από τις σπουδές τους ή μετά την απόκτηση παιδιού. Η Boeri (2013 στο Boeri, 2016) αναφέρει ότι το κεφάλαιο ανάκαμψης εστιάζει στους συνολικούς πόρους που βοηθάνε στην απεξάρτηση και τονίζει την σημασία των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής ένταξης. Τονίζει ακόμη τη σημασία της ύπαρξης νέων κοινωνικών δικτύων στη κοινωνική ανάκαμψη. Επιπλέον, οι απεξαρτημένοι περιέγραψαν ότι λειτούργησαν υποστηρικτικά και άλλα δίκτυα όπως α) οι συντροφικές σχέσεις και β) τα θρησκευτικά δίκτυα. Οι κοινωνικές σχέσεις, που δημιουργούνται μέσα από την εθελοντική συμμετοχή και τη συμμετοχή σε θρησκευτικές οργανώσεις, υποστηρίζεται ότι πράττουν άτυπο κοινωνικό έλεγχο και έτσι αποθαρρύνεται η εμπλοκή στη χρήση ουσιών, όπως η μαριχουάνα, και άλλων ναρκωτικών (Treffers & Rein., 2016). Στη παρούσα έρευνα τεκμηριώνεται η σημασία των υποστηρικτικών δικτύων για τη μείωση της χρήσης και για την επιτυχή απεξάρτηση. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι απεξαρτημένοι με τη συμμετοχή τους σε νέα κοινωνικά δίκτυα κατάφεραν να πετύχουν την διατήρηση της κοινωνικής τους ανάκαμψης.

Αναφορικά με τις ουσίες, όλοι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων περιέγραψαν ως πρώτη ουσία εθισμού την ινδική κάνναβη. Ο Dupre et al., (1995) αναφέρει, ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί εναρκτήρια ουσία που οδηγεί στη χρήση και άλλων ναρκωτικών. Από τους εξαρτημένους, οι περισσότεροι προχώρησαν στη χρήση νέων ουσιών (κοκαΐνη, mdma, lsd) κατά την πορεία της χρήσης όμως ένα μικρό ποσοστό κατέφυγε στην χρήση ηρωίνης και τη λήψη κάποιου υποκατάστατου. Από

τους απεξαρτημένους, ένα μεγάλο ποσοστό περιέγραψε τη χρήση νέων ουσιών (κοκαΐνη, lsd, mdma, έκσταση, ηρεμιστικά χάπια) και κατέληξε στην ηρωΐνη. Όπως αναφέρει και ο Donohew et al. (1999 στο Ali, 2009), ενόσω οι έφηβοι μεγαλώνουν, οι προτιμήσεις ουσιών αλλάζουν, καθώς κερδίζουν περισσότερη ελευθερία, όντας πλέον μεγαλύτεροι, και η προθυμία τους να πειραματιστούν και με άλλες ουσίες αυξάνεται. Επιβεβαιώνοντας ο Johnston (2008) ισχυρίζεται, ότι είναι σύνηθες αυτή η τάση να κινείται από πιο μαλακά ναρκωτικά στα σκληρότερα. Όσον αφορά το μοτίβο, ένα μεγάλο ποσοστό των εξαρτημένων διατήρησε σταθερό μοτίβο σε σχέση με τις ουσίες ενώ παρατηρήθηκαν αλλαγές σε ένα μικρό ποσοστό ως προς τη μέθοδο λήψης όπως συνδυασμός ουσιών, εισπνεόμενη και ενδοφλέβια χρήση. Αντίθετα όσον αφορά τους απεξαρτημένους μόνο ένα μικρό ποσοστό διατήρησε σταθερό μοτίβο ουσιών και αρκετοί άλλαξαν τον τρόπο χρήσης ουσιών όπως ενδοφλέβια χρήση.

Οι εξαρτημένοι περιέγραψαν ανάγκες όπως α) η αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων, β) η ανάγκη για επαρκή ύπνο, γ) η θετική επίδραση στον εαυτό και δ) οι ανάγκες που καλύπτουν οι ουσίες στους συμμετέχοντες η συγκεκριμένη δράση τους. Ενώ οι απεξαρτημένοι μίλησαν για καταστάσεις χαλάρωσης, διαύγειας και μείωσης της ψυχολογικής έντασης, ενώ κάποιος μίλησε για την δράση της ουσίας και για το μικρό βαθμό βλάβης της. Η ανάγκη για μεταβολή της διάθεσης, οι προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την επίδραση των ουσιών, ο βαθμός στον οποίο το άτομο θεωρεί βλαβερή την ουσία, η υποκειμενική του αντίληψη για το πόσο διαδομένη είναι και, τέλος, η δομή της προσωπικότητας βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Ενώ, η Μάτσα (2013) αναφέρει ότι οι ουσίες γίνονται μέσο συναισθηματικής αποφόρτισης.

Αλλαγές στα μοτίβα χρήσης παρατηρήθηκαν ως προς την αύξηση και τη μείωση της χρήσης. Οι εξαρτημένοι περιγράφουν αύξηση της χρήσης όταν βίωναν δυσάρεστα οικογενειακά συμβάντα, απώλειες οικογενειακών και φιλικών προσώπων. Κάποιοι αναφέρονται στον εθισμό, την ανοχή στην ουσία, την έλλειψη κάποιου στόχου αλλά και την οικονομική κατάσταση. Σύμφωνα με τον Λιάππα (1992), ανοχή είναι επιθυμία για συνεχή αύξηση της δόσης ή μείωση του αποτελέσματος με σταθερή δόση κάποιας ουσίας. Ενώ τα δυσάρεστα συμβάντα όπως το πένθος, το άγχος, ο αρνητισμός, το αίσθημα του ανικανοποίητου οδηγούν το άτομο στις ουσίες (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2013). Ορισμένοι από αυτούς ισχυρίστηκαν ότι μείωναν τη χρήση για να είναι λειτουργικοί σε ακαδημαϊκές υποχρεώσεις και άλλες δραστηριότητες. Το ανθρώπινο

κεφάλαιο ενσωματώνει ένα μεγάλο εύρος ατομικών ιδιοτήτων, οι οποίες παρέχουν στο άτομο τα μέσα ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά στην σύγχρονη κοινωνία, να μεγιστοποιεί τα ατομικά προνόμια που συνδέονται με την συμμετοχή του σε αυτή και να πετυχαίνει τους προσωπικούς του στόχους (Cloud and Granfield, 2008:1974). Οι περισσότεροι απεξαρτημένοι μίλησαν για αύξηση της χρήσης λόγω ανοχής. Ορισμένοι από αυτούς ανέφεραν ότι το μοτίβο χρήσης ως προς την αύξηση ή μείωση εξαρτιόταν από παράγοντες όπως α) η έλλειψη μέτρου και η αδυναμία ελέγχου, β) η ύπαρξη εργασιακής απασχόλησης και γ) οικονομικούς παράγοντες. Οι Raistrick & Davidson (1985) αναφέρουν ότι ένα από τα κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων είναι η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων. Επιπλέον το ανθρώπινο κεφάλαιο υπό τη μορφή της εργασίας είναι σημαντική ιδιότητα για τη επιτυχή απεξάρτηση (Cloud and Granfield, 2008) ενώ «το φυσικό κεφάλαιο που τυπικά αναφέρεται ως οικονομικό κεφάλαιο περιλαμβάνει το εισόδημα, τις καταθέσεις, την ιδιοκτησία, τις επενδύσεις και άλλα απτά οικονομικά στοιχεία τα οποία μπορούν αν μετατραπούν σε χρήμα. Αυτοί που είναι οικονομικά σταθεροί κατέχουν εξ ορισμού φυσικό κεφάλαιο» (Cloud and Granfield, 2008: 1973). Συνεπώς από την έρευνα μας επιβεβαιώνει ότι η ύπαρξη θετικού ανθρώπινου κεφαλαίου όπως η εκπαίδευση και η εργασία είναι σημαντικοί παράγοντες μείωσης της χρήσης στις δύο ομάδες. Αντίθετα, η έλλειψη ανθρώπινου κεφαλαίου ως ατομικές ιδιότητες συνέβαλλε στην αύξηση της χρήσης τόσο στους εξαρτημένους, όσο και στους απεξαρτημένους. Επιπρόσθετα, η ασταθής οικονομική κατάσταση επηρέαζε το μοτίβο της χρήσης και αποτελούσε αρνητικό οικονομικό κεφάλαιο ως προς την αύξηση της χρήσης και την εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές χρήσης. Τέλος, η απομάκρυνση φίλων και η απώλεια οικογενειακών προσώπων αποτελεί αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο και συμβάλει στην αύξηση της χρήσης στους εξαρτημένους.

Το κοινωνικό πλαίσιο έπαιξε σημαντικό ρόλο στη χρήση ουσιών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων ανέφερε, ότι έκανε χρήση πρώτη φορά σε διακοπές, κατασκήνωση, εξοχή και μπαρ με φίλους. Αντίθετα, μιλώντας για την τελευταία φορά χρήσης κάποιοι από τις δύο ομάδες ανέφεραν, ότι έγινε στο σπίτι τους και χαρακτήρισαν τη χρήση ως μοναχική. Πολλές μελέτες όπως αναφερθήκαμε παραπάνω έδειξαν ότι τα μπαρ, τα κλαμπ και τα πάρτι ευνοούν το κάπνισμα (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010). Συνεπώς το κοινωνικό πλαίσιο είναι ένας παράγοντας έναρξης και διατήρησης της χρήσης σε συνδυασμό με τα δίκτυα ομοτίμων.

Όσον αφορά τα αίτια, που οδηγούσαν στην διακοπή της χρήσης ουσιών εντοπίστηκαν και ομοιότητες και διαφορές στις ομάδες των εξαρτημένων και των απεξαρτημένων. Ως κίνητρο διακοπής της χρήσης από τους απεξαρτημένους περιγράφεται η δύναμη της θέλησης τους κάτι, που δεν αναφέρεται από κανέναν εξαρτημένο. Η δύναμη της θέλησης ανέκυψε από την επιρροή από το Κοινωνικό Κεφάλαιο Δεσμού, αλλά και από τις επιβαρυντικές συνέπειες της παραμονής τους στη χρήση, που τους έπλητταν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αντίθετα, οι εξαρτημένοι, αν και διέθεταν αποθέματα Κοινωνικού Κεφάλαιο Δεσμού, δεν ήταν αρκετά, για να διακόψουν. Παράλληλα, συντέλεσε ως λόγος της μη διακοπής το Αρνητικό Κεφάλαιο Δεσμού, που βασιζόνταν σε φίλους, που έκαναν χρήση. Επιπλέον μερικές ακόμα ομοιότητες, που αναφέρθηκαν από ένα μικρότερο δείγμα είναι οι αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης, η προσφυγή στην θεραπεία και η ενασχόληση με θετικές δραστηριότητες. Οι εξαρτημένοι ανέφεραν και ως αίτια διακοπής τα οικονομικά προβλήματα και τα ζητήματα υγείας ενώ οι απεξαρτημένοι την αύξηση της ανοχής, τα νομικά προβλήματα και την ύπαρξη καινούργιων στόχων. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει τον σημαντικό ρόλο, που διαδραματίζει το κοινωνικό κεφάλαιο στην απεξάρτηση. Σύμφωνα με τους Munton, Wedlock, & Gomersall (2014) υπάρχει άρρηκτη σχέση μεταξύ της ύπαρξης ισχυρών κοινωνικών/υποστηρικτικών δικτύων και της απεξάρτησης ή μεταξύ συμπεριφορών πρόληψης, όπως αυτής της αποχής από τις ουσίες. Επίσης τεκμηριώνεται και ο ρόλος της ατομικής θέλησης στην προσπάθεια για διακοπή της χρήσης σύμφωνα με το ηθικό μοντέλο. Επειδή η εκτενής χρήση ουσιών θεωρείται αποτέλεσμα ηθικής επιλογής, η αλλαγή μπορεί να επέλθει με την ισχυρή θέληση (Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, 2013)

Σχετικά με τις αλλαγές που προκλήθηκαν από την διακοπή της χρήσης οι κύριες διαφορές είναι δύο. Πρώτη διαφορά είναι, ότι ένα μέρος των εξαρτημένων δεν είδε κάποιες σημαντικές αλλαγές θεωρώντας ότι η ζωή τους έμεινε η ίδια. Δεύτερη είναι ότι οι απεξαρτημένοι ενεργοποίησαν το εκπαιδευτικό τους κομμάτι και έθεσαν εκπαιδευτικούς στόχους. Επίσης δύο απεξαρτημένοι αναφέρουν βελτίωση στο κομμάτι της εργασίας ενώ ένας απεξαρτημένος προχώρησε και στην δημιουργία δικής του οικογένειας. Αντίθετα στις ομοιότητες τονίζεται η καλύτερευση του εαυτού σε φυσικό και ψυχολογικό επίπεδο και η βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων. Η έρευνα αυτή τεκμηριώνει την μεγάλη σημασία της εκπαίδευσης, της εργασίας και των κοινωνικών

σχέσεων στην προσπάθεια για απεξάρτηση. Σύμφωνα με τον Laudet and White (2010 στο Best et al., 2012) οι πιο σημαντικές προτεραιότητες των απεξαρτημένων είναι η εργασία, η κατοικία, η εκπαίδευση και οι κοινωνικές σχέσεις.

Στο κομμάτι των αιτίων της υποτροπής η πλειοψηφία των εξαρτημένων τα εντοπίζει είτε στον εαυτό τους σαν αδύναμα κομμάτια της προσωπικότητας του, είτε στο κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ δύο απεξαρτημένοι αναγνωρίζουν ως αίτιο υποτροπής της μη δέσμευση τους στην θεραπεία. Ομοιότητες εντοπίστηκαν στις αρνητικές επιπτώσεις της υποτροπής καθώς τα αρνητικά συναισθήματα, που προκλήθηκαν λόγω αυτής ήταν κοινά και στις δύο ομάδες ενώ ένα μικρό δείγμα δεν αναφέρει κάποια αλλαγή. Τέλος, μία συμμετέχουσα από την ομάδα των εξαρτημένων αναγνωρίζει την αύξηση της αυτογνωσίας ως θετική επίπτωση της υποτροπής.

Στα κομμάτια, που σχετίζονται με την θεραπεία απεξάρτησης, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων αλλά και κάποιες μικρές ομοιότητες. Η σημαντικότερη διαφορά είναι ότι η πλειοψηφία του δείγματος των εξαρτημένων, πλην δύο συμμετεχόντων, δεν έχει απευθυνθεί ποτέ για θεραπεία σε αντίθεση με την ομάδα των απεξαρτημένων στην οποία οι πέντε από τους έξι έχουν συμμετάσχει πάνω από μία φορά σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το αίτιο μη αναζήτησης θεραπείας εντοπίζεται στην προσωπική αντίληψη των απεξαρτημένων για την επικινδυνότητα της ουσίας, καθώς και για την ποσότητα ή συχνότητα χρήσης τους, ενώ διαχωρίζουν τον εαυτό τους από τους «βαριά εξαρτημένους», όπως αναφέρουν. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει την επιρροή, που έχουν οι εσφαλμένες πεποιθήσεις σχετικά με την επικινδυνότητα, μίας ουσίας στην απεξάρτηση. Όπως αναφέρουν οι Kring, Davison, Neale, & Sheri (2010) και οι Oesterle et al. (2015), είναι βασικό να προαχθεί η μεταβολή των εσφαλμένων πεποιθήσεων για τις ψυχοδραστικές ιδιότητες των ουσιών, ενώ ένας από τους παράγοντες που ωθούν προς εξαρτητικές συμπεριφορές είναι ο βαθμός που το άτομο θεωρεί βλαβερή μία ουσία. Όσο αφορά το βιο-ιατρικό μοντέλο ένας συμμετέχων από κάθε ομάδα αναφέρθηκε στην απουσία ψυχοκοινωνικής στήριξης τονίζοντας, ότι χωρίς αυτήν η απεξάρτηση γίνεται ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα. Αντίθετα διαφορές βρέθηκαν στην άποψη για την ουσία υποκατάστασης καθώς μία συμμετέχουσα από τους εξαρτημένους έκφερε αρνητική άποψη σημειώνοντας ότι έχει αρκετές παρενέργειες και είναι σε μεγάλο βαθμό εθιστική σε αντίθεση με δύο απεξαρτημένους, που έχουν θετική άποψη για την ουσία. Η έρευνα αυτή τεκμηριώνει την μεγάλη σημασία της ψυχοκοινωνικής στήριξης στην προσπάθεια

για απεξάρτηση. Όπως αναφέρει ο Πουλόπουλος (2008) ένα καθαρά ιατροκεντρικό μοντέλο δεν μπορεί να οδηγήσει στην απεξάρτηση, ειδικά όταν δεν παρέχεται έστω μερική ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Επιχειρείται να διακόψει το εθισμένο άτομο την εξάρτηση χρησιμοποιώντας άλλες μορφές ουσιών απ' αυτές, που συνήθιζε να καταχράται, δεν διερευνά αυτό που τον καθιστά εξαρτημένο και δεν οδηγείται σε εκμάθηση νέων ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων αντίθετων ως προς τις εξαρτητικές συμπεριφορές (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Όσον αφορά το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, υπάρχει διάσταση απόψεων καθώς ένας συμμετέχων από την ομάδα των εξαρτημένων εκφέρει θετική άποψη για αυτό και για τους εργαζόμενους του τονίζοντας τον αλτρουισμό τους ενώ ένα μεγάλο μέρος του δείγματος των απεξαρτημένων αναφέρεται στην απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών από μέρος του. Επιπρόσθετα μία συμμετέχουσα από την ομάδα των απεξαρτημένων εκφέρει παράπονα για τους εργαζόμενους, κάνοντας λόγο για καταστάσεις διαφθοράς και νοοτροπία συντεχνίας, ενώ την ίδια άποψη έκφερε και ένα άτομο από την ομάδα των εξαρτημένων όσο αφορά του εργαζόμενους του βιοιατρικού μοντέλου τονίζοντας παράλληλα και την ελλιπή χρηματοδότηση των προγραμμάτων. Ένας συμμετέχων από κάθε ομάδα εκφέρει την γνώμη ότι τα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να στελεχώνονται από εθελοντές. Η έρευνα αυτή τεκμηριώνει τα κενά, που υπάρχουν στα θεραπευτικά προγράμματα λόγω έλλειψης χρηματοδότησης, καθώς και την συντεχνιακή νοοτροπία που είναι απόρροια του γενικότερου οικονομικού συστήματος. Τα προαναφερθέντα είναι απότοκα νεοφιλελεύθερων πολιτικών συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους πρόνοιας και αντικατοπτρίζουν αποσαθρωμένους κοινωνικούς ιστούς, όπου η ευζωία δεν είναι κύριο μέλημα, αλλά εμπορεύσιμη αξία, ως εκ τούτου οι υπηρεσίες υγείας δομούνται με όρους management και οι υπηρεσίες απεξάρτησης αρκούνται στον περιορισμό της βλάβης (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Επίσης αντίκτυπο στη θεραπεία τους έχουν οι υποστελεχωμένες και οι υποχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων (Laudet & Humphreys, 2013) (Πουλόπουλος, 2011). Τέλος, ένα μεγάλο μέρος του δείγματος των απεξαρτημένων ανέφεραν, ότι, ενώ απευθύνθηκαν για θεραπεία σε δομές του ψυχοκοινωνικού μοντέλου, δεν μπόρεσαν να την ολοκληρώσουν. Η κριτική, που ασκείται στο μοντέλο των Κλειστών Κοινοτήτων εστιάζεται στο ότι μόνο μια μειοψηφία των εθισμένων τις προσεγγίζουν, γιατί η είσοδος σε αυτές είναι κυρίως εθελοντική και προϋποθέτει ισχυρό κίνητρο για αλλαγή σε αντίθεση με τον μέσο εξαρτημένο (Kring, Davison, Neale, & Sheri, 2010).

Σχετικά με τα προγράμματα αυτοβοήθειας όπως οι Ν.Α. εμπειρία συμμετοχής είχαν μόνο μετέχοντες από την ομάδα των απεξαρτημένων. Αναφορές έγιναν στο οικονομικό κόστος συμμετοχής σε κάποιο από τα κλειστά προγράμματα Ν.Α., που εκτός από το ότι είναι πολύ ψηλό αλλοτριώνει την ιδεολογία του. Συγκεκριμένα μία συμμετέχουσα ανέφερε ότι αναγκάστηκε να πάρει δάνειο για να μπει στο πρόγραμμα. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει τις μεγάλες ανισότητες που υπάρχουν στις υπηρεσίες υγείας αποκλείοντας έτσι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού από αυτές. Όπως τονίζουν οι Cloud and Granfield, (2008), τα άτομα που κατέχουν φυσικό κεφάλαιο έχουν περισσότερες επιλογές, όσο αφορά την θεραπεία απεξάρτησης και την διακοπή της χρήσης ουσιών. Η κατοχή φυσικού κεφαλαίου δίνει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπου προσφέρεται επαγγελματική βοήθεια συμπεριλαμβανομένων της σωματικής αποτοξίνωσης και της ενδονοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Επίσης αναφέρθηκαν και στην μη δέσμευση τους στην θεραπεία στο αρχικό στάδιο. Αυτό όμως άλλαξε με την πάροδο του χρόνου καθώς αναπτύχθηκαν ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών του Ν.Α. προκαλώντας θετικά συναισθήματα, ενώ δύο μετέχοντες συμμετέχουν ακόμα ενεργά στις ομάδες αυτοβοήθειας του. Η έρευνα αυτή τεκμηριώνει την μεγάλη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου στην διαδικασία της απεξάρτησης. Όπως υποστηρίζει ο Putman (2000), η αίσθηση της ασφάλειας, από τη μία ενισχύει τη συμμετοχή των ατόμων στη κοινότητα και από την άλλη η υψηλή συμμετοχή στις τοπικές δραστηριότητες εντείνουν την αίσθηση ασφάλειας στην κοινότητα. Ακόμη, υπάρχουν στοιχεία, που συνδέουν τη χαμηλή εγκληματικότητα με την ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου (Κορνιλάκη και συν, 2010). Ενώ σύμφωνα με τους Herbeck et al. (2014 στο Boeri, 2016) η δημιουργία νέων κοινωνικών δικτύων είναι μεγάλης σημασίας για την διατήρηση της ανάκαμψης. Μία συμμετέχουσα τόνισε τα επώδυνα συναισθήματα, που αναδύθηκαν κατά το αρχικό στάδιο της θεραπείας, ενώ δύο συνεντευξιαζόμενες άσκησαν αρνητική κριτική στους Ν.Α. τόσο στο κομμάτι της αυστηρότητας των πρακτικών του, όσο και στην μη τήρηση της εχεμύθειας από τα μέλη του. Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν και στο μοντέλο απεξάρτησης, που θα επέλεγαν για τον εαυτό τους και τους άλλους. Η πλειοψηφία των εξαρτημένων είχε άγνοια για τα προγράμματα απεξάρτησης, ενώ ένας μετέχων δήλωσε, ότι θα σταματούσε την χρήση με τις δικές του δυνάμεις. Αντίθετα οι συνεντευξιαζόμενοι από την ομάδα των απεξαρτημένων, ήταν όλοι ενημερωμένοι για τα υπάρχοντα προγράμματα απεξάρτησης. Ένα μεγάλο κομμάτι της ομάδας των απεξαρτημένων τόνισε την σημασία της εξατομικευμένης θεραπείας εστιάζοντας στην μοναδικότητα

της κάθε περίπτωσης. Η παρούσα έρευνα τεκμηριώνει την ανάγκη για αξιολόγηση και παρέμβαση λαμβάνοντας υπόψιν τα μοναδικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να αναζητηθεί η γέννηση της εξάρτησης σε πολυεπίπεδη προσέγγιση με στόχο την αντιμετώπισή της, εξετάζοντας ο κάθε ειδικός από την σκοπιά του τους βιολογικούς, νευρολογικούς, γενετικούς, ψυχολογικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, νομικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και ιστορικούς παράγοντες (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008). Η See (2013) τονίζει κύριο μέλημα του επαγγελματία, που ασχολείται με τον εξαρτημένο στην δια-μεθοδική θεραπευτική προσέγγιση είναι να δρα εξατομικευμένα, προσαρμοζόμενος στην προσωπικότητα του πελάτη και στο βίωμα της εξάρτησης. Όσο αφορά ποια θεραπεία θα επέλεγαν δύο μετέχοντες επέλεξαν το Ν.Α., μία το ΚΕΘΕΑ, ένας τον ΟΚΑΝΑ, ενώ ένας μετέχων αναφέρθηκε στην ανάγκη ύπαρξης ενός συνθετικού μοντέλου. Όπως αναφέρει το Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services, (2013), καθώς οι συγκρούσεις ανάμεσα σε αυτά τα ανταγωνιστικά μοντέλα προσέγγισης του φαινομένου του εθισμού έχουν γίνει εμφανείς, και καθώς η έρευνα έχει επιβεβαιώσει ότι υπάρχει μια δόση αλήθειας σε κάθε μοντέλο, το πεδίο του εθισμού αναζητά ένα μοναδικό κατασκεύασμα, για να ενσωματώσει αυτές τις διαφορετικές αντιλήψεις.

Στο θέμα των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών, της οικονομικής κρίσης και της επιρροής, που είχαν αυτές στις ζωές των συμμετεχόντων η κύρια ομοιότητα, που βρέθηκε είναι ότι η πλειοψηφία της ομάδας των εξαρτημένων και ένα μεγάλο μέρος της ομάδας των απεξαρτημένων ανέφεραν ότι επηρεάστηκαν σημαντικά. Η ομάδα των εξαρτημένων τόνισε, ότι οι κοινωνικό οικονομικές πιέσεις τους στερούν τα οράματα και τους προκαλούν άγχος κάτι, που τους οδηγεί στην χρήση ως μέσο φυγής από την πραγματικότητα, ενώ η απουσία οράματος αναφέρθηκε και από την ομάδα των απεξαρτημένων, που εστίασε και στις δυσκολίες, που προκαλούνται στο εργασιακό κομμάτι βάζοντας εμπόδια στην προσπάθεια απεξάρτησης τους. Οι πιέσεις αυτές προκαλούν συναισθήματα αδικίας, απογοήτευσης και θυμού. Η μελέτη αυτή τεκμηριώνει την ισχυρή σχέση, που υπάρχει μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και του φαινομένου της εξάρτησης, Σύμφωνα με την Μάτσα (2008) το καθεστώς φτώχειας εντείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό, ιδίως των πιο αδύναμων οικονομικά. Με αυτές τις συνθήκες το κοινωνικό κλίμα μετατρέπεται σε δυστοπία και η εξάρτηση μετατρέπεται σε μέσο φυγής από την κοινωνική πραγματικότητα. Σε

συνθήκες κοινωνικής ευαλωτότητας μία ήδη ευάλωτη προσωπικότητα, αντί να υποστηριχθεί και να προστατευτεί, έχει περισσότερες πιθανότητες να εκτεθεί σε κίνδυνο (Μάτσα, 2013). Η ανεργία επίσης λειτουργεί ως παράγοντας επικινδυνότητας, μιας και επιλέγεται η χρήση ουσιών, ως μία παράδοξη στρατηγική αποφόρτισης από το άγχος των οικονομικών προβλημάτων (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008).

Αντίθετα κάποιοι μετέχοντες και από τις δύο ομάδες ανέφεραν, ότι δεν επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση για διαφορετικούς όμως λόγους. Η ομάδα των απεξαρτημένων τόνισαν ως λόγους μη επιρροής την αποκλειστική τους ενασχόληση με την εύρεση της δόσης τους, κάτι που τους έκανε αδιάφορους για το τι συμβαίνει γύρω τους, το ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο δεσμού και την προσήλωση στον στόχο της απεξάρτησης. Η ομάδα των εξαρτημένων ανέφερε την ύπαρξη ισχυρού ανθρώπινου κεφαλαίου (εργασία). Τέλος ένας μετέχων και από τις δύο ομάδες ανέφερε ως λόγο μη επιρροής το είδος της ουσίας, που κάνει χρήση. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει τον προστατευτικό ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου. Σύμφωνα με τους Cloud and Grandfield (2001), το κοινωνικό κεφάλαιο είναι άνισα κατανομημένο ανάμεσα στους χρήστες ουσιών και αυτοί που κατέχουν περισσότερο έχουν περισσότερες πιθανότητες για επιτυχή απεξάρτηση .

Σχετικά με την συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας και τα εμπόδια που αυτή θέτει στην πρόσβαση στην θεραπεία μεγάλο μέρος και των δύο ομάδων αναφέρθηκε στην έλλειψη υπηρεσιών απεξάρτησης, στην άνιση γεωγραφική τους κατανομή, στις λίστες αναμονής και στην έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών. Ειδικά η ομάδα των εξαρτημένων τόνισε την αδιαφορία του κράτους προς το πρόβλημα της εξάρτησης, ενώ αναφέρθηκαν και στις λύσεις τονίζοντας την μεγάλη σημασία της παιδείας, της αυτό οργάνωσης και της αλληλεγγύης. Οι δυσκολίες αυτές γεννούν και στις δύο ομάδες συναισθήματα απογοήτευσης και αγανάκτησης, καθώς νιώθουν, ότι δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους. Αντίθετα δύο μετέχοντες από την ομάδα των απεξαρτημένων ανέφεραν, ότι η συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας δεν τους έχει επηρεάσει λόγω της ύπαρξης κοινωνικού κεφαλαίου (αυτοοργάνωση των ομάδων αυτοβοήθειας N.A.) και λόγω της προσήλωσης στο στόχο της απεξάρτησης. Η παρούσα μελέτη τεκμηριώνει την σχέση ανάμεσα στην συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας και στην έλλειψη ολοκληρωμένων υπηρεσιών απεξάρτησης και την θετική επιρροή του κοινωνικού κεφαλαίου στην διαδικασία της απεξάρτησης. Όπως αναφέρει η Μάτσα (2008), τέτοιες κοινωνίες είναι απότοκα οικονομικών δυσπραγιών με

περιορισμένη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και άρα των δομών καταπολέμησης προβληματικών συμπεριφορών γύρω από τις εξαρτήσεις. Στο πρόσωπο του εξαρτημένου διαπιστώνεται η αποτυχία της κοινωνίας να προστατεύσει τις ευάλωτες ομάδες (Μάτσα, 2013).

Όσο αφορά την αποποινικοποίηση των ουσιών βρέθηκε σημαντική ομοιότητα των απόψεων μεταξύ της πλειοψηφίας του δείγματος των εξαρτημένων και ενός μεγάλου μέρους των απεξαρτημένων. Οι μετέχοντες και από τις δύο ομάδες τόνισαν τις αρνητικές συνέπειες της ποινικοποίησης. Μίλησαν για την περιθωριοποίηση που βίωσαν ή και βιώνουν, για τον φόβο σύλληψης, τον αρνητικό αντίκτυπο που έχει στους στόχους τους και τις δυσκολίες που βάζει στην προσπάθεια απεξάρτησης. Σύμφωνα με τον Dinitto (2005: 204), παρά το ότι *«οι εξαρτήσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως προβλήματα δημόσιας υγείας το πολιτικό κλίμα παραμένει εμποτισμένο με την οπτική της ποινικής δικαιοσύνης. Η οπτική αυτή καλείται πόλεμος κατά των ναρκωτικών»*. Το μεγαλύτερο μέρος των κονδυλίων για τα ναρκωτικά δεν διατίθεται για την πρόληψη, θεραπεία και έρευνα αλλά για την επιβολή του νόμου και τον σωφρονισμό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να πιέσουν για αύξηση των κονδυλίων, που διατίθενται για θεραπεία, έρευνα και πρόληψη καθώς και να τονώσουν τις προσπάθειες για πολιτική δράση και συνηγορία στοχεύοντας στην πολιτική αλλαγή, που είναι προϋπόθεση για την αλλαγή των πολιτικών που αφορούν τα ναρκωτικά. Μεγάλο μέρος του δείγματος των εξαρτημένων τάχθηκε υπέρ της απόποινικοποίησης του χασίς, ενώ και από τις δύο ομάδες αναφέρθηκαν στην ανάγκη αλλαγής νομοθεσίας για το αλκοόλ. Τρεις μετέχοντες από την ομάδα των απεξαρτημένων τάχθηκαν κατά της αποποινικοποίησης όλων των ουσιών, καθώς θεωρούν, ότι αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης και των θανάτων από αυτή. Επίσης, κοινή ήταν η έμφαση, που δόθηκε στην ανάγκη δημιουργίας κράτους δικαίου, που θα τιμώρει πραγματικά τους μεγάλους εμπόρους ναρκωτικών, καθώς και η ρύθμιση της νομοθεσίας με βάση την επικινδυνότητα της ουσίας. Ο Dinitto (2005) τονίζει, ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να είναι πρωτοπόροι στην επέκταση των προγραμμάτων μείωσης βλάβης και να υποστηρίζουν την εφαρμογή τέτοιων στρατηγικών, όπως για παράδειγμα η δημιουργία χώρων εποπτευόμενης χρήσης, καθώς αυτές έχουν θετικά αποτελέσματα όχι μόνο για την υγεία των ουσιοεξαρτημένων αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Στο ζήτημα της αίσθησης ισοτιμίας βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Η πλειοψηφία των εξαρτημένων δεν αισθάνεται ισότιμο μέλος της

κοινωνίας σε αντίθεση με την πλειοψηφία των απεξαρτημένων. Η πρώτη ομάδα έδωσε έμφαση σε δομικές ανισότητες, που υπάρχουν στην κοινωνία ανεξαρτήτως χρήσης ενώ λόγος έγινε και για την απουσία κοινωνικής συνοχής. Ο Πουλόπουλος (2011), αναφέρει, ότι εξάρτηση νοείται το απότοκο της κοινωνικής δυσλειτουργίας, με συνέπειες για τα κοινωνικά υποκείμενα τον αποκλεισμό, την ηθική μοναξιά και τον στιγματισμό, εφόσον δεν «συμμορφώνονται» με τις επιταγές περί ευρωστίας της «κυρίαρχης κοινωνικής ομάδας». Επίσης δύο μετέχοντες του δείγματος των εξαρτημένων αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους ως πιο ανεπηρέαστη σε σχέση με άλλους πιο βαριά εξαρτημένους, που θεωρούν, ότι βιώνουν περισσότερη περιθωριοποίηση και αποκλεισμό. Τέλος, μια μετέχουσα από το δείγμα των απεξαρτημένων εξαρτά την αίσθηση ισοτιμίας από τον κοινωνικό της περίγυρο, ενώ η απουσία επαγγελματικής ταυτότητας είναι εμπόδιο για άλλη μία. Άλλωστε η εργασία πέρα από την παροχή εσόδων στο κοινωνικό υποκείμενο, το κάνει να νοιώθει χρήσιμο ως προς το σύνολο και παραγωγικό, αξιοποιώντας διάφορες μορφές ικανοτήτων του (Πουλόπουλος, 2011) (Μάτσα, 2008).

5.5 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, βάσει των ευρημάτων οι εξαρτημένοι κατέχουν Αρνητικό Κοινωνικό Κεφάλαιο, που σχετίζεται με φιλικά δίκτυα γύρω από τη χρήση και περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα, που μπορούν να αντλήσουν υποστήριξη. Όσον αφορά τα οικογενειακά δίκτυα, δεν έχουν παρακινηθεί για θεραπεία απεξάρτησης και η επιρροή της οικογένειάς τους λειτουργεί μη ενθαρρητικά τόσο στη χρήση τους, όσο και εν γένει. Συγκριτικά, στη περίπτωση των απεξαρτημένων αποκαταστάθηκαν πολλές σχέσεις, που είχαν διαβρωθεί, και ανέπτυξαν από τη περίοδο της θεραπείας και μετά ευρύτερα πιο υγιή κοινωνικά δίκτυα (π.χ. συντροφικές σχέσεις, δίκτυα προερχόμενα από τη θρησκεία και τη θεραπεία).

Σε σχέση με τους κοινωνικούς ρόλους, που πραγματώνουν, οι εξαρτημένοι παρέμειναν σταθεροί. Δεν ανέπτυξαν νέους ρόλους, ούτε όμως απώλεσαν παλαιότερους, ενώ η ύπαρξη οικογενειακών κοινωνικών ρόλων λειτουργεί προστατευτικά ως προς τη μείωση της χρήσης. Απ' την άλλη, οι απεξαρτημένοι κατά τη διάρκεια της χρήσης είχαν περιορισμένα αποθέματα Ανθρώπικου και Κοινωνικού Κεφαλαίου, τα οποία αυξήθηκαν μέσω της ανάκτησης κάποιων παλαιότερων ρόλων

και απόκτησης νέων. Οι νέοι αυτοί ρόλοι λειτουργούν προστατευτικά ως προς την αποχή από τη χρήση.

Επίσης, οι απεξαρτημένοι παρουσιάζονται με περισσότερο Επίσημο Κοινωνικό Κεφάλαιο, καθώς η πλειοψηφία τους αναζήτησε θεραπεία. Μέσω της θεραπείας αναγνώρισε το πρόβλημα –αυξημένο Γνωστικό Κεφάλαιο, που είναι μέρος του Κοινωνικού. Ως αποτέλεσμα της απεξάρτησής τους αυξήθηκε το αίσθημα της αποδοχής και αντιλαμβάνονταν την ένταξη τους στο κοινωνικό σύστημα (Ανεπίσημο Κοινωνικό Κεφάλαιο). Σε αντιδιαστολή, οι εξαρτημένοι είχαν έλλειψη ενημέρωσης για τη θεραπεία και δεν είχαν απευθυνθεί σε αυτή. Αυτό συνεπάγεται με έλλειψη Γνωστικού Κεφαλαίου, αφού η μη αναγνώριση του προβλήματος οδήγησε σε αγνοια για τα παρεχόμενα θεραπευτικά προγράμματα.

5.6 Προτάσεις

Με γνώμονα τα προαναφερθέντα, προτείνεται η δόμηση παρεμβάσεων κατά των εξαρτήσεων βασιζόμενων στο Κοινωνικό Κεφάλαιο και στο Κεφάλαιο Ανάκαμψης, που είναι σφαιρικές προσεγγίσεις των ανθρώπινων προβλημάτων. Αυτό γιατί, από μόνες τους οι ανθρώπινες ανάγκες είναι πολυδιάστατες.

Ταυτόχρονα, η έννοια και η θεωρία του Κοινωνικού Κεφαλαίου και της Κοινωνικής Ανάκαμψης ανταποκρίνεται στις ουσιώδεις αρχές της Κοινωνικής Εργασίας. Επομένως, η εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών χρειάζεται να ενσωματώσει τους παραπάνω όρους, ώστε οι παρεμβάσεις τις κοινωνικής εργασίας να αντιλαμβάνονται και να αντιμετωπίζουν ολιστικά τα κοινωνικά προβλήματα, όπως την εξάρτηση. Σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να αναλυθεί η αναποτελεσματικότητα των αποσπασματικών θεραπευτικών μοντέλων κατά των εξαρτήσεων και να προωθηθεί η έρευνα και η εφαρμογή ενός Δια-μεθοδικού μοντέλου.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γαλάνης, Π.. (2017) Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 34(6): pp.834-840.
- Γκράμισι Α., (1973) *Ιστορικός Υλισμός: Τετράδια της Φυλακής, Οδυσσέας*, Αθήνα, 1973.
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (2011). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας, Μοντέλα Παρέμβασης: Από την ατομική στην γενική-ολιστική προσέγγιση* (Δεύτερη εκδ.). (Μ. Αποστολοπούλου, Επιμ.) Αθήνα: Τόπος.
- Ζαϊμάκης, Γ. (2002) *Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες. Ανάπτυξη, Συλλογική δράση, Πολυπολιτισμικότητα*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα
- Ζλατάνος Δ, Χριστοφορίδου Μ, Ρογκότης Χ. (1994) *Η Συνεργασία με την Οικογένεια του Χρήστη σαν Συντελεστής στη Διαδικασία Απεξάρτησης*, Ανακοίνωση στο 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (ΕΨΕ), Περιλήψεις, σελ. 80.
- Ιατρίδης Δ, (1973) *Κοινωνικός σχεδιασμός για την οργάνωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου περιβάλλοντος*. Αθήνα: Συμβούλιο Επιμορφώσεως εις τη Κοινωνική Εργασία.
- Κατσαπη, Χ. (2010) *Πολιτισμική προσαρμογή και πιλοτική εφαρμογή του εργαλείου του κοινωνικού κεφαλαίου (SOCAT) σε επίπεδο νοικοκυριών σε αστική και αγροτική κοινότητα του Δήμου Γαζίου*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Κονιόρδος Σ.Μ., (2006) «Κοινωνικό κεφάλαιο: μεταξύ θεωρητικής σαφήνειας και σύγχυσης», *Επιστήμη και Κοινωνία*, τεύχος 16, σελ. 1-38.
- Κορνηλάκη, Ε. Νικολάου, Α. Τζανάκη, Ε. (2010). «*Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μικρο και μέσο σε μια ημιαστική τουριστική κοινότητα και η αποτύπωση του γνωστικού (cognitive s.c.) και του θεσμικού (structural s.c.) κοινωνικού κεφαλαίου της. Το παράδειγμα των Κάτω Γουβών*». Πτυχιακή Εργασία. Τ.Ε.Ι Κρήτης, Ηράκλειο
- Κούτρα, Κ. (2014). *Κοινωνικό κεφάλαιο και συμπεριφορές υγείας σε μαθητές της Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Ηρακλείου. Ο παρεμβατικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας με κοινότητα*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

- Κούτρα, Κ., & Ράτσικα, Ν. (2017). Μελέτη Περίπτωσης: Ομάδα Αυτοβοήθειας Φροντιστών Ηλικιωμένων. Στο Σ. Πέτρος, *Κοινωνική Εργασία. Στρατηγικές, Μέθοδοι, Τακτικές, Πρωτοπόροι της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κριτσωτάκης Γ., Μαϊόβης Π., Κούτης Α. & Φιλαλήθης Α.Ε., (2009) «Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμος 26, τεύχος 4, Ιούλιος 2009, σελ. 523-535.
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β.(2010). ‘ Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη’. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 27: pp. 834-840.
- Λιάππας Α.Γ., (1992), *Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση*, εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα.
- Λιναρδής Α., Κουσούλη Μ., Σταθογιαννάκου Ζ. (2012). *Μία bottom- up διερεύνηση των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου*. ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...* Αθήνα : Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση: το 'Παράδειγμα' του ΙΔΑΝΩ*. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2013). *Ταπείνωση και Ντροπή: γυναίκες τοξικομανείς*. Αθήνα: Άγρα.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2019). *Ρωγμές, ρήγματα και αντιστάσεις στην κυρίαρχη ψυχιατρική*. Αθήνα: Άγρα.
- Μεμόλι, Σ. (2009) «*Το πρόβλημα των ναρκωτικών και η αντιμετώπιση του: Ο ρόλος των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση*». Διπλωματική Διατριβή. Τ.Ε.Ι Πειραιά, Αθήνα.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2010). *Λεξικό για το αλκοόλ και τις λοιπές ψυχοδραστικές ουσίες*. (Μ. Μιλλιώρη, Επιμ.) Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι Κοινότητες της Αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.
- Πούπος Η., (2010) *Το Κοινωνικό Κεφάλαιο στην Ελλάδα*, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), Αθήνα, 2010

- Πύλλη, Μ., και Ραφτόπουλος, Β. (2012) Περιγραφή των βασικών μεθόδων δειγματοληψίας των δύσκολα προσβάσιμων πληθυσμών που χρησιμοποιούνται στην επιτήρηση της HIV λοίμωξης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6): pp.737-743.
- Σαρρή, Γ. (2011) «*Η συμβολή της οικογενειακής θεραπείας σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Μελέτη οικογένειας*». Διπλωματική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Σταθόπουλος, Π. (2001) *Κοινωνική Εργασία. Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Έλλην.
- Στουρνάρα, Ε.-Α. (2018). *Κλινικοθεωρητική μελέτη ομάδας ατόμων σε απεξάρτηση βασισμένη στη μέθοδο: 'Αναλυτικό Μουσικόδραμα της Ξ. Ντακοβάνου'*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Σωτηρόπουλος Δ., «*Θετικό και αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο και η άνιση ανάπτυξη της κοινωνίας πολιτών στη νοτιοανατολική Ευρώπη*» *Επιστήμη και Κοινωνία*, τεύχος 16, 2006, σελ. 139-161.
- Τσούνης, Α. και Σαράφης, Π. (2016). Κοινωνικό κεφάλαιο: μία απόπειρα εννοιολογικής οριοθέτησης του όρου. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*. Τόμος ΙΖ, τεύχος 66.
- Χτούρης, Σ. (2009) *.Η χωρική διάσταση του Κοινωνικού - Πολιτισμικού Κεφαλαίου*. Σύγχρονα Θέματα.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Abar, C., & Turrisi, R. (2008). How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yields on their college teens' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 33, 1360-1368.
- Adam B., Jonas., April M., Young, Carrie B., Oser Carl G., Leukefeld Jennifer R., Havens (2012) 'OxyContin as currency: OxyContin use and increased social capital among rural Appalachian drug users.' *Science & medicine*, 74 (10), pp.1602-1609.
- Afifi T, Cox BJ, Katz LY. (2007) 'The associations between health risk behaviors and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry*, 52(10), pp.666-74.
- Agardh, A., Emmelin, M., Muriisa, R. & Östergren, p., (2010) Social capital and sexual behavior among Ugandan university students, *Global Health Action*, 3.
- Aghabakhshi, H. and Gregor, C. (2007) Learning the lessons of Bam The role of social capital., *International Social Work*, 50(3), pp.347-356.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Attwood, C., Singh, G., Prime, D. & Creasey R., (2001) *Home Office Citizenship Survey: People, Families and Communities*, Home Office Research and statistics Redecorate, London, 2003.
- Bartlett, H., (1970) *The common base of social work practice*. Washington DC: NASW.
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L., & Kawachi, I. (2000). A historical framework for social epidemiology. In L. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Best, D., Gow, J., Knox, T., Taylor, A., Groshkova, T., and White, W. (2012) Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital., *Drug and Alcohol Review* 31(3), pp.334-341.
- Best, D., McKitterick, T., Beswick, T. and Savic, M. (2015) Recovery Capital and Social Networks Among People in Treatment and Among Those in Recovery in York, England, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(3), pp.270-282.
- Bhattacharya, G. (2005). Social capital and HIV risks among acculturating Asian Indian men in New York City. *AIDS Education and Prevention*, 17(6), pp.555–567.
- Boeri M., Gibson D., and Boshears P. (2014) Conceptualizing Social Recovery: Recovery Routes of Methamphetamine Users. *J Qual. Crim. Justice Criminol.* 2(1): 5–38.
- Boeri, M., Gardner, M., Gerken E., Ross, M. and Wheeler J. (2016). “I Don’t Know What Fun Is”: Examining the Intersection of Social Capital, Social Networks, and Social Recovery. *Drugs Alcohol Today*. 16(1): pp.95–105.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lindström, M., & Nystedt, P. (2003). Investments in social capital-implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine*, 56(12), pp.2379-2390.
- Bourdieu, P. and Wacquant, L. (1992) *An invitation to reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

- Bourdieu, P., (1980). 'Le capital social', Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 3, 2 -3.
- Bourdieu, P., (1986). 'The forms of capital'. In Richardson, J. (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood.
- Boyce W, Doherty-Poirier H, Mackinnon D, (2003) 'Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study, Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Behaviours' Toronto, Ontario: Council of Ministers of Education, Canada.
- Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D. (2008) 'Adolescent risk taking, neighborhood social capital., and health.' *J Adolesc Health* 2008, 43: pp.246-252.
- Braun, V., Clarke, V. & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. In B. Smith & A. C. Sparkes (Eds.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* pp.191-205. London: Routledge.
- Burke, A, and Clapp, J. (1997) Ideology and Social Work Practice in Substance Abuse Settings, *Social Work*, 42(6) pp.552-562.
- Carcach C. & Huntley C. Community Participation and Regional Crime, Trends and Issues in Crime and Crime and Criminal Justice, no.222 *Australian Institute of Criminology*, Canberra, 2002.
- Carlson P. (2004) 'The European health divide: A matter of financial or social capital?' *Soc Sci Med* 2004, 59: pp.1985–1992.
- Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services. (2013). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series(35)*. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Cervone, D., & Pervin, L. (2013). *Θεωρίες Προσωπικότητας*. (Α. Μπούζος, Επιμ., Α. Αλεξανδροπούλου, & Β. Καμπορόζος, Μεταφρ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Chinn, D. J., White, M., Harland, J., Drinkwater, C., & Raybould, S. (1999). Barriers to physical activity and socioeconomic position: Implications for health promotion. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, pp.191–192.
- Chuang, Y. & Chuang K. (2008) 'Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan' *Social Science & Medicine* 67, pp.1321–1330.

- Clarke, V., Braun, V. and Hayfield, N. (2015) Thematic Analysis. In: Smith (Ed) *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, SAGE Publications, London pp.222-248.
- Cloud, W. and Granfield, R. (1999) *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.
- Cloud, W. and Granfield, R. (2001) Natural Recovery from Substance Dependency: Lessons for Treatment Providers, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), pp.83-104.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2009). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*(43), σσ. 1971-1986.
- Coleman J., (1988) "Social Capital in the Creation of Human Capital", *American Journal of Sociology* volume 94, Supplementary issue, 1988, pages 95-120.
- Coleman JS., (1990) *The Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Colletta N.J. & Cullen M.L. (2000) *Violent conflict and the transformation of social capital: lessons from Cambodia, Rwanda, Guatemala and Somalia*. World Bank, Washington.
- Collins, D., Jordan , C., & Coleman, H. (2017). *Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια* (4 εκδ.). (Χ. Ασημόπουλος, Σ. Μαρτινάκη, Επιμ., & Θ. Κωτσόπουλος, Μεταφρ.) Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Cox E., (2000). "Creating a more civil society: Community level indicators of social capital", *Just Policy: A Journal of Australian Policy*, volume 19, issue 20, September 2000, pages100-107.
- Croll, P. (2004). Families, social capital and educational outcomes. *British Journal of Educational Studies*, 52(4), pp. 390-416.
- Crone, M. R., Reijneveld, S. A., Wilhelmsen, M. C., van Leerdam, F. J., Spruijt, R.D., & Sing, R. A. (2003). Prevention of smoking in adolescents with lower education: A school based intervention study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(9), pp. 675–680.
- Crosby, R.A., Holtgrave, D.R., DiClemente, R.J. *et al.* (2003) 'Social Capital as a Predictor of Adolescents' Sexual Risk Behavior: A State-Level Exploratory Study. *AIDS Behav* 7, pp.245–252.

- Curran, E.M. (2007). The Relationship between Social Capital and Substance Use by High School Students. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 51(2), pp. 59-73.
- Dailey, S., Howard, K., Roming, S., Ceballos, N., & Grimes, T. (2020). A biopsychosocial approach to understanding social media addiction. *Human Behavior and Emerging Technologies*, σσ. 1-10. doi:10.1002/hbe2.182
- Darke, S., Degenhardt, L., Mattick, R.P., (2007) *National Drug and Alcohol Research Centre* (Australia) Mortality Amongst Illicit Drug Users: Epidemiology, Causes, and Intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daymon, C., & Holloway, I. (2003). *Qualitative research methods in public relations and marketing communications*. London: Rout ledge.
- De Irala - Estevez, J., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prattala, R., & Martinez Gonzalez, M. A. (2000). A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: Consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, pp.706–714.
- Dhesi A., (2000) "Social Capital and Community Development", *Community Development Journal*., volume 35, issue 3, July 2000, pages 199-214.
- DiNitto, D. (2002) War and Peace: Social Work and the State of Chemical Dependency Treatment in the United States, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3-4), pp.7-29.
- Dinitto, D. (2005) The future of social work practice in addictions. *Advances in Social Work*. 6(1) pp.202-209.
- Drukker M, Krabbendam L, Driessen G, Van Os J (2006). ‘Social disadvantage and schizophrenia. A combined neighborhood and individual-level analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41: pp.595–604.
- Drydakis N. (2015). ‘The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis’. *Soc Sci Med*, 128: pp.43–51.
- Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*(10), pp. 91-101.

- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2002). 'A multilevel analysis of neighborhood context and youth alcohol and drug problems.' *Prevention Science*, 3(2), pp.125–133.
- Dupre, D., Miller, N., Gold, M., & Rospenda, K. (1995). 'Initiation and progression of alcohol, marijuana and cocaine use among adolescent abusers.' *American Journal of Addiction*, 4, pp.43–48.
- Durkheim E., (1960) *Suicide: A study in sociology*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Durst, D., Viol, J., Wickramasinghe, N. (2003) "Online Social Networks, Social Capital and Health-related Behaviors: A State-of-the-art Analysis," *Communications of the Association for Information Systems*, 32(5).
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Souliotis, K., Patelakis, A., Stefanis, K., (2014) 'Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece'. *Social Science & Medicine*, 100: pp.141-147.
- Edwards R., (2004) *Social capital in the field: introduction to researchers' tales, Families & Social Capital* ESRC Research Group Working. Paper No 10. London South Bank, London, 2004.
- Emmons, K. M. (2000). Health behaviors in a social context. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Erickson P and Cheung Y., (1999) 'Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital' *Journal of Drug Policy*, 10(3), pp. 235-246.
- Erickson P. Harm (1999) Reduction among Cocaine Users: Reflections on Individual Intervention and Community Social Capital'. *Int. J. Drug Policy* 10, pp. 235–246
- Ferguson, K. M. (2006). Social capital and children's wellbeing: A critical synthesis of the international social capital literature. *International Journal of Social Welfare*, 15(1), pp. 2-18.
- Fisher, K. J., Li, F., Michael, Y., & Cleveland, M. (2004). Neighborhood influences on physical activity among older adults: *A multilevel analysis*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11. pp. 45–63.

- Fisher, M, Holton, J. and van Wormer, K. (2013) *NASW standards for social work practice with clients with substance use disorders*. Washington: National Association of Social Workers.
- Fukuyama F., (2001) "Social capital, civil society and development", *Third World Quarterly* volume 22, issue 1, January 2001, pages 7-20.
- Galvani, S. (2012). *Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference*. Bristol: The Policy Press.
- Galvani, S. (2015) *Alcohol and other drug use, the role and capabilities of social work*, Manchester: Manchester Metropolitan University
- Gaviria, A., & Raphael, S. (2001). School-based peer effects and juvenile behavior. *Review of Economics and Statistics*, 83(2), pp. 257-268.
- Geronimus, A. T. (2000). To mitigate 'resist' or undo: Addressing structural influences on the health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90(6), pp 867-872.
- Glynn T. and Haenlein M. (1988) *Family theory and research on adolescent drug use. A review*, *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 1(2): 39-56.
- Godoy, R., Reyes-Garcia, V., McDade, T., Huanca, T., Leonard, W., Tanner, S., et al. (2006). Does village inequality in modern income harm the psyche? Anger, fear, sadness, and alcohol consumption in a pre-industrial society. *Social Science & Medicine*, 63(2), pp.359–372.
- Gomis Vicent, E., Thoma, V., Turner, J., Hill, K., & Pascual-Leone, A. (2019, November). Review: Non-Invasive Brain Stimulation in Behavioral Addictions: Insights from Direct Comparisons With Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*, pp. 431-454.
- Granfield, R. and Cloud, W. (2001) Social Context and "Natural Recovery": The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse*, 36(11), pp.1543-1570.
- Greiner, K. A., Chaoyang, L., Kawachi, I., Hunt, D. C., & Ahluwalia, J. S. (2004). The relationships of social participation and community ratings to health behaviors in areas with high and low population density. *Social Science and Medicine*, 59, pp.2303–2312.

- Gulliver, S. B., Hughes, J. R., Solomon, L. J., & Dey, A. N. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90, pp.767–772.
- Haapanen, N., Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., & Pasanen, M. (1996). Characteristics of leisure time physical activity associated with decreased risk of premature all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *American Journal of Epidemiology*, 143, pp.870–880.
- Hagan J., McCarthy B. (1997) ‘Mean Streets Youth, Crime, and Homelessness’. *Cambridge University Press*, Cambridge.
- Hajek, P., West, R., & Wilson, J. (1995). Regular smokers, lifetime very light smokers and reduced smokers. Comparison of psychosocial and smoking characteristics in women. *Health Psychology*, 14, pp.195–201.
- Halpern, D. (2005). *Social capital: Polity Malden, MA*.
- Hawkins, R. and Maurer, K. (2012) Unravelling Social Capital: Disentangling a Concept for Social Work, *The British Journal of Social Work*, 42 (2) pp. 353–370.
- Healy, K. and Hampshire, A. (2002) Social capital: A useful concept for social work? *Australian Social Work*, 55(3), pp. 227-238.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (1997). *Social networks and social support*. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education* (pp. 179–205). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hennessy, E. (2017) Recovery capital: a systematic review of the literature, *Addiction Research & Theory*, 25:5, pp.349-360.
- Heywood, W., Patrick, K., Smith, A.M.A. & Pitts, M.K., (2015) ‘Associations between early first sexual influence and later sexual and reproductive outcomes: a systemic review of population- based data’. *Archives of sexual Behavior*, 44(3), pp. 531-569.
- J
- Jarvis, M. J., & Wardle, J. (2006). Social patterning of individual health: the case of cigarette smoking. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd edition, pp. 224–237). Oxford: Oxford University Press.
- Jayakody, R., Heckert, J. and Anh, D. (2010) *Social Change and Premarital Sexual Behavior and Attitudes in Vietnam*. SAGE Publications Ltd., Thousand Oaks.

- John U., Riedel J., Rumpf H. J., Hapke U., Meyer C. Associations of perceived work strain with nicotine dependence in a community sample. *Occup Environ Med*, 63, pp.207–11.
- Johnson, A. M., Mercer, C. H., & Cassell, J. A. (2006). Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd edition, pp. 318–340). Oxford: Oxford University Press.
- Johnson, A. M., Wadsworth, J., & Wellings Field, J. (1994). 'Sexual attitudes and lifestyles'. Oxford: Bradford Academic Press.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2008). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2007*, NIHP.
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), pp.73–107.
- Kaplan GA, Camacho T. (1983) 'Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort'. *Am J Epidemiol*, 117(3), pp.292–304.
- Kawachi I., Subramanian S., Kim D. (2008) Social Capital and Health. In: Kawachi I., Subramanian S., Kim D. (eds) *Social Capital and Health*. Springer, New York, NY.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Glass R. (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*, 89, pp.1187–93.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., Prothrow-Stith D. (1997) 'Social capital., income equality, and mortality. *Am J Public Health*, 87, pp.1491–8.
- Kawachi, I., Subramanian, S. and Kim, D. (2008) Social Capital to Kenkou. *Hyoron Sha Co., Ltd., Tokyo*, pp. 82-97.
- Keen, J. (2001) An International Social Work Perspective on Drug Misuse Problems and Solutions Reviewing Implications for Practice. *Journal of Social Work* 1(2), pp.187–199.
- Khawaja M, et al: Distrust,(2006). 'Social fragmentation and adolescents' health in the outer city: Beirut and beyond.' *Soc Sci Med*, 63: pp.1304-1315.

- Kim D, Subramanian SV, Gortmaker SL, et al. (2006) 'US state- and county level social capital in relation to obesity and physical inactivity: a multilevel, multivariable analysis. *Soc Sci Med*, 63(4), pp.1045–1059.
- King, G. (1997). The “race” concept in smoking: A review of the research on African Americans. *Social Science and Medicine*, 45(7): pp.1075–1087.
- Koutra, K. (2015) ‘*Community development: A challenging strategy for social capital, health promotion and community social work.*’ in Johnson Douglas, C. (Ed.) *Social Capital: Global perspectives, management strategies and effectiveness.*, Lawrenceville, GA: NOVA.
- Koutra, K., Kritsotakis, G., Linardakis, M., Ratsika, N., Kokkevi, A. & Philalithis, A. (2016) ‘*Social Capital., Perceived Economic Affluence, and Smoking During Adolescence: A Cross-Sectional Study*’ *Substance Use & Misuse*, 52(2), pp. 240-250.
- Koutra, K., Kritsotakis, G., AKAP Linardakis, M., Ratsika, N. (2014). *Social Capital, Perceived Economic Affluence, and Smoking During Adolescence: A Cross-Sectional Study.* *Substance Use & Misuse*, 1532-2491.
- Koutra, K., Kritsotakis, G., Orfanos, P., Ratsika, N., Kokkevi, A., Philalithis, A. (2014) *Social capital and regular alcohol use and binge drinking in adolescence: a cross-sectional study in Greece* *Drugs: education, prevention and policy*, 21(4) pp.299-309.
- Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi, M., Roumeliotaki, T. (2012). ‘*Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in a rural area of Crete*’. *Health & social care in the community* 20 (1), 61-69.
- Kouvonen, A., Oksanen, T., Valntera, A., Roberto De Voeli, Elovatinio, M., Pentti, I. Cox, T., Kivimaki, M., (2008) ‘*Work-place social capital and smoking cessation: The Finnish Public Sector Study*’. *Addiction*, 103(11), pp.1857-1865.
- Kring, A., Davison, G., Neale, J., & Sheri, J. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. (Ε. Αυδή, Π. Ρούσση, Επιμ., & Θ. Καραμπά, Μεταφρ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Kritsotakis G. & Gamarnikow E., (2004) "What is social capital and how does it relate to health?", *International Journal of Nursing Studies*, volume 41, issue 1, January 2004, pages 43-50.

- Kritsotakis G., Koutis A.D., Alegakis A.K.& Philalithis A.E. “Development of social capital questionnaire in Greece”, *Research in Nursing and Health*, volume 31, June 2008, pages 217-225.
- Kritsotakis, G., Psarrou, M., Androulaki, Z., Philalithis, A. (2016) ‘Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviors in youth adults’ *JAN*, 72(9), pp. 2098-2113
- Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: Results from a Greek health survey. *Int J Puplic Health*, 55: pp.391-400.
- Lala, S. and Straussner, A. (2001) The Role of Social Workers in the Treatment of Addictions, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), pp. 3-9.
- Liang, W.-M., Kuo, H.-W., & Wang, C.-B. (2002). Prevalence of tobacco smoking, drinking and betel nut chewing among Taiwanese workers in 1999. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 7, pp.146–154.
- Lindström M., Isacson S. O., Elmståhl S. (2003) ‘The Malmo Shoulder-Neck study group, Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study, *Tob Control*, 12: pp. 274–281.
- Lindstrom, (2004) ‘Social capital., the miniaturization of community and cannabis smoking among young adults’ *European Journal of Public Health*, 14, pp. 204-208.
- Lindstrom, M. (2003). Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study. *Preventive Medicine*, 36(2), pp.177–184.
- Lindstrom, M. (2005). Social capital., the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), pp.556–562.
- Lindstrom, M., & Mohensi, M. (2009). ‘Social capital., political trust and self-reported psychological health: a population- based study.’ *Social Science & Medicine*, 68(4), pp.36-443.
- Lindström, M., Hanson, B. S., & Östergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science and Medicine*, 52(3), pp.441–451.

- Lindström, M., Hanson, B. S., Wirfält, E., & Östergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices: The influence of psychosocial factors. *European Journal of Public Health*, 11, pp.51–59.
- Lindström, M., Moghaddassi, M., Bolin, K., Lindgren, B., & Merlo, J. (2003). Social participation, social capital and daily tobacco smoking: A population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), pp.444–450.
- Linh, L. and Blum, R. (2009) Premarital Sex and Condom Use among Never Married Youth in Vietnam. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21, pp.299-312.
- Locher, J., Ritchie, C., Roth, D., Baker, P., Bodner, E., & Allman, R. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine*, 60(4), pp.747–761.
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for health policy and epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47, pp.1181–1188.
- Loury, G.C. A Dynamic Theory of Racial Income Differences, in Wallace P.A. & LeMond A. (Eds). *Women, Minorities, and Employment Discrimination* (pages 153-186). Lexington Books, Lexington, 1977.
- Lowell, (2002) ‘Risking risk: The influence of types of capital and social networks on the injection practices and social capital’ *Social Science & Medicine*, 55 pp. 803-821
- Lundberg, O. (1992). Health inequalities in Sweden: levels and trends. *International Journal of Health Sciences*, 3: pp. 167–174.
- Lundborg, P. (2005). Social capital and substance use among Swedish adolescents—an explorative study. *Social Science & Medicine*, 61(6), pp. 1151-1158.
- Mansyura C, Amickb BC, Harrist RB, Franzini L. (2008). ‘Social capital., income inequality, and self-rated health in 45 countries’. *Soc Sci Med*, 66: pp.43–56.
- Marmot M. (2003). ‘Social determinants of health inequalities.’ *Lancet*, 365: pp.1099-1104.

- Marmot, M., Adelstein, A. M., Robinson, N., & Rose, G. A. (1978). Changing social-class distribution of heart disease. *British Medical Journal*, 2: pp.1109–1112.
- McCulloch A. (2001) ‘Social environments and health: Cross sectional national survey’. *Br Med J*, 323: pp.208–209.
- McIntosh, W. A., & Schiflett, P. A. (1984). Influence of social support systems on dietary intake of the elderly. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 4(1), pp.5–18.
- McLellan A., Loborsky L., Woody G.E., O’ Brien C.P., and Kron R., (2009), Are
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). ‘Sense of community: a definition and theory.’ *Journal of Community Psychology*, 14, pp. 6–23.
- McNeill, L.H., M.W. Kreuter and S.V. Subramanian (2006) “Social Environment and Physical Activity: A Review of Concepts and Evidence”, *Social Science & Medicine*, (63)4, pp. 1011–1022.
- Midgley, J. and Livermore, M. (1998) Social Capital and Local Economic Development: Implications for Community Social Work Practice, *Journal of Community Practice*, 5(1-2), pp.29-40.
- Mitchell CU., Lagomy M. (2002). ‘Social capital and mental distress in an impoverished community.’ *City Com* 2002, 1: pp.195–215.
- Mohan J, Twigg L, Barnard S, et al. (2005) ‘Social capital., geography and health: a small area analysis for England’. *Soc Sci Med* 2005, 60(6): pp.1267–1283.
- Moore, S., M. Daniel, C. Paquet, L. Dubé and L. Gauvin (2009b) “Association of Individual Network Social Capital with Abdominal Adiposity, Overweight and Obesity”, *Journal of Public Health*, 31(1), pp. 175–183.
- Munton, A., Wedlock, E., & Gomersall, A. (2014). The role of social and human capital in recovery from drugs and alcohol addiction. *Drug and Alcohol Review*, 1.
- Murray CJ, Lopez AD. (1997). ‘Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: *Global Burden of Disease Study* 349: pp.1436-1444.
- Murray, C. J., & Lopez, A. (1996). Quantifying the burden of disease and injury to ten major risk factors. In C. J. Murray & A. Lopez (Eds.), *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020* (pp. 295–327). Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the WHO.

- Oesterle, S., Hawkins, D., Kuklinski, M., Fagan, A., Fleming, C., Rhew, I., Catalano, R. (2015). Effects of Communities That Care on Males' and Females' Drug Use and Delinquency 9 Years After Baseline in a Community-Randomized Trial. *American Journal of Community Psychology* (56), pp. 217–228.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimaki, T., Pentti, J., Virtanen, M., Linna, A., et al., (2008) 'Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland, *Soc sci Med*, 66, pp.637-49.
- Onyx J. & Bullen P., "Measuring social capital in five communities" *Journal of Applied Behavioral Science*, volume 36, March 2000, pages 23–42.
- Østbye, T., Taylor, D.H., Jung, S.-H., (2002). 'A longitudinal study of the effects of tobacco smoking and other modifiable risk factors on ill health in middle aged and old Americans: results from the health and retirement study and asset and health dynamics among the oldest old survey.' *Prev. Med.* 34 (3), pp.334–345.
- Patterson, J., Eberly, L., Ding, Y., & Hargreaves, M. (2004). Associations of smoking prevalence with individual and area level social cohesion. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), pp. 692–697.
- Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. (2006) 'The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents'. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34: pp.344-502.
- Peele S., (1985) *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation*. D.C. Heath, Lexington, MA.
- Pickett W, Dostaler S, Craig W, et al. 'Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. *Injury Prev*,12, pp. 87–99.
- Pinilla, J., Gonzalez, B., Barber, P., & Santana, Y. (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(3), pp.227–232.
- Poortinga W. (2006) 'Do health behaviors mediate the association between social capital and health?' *Prev Med* 2006;43(6): pp.488–493.
- Poortinga W., (2006) 'Social capital: An individual or collective resource for health?' *Soc Sci Med*, 62: pp.292–302
- Pujol J., Flache A., Delgado J., & Sanguesa R., (2005) How Can Social Networks Ever Become Complex? Modelling the Emergence of Complex 187 Networks from

Local Social Exchanges. *Journal of Artificial Societies and Social Stimulation*, volume 8, issue 4, October 2005, page 12.

- Putnam R.D., (1993) "The Prosperous Community: Social Capital and Public Life", *The American Prospect*, volume 13, March 1993, pages 35-42.
- Putnam R.D., Leonardi, R. & Nanetti, R.Y. (1993) *Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy*, NJ: Princeton University Press, Princeton.
- Putnam, D. (1995) Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1). pp.65–78.
- Putnam, R., (1995) 'Tuning In, Turning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America', *Political Science and Politics* 28(4): 664-683.
- Putnam, R., (2000) *Bowling Alone: The Collapse .and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Rabin, D. L., & Barry, O. P. (1995). Community options for elderly patients. In W. Reichel (Ed.), *Care of the elderly. Clinical aspects of aging*. (4th edition, pp. 521–528). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Raistrick D. and Davidson R. (1985) *Alcoholism and Drug Addiction*, Churchill: London.
- Rehm, J., Room, R., & Moneiro, M. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, & C. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 1, pp. 959–1108. Geneva: World Health Organization.
- Rhodes, R. and Johnson, A., (1996) Social Work and Substance-Abuse Treatment: A Challenge for the Profession, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77(3), pp.182-185.
- Robson, C., (2010) *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσο για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα : Gutenberg.
- Rose R. (2000). 'How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians'. *Soc Sci Med*, 51: pp.1421– 1435.
- Roulston, C., (2001) Data analysis and 'theorizing as ideology'. *Qualitative Research*, 1(3).
- Ruckert, A., & Labonte, R. (2014). The Social Determinants of Health. *The Global Handbook of Health Policy*. (G. Brown, G. Yamey, & S. Wamala, Eds.) Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

- Sampson R.J., Raudenbush S.W. & Earls F. (1997) 'Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy', *Science*, volume 277, June 1997, pages 918–24.
- See, N. (2013). *Models and Theories of Addiction and the Rehabilitation Counselor*. Research Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Masters of Science In the field of Rehabilitation Counseling, Southern Illinois University Carbondale, IL.
- Seefeldt, V., Malina, R. M., & Clark, M. A. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medicine*, 32(3), pp.143–168.
- Shafiee, S., Razaghi, E., & Vedadhir, A. (2019, June). Multi-Level Approach to Theories of Addiction: A Critical Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2).
- Siahpush, M., Borland, R., Taylor, J., Singh, G., Ansari, Z., & Serraglio, A. (2006). The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine*, 63(11), pp. 2801–2812.
- Simpson K, Janssen I, Boyce WF, et al. (2006) 'Risk taking and recurrent health symptoms in Canadian adolescents. *Prev Med*, 83, pp.46 –51.
- Skrabski A., Kopp M., Kawachi I. (2003) 'Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Commune Health*, 57, pp.114–19.
- Smith, M., Whitetaker, T. and Weismiller, T, (2006) Social Workers in the Substance Abuse Treatment Field: A Snapshot of Service Activities, *Health & social work* 31(2), pp.109-115.
- Sobell, L., Sobell, M. and Ellingstad, T. (2000) Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions, *Addiction* 95(5), pp.749-764.
- Sooman, A., MacIntyre, S., & Anderson, A. (1993). Scotland's health- a more difficult challenge for some? The price and availability of healthy foods in socially contrasting localities in the west of Scotland. *Health Bulletin* (Edinburgh), 51, pp.276–284.
- Sorensen, G., Emmons, K., Hunt, M. K., Barbeau, E., Goldman, R., Peterson, K., et al. (2003). Model for incorporating social context in health behavior

interventions: Applications for cancer prevention for working-class, multiethnic populations. *Preventive Medicine*, 37(3), pp.188–197.

- Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., & Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighborhood environment. *Social Science & Medicine*, 60(8), pp.1681–1692.
- Stahl, T., Rutten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., et al. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle—results from an international study. *Social Science and Medicine*, 52(1), pp. 1–10.
- Stanton D. (1979) *Family treatment approaches to drug abuse problems: a review*, Family process. 18: 251-280.
- Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M et al., (2011) ‘Health behaviors, socioeconomic status, and mortality: Further analyses of the British Whitehall II and the French Gazel prospective cohorts’. *PloS Medicine*, 8.
- the “addiction related” Problems of Substance abusers Really Related? *Journal of*
- Treffers & Rein, S., (2016) "The Role of Social Capital in Drug Use and Dependence in Four Canadian Provinces". Electronic Theses and Dissertations. 5770. Publication No. 08-6418.
- Uphoff N., 2000 Understanding Social Capital: Learning from the Analysis and Experience of Participation, in: Parthadas G. & Serageldin S., (Eds) *Social Capital: A Multifaceted Perspectives* (pages 215-249). World Bank, Washington, 2000.
- VANDOROS S, HESSEL P, LEONE T, AVENDANO M. (2013). ‘Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi experimental approach. *Eur J Public Health*, 23: pp.727–731.
- Wardle J., Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Commun Health*, 57.
- Weich S, Lewis G. (1998). ‘Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study’. *BMJ* 317: pp.115-119.
- Wilkey, C., Lundgren, L and Amodeo, M. (2013) Addiction Training in Social Work Schools: A Nationwide Analysis, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(2), pp.192-210.
- Wilkinson R, Marmot M. (2003). ‘*Social determinants of health: The social facts.*’ Copenhagen: World Health Organization.

- Wilkinson, R. G. (2001). Putting the picture together: Prosperity, redistribution, health, and welfare. In J. A. Auerbach, & B. K. Krimgold (Eds.), *Income, socioeconomic status, and health: Exploring the relationships*. Washington, DC: Library of Congress.
- William, F. Boyce, Davies, D., Gallupe, O., Shelley, D. (2008). ‘Adolescent Risk Taking, Neighborhood Social Capital., and Health’ *Journal of Adolescent Health*’ 43, pp. 246–252.
- Wilson, W. J. (1987). *‘The truly disadvantaged: the inner-city, the underclass and public policy.’* Chicago: The University of Chicago Press.
- Winkelman, M. (2001). Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: a shamanic perspective. *International Journal of Drug Policy*(12), pp. 337-351.
- Woolcock M., (1998) "Social Capital and Economic Development: Towards a theoretical synthesis and policy framework", *Theory and Society*, volume 27, issue 2, April 1998, pages 151-208.
- Woolcock M., (2001) "The place of social capital in understanding social and economic outcomes", *Isuma Canadian Journal of Policy Research*, volume 2, issue 1, 2001, pages 1-27.
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) *data repository: Causes of child mortality, by country, 2000 -2010*.
- Yang, X., Telana, R., Leino, M., & Viikari, J. (1999). Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 9, pp.120–127.
- Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriakopoulos J. (2013) ‘Impact of economic crisis and other demographic and socioeconomic factors on self-rated health in Greece.’ *Eur J Public Health* 2013, 23: pp.206–210.
- Heywood, W., Patrick, K., Smith, A.M.A. & Pitts, M.K., (2015) ‘Associations between early first sexual influence and later sexual and reproductive outcomes: a systemic review of population- based data’. *Archives of sexual Behavior*, 44(3), pp. 531-569.

Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

- Addiction Treatment. (n. d.). *Types of Addiction*. Retrieved from <https://addiction-treatment.com/types-of-addictions>
- Berson, K., Kerr, S., McGee, E., Cheater, F. and Morgan, A. (2013) The Role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: A Systematic Review. Glasgow Centre for Population Health. http://www.gcph.co.uk/assets/0000/3647/Social_capital_final_2013.pdf
- Borges, M., Campos, A., Vargas, A., Ferreir, E., Kawachi, I. (2010) 'Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study' *BMC Research Notes* 2010, 3: pp.338 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/338>
- National Institute on Drug Abuse, (2003). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents*. (e-book). A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. NIH Publication No. 04-4212 (A). 2nd Ed. pp.6-9. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/prevention-principles> (Downloaded: 5 Φεβρουαρίου 2021)
- Ngo, A., Ross, M. and Ratliff, E. (2008) Internet Influence on Sexual Practice among Young People in Hanoi, Vietnam. *Culture, Health & Sexuality*, 10, pp. S201-S213. <http://dx.doi.org/10.1080/13691050701749873>
- Unlu, Ali, (2009) "The Impact of Social Capital On Youth Substance Use. 'Electronic Theses and Dissertations, 2004-2019. 3985. <https://stars.library.ucf.edu/etd/3985>
- Vidali, P., Bitsiori, Z. (2018). The significance of social capital in process for achieving the survey of healthy aging. *Perioperative nursing (GORNA)*,7(2), pp. 81–88. <http://doi.org/10.5281/zenodo.1974432>
- Worldometer. (2020). *Real time world statistics*. USA. Retrieved 4 21, 2020, from https://www.worldometers.info/?fbclid=IwAR1maOOUdkyJNjAYcURSGFNWvG5bl_avEQyHjkG3OTmoQavJuuzxLKCmMqE
- Ίσαρη, Φ., Πουρκός, Μ., 2015. *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5826>.
- Κονιόρδος, Σ. 2015. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο και οι Χρήσεις του. [Κεφάλαιο 6]. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5966>

- Μισουρίδου, Ε. (2015). Κατανόηση της διαδικασίας της εξάρτησης. Προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες. Στο Ε. Μισουρίδου, *Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανάκτηση 4 3, 2020, από <http://hdl.handle.net/11419/3117>