



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Χρόνια σε χαμηλή δόση υποκατάστατου: Το βίωμα
ανθρώπων από το λίγο στο καθόλου»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΠΑΛΟΥΣΗ Α.Μ:202

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ: ΣΟΦΙΑ ΤΡΙΛΙΒΑ

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: ΕΥΡΥΝΟΜΗ ΑΥΔΗ, ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ,
ΣΟΦΙΑ ΤΡΙΛΙΒΑ**

Ρέθυμνο, 2018

“Power is not a substance. Neither is it a mysterious property whose origin must be delved into. Power is only a certain type of relation between individuals. All relationships are power relations. Power isn’t bad, it isn’t good. It just is.”

Michel Foucault

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας αποτέλεσε για μένα ένα δύσκολο μα πλούσιο σε εμπειρία ταξίδι. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την Ελένη, την Ευαγγελία, τη Μαρία, τον Δημήτρη, τον Κώστα, τον Λευτέρη και τον Σωκράτη που με εμπιστεύτηκαν και μοιράστηκαν μαζί μου τις εμπειρίες τους. Επίσης οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επόπτρια μου, Σοφία Τριλίβα, για να τα «μαθήματα» που μου προσέφερε τόσο με την άρτια επιστημονική της κατάρτιση όσο και με την ακεραιότητα της, καθώς και τις συν-επόπτριες της εργασίας, Ευρυνόμη Αυδή και Στυλιανή Γιακουμάκη, για την υποστήριξή τους. Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με μεγάλωσε με πολύ κόπο και με δίδαξε πως ο σεβασμός και η αγάπη προς τον συνάνθρωπο είναι το ιερότερο αγαθό όλων.

«Ἐὰν ταῖς γλώσσαις τῶν ἀνθρώπων λαλῶ καὶ τῶν ἀγγέλων, ἀγάπην δὲ μὴ ἔχω, γέγονα χαλκὸς ἤχων ἢ κύμβαλον ἀλαλάζον.» Α΄ ἐπιστολὴ Παύλου πρὸς Κορινθίους

Περιεχόμενα	0
.....	0
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
<i>1.1 Η ιστορική εξέλιξη των προγραμμάτων υποκατάστασης</i>	<i>11</i>
<i>1.2 Η φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης</i>	<i>14</i>
<i>1.3 Κριτικές κοινωνιολογικές προσεγγίσεις για την υγεία και την ασθένεια στην νεοφιλελεύθερη εποχή</i>	<i>17</i>
<i>1.4 Ιδρυματικές ταυτότητες (Institutional Identities)</i>	<i>20</i>
ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	23
<i>2.1 Η μεθοδολογία της έρευνας</i>	<i>23</i>
<i>2.2 Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση (ΕΦΑ-IPA)</i>	<i>24</i>
<i>2.3 Ζητήματα Δεοντολογίας</i>	<i>25</i>
<i>2.4 Συμμετέχοντες & μέθοδοι προσέγγισης</i>	<i>26</i>
<i>2.5 Παραγωγή δεδομένων: Η δομή της συνέντευξης</i>	<i>36</i>
<i>2.6 Παραγωγή δεδομένων: Η ανάλυση των δεδομένων</i>	<i>36</i>
ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	38
3.1 ΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΑΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΑ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	38
<i>3.1 α Η σωματική εμπειρία της εξάρτησης</i>	<i>38</i>
<i>3.1 β Η εξάρτηση ως «ηθική» ασθένεια</i>	<i>42</i>
<i>3.1 γ Το πέρασμα στην υποκατάσταση</i>	<i>45</i>
3.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΕΝΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	50
<i>3.2 α Δημιουργώντας έναν σχεδόν «φυσιολογικό» εαυτό</i>	<i>51</i>
<i>3.2 β Ο εαυτός ως δέσμιος του φαρμάκου και του κανονιστικού πλαισίου του προγράμματος</i>	<i>56</i>
3.3 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΩΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΠΑΡΟΝ	62
<i>3.3 α Εμπόδια ως προς την ολοκληρωτική διακοπή</i>	<i>65</i>
<i>3.3 β Τα 2 mg ως δικλείδα ασφαλείας</i>	<i>73</i>
4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	93

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία διερευνώνται τα βιώματα ατόμων τα οποία εξυπηρετούνται σε μονάδες υποκατάστασης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), στην Αττική. Οι συμμετέχοντες ήταν σταθεροποιημένοι, για μεγάλο χρονικό διάστημα, στη χορήγηση εξαιρετικά χαμηλής δοσολογίας βουπρενορφίνης. Στόχος της έρευνας ήταν η σε βάθος διερεύνηση του υποκειμενικού νοήματος των συμμετεχόντων, τόσο στην εμπειρία της παραμονής στη χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης όσο και στη συνολική εμπειρία της μακροχρόνιας θεραπείας με υποκατάστατα. Πραγματοποιήθηκαν 7 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες καταγράφηκαν και έπειτα απομαγνητοφωνήθηκαν. Η έρευνα διενεργήθηκε υπό το πρίσμα της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (ΕΦΑ-ΙΡΑ), μέσω της οποίας επιδιώχθηκε η διερεύνηση του τρόπου που τα εξαρτημένα σε οπιοειδή άτομα περιγράφουν τη ζωή τους πριν αλλά και κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος υποκατάστασης. Από την ανάλυση διακρίθηκαν 3 βασικές θεματικές: 1) *Περνώντας από το χάος της χρήσης στην πραγματικότητα της υποκατάστασης*, 2) *Το πρόγραμμα υποκατάστασης, ένας παραγωγικός περιορισμός* 3) *Το μέλλον, ως παρατεταμένο παρόν*. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την εμπλοκή τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης ως «σωτήρια λύση», καθώς αυτή σηματοδότησε την απομάκρυνση από το «χάος» και το πέρασμα σε ένα ασφαλές καταφύγιο. Στην έρευνα επίσης υπογραμμίζεται η ύπαρξη αντιφάσεων- αμφισημίας στον τρόπο που οι συμμετέχοντες βιώνουν τη μακροχρόνια εμπλοκή τους στη θεραπεία. Από τη μια πλευρά, όπως περιγράφουν, το πρόγραμμα καλύπτει τη σωματική τους ανάγκη για ουσία, προσφέροντας τους την αίσθηση ενός «σχεδόν φυσιολογικού εαυτού», ενώ, από την άλλη πλευρά, περιγράφουν έναν εαυτό «δέσμιος» του φαρμάκου και των περιορισμών του προγράμματος θεραπείας. Σε αυτά τα πλαίσια, η διατήρηση της χαμηλότερης δυνατής δόσης χορήγησης, νοηματοδοτείται από τους συμμετέχοντες ως «δικλείδα ασφαλείας», προκειμένου να μπορέσουν να διατηρήσουν με τον λιγότερο δεσμευτικό τρόπο, τη σταθερότητα που τους παρέχει το πρόγραμμα υποκατάστασης. Μελλοντικές έρευνες είναι καλό να εστιάσουν στη διερεύνηση του υποκειμενικού βιώματος και σε διαφορετικές φάσεις στη θεραπεία υποκατάστασης στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά : Εξάρτηση, θεραπεία υποκατάστασης, βουπρενορφίνη, μείωση της βλάβης, ιδρυματικές ταυτότητες, ιστορίες φόρμουλας, χρόνιος χρήστης.

ABSTRACT

The research presented in this thesis focuses on the lived experience of people on opioid substitution programmes in the Greek Organization Against Drugs (OKANA) in Athens. The participants were in treatment over a long period on an extremely low dosage of buprenorphine. This research aimed to gain in-depth accounts of the lived experience of people on low maintenance and how they understand their long-term stay on drug substitutes. Seven semi-structured interviews were audiotaped and transcribed. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) procedures were used to analyse the interview data and to explore how opioid-addicted individuals described their lives before and during the maintenance program. Three superordinate themes emerged from the analysis: (1) moving on from the chaos of usage to the reality of substitution; (2) the substitution programme, a productive constraint; and (3) the future as a prolonged present. The participants described their participation in the drug substitution programme as a 'rescue solution', as it marked the departure from 'chaos' and the passage to a refuge. The participants' accounts also underline the presence of contradictions and ambivalence in the way that they experience their long-term involvement in therapy. On the one hand, as they described how the programme covers their physical need for the substance, giving them a sense of an 'almost normal self,' while, on the other hand, they narrate how they are 'captive' of the drug and their personal and the therapeutic programme's limitations. Within this framework, the continuation of the lowest possible dose of the substitute was construed by participants as a 'safety valve' in order to be able to maintain in the least binding way the stability that substitution programme offers them. Future research would do well to focus on exploring people's experiences in different phases of substitution therapy treatment.

Key Words: Addiction, substitution therapy, buprenorphine, harm reduction, institutional identities, formula stories, chronic addict.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα πραγματεύεται την εμπειρία της χρήσης και της υποκατάστασης ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα και λαμβάνουν, για μεγάλο χρονικό διάστημα, την χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης.

Αποκλειστικός φορέας στη θεραπεία της εξάρτησης, μέσω υποκατάστατων, στην Ελλάδα, είναι ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Άλλοι σημαντικοί φορείς, οι οποίοι σε αντίθεση με τον ΟΚΑΝΑ, δεν χρησιμοποιούν υποκατάστατο, είναι το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ), καθώς και προγράμματα στα πλαίσια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η έναρξη λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ τοποθετείται το 1996 (Νόμος 2161/1993), αρκετά αργότερα από τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα (ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ), τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους στον Ελλαδικό χώρο στις αρχές της δεκαετίας του '80 (ΕΠΙΨΥ,2017).

Η φιλοσοφία του Οργανισμού φαίνεται να ακολουθεί τα διεθνή πρότυπα όσον αφορά τη μείωση της βλάβης. Όπως ορίζεται στο πλαίσιο του ΟΚΑΝΑ, στα προγράμματα υποκατάστασης μπορούν να συμμετέχουν άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν κάνει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας σε «στεγνά» προγράμματα. Μακροχρόνιοι «σκληροί» χρήστες ηρωίνης που κάνουν ενδοφλέβια χρήση και είναι άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν έχουν κάνει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα (ΟΚΑΝΑ, 2015).

Με άλλα λόγια, το πρόγραμμα υποκατάστασης φαίνεται να αποτελεί ύστατο καταφύγιο για χρήστες που έχουν κάνει πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες ή για χρήστες που εξαιτίας του βεβαρυσμένου ιστορικού τους, η υποκατάσταση κρίνεται ως η μοναδική θεραπεία που έχει πιθανότητες επιτυχίας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι, αν και η οπτική της ύστατης λύσης αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας του OKANA, τουλάχιστον σε επίπεδο γενικότερων κατευθύνσεων, σύμφωνα με τα τελευταία γνωστά στοιχεία, το 2015, το 88% των θεραπευόμενων για κατάχρηση οπιοειδών στην Ελλάδα, συμμετείχε σε προγράμματα υποκατάστασης (10.063 από τους 11.401) (ΕΠΨΥ,2017).

Στους στόχους των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης, όπως αναφέρονται στο πλαίσιο του Οργανισμού, συμπεριλαμβάνεται η μείωση της χρήσης, καθώς και η επίλυση των συναφών με τη χρήση προβλημάτων κοινωνικής φύσης και δημόσιας υγείας. Επίσης, κύρια επιδίωξη είναι η σταθεροποίηση των χρόνιων χρηστών ηρωίνης σε έναν «φυσιολογικό» και ασφαλή τρόπο ζωής, μακριά από το χάος και την επικινδυνότητα της χρήσης. Η συστηματική χορήγηση υποκατάστατων, σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αποτελούν εργαλεία για την επίτευξη αυτών των στόχων (OKANA,2015) .

Οι μονάδες υποκατάστασης στα πλαίσια του OKANA διακρίνονται σε δύο τύπους, σύμφωνα με την φαρμακευτική ουσία που χορηγείται: α) Στις μονάδες που χρησιμοποιούν ως κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη (πρόκειται για υδροχλωρική μεθαδόνη με τη μορφή δισκίων ή υγρού διαλύματος) και β) στις μονάδες που χρησιμοποιούν τη βουπρενορφίνη, που ο πιο ασφαλής τρόπος χορήγησής της είναι ο υπογλώσσιος σε μορφή ταμπλέτας (Τσακλακίδου, 2004).

Από τον συνολικό πληθυσμό των μελών του οργανισμού το 25,5% (2.569 άτομα) εμπλέκεται στις μονάδες μεθαδόνης και το 74,5% (7.513 άτομα) στις μονάδες βουπρενορφίνης (ΕΠΨΥ,2017).

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια του Οργανισμού περίπου από το 2000 λειτουργεί στην Αθήνα η Μονάδα Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης. Στόχος της μονάδας αυτής είναι να βοηθήσει τα άτομα που έχουν διακόψει το υποκατάστατο και δεν κάνουν χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών να αποδεσμευτούν από το πλαίσιο του προγράμματος και να επανενταχθούν με ομαλό τρόπο στην κοινωνία. Η διάρκεια του προγράμματος αυτού είναι από 12 μέχρι 24μήνες (OKANA,2015). Επίσης, τα τελευταία χρόνια, στην Αττική και την Αχαΐα, λειτουργούν Μονάδες Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ). Στόχος των μονάδων αυτών, είναι να βοηθήσουν άτομα τα οποία έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόσολογία υποκατάστατου και παρουσιάζουν σχετικά καλή θεραπευτική πορεία να διακόψουν

ολοκληρωτικά τη χορήγηση ώστε να περάσουν στην επανένταξη. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν για μικρό χρονικό διάστημα και έτσι δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους.

Παρόλο που η ολοκληρωτική διακοπή του υποκατάστατου και η αποδέσμευση από το πρόγραμμα προβλέπεται στους μακροπρόθεσμους στόχους του OKANA, μόνο το 1% του πληθυσμού των μονάδων υποκατάστασης καταφέρνει να διακόψει τη χορήγηση και να αποδεσμευτεί από το πλαίσιο θεραπείας (ΕΠΙΨΥ,2017).

Μάλιστα, εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι τα περισσότερα άτομα που συμμετέχουν σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα, παραμένουν στη θεραπεία για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα ακόμη και για ολόκληρη τη ζωή τους. Μάλιστα, κάποια μέλη λαμβάνουν, για χρόνια, εξαιρετικά χαμηλές δόσεις υποκατάστατου και δυσκολεύονται να διακόψουν τη χορήγηση. Τονίζεται ότι η ποσότητα που λαμβάνεται, είναι τόσο μικρή που θα μπορούσε να ειπωθεί ότι λειτουργεί ως placebo. Παρόλο που η διερεύνηση του ζητήματος αυτού παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον, στην βιβλιογραφία δεν φαίνεται να υπάρχουν μελέτες που να εξετάζουν τους λόγους για τους οποίους τα άτομα αυτά παραμένουν για χρόνια σε τόσο χαμηλές δοσολογίες.

Εξετάζοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο πεδίο της υποκατάστασης μελετούν τα αντικειμενικά-μετρήσιμα οφέλη των προγραμμάτων. Τα ευρήματα των μελετών αυτών δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης βοηθά στη μείωση τόσο των θανάτων από υπερδοσολογία όσο και των ριψοκίνδυνων συμπεριφορών που συνδέονται με το περιβάλλον της χρήσης (μολυσματικές ασθένειες, κακές συνθήκες ζωής κ.α). Επιπρόσθετα, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενεργό συμμετοχή σε προγράμματα υποκατάστασης και την εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες (κλοπές, ληστείες, πορνεία κ.α.) στον πληθυσμό των χρηστών (Amato και συν., 2005. Ball & Ross, 1991. Broadhead και συν.,1999. Bukten και συν., 2012).

Στις μελέτες που ακολουθούν την ποιοτική μεθοδολογία διερευνώνται κυρίως τα κίνητρα αλλά και τα εμπόδια σχετικά με την παραμονή των χρηστών σε θεραπεία υποκατάστασης. Το κακό σχήμα χορήγησης, οι αρνητικές υποκειμενικές επιδράσεις

της ουσίας (σωματικές, ψυχολογικές), η ύπαρξη συμπτωμάτων στέρησης, η ανάγκη να βιώσουν τα άτομα την «ευφορία» από τη χρήση ηρωίνης ή κάποιας άλλης ψυχοτρόπου ουσίας αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την παραμονή των ατόμων στη θεραπεία. Αντίθετα, η υποκειμενική αντίληψη μιας «φυσιολογικής» ζωής, η ψυχική δύναμη, ο φόβος σχετικά με την επιστροφή στη χρήση και η υποστήριξη από το πλαίσιο του προγράμματος φαίνεται να επιδρούν θετικά ως προς την παραμονή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η προηγούμενη εμπειρία των ατόμων σε θεραπευτικά προγράμματα, η ουσία χορήγησης (βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη) καθώς και ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και ζητήματα κουλτούρας φαίνεται επίσης να επηρεάζουν την διάρκεια παραμονής σε θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης (Awgu, Magura & Rosenolum, 2010. Deck & Carlson ,2005. Egan και συν., 2011. Kelly και συν., 2011. Teruya και συν., 2014. Winstock, Lintzeris & Lea, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές από τις ποιοτικές μελέτες στο πεδίο αυτό δεν ενσωμάτωναν ένα επαρκές θεωρητικό υπόβαθρο προκειμένου να ερμηνεύσουν τα ευρήματά τους. Οι έρευνες αυτές περιορίζονται κυρίως στην απλή παρουσίαση των περιγραφών των συμμετεχόντων. Οι λίγες σχετικά μελέτες που επεδίωξαν να ερμηνεύσουν θεωρητικά την εμπειρία της υποκατάστασης προέρχονται κυρίως από τους χώρους της κοινωνιολογίας και της ανθρωπολογίας. Κάποιες υιοθετούν μία εξολοκλήρου κριτική οπτική, θεωρώντας τα προγράμματα υποκατάστασης καταπιεστική μορφή εξουσίας, ενώ άλλες φαίνεται να έχουν μία περισσότερο σύνθετη κατανόηση του φαινομένου (Bjerg, 2008. Bourgois, 2000. Gomart 2002, 2004, Järvinen & Andersen, 2009. Järvinen & Miller, 2010. O'Malley & Valverde, 2004).

Σημείο αναφοράς για την παρούσα έρευνα αποτέλεσαν οι φαινομενολογικές μελέτες της Järvinen και των συνεργατών της (Järvinen & Andersen, 2009. Järvinen & Miller, 2010). Το δείγμα των συμμετεχόντων, στις δύο αυτές μελέτες, περιλάμβανε άτομα από διαφορετικά στάδια στη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη στην Δανία, ενώ η θεωρία κοινωνικών προβλημάτων (social problems theory) (Gubrium and Holstein, 2001; Loseke, 2001) και μελέτες που εντάσσονται στην Φουκωϊκή παράδοση, προσέφεραν τα θεωρητικά εργαλεία για την παραγωγή των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, στις έρευνες αυτές διερευνήθηκε πώς η φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης και η αντίληψη της εξάρτησης ως ανίατης ασθένειας, στα πλαίσια των προγραμμάτων υποκατάστασης, επηρεάζουν την ταυτότητα των

συμμετεχόντων καθώς και τις προσδοκίες τους σε σχέση με τη θεραπεία. Από τα αποτελέσματα γίνεται φανερό ότι οι συμμετέχοντες, μέσω της αλληλεπίδρασης με τους «κυρίαρχους λόγους» του προγράμματος, υιοθετούν την ταυτότητα του χρόνιου ασθενή κάτι που φαίνεται να περιορίζει σημαντικά τις προσδοκίες τους για ένα μέλλον εκτός θεραπευτικού προγράμματος.

Η παρούσα έρευνα, έχοντας ως δείγμα άτομα τα οποία έχουν σταθεροποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα στη χαμηλότερη δυνατή δόση βουπρενορφίνης (≤ 2 mg), έχει ως στόχο να εξετάσει τους λόγους που εμποδίζουν την ολοκληρωτική διακοπή της ουσίας καθώς επίσης να διερευνήσει τη συνολική εμπειρία των συμμετεχόντων σχετικά με την εμπλοκή τους στη θεραπεία υποκατάστασης στην Ελλάδα. Επιλέχθηκαν συμμετέχοντες από προγράμματα βουπρενορφίνης καθώς η ουσία αυτή φαίνεται να κυριαρχεί στη θεραπεία της υποκατάστασης στο Ελληνικό πλαίσιο.

1.1 Η ιστορική εξέλιξη των προγραμμάτων υποκατάστασης

Η χρήση και κατάχρηση ηρωίνης αφορά περίπου το 0,40% του πληθυσμού παγκοσμίως και το 0,82% του πληθυσμού της Ευρώπης. Η κατάσταση αυτή αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής και υψηλό κοινωνικό κόστος (Mounteney, Griffiths, Sedefov, Noor, Vicente & Simon, 2015). Η χορήγηση υποκατάστατων αποτελεί την κυρίαρχη προσέγγιση στη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή, σχεδόν σε όλα τα κράτη του κόσμου. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ευρώπη, περισσότερο από το 50% των χρηστών ηρωίνης λαμβάνει θεραπεία με υποκατάστατα (World Health Organization, 2009).

Η σύγχρονη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων συνδέεται, σε σημαντικό βαθμό, με τις εξελίξεις που έλαβαν χώρα στο πεδίο αυτό, το δεύτερο μισό του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Συγκεκριμένα, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες φαρμακολογικές προσπάθειες υποκατάστασης για την αντιμετώπιση κυρίως της εξάρτησης από τη μορφίνη. Οι «ειδικοί» της

εποχής φαίνεται να χρησιμοποιούσαν για τον σκοπό αυτό, ουσίες όπως την κοκαΐνη, την κωδεΐνη, την κάνναβη, την κινίνη κ.α. (Fraser και συν., 2017).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η Γερμανική φαρμακευτική εταιρία Bayer εισάγει την ηρωΐνη ως αντιβηχικό φάρμακο αλλά και ως μη εξαρτησιογόνο υποκατάστατο της μορφίνης. Ωστόσο, η ευρεία χρήση της, σε συνδυασμό με την άγνοια σχετικά με την εξαρτησιογόνα δράση της, είχε ως αποτέλεσμα σημαντικός αριθμός ατόμων να εξαρτηθεί από την ηρωΐνη (Fraser και συν., 2017).

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα στο Ηνωμένο Βασίλειο η ηρωΐνη και η μορφίνη αρχίζουν να συνταγογραφούνται από γιατρούς σε άτομα τα οποία παρουσίαζαν εξάρτηση από τις ουσίες αυτές. Η προσέγγιση αυτή διατηρήθηκε μέχρι και τη δεκαετία του 1950 και είναι γνωστή ως «Βρετανικό Σύστημα» (Witton, Keaney & Strang, 2005).

Τη δεκαετία του 1960, παρατηρείται ραγδαία αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων από την ηρωΐνη ατόμων. Παράλληλα, και κυρίως από την επόμενη δεκαετία, το εμπόριο ναρκωτικών αρχίζει σταδιακά να λαμβάνει τη μορφή που έχει σήμερα, με την παράνομη εισαγωγή, για πρώτη φορά, σημαντικών ποσοτήτων εξαρτησιογόνων ουσιών στις χώρες του Δυτικού Κόσμου. Στα πλαίσια αυτά, υπήρξε μία μετακίνηση από τη χορήγηση συνταγογραφούμενης ηρωΐνης στη χρησιμοποίηση μιας νέας ουσίας, της μεθαδόνης (Dole, 1971. Hartnoll και συν., 1980).

Η ουσία αυτή, που αρχικά ονομαζόταν polamidon, δοκιμάστηκε για πρώτη φορά από τους Γερμανούς, κατά τη διάρκεια του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου, ως ένα ισχυρό αναλγητικό, το οποίο θα αποτελούσε μία μη εξαρτησιογόνα εκδοχή της μορφίνης. Ωστόσο το polamidon δεν χρησιμοποιήθηκε σχεδόν καθόλου στη Γερμανία. Μετά το τέλος του πολέμου, η ουσία αυτή εισήχθη στις Η.Π.Α, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικό φάρμακο και μετονομάστηκε σε μεθαδόνη. Η μεθαδόνη αποτελεί μία συνθετική ουσία που ασκεί ισχυρή αγωνιστική δράση στους μ υποδοχείς των οπιοειδών και έχει φαρμακολογικές ιδιότητες ανάλογες της μορφίνης και της ηρωΐνης (Fraser και συν., 2017).

Ο Isbell και οι συνεργάτες του, το 1947, άρχισαν να πειραματίζονται σχετικά με τις ευεργετικές ιδιότητες της μεθαδόνης στη θεραπεία των εξαρτημένων από οπιοειδή ατόμων. Παράλληλα, κάποιες μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξαν την

αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων από την ηρωίνη. Στα τέλη της δεκαετίας του '50, δημιουργήθηκε το πρώτο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, στο Βανκούβερ του Καναδά, από τους Paulus και Halliday (Newman,2009).

Την ίδια περίπου περίοδο, στη Νέα Υόρκη, δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη από τον Dole και την Nyswander (1965). Στο πρόγραμμα μπορούσαν να συμμετέχουν άτομα με σοβαρή εξάρτηση από την ηρωίνη και ιστορικό αποτυχημένων προσπαθειών απεξάρτησης. Η χορήγηση, από το στόμα, υψηλών δόσεων μεθαδόνης (80,100 mg) χρησιμοποιήθηκε για την καταστολή τόσο των ενισχυτικών ιδιοτήτων της ηρωίνης όσο και των στερητικών συμπτωμάτων και της ακαταμάχητης επιθυμίας για χρήση. Η συγκεκριμένη παρέμβαση φάνηκε να έχει σημαντική επιτυχία όχι μόνο στη μείωση των σωματικών συμπτωμάτων της εξάρτησης αλλά και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ατόμων. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι η υποκατάσταση αποτελούσε μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος θεραπείας, το οποίο περιλάμβανε ψυχιατρική παρακολούθηση και παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης (εκπαίδευση, στέγαση, βοήθεια για εύρεση εργασίας κ.α). Το πρόγραμμα αυτό εξαπλώθηκε και σε άλλες πολιτείες των Η.ΠΑ, ωστόσο οι παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να περιορίστηκαν μόνο στη χορήγηση του υποκαταστάτου, με αποτέλεσμα να μειωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Bond & Witton, 2017).

Τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη εξαπλώθηκαν σταδιακά σε ολόκληρο τον Δυτικό Κόσμο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στην Ευρώπη ο αριθμός των κρατών στα οποία χρησιμοποιούνταν προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη αυξήθηκε από μόλις 7, το 1980, σε 28, το 2005 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015).

Η μεθαδόνη αποτελούσε την κυρίαρχη ουσία υποκατάστασης για αρκετά χρόνια. Ωστόσο, περίπου από το 2000 εμφανίστηκε στο πεδίο της υποκατάστασης η βουπρενορφίνη. Η ουσία αυτή αποτελεί «μικτό» αγωνιστή των υποδοχέων των οπιοειδών, καθώς δρα ως αγωνιστής στους μ υποδοχείς αλλά ταυτόχρονα ασκεί μερική ανταγωνιστική δράση στους κ υποδοχείς. Η βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται είτε από μόνη της (subutex) είτε σε συνδυασμό με την ναλοξόνη (suboxon), έναν

ανταγωνιστή των μ, δ και κ υποδοχέων των οπιοειδών, που προλαμβάνει ή αντιστρέφει τις επιδράσεις της ηρωίνης (Campbell, 2011; Harris & McElrath, 2012).

Η βουπρενορφίνη φαίνεται να αποτελεί πιο ασφαλή ουσία σε σχέση με τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, εξαιτίας της φαρμακολογικής της δράσης, μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες αναπνευστικής καταστολής ενώ ο σταθερός και βραδύς ρυθμός μεταβολισμού της την καθιστά λιγότερο εθιστική (Campbell & Lovell, 2012)

Πέρα από την βουπρενορφίνη, τα τελευταία χρόνια, σε κάποιες χώρες του Δυτικού Κόσμου, χρησιμοποιείται, ως ουσία υποκατάστασης, η ηρωίνη. Τα πλαίσια χορήγησης της φαρμακευτικής ηρωίνης δεν φαίνεται να είναι πολύ διαφορετικά, σε σχέση με το «Βρετανικό Σύστημα», ωστόσο πλέον φαίνεται να υπάρχουν πιο συγκεκριμένοι κανόνες και ένα περισσότερο ασφαλές πλαίσιο χορήγησης. Σήμερα, η ηρωίνη ως υποκατάστατο χρησιμοποιείται στην Ελβετία, στη Σουηδία, στις Κάτω Χώρες και τη Δανία (Romo, Poo, Ballesta & PEPSA team, 2009).

1.2 Η φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης

Αρκετές από τις παρεμβάσεις στο πεδίο των εξαρτήσεων, ανάμεσά τους και τα προγράμματα υποκατάστασης, εντάσσονται στη γενικότερη φιλοσοφία της μείωσης βλάβης. Η προσέγγιση αυτή αφορά πλέον ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών προβλημάτων, ωστόσο, θα ήταν αρκετά χρήσιμο να μελετήσουμε το πλαίσιο εξέλιξής της, καθώς φαίνεται να συνδέεται στενά με τον πυρήνα της φιλοσοφίας των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Η αφετηρία της «μείωσης της βλάβης» βρίσκεται στο κίνημα των ακτιβιστών, των εργαζομένων, των γιατρών και άλλων ομάδων που ήταν αντίθετες στην ποινική καταστολή και καταπίεση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, κατά τις δεκαετίες του '60 και '70. Στα πλαίσια αυτά, η Ολλανδική κυβέρνηση ιδρύει διάφορες επιτροπές, οι οποίες προτείνουν ότι η αστυνομία και τα δικαστήρια θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να εξετάζουν αν η αυστηρή εφαρμογή του νόμου, στις μικροπαραβάσεις που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, ανήκει στο συμφέρον τόσο της κοινωνίας όσο και του ίδιου του ατόμου. Η προσέγγιση αυτή της

«εξισορρόπησης» της βλάβης φαίνεται να οφείλεται, σε κάποιον βαθμό, στον ολοένα και αυξανόμενο αριθμό των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών (Cohen, 1997. Ministry of Health Welfare and Sport, 1997. Bloor, & Wood, 1998). Σύμφωνα με τον Roe (2005), το κοινωνικό κόστος της καταστολής των ναρκωτικών ήταν αποδεκτό όσο αφορούσε μία μικρή ομάδα, σχετικά απομονωμένη από την κοινωνία, ωστόσο, καθώς ο αριθμός των χρηστών αυξάνονταν και η εξάρτηση από ουσίες άρχισε να αφορά όλα τα κοινωνικά στρώματα, η εφαρμογή του νόμου κατά των ναρκωτικών, κατέστη από μόνη της κοινωνικό και πολιτικό πρόβλημα.

Πέρα από την αύξηση του αριθμού των χρηστών, και η εμφάνιση του HIV/AIDS συνετέλεσε προς την κατεύθυνση αυτή. Στον Καναδά, το 1990, οι αρχές δημόσιας υγείας, προκειμένου να περιορίσουν τη μετάδοση του ιού, άρχισαν να εξετάζουν, πέρα από την καταστολή, και εναλλακτικές στρατηγικές παρέμβασης. Ειδικότερα, αψηφώντας το γράμμα του νόμου, άρχισαν να συνεργάζονται τόσο με ακτιβιστές όσο και με μέλη από τις κοινότητες των χρηστών, δίνοντας κυρίως προφυλακτικά και σύριγγες. Οι ομάδες των χρηστών, που ως τότε η στάση ζωής τους χαρακτηριζόταν ως εγκληματική, άρχισαν να παρουσιάζονται ως κοινότητες με ιδιαίτερες ανάγκες, οι οποίες δεν πρέπει να απομονωθούν. Η συμμαχία ανάμεσα στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και σε ομάδες ακτιβιστών δημιούργησε ένα μονοπάτι παράκαμψης της νομοθεσίας κατά των ναρκωτικών. Ουσιαστικά, οι ομάδες ακτιβιστών, αποτέλεσαν το «μακρύ χέρι» των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, καθώς οι ίδιες δεν μπορούσαν, λόγω των νομικών περιορισμών, να παρέμβουν απευθείας στους πληθυσμούς-στόχους (Giffen, Endicott, & Lambert, 1991).

Τόσο στην περίπτωση της Ολλανδίας, όσο και του Καναδά, το «δημόσιο συμφέρον» φαίνεται να υπαγορεύει εξαιρέσεις από την νομοθεσία κατά των ναρκωτικών, στα πλαίσια συγκεκριμένων προγραμμάτων υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές παρουσιάστηκαν ως εξαιρετικά ωφέλιμες, τόσο για την κοινωνία όσο και για τις κοινότητες των χρηστών (Leitzel, 2003).

Σήμερα, η προσέγγιση της μείωσης της βλάβης φαίνεται να έχει αναπτυχθεί σε δύο διαφορετικές κατευθύνσεις. Στην πρώτη, και περισσότερο ριζοσπαστική, η μείωση της βλάβης γίνεται αντιληπτή ως πλατφόρμα για την επίτευξη ευρύτερων και περισσότερων δομικών κοινωνικών αλλαγών. Διάφοροι σύλλογοι, ομάδες χρηστών, πολιτικοί, ακτιβιστές κτλ., τείνουν να αντιλαμβάνονται τη χρήση ουσιών ως

«σύμπτωμα» της κοινωνικής, οικονομικής, φυλετικής και πολιτικής ανισότητας. Θεωρούν τη μείωση της βλάβης ως πολιτική και ηθική δέσμευση αλλαγής τόσο του υλικού όσο και του κοινωνικού πλαισίου των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Ο στόχος των ομάδων αυτών δεν εξαντλείται στην αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών, αλλά επεκτείνεται στη βαθύτερη αλλαγή του οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού κατεστημένου (Wieloch, 2002).

Η άλλη κατεύθυνση υιοθετεί μία περισσότερο «βιο-ιατρική» οπτική, προκειμένου να προσεγγίσει τη μείωση της βλάβης. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται περισσότερο με το επίσημο κράτος και, συγκεκριμένα, με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αυτά, η βλάβη φαίνεται να έχει έναν αρκετά «στενότερο» - αντικειμενικό ορισμό, καθώς θεωρείται ότι επηρεάζει συγκεκριμένα άτομα και πληθυσμούς με καθορισμένο τρόπο. Η εστίαση στις ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της εξάρτησης, παρά στις αιτίες, διαχωρίζει την «ιατρική» οπτική για τη μείωση της βλάβης από την «κινηματική». Παράλληλα, η προσέγγιση αυτή επικεντρώνεται περισσότερο σε στρατηγικές διαχείρισης των επιπτώσεων, καθώς αποδέχεται ότι η ολοκληρωτική εξάλειψη του φαινομένου είναι αδύνατη (Cheung, 2000).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η «θεραπεία» της εξάρτησης αποκτά διαφορετικό νόημα και περιεχόμενο κάτω από την φιλοσοφική ομπρέλα της μείωσης της βλάβης. Τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων ακολουθούν την «βιο-ιατρική» οπτική της μείωσης της βλάβης και έχουν ως στόχο την ελαχιστοποίηση των συνδεδεμένων με την κατάχρηση ουσιών ατομικών και κοινωνικών συνεπειών. Σύμφωνα με την κεντρική φιλοσοφία των προγραμμάτων υποκατάστασης, η επίτευξη πλήρους αποχής δεν αποτελεί ρεαλιστικό στόχο, καθώς η εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως χρόνια-ανίατη ασθένεια. Αντίθετα, η θεραπεία έχει ως στόχο την απομάκρυνση από τη «χαοτική» ζωή της χρήσης και την επίτευξη σταθεροποίησης. Αυτός ο στόχος πραγματοποιείται μέσω της συστηματικής και χρόνιας χορήγησης του υποκαταστάτου, ενώ, παράλληλα, μέσω των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, επιδιώκεται η εξασφάλιση των βασικών πόρων (επιδόματα), η διαχείριση ζητημάτων υγείας, η επίλυση δικαστικών εκκρεμοτήτων κ.α (Hedrich, Pirona, & Wiessing, 2008).

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υποκατάστασης ως προς την παραμονή των ατόμων για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε θεραπευτικά προγράμματα

και τη μείωση των ριψοκίνδυνων συμπεριφορών που συνδέονται με το περιβάλλον της χρήσης, φαίνεται να ενθαρρύνει την επένδυση σε τέτοιου είδους πρακτικές (Rose, 2009).

Η προσέγγιση της μείωσης της βλάβης έχει απασχολήσει αρκετούς θεωρητικούς από το πεδίο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι, ακολουθώντας τη θεωρητική παράδοση του Foucault, υποστηρίζουν ότι οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης, στη σύγχρονη νεοφιλελεύθερη εποχή, αποτελούν μέρος της συνολικής αλλαγής, από τις εμφανείς και εξαναγκαστικές μορφές κοινωνικού ελέγχου-εξουσίας, σε περισσότερο παραγωγικές τεχνικές, οι οποίες επιτυγχάνουν τη συμμόρφωση μέσω της αυτορρύθμισης -«αυτοκυβερνησιμότητας». Οι προσεγγίσεις αυτές θα περιγραφούν στην επόμενη ενότητα.

1.3 Κριτικές κοινωνιολογικές προσεγγίσεις για την υγεία και την ασθένεια στην νεοφιλελεύθερη εποχή

Σύμφωνα με την Φουκωική παράδοση η «κυβερνησιμότητα» (governmentality) αποτελεί μία πρωτότυπη μορφή κοινωνικού ελέγχου, η οποία επιτυγχάνεται, όταν τα ελεύθερα, αυτό-κυβερνούμενα άτομα παρατηρούν και τροποποιούν τη συμπεριφορά τους προκειμένου να συμμορφωθούν στα πρότυπα του υπεύθυνου- λογικού πολίτη (Foucault,1986). Σύμφωνα με τον Foucault (1986), η «αυτοδιακυβέρνηση» αποτελεί και μία ηθική κατάσταση, η οποία προσανατολίζει τους πολίτες στις πρακτικές και ηθικές προεκτάσεις των επιλογών και των πράξεών τους. Ενώ ο Rose (1998) εξηγεί ότι η «αυτοδιακυβέρνηση» αποτελεί μία έκφραση του εαυτού και έναν τρόπο ζωής ο οποίος προσανατολίζεται στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής αποδοχής και ικανοποίησης.

Ο Rose (1998) αναφέρει: *«Ο «αυτοκυβερνούμενος» εαυτός αποτελείται τόσο από τον εκτελεστικό εαυτό όσο και από τον στοχαστικό εαυτό. Είναι ένας εαυτός που υπολογίζει και δρα σε σχέση με τον ίδιο, με στόχο την καλύτερη εκδοχή του. Η «πρόοδος» του εαυτού αποτελεί έναν εγγενώς ηθικό κανόνα. Η καλή διακυβέρνηση βασίζεται στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα κυβερνούν τους εαυτούς τους».*

Στις νεοφιλελεύθερες κοινωνίες, παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη επίκληση των αρχών της ατομικότητας, της ελευθερίας, της αυτονομίας, της υπευθυνότητας της επιλογής, προκειμένου να κινητοποιηθούν τα άτομα σε προσπάθειες αυτό-ρύθμισης με στόχο το ιδανικό μιας καλύτερης υγείας. Η εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης καθιστά πλέον γνωστούς, στο ευρύ κοινό, τόσο τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μιας ασθένειας όσο και τις νευροβιολογικές συνιστώσες της «παθολογίας». Η αποφυγή του ρίσκου ή η διαχείριση της παθολογίας, όποτε αυτή υπάρξει, αποτελεί βασική προσδοκία στα πλαίσια των μορφών νεοφιλελεύθερης διακυβέρνησης (Lupton, 1995). Αντίθετα, η αποτυχία προστασίας του εαυτού (παρά την επίγνωση των κινδύνων) ή η μη κινητοποίηση για αποκατάσταση της «βλάβης», θεωρείται ως παρέκκλιση από το πρότυπο του καλού-υπεύθυνου πολίτη (Galvin, 2002).

Αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση της εξάρτησης με τα νεοφιλελεύθερα ιδεώδη περί αυτόνομου, υπεύθυνου ατόμου, που έχει δυνατότητα επιλογής και δράσης. Η εξάρτηση, μία κατάσταση στην οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο της ζωής του, δεν μπορεί να πάρει λογικές αποφάσεις και να διαχειριστεί τους κινδύνους, φαίνεται να συγκρούεται ευθέως με τα ιδεώδη αυτά.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την εξάρτηση σήμερα είναι αποτέλεσμα ενός «παράδοξου γάμου» βιο-ιατρικών και ηθικών θεωρητικών μοντέλων. Η εξάρτηση, σε αυτά τα πλαίσια, αντιμετωπίζεται ως ασθένεια του «όλου» ή, με άλλα λόγια, ως «ηθική» ασθένεια, καθώς, πέρα από τα έντονα σωματικά συμπτώματα (ασθένεια του σώματος), το εξαρτημένο άτομο φαίνεται να χάνει τον αυτοέλεγχό του και να λειτουργεί άναρχα, χωρίς ηθικούς φραγμούς και αξιοπρέπεια (Marlatt, 2011).

Τα εξαρτημένα άτομα παρουσιάζονται ως «αποκλίνοντα» και «αποκομμένα» από το κυρίαρχο κοινωνικό ρεύμα. Ο χαρακτηρισμός αυτός δικαιολογεί την ιδιαίτερη αντιμετώπιση των ατόμων αυτών, καθώς οι συνηθισμένες στρατηγικές φαίνεται να θεωρούνται καταδικασμένες σε αποτυχία (Garfinkel, 1956. Smith, 1978).

Όπως υποστηρίζει ο Emerson (1981), στις περιπτώσεις που τα άτομα παρουσιάζονται ως ανίκανα να αυτο-κυβερνηθούν, οι επίσημες μορφές εξουσίας φαίνεται να μην έχουν άλλη λύση από το να παρεμβαίνουν, ώστε να επαναφέρουν το

άτομα σε έναν «κανονικό», λειτουργικό τρόπο ζωής. Αυτές οι ύστατες λύσεις περιγράφονται από τον Emerson ως «τελευταία καταφύγια» (last resorts).

Ειδικότερα, τα τελευταία καταφύγια (last resorts), αποτελούν δυνητική απάντηση σε άτομα που θεωρούνται ως μη διαχειρίσιμα με άλλα, ηπιότερα μέσα. Η ρητορική γύρω από τα ύστατα καταφύγια κατασκευάζει προφίλ ανθρώπων, βασικό συστατικό των οποίων αποτελεί το χρόνιο πρόβλημα. Οι προοπτικές για την επίλυση του προβλήματος, σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτή, εμφανίζονται από δυσοίωνες έως ανύπαρκτες (Emerson, 1981). Τα προγράμματα υποκατάστασης, σύμφωνα με την θεώρηση του Dean (1999), αποτελούν τέτοιου είδους παρεμβάσεις.

Αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζει η θεώρηση του Miller (2001), ο οποίος συνδέει τη μείωση της βλάβης με τη σύγχρονη τάση αποκεντροποίησης της εξουσίας από το κράτος, καθώς αυτή περνάει σε φορείς κοινωνικής μέριμνας και στην ατομική ευθύνη. Συγκεκριμένα, περιγράφει την πρακτική της μείωσης της βλάβης όχι ως στρατηγική επίλυσης του προβλήματος αλλά περισσότερο ως «δείκτη ασφαλείας». Παρόμοια, ο Mugford (1993) θεωρεί ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στους επιστημονικούς ορισμούς της μείωσης της βλάβης, αποτελούν τις νεότερες-πιο σύγχρονες στρατηγικές, σε μία σειρά προσπαθειών, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος και να μεγιστοποιηθεί ο έλεγχος στους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς.

Αρκετοί θεωρητικοί μελέτησαν αυτές τις νέες, λιγότερο άμεσες και καταπιεστικές μορφές εξουσίας στο πλαίσιο λειτουργίας προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη (Bjerg, 2008. Bourgois, 2000. Gomart 2002, 2004, O'Malley & Valverde, 2004), ενώ, μέχρι σήμερα, δεν φαίνεται να υπάρχουν τέτοιου είδους μελέτες που να αφορούν προγράμματα βουπρενορφίνης. Ειδικότερα, η Kean (2009), στη μελέτη της περιγράφει δύο κυρίαρχες τάσεις στη βιβλιογραφία αναφορικά με τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Από την πρώτη προσέγγιση, τα προγράμματα αυτά γίνονται αντιληπτά ως καταπιεστικές μορφές εξουσίας που έχουν ως στόχο να κάνουν πειθαρχημένα τα «άναρχα» υποκείμενα και να τα επαναφέρουν στην κανονικότητα.

Συγκεκριμένα, ο Bourgois (2000) εξετάζει τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη ως ένα υπόδειγμα του τρόπου που η βιοεξουσία «ελέγγει» τα υποκείμενα και πως τα ίδια αυτοκυβερνούνται. Μάλιστα, ο ίδιος υποστηρίζει ότι παρά την ελάχιστη διαφορά της ηρωίνης από τη μεθαδόνη, ως προς τη

φαρμακολογική τους δράση, οι κυρίαρχοι λόγοι των προγραμμάτων υποκατάστασης, σχετικά με τον χρήστη ηρωίνης, αναπαριστούν ένα άναρχο, ανήθικο και εγκληματικό άτομο, ενώ, αντίθετα, ο χρήστης μεθαδόνης φαίνεται να γίνεται αντιληπτός ως καλά «πειθαρχημένος» ασθενής.

Αντίθετα, σύμφωνα με την Kean (2009), η άλλη σκοπιά φαίνεται να υιοθετεί μία περισσότερο σύνθετη ερμηνεία και να αντιλαμβάνεται την εξουσία των προγραμμάτων υποκατάστασης, πέρα από μέσο καταπίεσης και εξαναγκασμού, και ως παραγωγικό μέσο που προσφέρει γνώση, δύναμη και αυτονομία. Χαρακτηριστική είναι η εθνογραφική μελέτη της Gomart (2004), στην οποία υποστηρίζεται ότι η συμμετοχή σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη, πέρα από περιορισμούς, προσφέρει αυτονομία για δράση και εμπλοκή στην κοινωνική πραγματικότητα.

Εν συντομία, στα πλαίσια των νεοφιλελεύθερων κοινωνιών, στόχος των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι η «μεταμόρφωση» των άτακτων-μη «αυτοκυβερνούμενων» ατόμων σε σταθεροποιημένους-λειτουργικούς πολίτες. Οι θεωρητικές αρχές της μείωσης της βλάβης, σύμφωνα με τις οποίες επιδιώκεται η ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων της εξάρτησης σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, χωρίς να δίνεται έμφαση στην ολοκληρωτική θεραπεία, κυριαρχούν στη θεραπεία υποκατάστασης.

1.4 Ιδρυματικές ταυτότητες (Institutional Identities)

Η ιστορία φόρμουλας (formula story) της μείωσης της βλάβης (αντίληψη της εξάρτησης ως ανίατης ασθένεια) φαίνεται να καθορίζει τόσο τις ειδικότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις όσο και την ταυτότητα των μελών των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Σύμφωνα με τον Loseke (2001, 2007), οι ιστορίες φόρμουλας (formula stories) αποτελούν αφηγήσεις για κοινωνικά προβλήματα, οι οποίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένη πλοκή και διακριτούς τύπους χαρακτήρων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο ίδιος, ο χαρακτηρισμός και η διάκριση των προβλημάτων είναι αποτέλεσμα συλλογικών διεργασιών ερμηνείας και κατηγοριοποίησης.

Ο όρος «εργασία γύρω από τα κοινωνικά προβλήματα» (social problems work) χρησιμοποιήθηκε από τους Holstein και Miller (1993), προκειμένου να περιγραφούν οι διεργασίες μεταμόρφωσης φαινομένων όπως οι ψυχικές ασθένειες, η ανεργία, η εξάρτηση κ.α. σε συγκεκριμένες εννοιολογικές κατασκευές-αντικείμενα εργασίας των κοινωνικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους Gubrium και Holstein (2001), καμία κοινωνική υπηρεσία δεν μπορεί να λειτουργήσει στον άτακτο και πολύπλοκο κόσμο των κοινωνικών προβλημάτων, χωρίς να ορίσει τα προβλήματα αυτά μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο κατανόησης και χρησιμοποιώντας την κατάλληλη γλώσσα-ορολογία.

Τα προγράμματα υποκατάστασης, όπως και κάθε κοινωνική υπηρεσία, πρέπει να έχουν εικόνα του «τυπικού μέλους» το οποίο καλούνται να εξυπηρετήσουν. «Ποιοι είναι οι εξυπηρετούμενοι;», «ποια είναι τα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι;» «ποιες είναι οι ανάγκες τους;» κ.α, είναι κάποια από τα ερωτήματα που χρήζουν απάντησης.

Η κατηγοριοποίηση αυτή, η οποία βασίζεται σε ιστορίες φόρμουλας (formula stories), φαίνεται ότι επηρεάζει τον τρόπο ζωής και τις προοπτικές του πληθυσμού-στόχου (Loseke, 2007). Με βάση την εκάστοτε πλοκή της ιστορίας διαμορφώνονται οι «υποθέσεις» σε σχέση με το «τι είναι πιθανό να συνέβη στο παρελθόν», «τι είναι πιθανό να συμβεί στο παρόν» και τέλος «τι είναι πιθανό να συμβεί στο μέλλον». Με βάση αυτές τις υποθέσεις διαμορφώνονται πεδία δράσης, προοπτικές αλλά και περιορισμοί (Miller,2001).

Ο Hacking (1986, 1999) περιγράφει τα άτομα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως προβληματικά, όπως, για παράδειγμα, εγκληματίες, εξαρτημένους κτλ., ως «κινούμενους στόχους» (moving targets). Η ένταξη τους σε συστήματα παρέμβασης αποτελεί τόσο ένα μέσο ελέγχου όσο και μία διαδικασία «μεταμόρφωσης» και δημιουργίας συγκεκριμένου τύπου ταυτότητας. Όπως ο ίδιος υποστηρίζει, καθώς τα άτομα γνωρίζουν τι λέγεται γι αυτά, τι σκέφτονται και τι πράττουν οι άλλοι σε σχέση με αυτά, και μόνο ο χαρακτηρισμός και η κατηγοριοποίηση των ατόμων και των προβλημάτων τους αποτελούν διαδικασίες αλλαγής.

Μία άλλη σημαντική πτυχή στη διαδικασία της «μεταμόρφωσης» που επιχειρείται στα πλαίσια συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης, είναι η διαδικασία ομοιογενοποίησης και ταυτόχρονα διαχωρισμού των ατόμων (Rose &

Novas, 2003). Τα άτομα που κατηγοριοποιούνται ως «προβληματικά» ταυτόχρονα κατατάσσονται σε μία περισσότερο ή λιγότερο ομοιογενή ομάδα «συμπασχόντων» και διαχωρίζονται από τον υπόλοιπο μη προβληματικό πληθυσμό.

Όπως υποστηρίζεται χαρακτηριστικά από τους Rose & Novas (2003): *«Η κατηγοριοποίηση θέτει τα όρια στον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα άτομα-στόχοι παρέμβασης, ως προς τη θεραπεία, την απασχόληση, την ασφάλεια, τα οφέλη και τις προοπτικές, ενώ ταυτόχρονα εντάσσει τα άτομα αυτά σε ομάδες παραβλέποντας τις μεταξύ τους διαφορές.»*

Ακολουθώντας αυτή τη θεωρητική παράδοση, οι Jarvinen & Andersen (2009) μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο η ιστορία φόρμουλας (formula story) της μείωσης της βλάβης επηρεάζει την ταυτότητα των μελών προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη στην Δανία. Οι ίδιες υποστήριξαν, ότι η αντίληψη της εξάρτησης ως ανίατης ασθένειας έχει ως αποτέλεσμα τη μεταμόρφωση των χρηστών οπιοειδών σε «χρόνιους ασθενείς», ανεξάρτητα από το πώς οι ίδιοι αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της εξάρτησής τους. Η κατηγοριοποίηση αυτή φαίνεται να αποτελεί «αυτοεκπληρούμενη προφητεία» ως προς την αποτυχία της ολοκληρωτικής αποδέσμευσης από το πρόγραμμα, παραβλέποντας το γεγονός ότι πολλά μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης δεν έχουν εγκαταλείψει την ελπίδα για οριστική απομάκρυνση από τις ουσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο καθορισμός της μεθόδου μιας έρευνας είναι στενά συνδεδεμένος με το ερευνητικό ερώτημα. Τα ερωτήματα της παρούσας έρευνας μας οδήγησαν στη χρήση της ποιοτικής μεθοδολογία για τη διερεύνησή τους. Στο παρόν κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Ειδικότερα, αναλύονται οι λόγοι για τους οποίους επιλέχτηκε η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (ΕΦΑ-IPA), ενώ παρουσιάζονται επίσης ζητήματα δεοντολογίας και οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων για την παραγωγή των αποτελεσμάτων.

2.1 Η μεθοδολογία της έρευνας

Η ποιοτική μέθοδος αποτελεί μία ευέλικτη ερευνητική διαδικασία. Σε αντίθεση με την ποσοτική μεθοδολογία έρευνας, η οποία έχει έναν νομοθετικό

χαρακτήρα, η ποιοτική μεθοδολογία χαρακτηρίζεται περισσότερο ως «ιδιογραφική», καθώς επικεντρώνεται στην ανάλυση ενός συστήματος στην βάση εσωτερικών κριτηρίων, τονίζοντας την μοναδικότητα του (Lund,2005).

2.2 Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση (ΕΦΑ-IPA)

Στη παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η Ερμηνευτική Φαινομενολογική ανάλυση (ΕΦΑ-IPA). Η ανάλυση αυτή αποτελεί μια ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, μέσω της οποίας ο ερευνητής προσπαθεί να μελετήσει με λεπτομέρεια τις υποκειμενικά βιωμένες εμπειρίες των ανθρώπων, καθώς και να αναδείξει τον τρόπο που οι ίδιοι οι άνθρωποι κατανοούν αυτές τις εμπειρίες. Οι εμπειρίες προσεγγίζονται με μια ολιστική-συστημική ματιά, καθώς τοποθετούνται και εξετάζονται σε ένα σύνθετο πλέγμα σχέσεων (κοινωνικό, ιστορικό, πολιτισμικό πλαίσιο) (Smith, 2011, 2015).

Η μέθοδος ΕΦΑ-IPA αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για τη διερεύνηση σύνθετων και συναισθηματικά φορτισμένων εμπειριών. Επίσης δεν εστιάζει σε προϋπάρχουσες θεωρητικές προκαταλήψεις αλλά επικεντρώνεται στην εις βάθος ανάλυση των βιωμάτων των ατόμων (Pietkiewicz & Smith, 2014). Επίσης αποτελεί μία ευέλικτη, μη κατευθυντική μέθοδο, που δίνει χώρο στην ανάδειξη σημαντικών ζητημάτων για τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ανάλυση αποτελεί μία σύνθεση δύο κύριων θεωρητικών προσεγγίσεων, της φαινομενολογίας (phenomenology) και της ερμηνευτικής (hermeneutics), ενώ φαίνεται να ασπάζεται και το ιδιογραφικό στοιχείο (idiographic).

Η βάση της φαινομενολογίας (phenomenology) εισήχθη από τον Edmund Husserl και έπειτα αναπτύχθηκε από τον Martin Heidegger. Από τη σκοπιά αυτή, ο ερευνητής μελετά τις εμπειρίες των ανθρώπων, όπως ακριβώς αυτές εξιστορούνται. Διερευνάται, λοιπόν, με λεπτομέρεια, ο τρόπος που βιώνεται μία εμπειρία, το προσωπικό νόημα που οι ίδιοι οι συμμετέχοντες αποδίδουν στην εμπειρία, καθώς και η συναισθηματική ανταπόκριση των ανθρώπων σε σχέση με αυτή την εμπειρία (Smith, 2011, 2015).

Η Ερμηνευτική θεώρηση (hermeneutics) αποτελεί επίσης αναπόσπαστο κομμάτι της συγκεκριμένης ανάλυσης και αφορά την ερμηνεία των ερευνητών, όσον αφορά την κατανόηση μιας μη προσωπικά βιωμένης εμπειρίας, που σε πρώτο επίπεδο έχει ερμηνευτεί από τον ίδιο τον συμμετέχοντα καθώς την εξιστορεί. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η προσπάθεια του ερευνητή να ερμηνεύσει τα λεγόμενα (ερμηνείες) του ίδιου του συμμετέχοντα χαρακτηρίζεται ως «διπλά ερμηνευτική» (Smith, 2011, 2015).

Τέλος, το ιδιογραφικό στοιχείο (idiographic) είναι φανερό, καθώς, μέσω της ΕΦΑ-IPA, ο ερευνητής αναλύει λεπτομερώς το υποκειμενικό βίωμα του κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά, διερευνώντας μοτίβα σύγκλισης ή απόκλισης στα νοήματα που προσδίδουν οι συμμετέχοντες στα βιώματά τους (Smith, 2015).

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μέθοδος ΕΦΑ-IPA, μέσα σε μία προσπάθεια εις βάθος διερεύνησης και κατανόησης της εμπειρίας, των συναισθημάτων, των κινήτρων, των αναπαραστάσεων των συμμετεχόντων σε σχέση με την εμπειρία της χρόνιας χορήγησης χαμηλής δόσης υποκαταστάτου, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο στο οποίο εγγράφονται.

2.3 Ζητήματα Δεοντολογίας

Η μελέτη διεξήχθη μετά από έγκριση του ερευνητικού σχεδιασμού από το κέντρο ερευνών του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Αναλυτικότερα, η ερευνήτρια έλαβε αριθμό πρωτοκόλλου (Αρ. πρωτ. 21033), μέσω του οποίου είχε πρόσβαση σε όλες τις μονάδες του Οργανισμού στην Αττική.

Όσον αφορά τους συμμετέχοντες, έγινε μία προπαρασκευαστική συνάντηση στο πλαίσιο της μονάδας τους, όπου η ερευνήτρια τους εξήγησε λεπτομερώς τον σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθηθεί. Έπειτα, πριν ξεκινήσει η διαδικασία, δόθηκε γραπτώς «Επιστολή προς τον συμμετέχοντα», στην οποία αναφερόταν η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών καθώς και η διασφάλιση των προσωπικών του δεδομένων. Οι συμμετέχοντες

ενημερώθηκαν, εκτός των άλλων, ότι πρόσβαση στο υλικό των συνεντεύξεων θα έχει μόνο η ερευνήτρια και οι επόπτες της διπλωματικής εργασίας και ότι, αντί για τα προσωπικά τους ονόματα, θα γίνει χρήση ψευδωνύμων ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες έδωσαν εγγράφως τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα μέσω ενός εντύπου με το οποίο δήλωναν ότι έχουν ενημερωθεί πλήρως για το σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα παρείχαν καθώς και για το αναφαίρετο δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από την ερευνητική διαδικασία όποτε το επιθυμούν. Όσον αφορά τις μαγνητοφωνήσεις, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα αρχεία θα καταστραφούν μετά το πέρας των αναλύσεων και της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι, στο τέλος της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες παροτρύνθηκαν να μιλήσουν με τους θεραπευτές τους για την εμπειρία τους από την έρευνα.

Γενικότερα, τόσο κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, την επεξεργασία και αποθήκευση των δεδομένων όσο και κατά τη συγγραφή της διπλωματικής εργασίας, δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην τήρηση του απορρήτου των πληροφοριών καθώς και την αποφυγή ενδεχόμενης βλάβης.

2.4 Συμμετέχοντες & μέθοδοι προσέγγισης

Η αναζήτηση των συμμετεχόντων έγινε μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με όλες τις μονάδες υποκατάστασης που χρησιμοποιούν βουπρενορφίνη στην Αθήνα. Συγκεκριμένα, μετά από την έγκριση της ερευνητικής πρότασης από το κέντρο ερευνών του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το ερευνητικό πρωτόκολλο εστάλη σε όλες τις μονάδες της Αττικής μέσω «Παπύρου», ενός εσωτερικού ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης εγγράφων και ροής εργασιών του οργανισμού. Έπειτα, έγινε μία πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία με κάποια κεντρικά μέλη-υπεύθυνους των δομών, που ενημερώθηκαν προφορικά σχετικά με τη φύση και τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Όταν οι ίδιοι έκριναν ότι υπήρχαν μέλη στην

μονάδα τους που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για συμμετοχή στην έρευνα, ενημέρωναν την ερευνήτρια, η οποία στη συνέχεια ερχόταν σε επαφή με τα συγκεκριμένα μέλη σε χώρους του ΟΚΑΝΑ. Οι μέρες και οι ώρες της διεξαγωγής των συνεντεύξεων προσαρμόστηκαν στις μέρες που οι συμμετέχοντες είχαν προγραμματισμένη παρουσία στις μονάδες.

Οι μονάδες υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στην Αττική είναι 17. Ωστόσο, η έρευνα αυτή διεξήχθη στη «Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης» και στις θεραπευτικές μονάδες των Νοσοκομείων «Αλεξάνδρας», «Ευαγγελισμού» και «Νίκαιας», καθώς εκεί βρέθηκαν άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για συμμετοχή στην έρευνα.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 7 άτομα που αποτελούν μέλη θεραπευτικών προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) στην Αττική. Οι συμμετέχοντες που επιλέχθηκαν ήταν σταθεροποιημένοι σε πολύ χαμηλή δοσολογία υποκαταστάτου (2mg βουπρενορφίνης/ ημερησίως και λιγότερο) για τουλάχιστον έναν χρόνο και δεν έκαναν παράλληλη χρήση ουσιών, εκτός από κάποιους που έκαναν χρήση κάνναβης. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ομοιογένεια του δείγματος, δεν επιλέχθηκαν άτομα τα οποία χρησιμοποιούν, ως υποκατάστατα, άλλες ουσίες πέρα από βουπρενορφίνη (π.χ μεθαδόνη).

Αναλυτικότερα, συμμετείχαν: μία γυναίκα, 40 ετών, από τη θεραπευτική μονάδα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», 2 γυναίκες, 42 και 50 ετών, που ήταν μέλη της Μονάδας Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ), 2 άντρες, 50 και 60 ετών, από τη θεραπευτική μονάδα του νοσοκομείου «Αλεξάνδρας», ένας άντρας, 41 ετών, από τη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) και ένας άντρας, 42 ετών, από τη θεραπευτική μονάδα του νοσοκομείου «Νίκαιας».

Παρακάτω θα δοθεί ένα σύντομο ιστορικό των συμμετεχόντων. Να σημειωθεί ότι τα ονόματα που χρησιμοποιούνται αποτελούν ψευδώνυμα για την διασφάλιση του απορρήτου.

Ελένη, Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

Η Ελένη είναι 42 ετών, κατάγεται από ένα χωριό της Καρδίτσας, ενώ τα τελευταία χρόνια, μένει μόνιμα στην Αθήνα και εργάζεται ως φροντιστής ζώων.

Η Ελένη, στην ηλικία των 15 ετών, έφυγε από το χωριό και μετακόμισε στο σπίτι της θείας της στην Αθήνα, λόγω έντονων συγκρούσεων που είχε με τη μητέρα της. Στην ηλικία των 17 έφυγε από το σπίτι της θείας και έμεινε μόνη της. Οι σχέσεις με τους γονείς της και με την αδερφή της, όπως περιγράφει, παραμένουν από τότε τυπικές. Η Ελένη τους επισκέπτεται στο χωριό 1-2 φορές τον χρόνο ενώ οι ίδιοι δεν γνωρίζουν πολλά σε σχέση με την ιστορία της χρήσης και τη συμμετοχή της σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η επαφή της με τις ουσίες ξεκίνησε με κάνναβη και LSD, περίπου σε ηλικία 16 ετών, μέσα στα πλαίσια των κοινωνικών συναναστροφών της στην Αθήνα. Η πρώτη επαφή με την ηρωίνη έγινε στην ηλικία των 19 ετών. Συνολικά η χρήση ηρωίνης κράτησε για 10 χρόνια τα οποία όμως διακρίνονται σε 2 διαφορετικές περιόδους στη ζωής της.

Η πρώτη περίοδος είναι από τα 19 μέχρι τα 24, που έκανε χρήση μαζί με φίλες της και την αναφέρει ως μία τυχαία συγκυρία στη ζωή της: *«έτυχε στα 19 δοκίμασε η φίλη μου, μετά ήθελε και η άλλη φίλη μου να δοκιμάσει, δοκιμάσαμε όλοι μαζί, δοκιμάσαμε, ξαναδοκιμάσαμε, από παρέα δηλαδή, δεν ήταν ότι πήγα να ψαχτώ, έτυχε, σαν παρέα δηλαδή περισσότερο κολλήσαμε και οι τρεις μαζί»*. Έπειτα, μετά από συμμετοχή σε θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ, κατάφερε να διακόψει για περίπου 3 χρόνια τη χρήση ηρωίνης, ενώ συνέχισε να κάνει χρήση κάνναβης και LSD.

Η δεύτερη περίοδος χρήσης ηρωίνης ξεκίνησε 5 χρόνια πριν μπει σε πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ, περίπου στην ηλικία των 27. Την περίοδο αυτή, όπως επισημαίνει η ίδια, έκανε συνειδητή και οργανωμένη χρήση: *«Έπινα πάρα πολύ λίγο, δηλαδή μετρούσα μία δοσολογία 1 γραμμάριο που δεν είναι καν συντήρηση, και δεν ξέφευγα πάνω από αυτό, δούλευα κανονικά και αγόρασα το σπίτι μου όσο έπινα. Την 2η φορά ήταν κάτι σαν, σαν μία θεραπεία στον εαυτό μου, γιατί δεν περνούσα καλά.»* Μάλιστα, έχει ενδιαφέρον ότι πρώτα έκανε την αίτηση στον ΟΚΑΝΑ και έπειτα άφησε τον εαυτό της ελεύθερο στη χρήση: *«έκανα πρώτα την αίτηση στον ΟΚΑΝΑ, και μετά αρρώστησα, δηλαδή ήταν κάτι πολύ οργανωμένο, δεν ήταν κάτι που έτυχε, το είχα οργανώσει έτσι.»*

Η αίτησή της έγινε δεκτή μετά από 6 χρόνια. Το 2010, λοιπόν, εισήχθη στη μονάδα του «Ελενα Βενιζέλου» όπου σταθεροποιήθηκε στη βουπρενορφίνη και διέκοψε εντελώς τη χρήση ηρωίνης. Περίπου από το 2015, της χορηγούνται λιγότερο από 2mg βουπρενορφίνης ημερησίως, ενώ έχει προσπαθήσει, από μόνη της, χωρίς επιτυχία, να μηδενίσει το υποκατάστατο. Τον τελευταίο χρόνο έχει μετακινηθεί, μετά από δική της πρωτοβουλία, στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ), με στόχο να μπορέσει να διακόψει το υποκατάστατο και την κάνναβη.

Ευαγγελία, Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ)

Η Ευαγγελία είναι 50 ετών, κατάγεται από την Αθήνα, από μία σχετικά ευκατάστατη οικογένεια. Είναι χωρισμένη και μητέρα δύο παιδιών, μιας κόρης, 19 ετών, και ενός γιού, 23 ετών. Η κόρη της σταμάτησε το σχολείο, πριν τελειώσει το γυμνάσιο και εργάζεται σε διάφορες περιστασιακές δουλειές, ενώ ο γιος της σπουδάζει πληροφορική. Η Ευαγγελία μένει μαζί με τα παιδιά της σε ένα νεοκλασικό σπίτι στην Αθήνα. Η ίδια για πολλά χρόνια εργαζόταν ως μουσικός, ενώ, τα τελευταία 4 χρόνια, μετά από την επαφή της με τη χρήση ηρωίνης, σταμάτησε να ασχολείται με τη μουσική και εργάζεται ως σχολική οδηγός.

Η επαφή της με τη χρήση κάνναβης ξεκίνησε περίπου στα 20 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Η χρήση ηρωίνης ήρθε πολύ αργότερα στη ζωή της, περίπου στην ηλικία των 46 ετών, μέσω μίας σχέσης που είχε συνάψει με έναν άστεγο και χρήστη ηρωίνης, και κράτησε 7 μήνες. Αν και το διάστημα χρήσης ήταν πολύ μικρό, η ίδια περιγράφει την εμπειρία αυτή ως σημαντικό ορόσημο στη ζωή της.

Μέσα σε αυτούς τους 7 μήνες, η Ευαγγελία έκανε αρκετές προσπάθειες να διακόψει από μόνη της τη χρήση ηρωίνης, ωστόσο οι προσπάθειες αυτές δεν είχαν επιτυχία. Εκείνο το χρονικό διάστημα, έκανε αίτηση στον ΟΚΑΝΑ, από τον οποίο έγινε αμέσως δεκτή λόγω ανήλικου τέκνου. Συγκεκριμένα, το 2014, εισήχθη στην μονάδα «Ελενα Βενιζέλου» όπου σταθεροποιήθηκε στην Βουπρενορφίνη και διέκοψε εντελώς τη χρήση ηρωίνης. Τα τελευταία περίπου 2 χρόνια είναι σταθεροποιημένη στο 1 mg βουπρενορφίνης την ημέρα. Όσο ήταν μέλος της μονάδας «Ελενα Βενιζέλου» έκανε διάφορες προσπάθειες να διακόψει τη χορήγηση της βουπρενορφίνης, οι οποίες όμως δεν είχαν αποτέλεσμα. Τον τελευταίο χρόνο, η Ευαγγελία μετακινήθηκε στην Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

(ΜΕΨΥ) με στόχο να προσπαθήσει να μηδενίσει το υποκατάστατο και την κάνναβη ώστε να αποδεσμευτεί από το πρόγραμμα.

Μαρία, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

Η Μαρία είναι 40 ετών, κατάγεται από την Αθήνα και είναι μέλος εξαμελούς οικογένειας. Μάλιστα, είναι η μικρότερη από τα πέντε αδέρφια της. Τα τελευταία χρόνια, η Μαρία μένει στο πατρικό της σπίτι με τους γονείς της και έχει αναλάβει τη φροντίδα του πατέρα της, ο οποίος έχει εμφανίσει άνοια.

Η πρώτη επαφή της με τις ουσίες έγινε στην ηλικία των 16 ετών με χρήση κάνναβης και ηρεμιστικών χαπιών. Όπως αναφέρει, μετά από περίπου 1 χρόνο, στην ηλικία των 17 ετών, δοκίμασε ηρωίνη, και αυτό αποτέλεσε σημείο σταθμό στη ζωή της.

Η Μαρία, μετά από περίπου 5 χρόνια χρήσης, γύρω στο 2002, με παρότρυνση της οικογένειάς της, έκανε προσπάθειες απεξάρτησης σε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, όπως, για παράδειγμα, στο 18 ΑΝΩ, σε ένα ιδιωτικό πρόγραμμα «ταχείας» σωματικής απεξάρτησης κ.α. Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές δεν απέδωσαν. Περίπου την ίδια χρονική περίοδο, έκανε αίτηση στον ΟΚΑΝΑ, η οποία, λόγω της λίστας αναμονής, έγινε δεκτή μετά από 7 χρόνια.

Η εισαγωγή της στον ΟΚΑΝΑ έγινε το 2009. Όπως η ίδια αναφέρει, αρχικά παρακολουθούσε μία θεραπευτική μονάδα στη Σοφοκλέους, ενώ, μέσα σε διάστημα ενός έτους, μεταφέρθηκε στη μονάδα του νοσοκομείου «Σωτηρία», έπειτα από την πολιτική διεύρυνσης των μονάδων του οργανισμού. Εκείνο το διάστημα λειτουργούσε στο «Σωτηρία» μικτή μονάδα που χρησιμοποιούσε τόσο μεθαδόνη όσο και βουπρενορφίνη. Μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, τα μέλη στα οποία χορηγούνταν βουπρενορφίνη μετακινήθηκαν σε μονάδες βουπρενορφίνης, ενώ τα υπόλοιπα, στα οποία χορηγούνταν μεθαδόνη, παρέμειναν εκεί. Η ίδια επέλεξε τη θεραπευτική μονάδα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» με την ελπίδα ότι η Παναγία θα τη βοηθήσει στην προσπάθειά της.

Από το 2011 μέχρι και σήμερα η Μαρία αποτελεί μέλος της θεραπευτικής μονάδας του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός». Από τον πρώτο χρόνο κατάφερε να σταθεροποιηθεί στη βουπρενορφίνη και να παραμείνει καθαρή απ' όλες τις άλλες

ουσίες. Μάλιστα, τον τελευταίο 1.5 χρόνο, της χορηγούνται 2mg βουπρενορφίνης ημερησίως, και θεωρεί ότι βρίσκεται στο πιο κομβικό σημείο της θεραπείας της.

Ενώ η ίδια επιθυμεί να μηδενίσει τη χορήγηση υποκαταστάτου ώστε να μπορέσει να περάσει στην κοινωνική επανένταξη και να αποφοιτήσει από το πρόγραμμα, φοβάται να κάνει το επόμενο βήμα.

Κώστας, νοσοκομείο «Αλεξάνδρας»

Ο Κώστας είναι 60 ετών και κατάγεται από το Αγρίνιο. Είναι παντρεμένος και έχει δύο κόρες, οι οποίες βρίσκονται στην εφηβεία. Η επαφή του με τη χρήση κοκαΐνης έγινε στην ηλικία των 33 ετών. Έπειτα, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα ξεκίνησε να κάνει και χρήση ηρωίνης. Ο ίδιος αναφέρει ότι, μέσω της χρήσης, προσπαθούσε να βρει μία διέξοδο στη πίεση που ένιωθε λόγω οικονομικών ζητημάτων.

Ο Κώστας, πριν από 18 χρόνια, αποφάσισε να φύγει από το Αγρίνιο μαζί με την οικογένεια του και επιχείρησε να κάνει μία νέα αρχή στην Αθήνα. Από το 2000 ξεκίνησε να μένει μόνιμα στην Αθήνα μαζί με τη γυναίκα του και τις κόρες του, ενώ συνέχισε να κάνει χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης.

Το 2009, μετά από παρότρυνση της γυναίκας του, ξεκίνησε να παρακολουθεί μία θεραπευτική μονάδα του ΟΚΑΝΑ στον Πειραιά. Ωστόσο, η πορεία του εκεί δεν ήταν καλή (έκανε παράλληλη χρήση, δεν τηρούσε τους κανόνες του θεραπευτικού συμβολαίου) και αποβλήθηκε από το πρόγραμμα μετά από έναν χρόνο. Ο ίδιος αναφέρει ότι τότε δεν είχε πάρει ακόμα την απόφαση να διακόψει τη χρήση: *«τότε δεν ήθελα να κόψω, είχα και λεφτά πολλά, δεν με ένοιαζε.»*

Τα επόμενα χρόνια, από το 2010 μέχρι το 2014, ο ίδιος συνέχισε να κάνει χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης. Ωστόσο, μέσα σε εκείνο το χρονικό διάστημα, έχασε τη δουλειά του και όλες τις οικονομίες του και δεν είχε πλέον χρήματα ώστε να καλύπτει τα έξοδα του. Εκείνη την περίοδο, εξαιτίας της λίστας αναμονής στις μονάδες της Αττικής, αποφάσισε να κάνει αίτηση στη θεραπευτική μονάδα του ΟΚΑΝΑ στο Αγρίνιο, όπου έγινε δεκτός μέσα σε διάστημα λίγων μηνών. Ο ίδιος, μετά από την παραμονή του για 3-4 μήνες στη μονάδα του Αγρινίου, επεδίωξε τη μεταγραφή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα του νοσοκομείου «Αλεξάνδρας», η οποία έγινε αμέσως δεκτή.

Από το 2014 μέχρι και σήμερα ο Κώστας είναι μέλος την θεραπευτικής μονάδας του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρας». Τον τελευταίο χρόνο, έχει καταφέρει να σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δοσολογία βουπρενορφίνης (2mg βουπρενορφίνης ημερησίως), ενώ δεν κάνει παράλληλη χρήση άλλων ουσιών. Όπως αναφέρει το υποκατάστατο τον «κρατάει», του υπενθυμίζει ότι είναι εντάξει και ότι δεν χρειάζεται να πάρει κάτι άλλο. Ζητήματα που φαίνεται να τον απασχολούν είναι η καθημερινή ανία και η δυσκολία του να βρει εργασία και να συνεισφέρει οικονομικά στην οικογένειά του.

Σωκράτης, νοσοκομείο «Αλεξάνδρας»

Ο Σωκράτης είναι 50 ετών και μεγάλωσε στην Αθήνα. Προέρχεται από μία ευκατάστατη οικογένεια, για τα δεδομένα της εποχής, και ήταν το μοναδικό παιδί της οικογένειας. Πλέον ο Σωκράτης είναι παντρεμένος και έχει έναν γιο 10 ετών.

Η επαφή του με τη χρήση «χαπιών» και κάνναβης ξεκίνησε τη δεκαετία του 80, στις τελευταίες τάξεις του γυμνασίου. *«Υπήρχε μεγάλη έξαρση εκείνη τη δεκαετία, τη δεκαετία του 80, πολλά παιδιά εθιστήκαν τότε. Ήταν ελεύθερα όλα, free, έβρισκες όπου ήθελες, όχι ότι τώρα δεν είναι, αλλά ήτανε άλλα χρόνια εκείνα, ήταν όλα..ήταν πρωτοποριακό ας πούμε, ότι κάναμε κάποια επανάσταση, ξέρεις, επαναστάτες χωρίς αιτία ας πούμε, κάτι τέτοιο, κάπως έτσι. Τότε άρχισα πρώτη φορά χρήση».* Από τότε μέχρι και την ηλικία των 27 ετών έκανε χρήση κυρίως κάνναβης.

Το 1996, παντρεύτηκε και άνοιξε 2 δικές του επιχειρήσεις. Κοντά στο 2000, λίγο καιρό αφού πέθαναν οι γονείς του, ήρθε συνειδητά σε επαφή με έναν παλιό του φίλο, ο οποίος έκανε χρήση και εμπόριο ουσιών. Από τότε ξεκίνησε να κάνει κατάχρηση κοκαΐνης και σύντομα ακολούθησε η χρήση και η εξάρτηση από την ηρωίνη. Για τα επόμενα περίπου 10 χρόνια ο ίδιος συνέχισε να κάνει καθημερινή χρήση ηρωίνης, ενώ η γυναίκα του κρατούσε τις επιχειρήσεις του και τον χρηματοδοτούσε.

Το 2008 ο Σωκράτης έγινε πατέρας ενός αγοριού. Όπως ο ίδιος περιγράφει, από εκείνο το σημείο και για τα επόμενα 2 χρόνια, ήρθε η απόλυτη κατρακύλα στο κομμάτι της χρήσης. Επίσης, περίπου την ίδια περίοδο, έκλεισε τις επιχειρήσεις καθώς ήταν πια ζημιογόνες.

Το 2010 ξεκίνησε να κάνει από μόνος του προσπάθειες να διακόψει την ηρωίνη. Για 2 καλοκαίρια δούλεψε σε καράβι, ώστε να απομακρυνθεί από το περιβάλλον της χρήσης και να μπορέσει να διακόψει πιο εύκολα. Πράγματι, το διάστημα που παρέμενε στο καράβι, ο Σωκράτης έμενε καθαρός απ όλες τις ουσίες. Ωστόσο, με την επιστροφή του στην Αθήνα, αναφέρει ότι ξεκινούσε πάλι τη χρήση.

Την ίδια χρονιά, μετά από παρότρυνση της γυναίκας του, ήρθε σε επαφή με ένα «στεγνό» ιδιωτικό θεραπευτικό πρόγραμμα αλλά ούτε εκείνη η προσπάθεια καρποφόρησε.

Περίπου το 2012, η γυναίκα του πήρε το παιδί τους και έφυγε από το σπίτι. Εκείνος τότε αποφάσισε να κάνει αίτηση στον ΟΚΑΝΑ, από τον οποίο έγινε δεκτός μέσα σε διάστημα λίγων μηνών, καθώς είχε ανήλικο τέκνο. Συγκεκριμένα, εισήχθη στη μονάδα του νοσοκομείου «Αλεξάνδρας» το καλοκαίρι του 2012.

Τα πρώτα δύο χρόνια συμμετοχής στο πρόγραμμα, όπως αναφέρει, έκανε παράλληλη χρήση. Στην πορεία όμως κατάφερε να σταθεροποιηθεί στο υποκατάστατο και να παραμείνει σε αποχή απ' όλες τις ουσίες. Όσο περνούσαν τα χρόνια, σε συνεργασία με τους θεραπευτές, ελάττωνε τη δοσολογία χορήγησης. Τα τελευταία περίπου 2 χρόνια του χορηγείται 1mg καθημερινά, ενώ παίρνει μηνιαία take home λόγω της σταθερής πορείας του στο πρόγραμμα. Ο ίδιος αναφέρει ότι θα ήθελε να διακόψει εντελώς το υποκατάστατο, αλλά δεν τολμάει να κάνει το επόμενο βήμα.

Τέλος, ο Σωκράτης τα τελευταία χρόνια είναι άνεργος και ασχολείται με τα οικιακά, ενώ η γυναίκα του εργάζεται. Στόχος του είναι να βρει μία δουλειά, ώστε να μπορεί να συνεισφέρει κι αυτός οικονομικά στην οικογένειά του.

Λευτέρης, νοσοκομείο «Νίκαιας»

Ο Λευτέρης είναι 42 ετών και κατάγεται από την Αθήνα. Έχει μία αδερφή η οποία είναι παντρεμένη, ενώ ο ίδιος δεν έχει δημιουργήσει δική του οικογένεια και ζει μαζί με τους ηλικιωμένους γονείς του στο πατρικό του σπίτι. Όπως αναφέρει, η οικογένειά του ήταν φτωχή, και, από πολύ μικρός, αναγκάστηκε να παρατήσει το σχολείο και να ξεκινήσει να εργάζεται σε διάφορες χειρωνακτικές εργασίες, ώστε να συνεισφέρει οικονομικά.

Η επαφή του με τη χρήση κάνναβης ξεκίνησε σε πολύ νεαρή ηλικία, συγκεκριμένα, στην ηλικία των 13, και στα 14 ξεκίνησε τη χρήση ηρωίνης μέσω ενός θείου του που ήταν χρήστης. Για τα επόμενα 15 χρόνια έκανε βαριά χρήση ηρωίνης χωρίς κανένα διάστημα αποχής.

Όλα αυτά τα χρόνια, με παρότρυνση της οικογένειάς του, έκανε διάφορες προσπάθειες απεξάρτησης, κυρίως σε ιδιώτες γιατρούς οι οποίες όμως δεν είχαν αποτέλεσμα: *«Ναι έχω γυρίσει όλους τους γιατρούς, έχω κάνει μέχρι και..με έχουνε κοιμίσει 8 μέρες και με έχουνε βάλει στην ναλτρεξόνη, μέχρι και αυτό έκανα. Με κοίμισαν 8 μέρες για να μου φύγουνε τα στερητικά όλα, αυτό κανονικά έκανε 5-6 χιλιάρικα, η θεραπεία αυτή, και εμείς, επειδή ξέραμε τον γιατρό την έκανα σπίτι με ένα χιλιάρικο μας την έκανε...μου έκανε κακό τελικά αυτό, μου γύρισε τα μυαλά χειρότερα, δεν μου έκανε καλό.»*

Το 2002, η αδερφή του τον έπεισε να κάνει αίτηση στον ΟΚΑΝΑ. Μέχρι το 2005 που έγινε δεκτή η εισαγωγή του στη μονάδα του νοσοκομείου της «Νίκαιας», ο ίδιος είχε χάσει κάθε ελπίδα για ζωή *«προσπαθούσα να, πώς να στο πω να πεθάνω, δηλαδή σηκωνόμουν το πρωί έπαιρνα όσα χάπια είχα και βάραγα για 3 άτομα, προσπαθούσα να πεθάνω, είχα κουραστεί, είχα απελπιστεί, δεν με έπαιρνε ότι και να έκανα.. και κει που είμαι έτσι, βάρεσε το τηλέφωνο του ΟΚΑΝΑ.»*

Από την πρώτη εβδομάδα που εισήχθη στη μονάδα της «Νίκαιας» σταμάτησε εντελώς τη χρήση ηρωίνης, ενώ σταθεροποιήθηκε στην βουπρενορφίνη. Τα τελευταία 12 χρόνια δεν έχει κάνει καμία υποτροπή στην ηρωίνη, ωστόσο συνεχίζει να κάνει χρήση κάνναβης. Μάλιστα, τα τελευταία 4 χρόνια του χορηγούνται 2 mg βουπρενορφίνης καθημερινά.

Τέλος, αναφέρει ότι αποφεύγει να κάνει σχέδια για τον μηδενισμό του υποκαταστάτου, καθώς η χορήγηση του δίνει μία σταθερότητα και τον προστατεύει από το ενδεχόμενο υποτροπής. Στόχος του τώρα είναι να βρει μία δουλειά για να νιώσει πιο παραγωγικός.

Δημήτρης, Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ)

Ο Δημήτρης είναι 41 ετών και κατάγεται από την Αθήνα. Έχει μία αδερφή η οποία είναι παντρεμένη, ενώ ο ίδιος δεν έχει δημιουργήσει δική του οικογένεια και ζει σε ένα ιδιόκτητο σπίτι μαζί με τους γονείς του.

Η πρώτη του επαφή με τις ουσίες ξεκίνησε στην ηλικία των 16 ετών με χρήση κάνναβης. Μετά από κάποια χρόνια, αφού τελείωσε τον στρατό, σε ηλικία 23 ετών, ξεκίνησε τη χρήση ηρωίνης, η οποία συνεχίστηκε για τα επόμενα περίπου 10 χρόνια της ζωής του, με μικρά διαστήματα αποχής.

Περίπου μετά από 3 χρόνια χρήσης, στην ηλικία των 26 χρονών, έκανε προσπάθειες να διακόψει τη χρήση ηρωίνης σε διάφορα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα. Μέσω αυτών των προγραμμάτων, αναφέρει ότι είχε καταφέρει να απέχει για μικρά χρονικά διαστήματα αλλά δεν μπορούσε να διατηρήσει την αποχή. Το ίδιο διάστημα έκανε αίτηση στον ΟΚΑΝΑ, η οποία έγινε δεκτή μετά από 6 χρόνια αναμονής, όταν ο ίδιος ήταν 32 ετών.

Το 2009 λοιπόν εισήχθη στη μονάδα του Πειραιά, στην οποία, όπως αναφέρει, κατάφερε μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα να σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση υποκαταστάτου και να απέχει απ' όλες τις ουσίες. Ωστόσο, η μονάδα αυτή έκλεισε και ο Δημήτρης μετακινήθηκε στη μονάδα του «Θριασίου» στην οποία δεν είχε καλή πορεία.

Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, κατάφερε και πήρε μεταγραφή για την μονάδα του «Αττικού», η οποία ήταν σε κοντινότερη απόσταση από το σπίτι του. Εκεί παρέμεινε πολύ λίγο διάστημα, καθώς σύντομα, μετά από περίπου 2 μήνες, ενημερώθηκε ότι άνοιξε η μονάδα «Περιστερίου», η οποία λειτουργούσε μέχρι τις 16.00 το μεσημέρι και τον βόλεψε περισσότερο σε σχέση με την εργασία του.

Από τότε ο ίδιος παραμένει σταθεροποιημένος σε πολύ χαμηλή δοσολογία βουπρενορφίνης (2 mg βουπρενορφίνης ημερησίως), ενώ απέχει απ όλες τις ουσίες εκτός της κάνναβης. Μάλιστα, τους τελευταίους μήνες, αποφάσισε να μετακινηθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ), σε μία προσπάθεια, να διακόψει το υποκατάστατο και της κάνναβη ώστε να μπορέσει να μετακινηθεί στη μονάδα κοινωνικής επανένταξης. Στόχος του είναι να αποφοιτήσει από την κοινωνική επανένταξη, ώστε να παραγραφούν τα αδικήματα που διέπραξε στο παρελθόν, σε σχέση με τη χρήση και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών, και να μπορέσει έπειτα να βρει μία καλή και σταθερή εργασία.

2.5 Παραγωγή δεδομένων: Η δομή της συνέντευξης

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της νοηματοδότησης της εμπειρίας ατόμων που είναι σταθεροποιημένα, για μεγάλα χρονικά διαστήματα, στην χαμηλότερη δυνατή δόση υποκαταστάτου (2mg βουπρενορφίνης και λιγότερο). Έτσι οι συνεντεύξεις εστίασαν στο πώς τα άτομα (συμμετέχοντες/ουσες), που βρίσκονται για μεγάλες περιόδους σε τόσο χαμηλές δόσεις υποκαταστάτου, νοηματοδοτούν την εμπειρία αυτή, σε σχέση με το ενδεχόμενο να μηδενίσουν τη λήψη, πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους στα πλαίσια της χρόνιας χορήγησης χαμηλής δόσης υποκαταστάτου, ποιοι είναι γενικότερα οι λόγοι που επηρεάζουν την απόφαση τους να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε χαμηλές δοσολογίες υποκαταστάτου κ.α.

Οι συνεντεύξεις (οι οποίες διήρκεσαν 50-70 λεπτά), καταγράφηκαν με τη χρήση μαγνητόφωνου και έπειτα απομαγνητοφωνήθηκαν. Πρόκειται για 7 ημι-δομημένες συνεντεύξεις, στις οποίες τα ερωτήματα ήταν ανοιχτά- μη κατευθυντικά. Όταν μία ερώτηση δεν γινόταν κατανοητή από τον συμμετέχοντα, η ερευνήτρια χρησιμοποιούσε επεξηγηματικά παραδείγματα.

Οι συνεντεύξεις ξεκινούσαν με πιο γενικά ερωτήματα που αφορούσαν κυρίως δημογραφικές πληροφορίες των συμμετεχόντων (γέννηση, καταγωγή κ.α), ενώ, στην πορεία, τα ερωτήματα ήταν πιο εστιασμένα. Το θέμα της χρήσης και της υποκατάστασης αναφέρθηκε σχεδόν αμέσως απ' όλους τους συμμετέχοντες αλλά νοηματοδοτήθηκε για τον καθένα με διαφορετικό τρόπο.

Γενικότερα, ο σκοπός της συγκεκριμένης μεθόδου συνέντευξης είναι η απρόσκοπτη και ελεύθερη αφήγηση της εμπειρίας του κάθε συμμετέχοντα ενώ ο ρόλος της ερευνήτριας χαρακτηρίζεται από μη κατευθυντικότητα.

2.6 Παραγωγή δεδομένων: Η ανάλυση των δεδομένων

Στην έρευνα δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο που τα άτομα χρησιμοποιούν στις περιγραφές τους συμβολικά μέσα (όπως, για παράδειγμα,

μεταφορές ή/και παρομοιώσεις), για να εκφράσουν αυτό το στάδιο της υποκατάστασης. Σύμφωνα με τους Shinebourne και Smith (2010), ο μεταφορικός λόγος αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο, μέσω του οποίου τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν δύσκολα συναισθήματα και εμπειρίες με έναν ασφαλή και λιγότερο επίπονο τρόπο. «..κι α σου μιλώ με παραμύθια και παραβολές είναι γιατί τα ' ακούς γλυκότερα...» Γ.Σεφέρη, Τελευταίος σταθμός. Επίσης, μέσω των «μεταφορών», άνοιξε ένα νέο, πιο ζωντανό επίπεδο κατανόησης των πραγμάτων όπου οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να επεξεργαστούν και να εκφράσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την ποιότητα της εμπειρίας τους που δύσκολα μπορεί να μεταφερθεί μέσω της κυριολεξίας του λόγου.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με βάση την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (ΕΦΑ-IPA) (Smith, 2015). Η ανάλυση ξεκίνησε με την εξοικείωση της ερευνήτριας με τα δεδομένα, μέσα από τη λεπτομερή και επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων. Στη συνέχεια, η κάθε συνέντευξη αναλύθηκε σειρά-σειρά και έγινε μία πρώτη καταγραφή σχολίων που αφορούσαν τη μη λεκτική επικοινωνία, τη γλώσσα, τα συμβολικά μέσα, το περιεχόμενο κ.α. Έπειτα ακολούθησε μία διαδικασία φαινομενολογικής κωδικοποίησης, κατά την οποία τα δεδομένα χωρίστηκαν σε 3 βασικές θεματικές ενότητες. Τέλος, έγινε μία προσπάθεια νοηματοδότησης των δεδομένων μέσα από την εύρεση μοτίβων (συγκλίσεων-αποκλίσεων) και αναδυόμενων ζητημάτων. Τόσο η αρχική επεξεργασία όσο και η κωδικοποίηση και νοηματοδότηση των δεδομένων έγινε σε συνεργασία με την επόπτρια της διπλωματικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΥΡ'ΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

3.1 ΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΑΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΑ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.1 α Η σωματική εμπειρία της εξάρτησης

Η περιγραφή της εξάρτησης ως «αρρώστιας» που πλήττει το σώμα αποτελεί κυρίαρχο μοτίβο στις αφηγήσεις των περισσότερων συμμετεχόντων. Αν και σε ένα πολύ αρχικό στάδιο οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη χρήση ως μία ιδιαίτερα θετική εμπειρία, πολύ γρήγορα αρχίζουν να βιώνουν «αρνητικά» σωματικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα της Ευαγγελίας: *«Όντως, εντάξει, είναι υπέροχο πράγμα, δεν το συζητάμε, δεν υπάρχει... Το θέμα όμως είναι ότι στις τρεις εβδομάδες δεν είχα γεύση, στις τρεις εβδομάδες τρως και δεν καταλαβαίνεις γεύση»*

Ενώ ο Λευτέρης αναφέρει: *«Στην αρχή ήταν καψούρα..καψούρα..μετά τα ξέχασα όλα, αρρώστησα, έγινα πρεζάκιας.»*

Η χρήση ηρωίνης, όπως περιγράφεται από τους συμμετέχοντες, μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, παύει να αποσκοπεί στην απόλαυση, αλλά έχει ως στόχο την ανάκτηση της «φυσιολογικής» λειτουργίας του σώματος. Το εύρημα αυτό φαίνεται να ενισχύεται και από νευροεπιστημονικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση αναπτύσσεται σταδιακά, μέσω εγκεφαλικών νευροπροσαρμογών. Ενώ αρχικά τα άτομα επιλέγουν να χρησιμοποιούν την ουσία για τις «ενισχυτικές» της ιδιότητες, στην πορεία, η ανταμοιβή παύει να υφίστανται, αλλά τα άτομα συνεχίζουν να κάνουν εξαναγκαστική-παρορμητική χρήση, ώστε να αποφύγουν την εμφάνιση των επώδυνων συμπτωμάτων στέρησης (Everitt & Robbins, 2005. Koob, 2006).

Ο Κώστας υποστηρίζει: *«Φτάνεις σε ένα σημείο που επειδή είναι αρρώστια, για να μπορείς να στέκεσαι, το χρειάζεσαι.»*

Παρόμοια, η Ευαγγελία αναφέρει: *«Καθημερινά, για να λειτουργήσεις πρέπει να έχεις αυτό, φεύγει από τη διασκέδαση και από το φτιάχνω κεφάλι και το ρίχνω έξω, αλλάζεις κατηγορία μετά, αλλάζεις επίπεδο..μετά πρέπει να το έχεις αυτό για να λειτουργείς φυσιολογικά..»*

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ταυτίζουν το εξαρτημένο σώμα με το άρρωστο-μη φυσιολογικό σώμα που δεν μπορεί να καλύψει από μόνο του τις βασικές ανθρώπινες λειτουργίες, αλλά χρειάζεται την ηρωίνη για να λειτουργήσει. Η αναζήτηση και η χρήση της ουσίας φαίνεται να αποτελεί πλέον μία πράξη επιβίωσης και συντήρησης ενός «φυσιολογικού εαυτού», καθώς, μέσω της χρήσης, τα άτομα επιδιώκουν, έστω και βραχυπρόθεσμα, να «απαλύνουν» την επώδυνη σωματική εμπειρία των συμπτωμάτων στέρησης.

Η άποψη ότι το εξαρτημένο σώμα αποτελεί ένα ασθενές σώμα που χρειάζεται μία ουσία για να λειτουργεί φυσιολογικά αποτελεί τη βασική αρχή των προγραμμάτων υποκατάστασης. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με αυτή την οπτική, η εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που προκαλεί οργανικά και εγκεφαλικά ελλείμματα και απορρυθμίζει τη φυσιολογική λειτουργία ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού. Η ρύθμιση αυτών των ελλειμμάτων μέσω συστηματικής φαρμακευτικής χορήγησης αποτελεί βασικό πυλώνα της θεραπείας (Järvinen & Andersen, 2009).

Ωστόσο, για κάποιους συμμετέχοντες, η χρήση ηρωίνης δεν φαίνεται να λειτουργεί απλά ως ένα εξωτερικό εργαλείο που βοηθά στην ανάκτηση της φυσιολογικής αίσθησης του σώματος, μέσω της ανακούφισης των επώδυνων συμπτωμάτων στέρησης. Αντίθετα, ο ρόλος της χρήσης, στη σωματική εμπειρία, παρουσιάζεται αρκετά πιο σύνθετος.

Χαρακτηριστική είναι και η αφήγηση της Ελένης η οποία υποστηρίζει ότι έκανε συνειδητή χρήση ηρωίνης ώστε να αντέξει τον εαυτό της, το σώμα της και τους ανθρώπους γύρω της: *«Η λύση που βρήκα τότε για να ηρεμήσει το σώμα μου και να νιώθω κάπως φυσιολογικά με εμένα και τους γύρω μου, ήταν η πρέζα..»*

«Αναγκαστικά έπρεπε να το φτιάξω μόνη μου αυτό το άλλο που ήθελα.. η χρήση με βοηθούσε να αισθάνομαι όμορφα με τον εαυτό μου.. να δημιουργώ μία πραγματικότητα όπως τη θέλω.»

Όπως υποστηρίζεται και στη μελέτη της Dennis (2016), που αφορά στην εμπειρία της ενδοφλέβιας χρήσης ηρωίνης, η πραγματικότητα του σώματος δεν είναι προκαθορισμένη, αλλά, αντίθετα, είναι ρευστή και συν-διαμορφώνεται στα πλαίσια σχέσεων. Όπως η ίδια υποστηρίζει, η χρήση ηρωίνης για κάποιους ανθρώπους λειτουργεί ως ένα αναπόσπαστο κομμάτι της πραγματικότητας του σώματος που συν-κατασκευάζει μία «φυσιολογική» υπόσταση –εκδοχή.

Αρκετοί ερευνητές στο πεδίο της ψυχολογίας τείνουν να παρουσιάζουν, πολλές φορές, την εμπειρία του σώματος ως ένα είδος βιολογικού υποστρώματος, που υποστηρίζει τις ανώτερες μορφές ανθρώπινης έκφρασης. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Cromby (2015), η σωματική εμπειρία (feeling) δεν αποτελεί αποκλειστικά οργανική κατάσταση, αλλά νοείται ως ένα σχεσιακό συμβάν που εντάσσεται στο κοινωνικό γίνεσθαι, δημιουργώντας αίσθηση υποκειμενικότητας.

Η Μαρία περιγράφει: *«Η χρήση ήταν ο μόνος τρόπος να νιώθω ότι υπάρχω, να αισθάνομαι κάτι πέρα από το κενό..»*

Επιπλέον, ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι κάποιοι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη χρήση ηρωίνης ως έναν μέσο, προκειμένου να κρύψουν το «άρρωστο» σώμα και να δείχνουν «φυσιολογικοί» στους άλλους.

Η Ευαγγελία αναφέρει: *«Στα στερητικά χάνεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, γίνεσαι πρεζάκι..δεν άντεχα να νιώθω τον εαυτό μου πρεζάκι..όταν πίνεις όμως αυτό δεν φαίνεται, δεν σε καταλαβαίνουν οι άλλοι, τουλάχιστον στην αρχή μοιάζεις φυσιολογικός..»*

Σύμφωνα με τη θεώρηση του Goffman (1963), το σώμα δεν αποτελεί απλή ιδιοκτησία του υποκειμένου, αλλά αναγνωρίζεται και ως φορέας σημασιών από τη κοινωνία. Οι κυρίαρχοι κοινωνικοί λόγοι, σχετικά με το «φυσιολογικό» και «παρεκκλίνον» σώμα, τείνουν να εσωτερικεύονται και να ασκούν μεγάλη επιρροή στον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και κατασκευάζουν την ταυτότητά τους. Συγκεκριμένα, Ο Goffman υποστηρίζει: *«Όταν κοιτάζουμε το σώμα μας στον καθρέπτη, το είδωλό απέναντί μας είναι πλαισιωμένο από τις κοινωνικές απαιτήσεις, προσδοκίες και προκαταλήψεις.»*

Η διαχείριση του σώματος, λοιπόν, φαίνεται να είναι συνυφασμένη με τους κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και τα ισχύοντα κανονιστικά πρότυπα περί ταυτότητας. Το άτομο, έχοντας εσωτερικεύσει τις κυρίαρχες κοινωνικές νόρμες περί «φυσιολογικού», αναγνωρίζει την απόκλισή του σε σχέση με αυτές και εμπλέκεται σε δραστηριότητες «αποκατάστασης», με στόχο να τις προσεγγίσει (Goffman, 1963).

Η χρήση, σύμφωνα με αυτή την οπτική, θα μπορούσε να ερμηνευτεί και ως μία «τεχνική» προσποίηση ενός κοινωνικά φυσιολογικού εαυτού. Συγκεκριμένα, καθώς η χρήση ηρωίνης νοηματοδοτείται ως ένα αναπόσπαστο κομμάτι της φυσιολογικής υπόστασης του σώματος, τα εξαρτημένα από την ηρωίνη άτομα φαίνεται να χρησιμοποιούν την ουσία, πέρα από την ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης, και για να «κρύψουν» την απόκλισή τους από τις κυρίαρχες κοινωνικές νόρμες περί φυσιολογικού σώματος.

Ο Λευτέρη αναφέρει: *«Η ηρωίνη με έκανε φυσιολογικό, δεν με καταλάβαινες ότι έπινα τα πρώτα χρόνια, δεν θα το καταλάβαινες, με έκανε να φαίνομαι φυσιολογικός. Όταν δεν έπινα, δεν ήμουν φυσιολογικός..»*

Η σωματική εμπειρία της εξάρτησης περιγράφεται από τους συμμετέχοντες με έναν διττό, παράδοξο τρόπο. Από τη μία πλευρά, οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη χρήση ως μία κατάσταση που πλήττει το σώμα και το καθιστά άρρωστο-παρεκκλίνον, ενώ ταυτόχρονα η χρήση εκφράζεται και ως διαδικασία που ενισχύει την

υποκειμενική εμπειρία ενός «φυσιολογικού»-υγιούς σώματος, εντάσσοντας το άτομο στην «κανονικότητα».

3.1 β Η εξάρτηση ως «ηθική» ασθένεια

Οι νοηματοδοτήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εμπειρία της εξάρτησης δεν περιορίζονται στη σωματική εμπειρία. Ο όρος «αρρώστια», σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, έχει αρκετά ευρύτερες προεκτάσεις, οι οποίες περικλείουν ολόκληρη την ανθρώπινη υπόσταση. Η πλήρης απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς μέσα στη χρήση, η απώλεια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της ίδιας της υποκειμενικότητας του ατόμου αποτελούν βασικά μοτίβα στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων.

Ο Σωκράτης αναφέρει: *«Δηλαδή, δεν έχεις ενδιασμούς, ούτε τίποτα, χάνονται αυτά τα πράγματα, χάνεται ο εγωισμός, χάνεται η προσωπικότητα, χάνεται το ήθος, χάνονται όλα αυτά. Δεν σε νοιάζει τίποτα, αρκεί να βρεις λεφτά, με οποιονδήποτε τρόπο, δεν σε ενδιαφέρει ούτε αν κλέψεις, από ποιον θα τα πάρεις, αν θα του λείψουνε. Γίνεσαι άλλος άνθρωπος, ένας άνθρωπος που δεν είσαι εσύ, δεν είναι ο χαρακτήρας σου..κι όμως όλοι έχουμε περάσει από αυτό το στάδιο, όλα τα παιδιά.»*

Όμοια, σύμφωνα με τον Λευτέρη: *«Δεν με ενδιέφερε τίποτα άλλο, μόνο η ηρωίνη με ενδιέφερε, ούτε να φάω ούτε να πιω, μόνο η ηρωίνη, να πιω και να ξαναβρω να πιω(...)πώς να στο πω, ήμωνα καμένο χαρτί...»*

Το βίωμα που εκφράζεται από τους συμμετέχοντες φαίνεται να συμπίπτει με την κυρίαρχη αφήγηση των προγραμμάτων υποκατάστασης, σύμφωνα με την οποία το άτομο μέσα στη χρήση παρουσιάζεται ως χαμένο, αναξιόπιστο και αβοήθητο (Järvinen, & Andersen, 2009. Järvinen & Miller, 2010)

Ειδικότερα, ο τρόπος που τείνει να γίνεται αντιληπτή η εξάρτηση στα πλαίσια της θεραπείας υποκατάστασης, είναι αποτέλεσμα της σύνθεσης βιο-ιατρικών και «ηθικών» θεωρητικών μοντέλων. Η εξάρτηση, σε αυτά τα πλαίσια, αντιμετωπίζεται τόσο ως οργανική όσο και ως «ηθική» ασθένεια, καθώς, πέρα από τα έντονα

σωματικά συμπτώματα, το εξαρτημένο άτομο λειτουργεί άναρχα, χωρίς ηθικούς φραγμούς και αξιοπρέπεια (Marlatt, 2011).

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή του Δημήτρη: *«Αλλάζει και η προσωπικότητα, η χρήση όλα τα συναισθήματα τα θάβει, βγάζει άλλα ένστικτα..»*

Ενώ σύμφωνα με την Ευαγγελία: *«Ε, μετά από λίγο καιρό στη χρήση δεν είσαι άνθρωπος, χάνεται αυτό.. γίνεσαι ένα πρεζάκι, σαν αυτά που βλέπεις στην Ομόνοια..»*

Η κατανόηση της εξάρτησης ως «ηθικής» ασθένειας, έρχεται σε ολοκληρωτική αντίθεση με τις «αρχές» της αυτονομίας, της ελευθερίας, του αυτοελέγχου και της υπευθυνότητας που πρεσβεύονται στη νεοφιλελεύθερη κοινωνία (Foucault, 1986). Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, τα εξαρτημένα άτομα γίνονται αντιληπτά ως «αποκλίνοντα» που χρήζουν ειδικής μεταχείρισης, ώστε να μπορέσουν να επανενταχθούν στις κοινωνικές νόρμες (Emerson, 1981. Jarvinen & Miller, 2010).

Ενδιαφέρον αποτελεί ότι η αφήγηση των συμμετεχόντων, μέχρι το σημείο αυτό, συμπίπτει σε σημαντικό βαθμό με τους «κυρίαρχους λόγους» των θεραπευτικών προγραμμάτων. Ωστόσο, η εμπειρία κάποιων συμμετεχόντων φαίνεται να διαφοροποιείται σε κάποιον βαθμό από αυτούς. Ο Hacking (1999) υποστηρίζει ότι σπάνια υπάρχει τέλεια αντιστοιχία μεταξύ των κυρίαρχων αφηγήσεων του προγράμματος και της εμπειρίας που εκφράζεται από το εκάστοτε μέλος καθώς αυτά δεν εσωτερικεύουν και να αναπαράγουν γραμμικά τις κυρίαρχες βιο-ιατρικές, κοινωνικές και πολιτισμικές αφηγήσεις αλλά αντίθετα τις αξιολογούν και να τις αναδιαμορφώνουν σύμφωνα με το δικό τους πλαίσιο αναφοράς.

Ειδικότερα, η Ελένη και η Μαρία, φαίνεται να απομακρύνονται από τη ταυτότητα του «χαοτικού» και του «αναξιοπρεπούς» χρήστη, περιγράφοντας την επαφή τους με τη χρήση ηρωίνης ως μία προσπάθεια αυτο-θεραπείας.

Η Ελένη περιγράφει: *«Έπινα πάρα πολύ λίγο, δηλαδή μετρούσα μία δοσολογία 1 γραμμάριο που δεν είναι καν συντήρηση και δεν ξέφευγα πάνω από αυτό, δούλευα κανονικά, αγόρασα το σπίτι μου, όσο έπινα. Την 2η φορά ήταν κάτι σαν, σαν θεραπεία το έκανα, γιατί δεν περνούσα καλά. Δηλαδή το 1 γραμμάριο να το πίνεις καθημερινά είναι σαν... δεν μπορεί να το κάνει ένας νορμάλ άνθρωπος (...)έκανα μία θεραπεία στον εαυτό μου.»*

«Ο μόνος τρόπος για να αντέξω αυτή τη ζωή ήταν να αρχίσω να πίνω αλλά συνειδητά.»

Με τη χρήση ουσιών ως αυτο-θεραπεία (self-medication) ασχολήθηκε ο Khantzian (1997). Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι άνθρωποι εξαιτίας μη υγιών μηχανισμών άμυνας, στρέφονται σε εξωτερικά μέσα (όπως για παράδειγμα τη χρήση ουσιών), για να ανακουφιστούν από εσωτερικές εντάσεις που τους δημιουργούν δυσφορία.

Χαρακτηριστική είναι η αφήγηση της Μαρίας σχετικά με τη χρήση ηρωίνης ως φάρμακο προκειμένου να ανακουφιστούν τα ψυχιατρικά της συμπτώματα: *«Έμαθα ας πούμε από τους ψυχιάτρους τι ψυχιατρικά θέματα αντιμετωπίζω και ότι αυτά τα αντιμετωπίζω από τότε που θυμάμαι τον εαυτό μου..και κατάλαβα ότι η χρήση ήταν μία λύση που είχα βρει για να καλύψω όμορφα όλα αυτά που ένιωθα.. δεν ξέρω πώς να το πω, η ηρωίνη με έκανε να μην αισθάνομαι βάρος, να μην αισθάνομαι ότι ξοδεύω τσάμπα το οξυγόνο της γης..»*

Ο Khantzian υποστήριξε ότι, σε τέτοιες περιπτώσεις εξάρτησης, η χρόνια χορήγηση υποκατάστατων αποτελεί καταλληλότερη θεραπευτική στρατηγική σε σχέση με την επίτευξη ολοκληρωτικής αποχής. Στο πλαίσιο αυτό, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να ανακουφίσουν με ασφαλή και νόμιμο τρόπο την ψυχολογική δυσφορία χωρίς, τις περισσότερες φορές, να έχουν την ανάγκη να καταφύγουν στην ηρωίνη (Khantzian, 1975. Khantzian & Albanese, 2008).

Η θεραπευτική πορεία τόσο της Ελένης όσο και της Μαρίας επιβεβαιώνει σε κάποιον βαθμό την παραπάνω υπόθεση. Αμφότερες φαίνεται να προσαρμόζονται στο πλαίσιο του προγράμματος αμέσως μετά την είσοδό τους σε αυτό. Όπως περιγράφουν, με την έναρξη της χορήγησης υποκαταστάτου διακόπτουν ολότελα τη χρήση ηρωίνης, ενώ δεν φαίνεται να αμφιταλαντεύονται ανάμεσα στην ηρωίνη και το υποκατάστατο, φαινόμενο που παρατηρείται σε άλλους συμμετέχοντες, τουλάχιστον σε αρχικό στάδιο.

Η Ελένη αναφέρει: *«Με το που πήγα και πήρα το φάρμακο πρώτη μέρα δεν ξανά ήπια ποτέ. Ήμουν αποφασισμένη δηλαδή, ήταν κάτι που είχε οργανωθεί, δεν δυσκολεύτηκα να κόψω ούτε την ηρωίνη ούτε τίποτα..»*

3.1 γ Το πέρασμα στην υποκατάσταση

Η εμπλοκή των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα υποκατάστασης δεν αποτέλεσε εύκολη υπόθεση. Οι περισσότεροι από αυτούς περιπλανήθηκαν σε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα πραγματοποιώντας πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες για αρκετά χρόνια. Η ύπαρξη αρκετών ανεξάρτητων θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία προσφέρονται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς, σε συνδυασμό με τη μακρόχρονη αναμονή, προκειμένου να γίνει κάποιος δεκτός στα προγράμματα υποκατάστασης, ένα πρόβλημα το οποίο όμως έχει ελαχιστοποιηθεί τον τελευταίο έναν χρόνο, εξηγεί, σε κάποιον βαθμό, την κατάσταση αυτή.

Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, τα «στεγνά» προγράμματα θεωρούνται υψηλών απαιτήσεων και απευθύνονται σε έναν πληθυσμό λιγότερο «ευάλωτο» απ' ό,τι αντιλαμβάνονται οι ίδιοι τους εαυτούς τους. Μάλιστα, τα περισσότερα από αυτά απαιτούν από τα μέλη τους να απέχουν πλήρως από τη χρήση ουσιών, ώστε να μπορέσουν να εμπλακούν ενεργά στις θεραπευτικές διαδικασίες (ΕΠΨΥ, 2017).

Ο Σωκράτης αναφέρει: *«Μου είπαν μείνε 5-6 μέρες καθαρός, έλα να μας δώσεις ούρα και αρχινάμε. Το θεώρησα εκείνη την εποχή τρελό ας πούμε, γέλαγα, τους κορόιδευα, τους έλεγα αν μπορέσω να μείνω 5-6 μέρες καθαρός, δεν θα έρθω μετά σε εσένα, να έρθω να μου κάνεις τί εσύ; Σκοπός είναι αυτές τις 5 -6 μέρες πώς μένεις καθαρός.. μπορείς να με βοηθήσεις; Όχι είναι στεγνό το πρόγραμμα. Ευχαριστώ, γεια σας.. Δεν ξανα ασχολήθηκα μαζί τους, γιατί έβλεπα ότι είναι κάτι που δεν με βοηθάει, δεν είναι κάτι που μπορεί να με βοηθήσει..»*

Όπως περιγράφεται από τους συμμετέχοντες, η εμπλοκή στη θεραπεία υποκατάστασης αποτέλεσε τη «σωτήρια λύση», καθώς ήταν η μοναδική θεραπεία που τους βοήθησε να ξεφύγουν από την ανυπόφορη ζωή της χρήσης.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση του Λευτέρη σε σχέση με το τι σημαίνει το πρόγραμμα για αυτόν: *«Μμ τι είναι; Αν δεν ήταν αυτό, θα είχα φάει χόμα, στα ίσια. Το 2006 κιόλας θα είχα ψοφήσει. Με έσωσε, με γλίτωσε. Το θελα όμως, ήθελα να κόψω και δεν μπορούσα. Έλεγα, βρείτε μου μία λύση, μία θεραπεία να το κόψω, δεν*

μπορούσα, με είχε εθίσει τόσο πολύ.. και από τα 14 μου, όσο πιο μικρός είσαι.. είναι χειρότερα, πολύ χειρότερα.»

Ο ίδιος επίσης αναφέρει: *«Ναι, έχω γυρίσει όλους τους γιατρούς(...) τίποτα δεν με βοήθησε. Το πρόγραμμα με γλύτωσε, μου έκοψε την πρέζα, μου έκοψε την ηρωίνη. Ήταν το μόνο πράγμα.. είχα δοκιμάσει τα πάντα, από το στεγνό, από φάρμακα, από μεθαδόνη, από ναλτρεξόνη, από το να με κοιμήσουνε 8 μέρες, υπνοθεραπεία, δεν ξέρω πως λεγόταν αυτό(...) Με το χάπι ήτανε σαν να με πήραν οι γιατροί και να μου βγάλανε κάτι για να καθαρίσω από την ηρωίνη.»*

Παρόμοια, η Μαρία περιγράφει: *«Ήταν ένα πρόγραμμα σαν να λέμε σαν αιμοκάθαρσης, ένα είδος πλυντηρίου ας πούμε, το οποίο τη μία μέρα το έκανα και την επόμενη μέρα έκανα χρήση κατευθείαν. Μετά ήταν στο 18 ΑΝΩ που εκεί κάτι πήγε να γίνει αλλά τελικά.. Να είναι καλά αυτό το παιδί που με παρότρυνε και μου είπε να κάνω αίτηση στον ΟΚΑΝΑ. Δεν θυμάμαι καν ποιος είναι. Μόνο ο ΟΚΑΝΑ λειτούργησε και ευχαριστώ τον θεό και τον ΟΚΑΝΑ. Τίποτα άλλο δεν λειτούργησε.. τίποτα άλλο. Έπρεπε να μου πάρει τόσα χρόνια εμένα.»*

Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων περιγράφεται ο ρόλος του προγράμματος υποκατάστασης ως τελευταίου καταφυγίου- ύστατης λύσης. Όπως εύστοχα τονίζει ο Emerson (1981), οι έσχατες λύσεις (last resorts) αποτελούν απαντήσεις σε ανθρώπους και καταστάσεις των οποίων η διαχείριση κρίνεται ως αδύνατη με άλλα ηπιότερα μέσα. Η ρητορική των ύστατων λύσεων περιλαμβάνει περιγραφές για το παρελθόν, το παρόν και για το μέλλον στις οποίες το χρόνιο πρόβλημα κατέχει κεντρική θέση και δεν δίνει προοπτικές για ριζικές αλλαγές στη ζωή.

Ο Σωκράτης αναφέρει: *«Τελευταία ευκαιρία ήταν, τελευταία ευκαιρία, δεν είχα άλλη ευκαιρία να σωθώ.»*

Η είσοδος στο πρόγραμμα συνεπάγεται, σχεδόν για όλους τους συμμετέχοντες, το πέρασμα από το χάος και την επικινδυνότητα της χρήσης σε μία σταθερή και ασφαλή καθημερινότητα. Το υποκατάστατο φαίνεται να ανακουφίζει από την επώδυνη εμπειρία των σωματικών συμπτωμάτων στέρησης αντικαθιστώντας την ηρωίνη μέσα σε νόμιμα και ασφαλή πλαίσια. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες, μέσω του υποκαταστάτου, είχαν την ευκαιρία να ξεφύγουν τόσο από τη «μαστούρα»

της χρήσης όσο και από το διαρκές άγχος αναζήτησης της ουσίας. Έτσι, φαίνεται να «ξυπνούν» και να αποκτούν μία διαφορετική οπτική για τον κόσμο.

Ο Λευτέρης χαρακτηριστικά αναφέρει: *«Είχα παρωπίδες, δεν είχα τίποτα από την ηρωίνη και πως θα βρω λεφτά για την ηρωίνη, δεν είχα τίποτα άλλο. Μόνο αυτό με ενδιέφερε, τίποτα άλλο. Στην εβδομάδα πάνω όμως, από την χρήση του φαρμάκου, εντωμεταξύ μου πήρε και τα στερητικά, με ζύπνησε..μου ζύπνησε το μυαλό μου..μου άνοιξε το μυαλό.»*

Ενώ η Μαρία περιγράφει: *« Δηλαδή πραγματικά, όταν βγήκα απ' όλο αυτό, νόμιζα ότι πέταγα. Ήμουν καλά με το φάρμακο και έφυγα από εκεί που ήμουν. Άρχισα να περιποιούμαι τον εαυτό μου, να μην φοβάμαι να ζυπνήσω το πρωί.. άλλαξε η ζωή μου.»*

Επιπρόσθετα, το υποκατάστατο φαίνεται να τακτοποίησε την αταξία της ζωής τους μέσα στη χρήση και να τους τοποθέτησε σε μία σταθερή, σχεδόν φυσιολογική τροχιά.

Η Ευαγγελία αναφέρει: *«Ας πούμε τώρα, δεν θέλω να ακουστεί σαν ελληνική ταινία, πολύ μελό.. απλά τώρα δεν φοβάμαι να σηκωθώ για το αν βρέχει, για το αν θα τον βρω στο τηλέφωνο, για το αν θα βρω λεφτά, για το πώς θα πάω, αν θα προλάβω να πάω, για το πώς θα είναι και πως δεν θα είναι..και αυτό δεν είναι ούτε το 1 χιλιοστό της κατάστασης. Τώρα μπορώ να σηκωθώ το πρωί χωρίς να φοβάμαι και μπορώ να φτιάξω έναν καφέ, να ανοίξω την τηλεόραση, να κάνω το τσιγάρο μου, να βγω έξω να ψωνίσω και χίλια δυο.»*

Παρόμοια, ο Κώστας περιγράφει: *«Δεν έχεις στερητικά, μπορείς να λειτουργήσεις, να φας να πιεις να κοιμηθείς. Όλες αυτές τις λειτουργίες τις κάνεις φυσιολογικά, και λίγο παραπάνω από το φυσιολογικό.»*

Μάλιστα, οι συμμετέχοντες περιγράφουν τη βουπρενορφίνη ως το πλέον κατάλληλο «φάρμακο» που «θεραπεύει» την εξάρτηση και ενισχύει το βίωμα ενός «φυσιολογικού εαυτού», τόσο σε σωματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Αντίθετα, αυτό δεν συμβαίνει με τη μεθαδόνη, η οποία νοηματοδοτείται ως ουσία εξάρτησης. Πράγματι, κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η μεθαδόνη, εξαιτίας της παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης της με την ηρωίνη, γίνεται από πολλούς χρήστες αντιληπτή ως ουσία εξάρτησης (Bell και συν., 2009; Connock και συν., 2007).

Η Ευαγγελιά περιγράφει χαρακτηριστικά: « (...) πάντα ξεχνάω ότι είναι ένα υποκατάστατο. Ότι είναι και αυτό μία ουσία(...) Δηλαδή δεν νιώθω το ίδιο όταν μου μιλάνε για την μεθαδόνη. Ίσως επειδή έχω ακούσει τραγούδια ροκ που μιλάνε για την μεθαδόνη. Πάντα είχα την εντύπωση ότι είναι ένα ναρκωτικό κι αυτό. Ενώ λένε ότι είναι το ίδιο πράγμα και το χάπι, ίσως επειδή είναι σε μορφή χαπιού αισθάνεσαι ότι είναι αντί αυτού . Δεν είναι κάτι σαν και αυτό. Πως παίρνεις βιταμίνη, ή ένα άλλο χάπι; Το βάζεις και αυτό κάτω από την γλώσσα σαν τα άλλα φάρμακα.»

Η ίδια περιγράφει: «Δηλαδή για μένα ήτανε «τό χάπι». Δηλαδή σαν φάρμακο το είδα, πώς να σου το εξηγήσω..»

Όπως φαίνεται και από δύο πρόσφατες ποιοτικές μελέτες, η θεραπεία της υποκατάστασης εισάγει τα άτομα σε μία νέα πραγματικότητα, όπου η ψυχική και σωματική επένδυση μετατοπίζεται από την αναζήτηση και τη χρήση ηρωίνης, στις διαδικασίες του προγράμματος και στη χορήγηση του υποκατάστατου. Τα άτομα, μέσα από τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα, αρχίζουν να επανεκτιμούν τα δεδομένα της ζωής τους, καθώς πλέον έχουν απομακρυνθεί από το άγχος της καθημερινής αναζήτησης ηρωίνης και από τη «μέθη» της χρήσης (Notley, Blyth, Maskrey, Craig, & Holland, 2013. Notley, Blyth, Maskrey, Pinto & Holland, 2015).

Ωστόσο, για κάποιους άλλους συμμετέχοντες, η απομάκρυνση από τον προηγούμενο τρόπο ζωής και η προσαρμογή στα πρότυπα του προγράμματος χρειάστηκε περισσότερο χρόνο:

Ο Σωκράτης αναφέρει: «..στις αρχές κάναμε παράλληλη χρήση, χορήγηση ουσία, μαζί με χάπια.. θέλει λίγο να σταματήσεις τις ουσίες, να αρχίσει να πιάνει ας πούμε, να πιάνει το υποκατάστατο, εκτός από το σώμα και στο μυαλό..»

Παρόμοια, ο Δημήτρης περιγράφει: «Στην αρχή ήταν λίγο δύσκολη η μετάβαση από ηρωίνη σε βουπρενορφίνη, επειδή είναι λίγο αντίθετες ας πούμε ουσίες.»

Ενώ σύμφωνα με τον Λευτέρη: «Όχι να σου πω πλέον ούτε επιθυμία δεν έχω ενώ στα πρώτα χρόνια είχα, που και που σκεφτόμουν αχ και να είχα τώρα.. Τα πρώτα δύο χρόνια με έτρωγε.. Τώρα φοβάμαι να τη δοκιμάσω γιατί ξέρω ότι θα με αρρωστήσει πάλι.»

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι πολλά άτομα που εμπλέκονται σε προγράμματα υποκατάστασης βιώνουν μία αρχική φάση ταλάντευσης, κατά την οποία προσπαθούν να αφήσουν πίσω τη χρήση και να προσαρμοστούν στη ρουτίνα του προγράμματος (Bahna & Gordon, 1978. Notley, Blyth, Maskrey, Pinto & Holland, 2015) Ωστόσο, παρά τις αρχικές ταλαντεύσεις, όλοι οι συμμετέχοντες φαίνεται τελικά να προσαρμόζονται στο πλαίσιο του προγράμματος.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι η θεραπευτική προσέγγιση που προτείνεται από τα προγράμματα υποκατάστασης περιγράφεται από τους συμμετέχοντες ως περισσότερο «ανθρώπινη» σε σχέση με την παραδοσιακή θεραπευτική προσέγγιση (στεγνά θεραπευτικά προγράμματα) καθώς θέτει πιο ρεαλιστικούς και εξατομικευμένους στόχους ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης.

Χαρακτηριστική είναι η αφήγηση της Ελένης σχετικά με την αδυναμία άλλων προγραμμάτων να αντιληφθούν τη «φύση» του προβλήματός της: *«Στο κεθεά πήγα αλλά η βοήθειά τους ήταν αυτή: Να βρεις μία δουλειά ωραία, να ταιριάζει στην ηλικία σου, να κάνεις μία σοβαρή σχέση.. Εγώ ήθελα να κάνω πράγματα που να νιώθω ωραία, να παίρνω ικανοποίηση από τον εαυτό μου, να μην είναι τα ίδια και τα ίδια(...) Στον OKANA απενοχοποιήθηκα κάπως. Μέχρι τότε, δεν είχα γνωρίσει άλλον άνθρωπο που να καταλάβει τι του λέω, νομίζανε ότι αντιδράω στη μάνα μου, ότι είναι της ηλικίας και θα περάσει, ότι όταν μεγαλώσεις θα σοβαρευτείς και θα σου φαίνονται αστεία όλα αυτά.. Δηλαδή έχω ακούσει διάφορες τρέλες. Δεν υπήρχε κάποιος που να καταλάβει ακριβώς τι του λέω, να το καταλάβει..όχι να μου λέει θα περάσει. Τί θα περάσει; Τί είναι ιλαρά;(...) Εδώ, και γενικώς και στο Έλενα ήταν οι πρώτοι άνθρωποι που μπόρεσαν να καταλάβουν τι τους λέω και, εκτός απ ότι το καταλάβανε, είχαν να μου προτείνουν και πως μπορώ να το διαχειριστώ.»*

Η Ευαγγελία περιγράφει χαρακτηριστικά: *«Πιστεύω ότι ο OKANA είναι πιο κοντά στον άνθρωπο. Πιο υψηλούς στόχους θέτει το 18 ΑΝΩ και ωραίο πρόγραμμα είναι αλλά θέλει άτομα που έχουνε στήριξη από την οικογένεια και οικονομική, γιατί σου λέει για 2 χρόνια δε δουλεύεις, ναι μεν σε φροντίζουμε εμείς αλλά είναι δύσκολο. Είναι και στεγνό και δεν το αντέχουν όλοι.»*

Πράγματι, τα προγράμματα υποκατάστασης, στα πλαίσια της φιλοσοφίας της μείωσης της βλάβης, πρεσβεύουν μία νέα ευέλικτη στρατηγική όσον αφορά την

θεραπεία της εξάρτησης, καθώς αποδέχονται ότι η ενδοτικότητα και η ανάγκη για χρήση ουσιών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ταυτότητας του χρόνιου χρήστη (Järvinen & Andersen, 2009).

Τα βιώματα των συμμετεχόντων, όπως περιγράφηκαν στην παρούσα ενότητα, φαίνεται να ταυτίζονται σε σημαντικό βαθμό με τη θεώρηση του Hacking. Ο Hacking (1986, 1999) χαρακτηρίζει τους χρήστες ουσιών ως «κινούμενους στόχους» (moving targets), με την έννοια ότι ζουν μία καθημερινότητα εκτός ορίων και κυριεύονται από τις παρορμήσεις τους. Τα προγράμματα υποκατάστασης έχουν ως στόχο να βοηθήσουν αυτά τα άτομα να «αλλάξουν», μέσω της προσαρμογής στα κανονιστικά πρότυπα που προτείνουν. Η αποδοχή της κυρίαρχης φιλοσοφίας και η προσαρμογή στις διαδικασίες του προγράμματος φαίνεται να συμβάλλουν τόσο στην απόκτηση μιας νέας σταθερής ρουτίνας ζωής όσο και στην κατασκευή μίας λιγότερο επιβαρυντικής ταυτότητας.

Μάλιστα, η εναλλακτική αυτή ταυτότητα δεν κατασκευάζεται μόνο με άμεσο τρόπο, δηλαδή μέσω της αποδοχής ή της αμφισβήτησης της κυρίαρχης φιλοσοφίας του προγράμματος από τα μέλη, αλλά και έμμεσα, μέσω της αλληλεπίδρασης των μελών με τους κανόνες του πλαισίου, με τα υπόλοιπα μέλη του προγράμματος αλλά και μέσω της αλλαγής στάσης των σημαντικών άλλων (προσώπων που ανήκουν στο οικογενειακό, φιλικό ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον) (Romo, Poo, Ballesta & PEPSA team, 2009).

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή του Σωκράτη: *«Αισθάνομαι άλλος άνθρωπος.. δεν το βλέπω μόνο εγώ, όποιον και να ρωτήσεις έχει να το λέει.. μεγάλη διαφορά.»*

3.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΕΝΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ

Το χάος, όπως περιγράφηκε από τους περισσότερους συμμετέχοντες, αποτελεί κυρίαρχο μοτίβο κατά την περίοδο της χρήσης. Αντίθετα, η είσοδος στο πρόγραμμα υποκατάστασης φαίνεται να έβαλε τη ζωή τους «σε μία τάξη», καθώς τους βοήθησε

να περάσουν σε μία νέα σταθερή και ασφαλή πραγματικότητα μέσω της χορήγησης του υποκατάστατου.

Η νέα αυτή «τακτοποιημένη» πραγματικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους στόχους των προγραμμάτων υποκατάστασης. Πώς όμως συμβαίνει αυτό; Η αντικατάσταση της ουσία εξάρτησης με μία φαρμακευτική ουσία (υποκατάστατο), η οποία χορηγείται σε ένα νόμιμο και ασφαλές πλαίσιο αποτελεί τη βασική φιλοσοφία των προγραμμάτων αυτών. Μέσω της χορήγησης του υποκαταστάτου επιδιώκεται να «μεταμορφωθούν» οι χασοτικοί χρήστες, που χαρακτηρίζονται από πλήρη απώλεια αυτοελέγχου και ορθολογικότητας, σε χρόνιους ασθενείς που, μέσω της «φαρμακοθεραπείας», ανακτούν τον έλεγχο του εαυτού τους και αποκτούν έναν λειτουργικό τρόπο ζωής (Jarvinen & Andersen, 2009).

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει μία προσπάθεια να κατανοηθεί το βίωμα της μακροχρόνιας εμπλοκής σε πρόγραμμα υποκατάστασης βουπρενορφίνης, όπως περιγράφεται μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων.

Όπως θα αναλυθεί με λεπτομέρεια παρακάτω, οι συμμετέχοντες βιώνουν την εμπειρία της μακροχρόνιας υποκατάστασης «αμφίσημα». Από τη μία πλευρά, το πρόγραμμα καλύπτει την σωματική τους ανάγκη για ουσία, προσφέροντάς τους την αίσθηση ενός φυσιολογικού εαυτού, ο οποίος μπορεί να εναρμονιστεί στην ρουτίνα της καθημερινότητας, ενώ από την άλλη, περιγράφουν έναν εαυτό, «δέσμιος» του φαρμάκου και των περιορισμών του προγράμματος θεραπείας.

3.2 α Δημιουργώντας έναν σχεδόν «φυσιολογικό» εαυτό

Η καταστολή της ακαταμάχητης επιθυμίας για χρήση ηρωίνης, η αποκατάσταση της επώδυνης σωματικής εμπειρίας που φέρει η απουσία χρήσης και η ύπαρξη σταθερότητας και ασφάλειας κυριαρχούν στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, αναφορικά με τη μακροχρόνια εμπλοκή τους στο πρόγραμμα.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, ασπαζόμενοι πλέον την ταυτότητα του χρόνιου ασθενή που ενσαρκώνεται στους κυρίαρχους λόγους των προγραμμάτων υποκατάστασης (Jarvinen & Andersen, 2009), περιγράφουν τη βουπρενορφίνη ως

κατάλληλο «φάρμακο» που τους επιτρέπει να ανακουφίζουν τα συμπτώματα της εξάρτησης και να αποκτούν μία φυσιολογική σωματική υπόσταση.

Η Ευαγγελία περιγράφει χαρακτηριστικά: *«Όλα αυτά τα χρόνια, χάνεις και την αίσθηση ότι είναι υποκατάστατο. Δηλαδή για μένα είναι «τό χάπι». Δηλαδή σαν φάρμακο το βλέπω, πώς να σου το εξηγήσω. Δεν μπορώ να σου το εξηγήσω, δεν έχει καμία σχέση με τη χρήση.»*

Ενώ σύμφωνα με την αφήγηση του Κώστα: *«Η βουπρενορφίνη είναι σαν να παίρνεις ασπιρίνη ρε παιδί μου, πονάει το κεφάλι σου και σαν να παίρνεις ασπιρίνη και σου περνάει. Κάπως έτσι το φάρμακο σου καλύπτει τις ανάγκες που έχει το σώμα..»*

Τα προγράμματα υποκατάστασης νομιμοποιούν την ανάγκη των εξαρτημένων ατόμων για ουσία, υποστηρίζοντας ότι η χρόνια και συστηματική χορήγηση υποκαταστάτων αποτελεί την καταλληλότερη και πλέον ρεαλιστική στρατηγική για τη «ρύθμιση» της σωματικής κατάστασης των εξαρτημένων ατόμων (Javirnen & Miller, 2010)

Πέρα από την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων (βλέπε στη προηγούμενη θεματική) και η απουσία ξεχωριστής αίσθησης «άκουσμα», όπως συμβαίνει με την ηρωίνη, αποτελεί βασικό όρο της εμπειρίας ενός «φυσιολογικού εαυτού».

Η Ευαγγελία αναφέρει: *«Δηλαδή δεν είχε αυτή τη θολούρα της πρέζας που είσαι κάπως και δεν μπορείς να κάνεις τίποτα, με το φάρμακο νιώθεις φυσιολογικά.»*

Όμοια, ο Σωκράτης και ο Κώστας περιγράφουν: *«Ντοπάρεσαι και με το υποκατάστατο αλλά δεν φτιάχνεσαι. Καμία σχέση το φτιάχνομαι με το έχω ενέργεια και λειτουργώ ας πούμε, δεν είναι από τα φάρμακα που θα σου κάνουνε κεφάλι, όπως παίρναμε τα άλλα χάπια, τα ηρεμιστικά, τα βαρβιτουρικά, δεν έχει καμία σχέση το υποκατάστατο, δεν σου κάνει τίποτα τέτοιο, αυτό που σου κάνει είναι ότι έχεις ενέργεια, δεν έχεις στερητικά, μπορείς να λειτουργήσεις, να φας, να πιεις, να κοιμηθείς, όλες αυτές τις λειτουργίες τις κάνεις κανονικά»*

«Νιώθω καλά, εντάξει. Όχι ότι έχω το κεφάλι μου φτιαγμένο αλλά εντάξει. Φυσιολογικά ρε παιδί μου..όπως είσαι εσύ τώρα..όχι φτιαγμένος και τέτοια φυσιολογικός.»

Σύμφωνα με τη θεώρηση των Mellor & Schilling (1997), οι οποίοι μίλησαν για την υποταγή της υλικότητας του σώματος στον νου, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι τα εξαρτημένα άτομα γίνονται αντιληπτά ως «αποκλίνοντα», όχι μόνο γιατί δεν προσαρμόζονται στα ευρύτερα κανονιστικά πρότυπα της κοινωνίας αλλά και επειδή η προσωπική τους βιογραφία επιβαρύνεται από στοιχεία που δηλώνουν κακή χρήση του σώματος. Τα πάθη και οι «ανίερες» συμπεριφορές του εξαρτημένου σώματος, πλέον, φαίνεται να «χαλιναγωγούνται» μέσω του υποκαταστάτου. Σε αυτό το πλαίσιο ερμηνείας, το υποκατάστατο θα μπορούσε να ερμηνευτεί και ως «πειθαρχικό» μέσο που «ρυθμίζει» τη λειτουργία του σώματος με γνώμονα τους υπάρχοντες κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Ο ρόλος της βουπρενορφίνης, σύμφωνα με την αφήγηση των συμμετεχόντων, φαίνεται να επεκτείνεται, πέρα από την απλή κάλυψη των στερητικών συμπτωμάτων της ηρώνης. Συγκεκριμένα, περιγράφεται ως φάρμακο το οποίο έχει και αγχολυτικές-αντικαταθλιπτικές ιδιότητες και τους τροφοδοτεί με ενέργεια.

Η Ελένη περιγράφει: *«Η βουπρενορφίνη μου δίνει ενέργεια, καλή διάθεση. Είναι για μένα αυτό που με βοήθησε, άλλαξε τελείως η ζωή μου μετά, ήταν πολύ εύκολα τα πράγματα μετά, όλα αυτά που τόσα χρόνια σκεπτόμουν πώς και τι, σαν να τα πήρε το χάπι από μόνο του μαγικά, έγινε αμέσως... Όλη την θλίψη, την μιζέρια, είμαι ασφαλής μετά, απέναντι στον κόσμο(...) Θυμάμαι πήγαινα στη μονάδα να χορηγηθώ και στο τρόλεϊ ήμουν τσιτωμένη και δεν μπορούσα να τους βλέπω, φορούσα τα γυαλιά, με εκνεύριζαν, με ένα θυμό, με κάτι μούτρα, και έφευγα χαρούμενη, τραλαλά (γέλια), χαμόγελα μέσα στον κόσμο, δηλαδή ήταν σαν να μου έπαιρνε τα πάντα, μου έκανε πολύ καλή δουλειά πάνω μου(...) Δεν με άφηνε να σκεφτώ άσχημα πράγματα, δεν πήγαινε το μυαλό μου σε άσχημα, δεν ξέρω πώς να το εξηγήσω.»*

Η παραπάνω δράση φαίνεται να συνδέεται με ευρήματα μελετών στο πεδίο της νευροεπιστήμης που δείχνουν ότι η ουσία αυτή είναι αποτελεσματική στην θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης και των αυτοκτονικών σκέψεων (Browne Browne, van Nest & Lucki, 2015. Falcon, Maier, Robinson, Hill-Smith, & Lucki, 2015). Οι αντικαταθλιπτικές ιδιότητές της βουπρενορφίνης, όπως φαίνεται από μία πρόσφατη νευροεπιστημονική μελέτη, διαμεσολαβούνται, κατά κύριο λόγο, από τη δράση της στους κ υποδοχείς των οπιοειδών (Falcon και συν.,2016).

Πέρα από την αίσθηση ενός φυσιολογικού εαυτού σε επίπεδο σώματος και διάθεσης, το υποκατάστατο φαίνεται να επιτρέπει στα άτομα να εμπλακούν σε δραστηριότητες εναρμονισμένες με τις κυρίαρχες κοινωνικές νόρμες. Ο διαρκής αγώνας-αγωνία για την εύρεση της ηρωϊνης, ο οποίος απορροφούσε όλη τους την ενέργεια μην επιτρέποντας την εμπλοκή σε καθημερινές δραστηριότητες, δεν είναι πλέον απαραίτητος. Η διαθεσιμότητα και η χορήγηση του υποκαταστάτου σε νόμιμα και ασφαλή πλαίσια επιτρέπει την εμπλοκή στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής ενός «φυσιολογικού» ανθρώπου (Notley, Blyth, Maskrey, Craig, & Holland, 2013. Notley, Blyth, Maskrey, Pinto & Holland, 2015).

Για παράδειγμα, ο Κώστας αναφέρει: *«Παλιά το βράδυ κοιτάγα να βρω λεφτά, να φύγω το πρωί, να πάω να βρω πρέζα η κοκαΐνη, χίλια δυο. Τώρα είμαι ήρεμος με την οικογένειά μου, να πάω για καφέ με την γυναίκα μου και τα λοιπά. Πρώτα μου έλεγε η γυναίκα πάμε εδώ, πάμε εκεί, δεν πήγαινα πουθενά. Εγώ ήθελα να βρω λεφτά και να πάω να πιω, δεν με ένοιαζε τίποτα άλλο. Ενώ τώρα κοιτάω το σπίτι, πηγαίνω με την γυναίκα μου για ψώνια, για βόλτα και τα λοιπά, κατάλαβες; Είμαι σχεδόν σαν τους άλλους ανθρώπους, είμαι σχεδόν φυσιολογικός.»*

Επίσης, η Μαρία περιγράφει πως μέσω του υποκαταστάτου μπορεί να προσαρμοστεί σε κοινωνικούς ρόλους, για πρώτη φορά στη ζωή της: *«Έχω αναλάβει ένα σπίτι.. έχω αναλάβει τους γονείς μου. Ο μπαμπάς έχει άνοια, εγώ τον προσέχω, εγώ του δίνω τα φάρμακα, εγώ ψωνίζω, εγώ καθαρίζω. Έγινα η νοικοκυρά και η μαμά του σπιτιού και έχω πάρει μία τέτοια ευθύνη και την έχω φέρει εις πέρας μέχρι τώρα και μου φαίνεται αδιανόητο ότι μπορούσα εγώ να τα καταφέρω..»*

Ωστόσο, σύμφωνα με τις περιγραφές των συμμετεχόντων, η ανία φαίνεται να χαρακτηρίζει τη νέα αυτή φάση στην ζωή τους. Σε μία πρόσφατη ποιοτική μελέτη αναφέρεται ότι το χάος και η επικινδυνότητα της ζωής μέσα στη χρήση δεν αφήνει περιθώρια για πλήξη, αντίθετα, η περίοδος υποκατάστασης τους προσφέρει μία ασφαλή αλλά ταυτόχρονα «φτωχή» σε δράση ζωή (Grønnestad & Sagvaag, 2016). Τα άτομα, στο πλαίσιο της μακροχρόνιας θεραπείας υποκατάστασης, περιγράφουν ότι έχουν αρκετό ελεύθερο χρόνο, τον οποίο δυσκολεύονται, για διάφορους λόγους, να αξιοποιήσουν. Η σωματική αλλά και ψυχική επένδυση στις διαδικασίες του προγράμματος φαίνεται να τους προσφέρει την ευκαιρία να δημιουργήσουν μία νέα ρουτίνα ζωής, γεμίζοντας την κενή από δραστηριότητες ημέρα τους.

Ο Κώστας αναφέρει χαρακτηριστικά: *«Περνάει η ώρα μου εδώ, παρ' όλο που αλλάζω δύο συγκοινωνίες, επιλέγω να έρχομαι εδώ κάθε μέρα.. μου αρέσει, χαζεύω, ξέρεις έτσι, έρχομαι εδώ, πάω για έναν καφέ και μετά πάω στο σπίτι. Αλλιώς δεν έχω τι να κάνω, μέσα σπίτι κλεισμένος, περνάει η ώρα μου εδώ.. είναι ένας λόγος να ζυπνήσω με όρεξη το πρωί.»*

Η παραπάνω υπόθεση φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τον τρόπο που οι συμμετέχοντες επιλέγουν να περιγράψουν την σχέση τους με το πρόγραμμα. Για τους περισσότερους, το πρόγραμμα δεν αποτελεί ένα πλαίσιο απλής παροχής ιατρικών υπηρεσιών αλλά κάτι πολύ περισσότερο. Οι έννοιες φίλος, οικογένεια, σπίτι, δικηγόρος, κυριαρχούν στις περιγραφές τους.

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή της Μαρίας: *«Σαν οικογένεια μου το νιώθω το πρόγραμμα, σαν το σπίτι μου, είναι κάτι πολύ οικείο, πώς η μαμά φροντίζει το παιδί, έτσι το νιώθω το πρόγραμμα.»*

Ενώ σύμφωνα με την Ευαγγελία το πρόγραμμα νοσηματοδοτείται ως δικηγόρος που μπορεί να λύνει όλα τα προβλήματα που της προκύπτουν. *«Τα πρόγραμμα είναι σαν τον δικηγόρο μου.. Λειτουργεί ότι ανοίγει τις πόρτες, όταν υπάρχει κάποιος που δεν μπορώ να συνεννοηθώ μαζί του με τη λογική, ε τότε του λέω εντάξει εμείς δεν μπορούμε να τα βρούμε, θα πάρω τον δικηγόρο μου, να δούμε πώς θα λύσουμε αυτό το πρόβλημα, και κατευθείαν λύνεται το πρόβλημα, αυτόματα. Δηλαδή είναι σαν ένα πρόσωπο που λύνει προβλήματα.»*

Αρκετά ενδιαφέρουσα, είναι η αφήγηση της Ελένης, για την οποία το πρόγραμμα είναι ένας «καλός ιδιοκτήτης» ο οποίος την έβγαλε ολοκληρωτικά από τη ζωή της χρήσης και της πρόσφερε μία καινούργια ταυτότητα: *«Το πρόγραμμα μου έδωσε ένα τρόπο ζωής, φρόντιζε για την ψυχολογική μου κατάσταση και το νευρικό μου σύστημα, με έβγαλε τελείως από τη χρήση και όλα τα άσχημα συναισθήματα και τις άσχημες σκέψεις, σαν με πήρε σαν τη γατούλα από τον δρόμο, μου έδωσε έναν άλλο τρόπο ζωής, μου έκανε την αλλαγή, σαν να είναι ένας καλός ιδιοκτήτης.»*

Σύμφωνα με την μελέτη των McIntosha & Neil McKeganey (2000), η κατασκευή μίας «διαφοροποιημένης» νέας ταυτότητας στα πλαίσια θεραπείας της εξάρτησης αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο στη διαδικασία της ανάκαμψης.

Μάλιστα, η «νέα» ταυτότητα που προκύπτει φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την φιλοσοφία του εκάστοτε πλαισίου θεραπείας.

3.2 β Ο εαυτός ως δέσμιος του φαρμάκου και του κανονιστικού πλαισίου του προγράμματος

Όπως περιγράψαμε παραπάνω, τα άτομα, μέσω της μακρόχρονης συμμετοχής σε πρόγραμμα υποκατάστασης, φαίνεται να αποκαθιστούν τους φυσικούς περιορισμούς του άρρωστου-εξαρτημένου σώματος και να μπορούν να εμπλέκονται πλέον ως σχεδόν «φυσιολογικά» στο κοινωνικό γίνεσθαι.

Με γνώμονα τη θεωρία του Foucault (1986) σχετικά με τη σύγχρονη κυβερνητική εξουσία, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι το πρόγραμμα υποκατάστασης λειτουργεί ως ρυθμιστικός θεσμός κοινωνικοποίησης του «απειλητικού-χαοτικού» εαυτού, καθώς επιτρέπει στα εξαρτημένα άτομα, μέσω της συστηματικής χορήγησης του υποκαταστάτου, να ξεφύγουν από τους αδάμαστους καταναγκασμούς της χρήσης και να αποκτήσουν μία σχετική αυτονομία στη ζωή τους.

Ωστόσο, οι περιγραφές των συμμετεχόντων, σε σχέση με την εμπειρία της μακροχρόνιας υποκατάστασης, δεν φαίνεται να περιορίζονται μόνο στη βοηθητική όψη. Η βουπρενορφίνη, πέρα από ασφαλής φαρμακευτική αγωγή, περιγράφεται από τους συμμετέχοντες και ως εθιστική ουσία, η οποία φέρει κάποια επικινδυνότητα.

Ο Σωκράτης αναφέρει: *«Δηλαδή φεύγεις από το ένα και πηγαίνεις στο άλλο, αφήνεις το ένα και έχεις κολλήσει με το άλλο, είναι εθιστικές όλες οι ουσίες, ακόμη και το υποκατάστατο(...) άσε που γι αυτό δεν ξέρουμε τις παρενέργειες που έχει στο οργανισμό, είναι ένα φάρμακο καινούργιο μέσα σε εισαγωγικά, ποιος ξέρει τι θα μας βγάλει στο μέλλον.»*

Ενώ σύμφωνα με τον Δημήτρη: *«Εντάξει, η βουπρενορφίνη είναι μεν ένα υποκατάστατο αλλά δεν παύει να είναι οπιοειδές και αυτό, σαν την ηρωίνη.»*

Η Βουπρενορφίνη αποτελεί έναν μερικό αγωνιστή του συστήματος οπιοειδών και έχει κυρίως αναλγητικές ιδιότητες. Η συστηματική χρήση της βουπρενορφίνης δημιουργεί νευροπροσαρμογές σε συστήματα του εγκεφάλου, προκαλώντας σταδιακά εξάρτηση. Η στέρηση της ουσίας, φαίνεται να δημιουργεί, σε σχέση με την ηρωίνη,

ηπιότερα μεν αλλά μεγαλύτερης διάρκειας στερητικά συμπτώματα (Walsh, Preston, Stitzer, Cone & Bigelow, 1994. Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2014).

Ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας φαίνεται να υιοθετεί κριτική στάση απέναντι στα προγράμματα υποκατάστασης. Συγκεκριμένα, όπως υποστηρίζεται από ορισμένους μελετητές, τα προγράμματα αυτά βοηθούν τα εξαρτημένα άτομα να ξεφύγουν από την ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών, αντικαθιστώντας ωστόσο την ουσία εξάρτησης με κάποια άλλη, εξίσου εξαρτησιογόνο ουσία (υποκατάστατο) και υποβάλλοντας τους χρήστες σε ένα σύστημα ποικίλων περιορισμών (Bourgois, 2000. Bergschmidt, 2004. Fraser & Valentine, 2008). Στο πλαίσιο των προγραμμάτων υποκατάστασης, η βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται ως φαρμακευτική αγωγή ωστόσο η ίδια ουσία αποτελεί αντικείμενο λαθρεμπορίου, αποκτώντας εντελώς διαφορετική νοηματοδότηση, εκτός του πλαισίου του προγράμματος.

Η Ελένη περιγράφει χαρακτηριστικά: *«Εγώ είχα δοκιμάσει το subo και πριν..το έβρισκεις σαν ένα μπαλάκι από κολλημένα χάπια, όταν δεν ένιωθα καλά έσπαγα από αυτό τυχαία ένα κομματάκι και το έπαιρνα.. λειτουργούσε κάπως αλλά άλλο πράγμα..»*

Όμοια η Ευαγγελία αναφέρει: *«Αυτό το μαγικό χάπι λοιπόν, εγώ το έπαιρνα και από πριν.. Βέβαια, μετά μαθαίνω ότι υπάρχει ο OKANA, που αυτό το χάπι στο δίνει και υπάρχει μέσα σε ένα πλαίσιο. Δηλαδή, πριν μπω έλεγα τώρα εγώ και τι κάνω παρακάτω, δηλαδή έλεγα αντί να πηγαίνω να πίνω πρέζα παίρνω αυτό;»*

Όπως εξηγεί ο Moore (2004), δεν υπάρχει μία φωνή που να περιγράφει ξεκάθαρα τι αποτελεί φάρμακο, ποιες είναι οι επιδράσεις του καθώς και πώς πρέπει να ανταποκριθεί κανείς σε αυτές. Τα σύνορα-όρια ανάμεσα στο τι αποτελεί φάρμακο και τι ουσία εξάρτησης φαίνεται να είναι αρκετά ρευστά. Καθώς δεν υπάρχει μία ξεκάθαρη άποψη στο πεδίο αυτό, οι πολλαπλές παράλληλες αφηγήσεις δημιουργούν διαφορετικά σενάρια ανταπόκρισης και κατασκευάζουν διαφορετικών τύπων ταυτότητες.

Η σύγχυση μεταξύ φαρμακευτικής θεραπείας και ουσίας εξάρτησης και το γεγονός ότι στη θεραπεία των εξαρτήσεων χρησιμοποιούνται ως φάρμακα ουσίες που μπορεί κανείς να βρει και στον «δρόμο», τονίζει τον ρόλο του πλαισίου στην εκ διαμέτρου αντίθετη νοηματοδότηση της ίδια ουσίας.

Αν και δεν σχετίζεται με το πεδίο των εξαρτήσεων, αρκετά εύστοχα, περιγράφεται η σημασία του πλαισίου στη διαδικασία της ιατροκοποίησης μιας κατάστασης, μέσω της μελέτης του Katz Rothman (1982). Ο συγκεκριμένος διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο η μετακίνηση της διαδικασίας του τοκετού από το σπίτι στο νοσοκομείο άλλαξε ολοκληρωτικά τόσο το βίωμα του τοκετού όσο και τα δυναμικά εξουσίας και ελέγχου ανάμεσα στους γιατρούς και τις μαιές.

Παρ όλο που η βιβλιογραφία στο πεδίο της φαρμακολογίας υποστηρίζει ότι η εξάρτηση από τη βουπρενορφίνη παράγει ηπιότερα στερητικά συμπτώματα σε σχέση με την ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή (Walsh, Preston, Stitzer, Cone & Bigelow, 1994) το βίωμα κάποιων από τους συμμετέχοντες φαίνεται να είναι διαφορετικό. Συγκεκριμένα, η Ευαγγελία και η Ελένη, επιδιώκοντας αυτοβούλως την ολοκληρωτική απεξάρτηση, πειραματίστηκαν αρκετές φορές διακόπτοντας τη λήψη του υποκαταστάτου. Ωστόσο, οι προσπάθειές τους ήταν αποτυχημένες, καθώς, όπως αναφέρουν, δεν μπόρεσαν να αντέξουν τα επώδυνα στερητικά συμπτώματα.

Η Ελένη περιγράφει: *«Ήταν ελεεινά και χάλια, πάρα πολύ άσχημα. Έπεσα από το 2 στο 0. Καταρχήν πονούσε το σώμα μου, δεν μπορούσα να κοιμηθώ, δεν μπορούσα να φάω, δεν μπορούσα να ηρεμήσω, ήμουν σε πολύ ένταση και είχα και τόσες δουλειές να κάνω. Είχα τα ζώα, τα ψώνια, καθαριότητες, πρόγραμμα, διάφορα.. στις 2 εβδομάδες δεν άντεξα άλλο..»*

Η Ευαγγελία φαίνεται να βίωσε τα στερητικά συμπτώματα από τη βουπρενορφίνη με τον ίδιο επώδυνο τρόπο: *«Ήθελα να μηδενίσω σιγά σιγά κάποια στιγμή. Ε έφτασα στα 2, μετά στο 1 mg, μετά το προσπάθησα και δεν πήρα για 9 ημέρες, αλλά άρχισα να τρελαίνομαι.. Ναι, ναι προσπαθούσα κάθε μέρα να αντέξω αλλά αυτά δεν πέρναγαν, τα σωματικά. Δηλαδή περιμένεις τη μία, τη δεύτερη, την τρίτη, τέταρτη μέρα, δεν γινότανε καλύτερα. Ήμουν το ίδιο χάλια. Διάβαζα, έμπαινα στα φόρουμ, έβλεπα πώς το κόβουν έξω διάφοροι κι αυτά, έλεγε ότι τα σωματικά μπορεί να κρατήσουν και 3 βδομάδες και 4 βδομάδες και 6 εβδομάδες έλεγε άλλος. Προσπαθούσα συνέχεια να το εκλογικεύω και να λέω ότι είναι παροδικό, δηλαδή θα είναι για κάποιον καιρό, αλλά το 3 εβδομάδες και το 4 εβδομάδες εκείνη την στιγμή που ένιωθα χάλια μου φαινότανε αφόρητο, οπότε λέω δεν υπάρχει..άστο..»*

«αισθανόμουν σαν πρεζάκι πάλι, αισθανόμουν αρρωστη. Εκεί πια είναι το ίδιο με την ηρωίνη. Εκεί πια δεν μπορώ να θυμηθώ το πόσο καιρό είμαι στο χάπι και

αισθάνομαι καλά. Αυτό το χάλια με πάει εκεί πίσω πάλι. Δεν ξέρω αν καταλαβαίνεις. Με πάει πίσω στην περίοδο της χρήσης και σκέφτομαι και τώρα τι θα κάνω πάλι, θα πάρω πρέζα για να είμαι καλά; όχι βέβαια.. αλλά τι γίνεται παρακάτω;»

Μάλιστα η Ελένη προκειμένου να ανακουφίσει την επώδυνη εμπειρία των στερητικών συμπτωμάτων ξεκίνησε από μόνη της να λαμβάνει ισχυρά ηρεμιστικά χάπια (vublegal): *«Δεν άντεχα τα στερητικά, ξεκίνησα τα vublegal, δεν τα έπαιρνα καθόλου τόσα χρόνια, στο πρόγραμμα όμως όταν έκοψα το φάρμακο τα ξεκίνησα..»*

Ενώ η Ευαγγελία υποστηρίζει ότι όπως ακούγεται στην «πιάτσα» , ένας αποτελεσματικός τρόπος για να αντέξεις τα στερητικά συμπτώματα της βουπρενορφίνης είναι να χρησιμοποιήσεις για μία φορά ηρωίνη. Κάτι που φαίνεται να επιβεβαιώνει τα ρευστά όρια ανάμεσα σε τι αποτελεί θεραπευτική ουσία και τι ουσία εξάρτησης : *«Καμία φορά λένε οι χρήστες, λένε ότι άμα πεις μία φορά, μπορείς να κόψεις το χάπι πιο εύκολα, το λένε ότι γίνεται, οι χρήστες μεταξύ τους, λένε ότι το subo κόβεται μόνο με πρέζα.»*

Πέρα από την εμπειρία των επώδυνων στερητικών συμπτωμάτων, οι συμμετέχοντες, περιγράφουν το πρόγραμμα και ως πλαίσιο που θέτει περιορισμούς. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν, η υποχρέωση προσέλευσης στις δομές του προγράμματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, τους στερεί τη δυνατότητα να βρουν κάποια σταθερή εργασία ή να διαχειριστούν τον χρόνο τους με μεγαλύτερη ελευθερία. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Δημήτρη ο οποίος θεωρεί ότι η υποχρέωση προσέλευσης, έστω και μία φορά την εβδομάδα, προκειμένου να λάβει το υποκατάστατο, αποτελεί εμπόδιο για την ένταξη σε ένα σταθερό εργασιακό πλαίσιο: *«Μπήκα στο πρόγραμμα γύρω στο 2008-2009 και βλέπω τώρα ότι είναι 2018, οπότε πάει μία δεκαετία... Αν και θέλω να βρω μία εργασία, όπως έκανα και παλιά, οι οποίες είναι δουλειές που ναι μεν πληρώνονται καλά, έχουν πολλά χρήματα ,αλλά είναι πολλές ώρες και δεν έχουν και πρόγραμμα, δηλαδή μπορεί να πας κάποιο δρομολόγιο Θεσσαλονίκη και να γυρίσει να σου πει το αφεντικό, την επόμενη μέρα, πήγαινε στα Τρίκαλα. Και μία φορά την εβδομάδα να έρχομαι για τη χορήγηση, θα δημιουργηθούν προβλήματα, το γνωρίζω.. όταν είναι κάποιος καθαρός, έχει το δικαίωμα να παίρνει take home και να πηγαίνει μία φορά την εβδομάδα, εε είναι πολύ κι αυτό, όμως.. οι εργοδότες δεν θα δεχτούνε μία φορά την εβδομάδα να λείπεις, έστω και μία ώρα..»*

Επίσης, ο Σωκράτης αναφέρει ότι η υποχρεωτική παρουσία στο πρόγραμμα δεν του επιτρέπει να αναζητήσει εργασία σε πλοίο, όπως θα επιθυμούσε: *«Θα ήθελα να ξανα δουλέψω σε πλοίο, αλλά προς το παρόν δεν γίνεται, πρέπει πρώτα να ξεμπερδέψω από το υποκατάστατο..»*

Ενώ η Ελένη περιγράφει πως το πρόγραμμα της στερεί την ελεύθερη διαμόρφωση του προγράμματός της: *Δηλαδή, πρέπει να παίρνω take home για να φύγω το καλοκαίρι διακοπές, για να πάω να δω τους γονείς μου πρέπει να πάρω ξανά take home, όχι ότι δεν μου δίνουν, μου δίνουν, αλλά και πάλι που δεν μπορείς να φύγεις για παραπάνω, δηλαδή αν ήθελα να πάω ένα ταξίδι και να λείψω για καιρό, δεν μπορώ, πρέπει να είμαι εδώ πέρα..»*

Πέρα από το περιοριστικό πλαίσιο που φαίνεται να δημιουργεί η υποχρέωση προσέλευσης, και αυτές καθαυτές οι διαδικασίες του προγράμματος φαίνεται πως στην ελευθερία των μελών, θέτουν όρια τα οποία πολλές φορές χαρακτηρίζονται από τους ίδιους ως καταπιεστικά.

Η Ελένη αφηγείται δηκτικά πως ακόμη και μετά από πολλά χρόνια συμμετοχής στο πρόγραμμα και αποχής από την ηρωίνη, είναι υποχρεωμένη να υποβάλλεται σε συνεχείς ουροληψίες: *«Πρέπει να δίνω συνεχώς ουροληψίες..αυτό μερικές φορές είναι κάπως, γιατί ξέρεις ότι αν και έχουν περάσει 10 χρόνια από την τελευταία φορά που ήπιες, ακόμα σε αντιμετωπίζουν σαν χρήστη, με καχυποψία..εγώ δεν αισθάνομαι έτσι.»*

Ενώ σύμφωνα με τον Δημήτρη: *«Βαρέθηκα τόσα χρόνια να έρχομαι και να περιμένω για να χορηγηθώ, θα μπορούσαμε, όπως γίνεται με όλα τα φάρμακα, να το παίρνουμε από το φαρμακείο και τελειώσε.. όλο αυτό της χορήγησης, των ούρων και λοιπά μου φαίνεται ανούσιο.»*

Οι απαιτήσεις υποχρεωτικής προσέλευσης, οι συνεχείς ουροληψίες, η αυστηρή επιτήρηση και οι απειλές αποβολής αντανακλούν τη φιλοσοφία του προγράμματος σχετικά με τη φύση της εξάρτησης, τόσο ως ιατρικό πρόβλημα όσο και ως «ηθική» ασθένεια- ασθένεια της συμπεριφοράς (Fraser & Valentine, 2008). .

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι κάποιοι συμμετέχοντες αν και αναγνωρίζουν τους περιορισμούς του προγράμματος φαίνεται να τους αποδέχονται και να τους θεωρούν βοηθητικούς.

Για παράδειγμα η Ευαγγελία περιγράφει ότι οι διαδικασίες που προβλέπονται στα πλαίσια της θεραπείας αν και περιοριστικές, της προσφέρουν ασφάλεια: *«Ότι είμαι σε ένα πρόγραμμα και ότι δίνω ούρα τακτικά είναι κάπως αλλά νομίζω με βοηθάει κιόλας.. όχι ότι άμα φύγω από το πρόγραμμα θα πάω να πιω, δηλαδή δεν είναι αυτό που με απασχολεί, αλλά να , ας πούμε ότι κάποιος σε προσέχει, κάποιος σου υπενθυμίζει ότι δεν πρέπει να αφεθείς.»*

Όμοια ο Λευτέρης αναφέρει ότι το πλαίσιο κανόνων του προγράμματος τον προστατεύει από το ενδεχόμενο υποτροπής: *«με βοηθά το γεγονός ότι με ελέγχουν και δεν με αφήνουν στη μοίρα μου.. αυτό σε κρατάει ξέρεις από το να κυλήσεις.. ξέρεις ότι έχεις να δώσεις κάπου λόγο..»*

Η οπτική του «περιορισμένου» μέλους ενός προγράμματος υποκατάστασης, φαίνεται να είναι αρκετά μονοδιάστατη, όπως υποστηρίζεται στην εθνογραφική μελέτη της Gomart, η οποία αφορούσε τις κλινικές μεθαδόνης στη Γαλλία. Η εξολοκλήρου κριτική οπτική, αν και μπορεί να ερμηνεύσει, σε σημαντικό βαθμό, τις εμπειρίες του καταπιεστικού πλαισίου, όπως περιγράφονται από τα μέλη, φαίνεται όμως να μην μπορεί να κατανοήσει τον ενθουσιασμό με τον οποίο αρκετά μέλη εισέρχονται σε τέτοιου είδους συστήματα. Ταυτόχρονα, η οπτική αυτή φαίνεται να μην λαμβάνει καθόλου υπόψη τις ευκαιρίες για αυτονομία δράσης και εμπλοκής στην κοινωνική πραγματικότητα, που προσφέρονται μέσω των προγραμμάτων υποκατάστασης (Gomart, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η ίδια η Gomart, όπως παραδέχεται, αρχικά, ασπάστηκε μία εξολοκλήρου κριτική στάση υιοθετώντας τη ρητορική της σύγκρουσης ανάμεσα στον εξουσιαστή γιατρό και τον ευάλωτο ασθενή, ο οποίος είναι χαμένος εκ των προτέρων. Ωστόσο, στην πορεία της μελέτης της, αντιλήφθηκε ότι η φύση αυτής της αλληλεπίδρασης δεν μπορεί να ερμηνευτεί αν δεν ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα και πλούσια δυναμικά εξουσίας που αναπτύσσονται μεταξύ του πλαισίου θεραπείας και των μελών του (2004).

Όπως τονίζει ο Foucault: *«Θα πρέπει να σταματήσουμε να περιγράφουμε πάντα, τις επιπτώσεις της εξουσίας μόνο με αρνητικούς όρους: αποκλείει, καταπιέζει, θάβει, αφαιρεί, κρύβει, λογοκρίνει, καθώς η εξουσία αποτελεί κατάσταση τόσο καταπιεστική όσο και παραγωγική. Πράγματι, η εξουσία παράγει, παράγει το πραγματικό, παράγει τα πεδία των αντικείμενων και τελεουργίες αλήθειας. Το*

υποκείμενο και οι γνώσεις μας για το υποκείμενο προέρχονται από τη παραγωγή αυτή» (Foucault, 1973).

Υιοθετώντας μια οπτική δυναμικών πλαισίων εξουσίας, η απάντηση στο ερώτημα τι είδους ελευθερία είναι δυνατή και τι είδους περιορισμός είναι ανεκτός, είναι περισσότερο ωφέλιμη από το να επιμείνουμε στο δίπολο ελευθερία/περιορισμός.

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, δεν ζούσαν ζωή απεριόριστης ελευθερίας προτού «υποδηλώσουν» τους εαυτούς τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Η περίοδος της χρήσης, όπως αναδείχθηκε στην προηγούμενη θεματική, περιγράφεται ως ανυπόφορα περιοριστική, αρκετά περισσότερο σε σχέση με τους περιορισμούς του προγράμματος.

Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται και από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, τόσο η αποδοχή της ταυτότητας του χρόνιου ασθενή όσο και η προσαρμογή στο περιοριστικό πλαίσιο του προγράμματος δεν έγιναν παρά τη θέλησή τους. Φαίνεται να ενήργησαν κατ' αυτόν τον τρόπο, όχι επειδή «εξαπατήθηκαν» από το πλαίσιο εξουσίας του προγράμματος αλλά επειδή, μέσω της προσαρμογής τους, δημιουργήθηκαν νέες προοπτικές και δυνατότητες στη ζωή τους. Όπως τονίζει και ο Rose, με σημαντικές εξαιρέσεις, το ιατρικό πλαίσιο δεν εξαναγκάζει αντιστεκόμενα άτομα να αποδεχτούν συγκεκριμένες διαγνωστικές ταμπέλες (Rose, 2007).

Σε αυτή την ενότητα έγινε μία προσπάθεια να καταδειχθεί ότι οι περιορισμοί του πλαισίου υποκατάστασης είναι και παραγωγικοί καθώς ανοίγουν τον δρόμο σε νέες μορφές δράσης και προσδιορισμού της ταυτότητας των υποκειμένων. Οι δυνατότητες και τα είδη υποκειμενικότητας που αναπτύσσονται κατά τη μακροχρόνια εμπλοκή σε προγράμματα υποκατάστασης φαίνεται να διαμορφώνονται τόσο από την ίδια τη σωματική εμπειρία της υποκατάστασης όσο και στο πλαίσιο ευρύτερων κοινωνικών και πολιτικών συνθηκών της σύγχρονης νεοφιλελεύθερης εποχής.

3.3 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΩΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΠΑΡΟΝ

Οι συμμετέχοντες στη παρούσα μελέτη εμπλέκονται για αρκετά χρόνια σε προγράμματα υποκατάστασης του OKANA και είναι σταθεροποιημένοι στη

χαμηλότερη δοσολογία (2mg βουπρενορφίνης ημερησίως και λιγότερο), για παραπάνω από έναν χρόνο. Αν και οι περισσότεροι, στα αρχικά στάδια της εμπλοκής τους στο πρόγραμμα, λάμβαναν καθημερινά υψηλές δοσολογίες υποκαταστάτου, κατάφεραν, όπως αφηγούνται, να φτάσουν, σχετικά εύκολα, μέσω σταδιακών μειώσεων, στη χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης.

Για παράδειγμα η Ευαγγελία περιγράφει: *«Ξεκίνησα στα 24 mg και κάθε τόσο κατέβαινα.. το να κατέβαινεις 2-2 mg δεν ήταν τίποτα..ήταν εύκολο.. Το είχα πάρει πολύ καλά το όλο θέμα..μέχρι που έφτασα στα 2 mg και μετά στο 1mg(...) κάθε φορά που κατέβαινα, ήταν λίγο πιο κομμένα τα πόδια μου, ήμουν λίγο πιο βαριά. Όχι πολύ, αλλά ένιωθα ότι κάτι δεν πάει καλά. Κρατούσε έτσι 7-8 μέρες και μετά ήμουν πάλι καλά, ισορροπούσα.»*

Ενώ, σύμφωνα με τα λεγόμενα της Ελένης: *«Ξεκίνησα γύρω στα 16 mg..Γινότανε πολύ σταδιακά η μείωση, κάθε 2-3 μήνες μείωνα και από 2 mg.. γινότανε χωρίς να το καταλάβω. Τις πρώτες μέρες μπορεί να με έπιανε καμία αϋπνία, όμως μετά ήμουν μία χαρά, φυσιολογικά, δεν με πείραζε..πολύ γρήγορα έφτασα να είμαι στα 2 mg..»*

Βέβαια, η σταθεροποίηση σε μία συνεχώς μειούμενη δοσολογία υποκαταστάτου και η απομάκρυνση από τη χρήση παράνομων ουσιών δεν φαίνεται να αποτελεί γενικό κανόνα. Όπως δείχνουν ερευνητικά δεδομένα, μόνο το 30-50% του πληθυσμού που εμπλέκεται σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, καταφέρνει να προσαρμοστεί με επιτυχία στις διαδικασίες του προγράμματος και να απομακρυνθεί από τη ζωή της χρήσης (Waal, Clausen & Gossop,2014. Gossop, 2015).

Όμως οι συμμετέχοντες στη παρούσα μελέτη έχουν δείξει μία εξαιρετικά καλή πορεία στο πρόγραμμα, φτάνοντας, με σχετική ευκολία, στη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία χορήγησης, χωρίς να παρουσιάζουν υποτροπές. Θα περίμενε κανείς ότι με την ίδια ευκολία θα προχωρούσαν και στην ολοκληρωτική διακοπή του υποκαταστάτου, ωστόσο στο σημείο αυτό φαίνεται να καθιλώνονται.

Για παράδειγμα η Μαρία αναφέρει: *«Στα 2mg είμαι εδώ και 1.5 χρόνο περίπου.. το πιο κομβικό σημείο είναι...»*

Ενώ σύμφωνα με τον Σωκράτη: *«Χαμηλώνεις, χαμηλώνεις, χαμηλώνεις κι όταν φτάσεις στα 2, 1 mg σταματάς, δεν πάει παρακάτω..μου κάνει μεγάλη εντύπωση.»*

Η σταθεροποίηση στη χαμηλότερη δοσολογία υποκαταστάτου, φαίνεται να αποτελεί «τελικό σταθμό» για τον Λευτέρη, ο οποίος εμφανίζεται ικανοποιημένος από την παρούσα φάση της θεραπείας του, χωρίς να έχει ιδιαίτερες προσδοκίες για το μέλλον: *«Δεν σκέφτομαι το μέλλον, το παρόν σκέφτομαι, βλέπω ότι δεν πίνω και εντάξει. Και μόνο με αυτό ευχαριστημένος είμαι.. και μόνο που δεν μου μπαίνει στο μυαλό να πιω.. μπήκα και δεν το πίστευα ότι θα κόψω αυτό το πράγμα, την ηρωίνη.. και ακόμα ώρες ώρες δεν το πιστεύω.. Βλέπω τους δικούς μου γελάνε, χαίρονται τα εγγόνια τους, τι άλλο να θέλω; Αυτό είναι, δεν θέλω παραπάνω, το ιδανικό θα ήταν να μην χρειάζομουν ούτε αυτά τα 2mg αλλά εντάξει μην είμαστε κι αγάριστοι..»*

Πράγματι, όπως υποστηρίζεται και από κάποιες έρευνες, κύριο μέλημα αρκετών ατόμων που εμπλέκονται σε προγράμματα υποκατάστασης αποτελεί η σταθεροποίηση στο υποκατάστατο παρά η επίτευξη ολοκληρωτικής αποχής (Vigilant, 2005. Grønnestad & Sagvaag, 2016).

Σύμφωνα με τη γενικότερη φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης, η διακοπή του υποκαταστάτου, δεν αποτελεί έναν τελικό σταθμό. Αντίθετα, η θεραπεία γίνεται αντιληπτή ως μία μακροχρόνια διαδικασία, κατά την οποία η σταθεροποίηση στο υποκατάστατο αποτελεί την ιδανική συνθήκη, καθώς δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε να γίνουν οι επιθυμητές αλλαγές στη ζωή του ατόμου (Vigilant, 2005).

Βέβαια, για τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στη παρούσα μελέτη, η σταθεροποίηση στο υποκατάστατο δεν φαίνεται να αποτελεί τελικό προορισμό. Όπως περιγράφουν, αν και η ολοκληρωτική διακοπή του υποκαταστάτου αποτελεί τρομερά δύσκολη υπόθεση, οι ίδιοι επιθυμούν, κάποια στιγμή στο μέλλον, να αποδεσμευτούν.

Η Ευαγγελία αναφέρει: *«Ο στόχος είναι να το κόψω, να μην έχω ανάγκη το φάρμακο..το θέμα είναι να μην ανήκεις πουθενά..να μην εξαρτάσαι από τίποτα..αλλά πως; Έχω προσπαθήσει τόσες φορές και τίποτα..»*

Όμοια η Μαρία περιγράφει: *«Θέλω να χαιρετήσω με έναν πολύ ωραίο και ευγενικό τρόπο το φάρμακο, να του πω ένα γεια και να συνεχίσω μόνη μου... χωρίς αυτό.. αλλά φοβάμαι, δεν είναι απλή υπόθεση».*

Ενώ σύμφωνα με τον Σωκράτη: «Αυτό που μου έχει κάνει τρομερή εντύπωση είναι ότι εδώ και έναν χρόνο που είμαι στο *Img*, αν και θέλω να το αφήσω τελείως, δεν μου βγαίνει.. δεν είναι κάτι που το καταφέρνεις έτσι απλά..»

Ποιοι είναι όμως οι λόγοι που καθιστούν δύσκολη την ολοκληρωτική αποδέσμευση από το υποκατάστατο;

3.3 α Εμπόδια ως προς την ολοκληρωτική διακοπή

Στην προηγούμενη θεματική αναφερθήκαμε στη δυσκολία κάποιων από τους συμμετέχοντες να αντέξουν τα επώδυνα σωματικά συμπτώματα στέρησης της βουπρενορφίνης. Ωστόσο, τα εμπόδια προς την ολοκληρωτική διακοπή του υποκαταστάτου δεν περιορίζονται μόνο στα συμπτώματα του σώματος αλλά φαίνεται να είναι αρκετά πιο σύνθετα παίρνοντας πολλαπλές διαστάσεις.

Αρχικά, ο πυρήνας της φιλοσοφίας των προγραμμάτων υποκατάστασης φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο, προκειμένου να επιτευχθεί η ολοκληρωτική αποχή. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτή η εξάρτηση θεωρείται ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος του εγκεφάλου, και η ολοκληρωτική αποχή δεν αποτελεί ρεαλιστικό στόχο. Οι παρεμβάσεις, στα πλαίσια της θεραπείας, αποσκοπούν κυρίως στο να διατηρηθεί η σταθερότητα του παρόντος, μέσω της συστηματικής χορήγησης υποκαταστάτου, χωρίς να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μία μελλοντική-εναλλακτική πορεία χωρίς αυτό (Jarvinen & Andersen, 2009).

Η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται στα πλαίσια του OKANA φαίνεται να διαφοροποιείται, σε κάποιον βαθμό, από την κυρίαρχη φιλοσοφία της μείωσης της βλάβης, καθώς προβλέπονται στους μακροπρόθεσμους στόχους του προγράμματος τόσο η ολοκληρωτική διακοπή του υποκαταστάτου όσο και η οριστική απεμπλοκή από το πλαίσιο θεραπείας. Μάλιστα, από το 2000, λειτουργεί στα πλαίσια του OKANA, η μονάδα κοινωνικής επανένταξης που έχει ως κύριο στόχο τη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης, μέσω ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (OKANA, 2015).

Οι θεραπευτές των μονάδων υποκατάστασης, στις περιπτώσεις που κρίνουν ότι υπάρχει δυνατότητα περαιτέρω εξέλιξης, φαίνεται να προτρέπουν τα μέλη να διακόψουν το υποκατάστατο και να περάσουν στη φάση της κοινωνικής επανένταξης.

Η Ευαγγελία αφηγείται: *«Μου έλεγε η θεραπεύτρια μου, είναι πολύ απλό.. σιγά μου λέει τώρα Img, τίποτα δεν είναι, είσαι καθαρή, βλακείες είναι αυτά, στο κεφάλι σου είναι απλά.. δεν θα πάρεις και τελειώσε... Και το δοκιμάζω και τρελάθηκα..»*

Ενώ σύμφωνα με την Μαρία: *«Το συζητάω πολλές φορές και με τη θεραπεύτρια μου. Αυτή λέει ότι πλέον πρέπει να μηδενίσω, δεν έχει νόημα να συνεχίσω άλλο στο πρόγραμμα, πάει μία δεκαετία..»*

Ωστόσο, πέρα από τις προτροπές των θεραπευτών, δεν φαίνεται να υπάρχει ένα συγκεκριμένο και συστηματικό πλαίσιο καθοδήγησης στην κατεύθυνση αυτή.

Χαρακτηριστική είναι η αφήγηση της Ευαγγελίας: *«Δεν ξέρουν κιόλας οι άνθρωποι στη μονάδα πώς να βοηθήσουνε. ούτως η άλλως έχουν άλλη νοοτροπία εκεί..ο στόχος τους εκεί είναι να μην πίνει ο άλλος ηρωίνη, το να κόψει κάποιος το σούμπο δεν είναι στόχος, για εκεί χρειάζεται και κάτι άλλο, κάποια πιο συγκεκριμένη καθοδήγηση.»*

Ενώ η Ελένη περιγράφει: *«Δηλαδή, σε αυτό το στάδιο που ήταν οι άλλοι στην υποκατάσταση, εγώ είχα φύγει πριν χρονιά, δεν ταίριαζα με τους υπόλοιπους, το έβλεπα ότι έπρεπε να πάω κάπου αλλού, αλλά δεν μπορούσα να το κάνω από μόνη μου.. το προσπάθησα 3 φορές και τίποτε, έπρεπε να κόψεις τα πάντα για να προχωρήσεις, αλλά δεν υπήρχε κάποιος που να ήξερε πώς να σε βοηθήσει να το κάνεις.»*

Επίσης, όπως φαίνεται μέσα από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, η έλλειψη ενός συστηματικού πλαισίου παρεμβάσεων προς την κατεύθυνση αυτή φαίνεται να δημιουργεί φόβο, σχετικά με το πώς θα μπορέσουν να διακόψουν το υποκατάστατο και να ζήσουν στο μέλλον χωρίς αυτό.

Σύμφωνα με τη Μαρία: *« Θέλω να το αφήσω.. ξέρω ότι μπορώ να το αφήσω αλλά αυτός ο φόβος, αυτός ο φόβος που δεν έχει στην ουσία βάση αλλά είναι καθαρά ψυχολογικός.. Και σκέφτομαι τώρα, πού να εστιάσω, πώς να το σκεφτώ για να το καταφέρω.. Δεν ντρέπομαι να ζητήσω βοήθεια.. θέλω να με κατευθύνουνε λίγο, να μου*

πούνε τι πρέπει να κάνω, κι εγώ θα το κάνω, χωρίς δεύτερη σκέψη.. φοβάμαι πολύ να το κόψω έτσι από μόνη μου.. όταν έχει πονέσει τόσο πολύ το σώμα σου, όλα αυτά τα χρόνια, φοβάσαι να το ρισκάρεις.. σκέφτεσαι, κι αν χάσω κι αυτά που έχω;»

Ενώ ο Δημήτρης περιγράφει: *«Αν παίρνεις μία ουσία για μία δεκαετία, Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, υπάρχει φόβος για να τη σταματήσεις.. αδικαιολόγητος μεν αλλά υπάρχει.. ίσως για να φύγει αυτός ο φόβος χρειάζεται λίγο παραπάνω υποστήριξη και από το πρόγραμμα, να σου πούνε πώς να το κάνεις.. πως θα είναι μετά.. αλλιώς πώς; χρειάζεται μία βοήθεια, ένα πλάνο..»*

Παρατηρούμε, ότι παρά την ύπαρξη του στόχου της ολοκληρωτικής διακοπής, η έλλειψη συστηματικών παρεμβάσεων στο πεδίο αυτό είναι πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα ελάχιστα άτομα να καταφέρνουν να διακόψουν το υποκατάστατο και να περάσουν στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης. Χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται από τα δεδομένα του ΕΠΨΥ(2017), μόλις το 1% του πληθυσμού των μονάδων υποκατάστασης καταφέρνει να περάσει στη μονάδα κοινωνικής επανένταξης και να αποφοιτήσει από το πρόγραμμα.

Για να διευκολυνθεί το πέρασμα από τις μονάδες υποκατάστασης στην μονάδα κοινωνικής επανένταξης, τον τελευταίο χρόνο, έχει συσταθεί στην Αττική, η Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ). Στόχος της μονάδας αυτής είναι να βοηθήσει μέλη των προγραμμάτων υποκατάστασης, τα οποία έχουν σταθεροποιηθεί σε πολύ χαμηλές δοσολογίες υποκαταστάτου (8 mg και κάτω) και παρουσιάζουν καλή θεραπευτική πορεία (δεν κάνουν παράλληλη χρήση εκτός κάνναβης), να μπορέσουν να διακόψουν τη χρήση κάνναβης και τη χορήγηση του υποκαταστάτου, ώστε να μπορέσουν έπειτα να περάσουν στην κοινωνική επανένταξη.

Παρόλο που οι περισσότεροι συμμετέχοντες επιθυμούν να αποδεσμευτούν από το υποκατάστατο, η στάση, τους όσον αφορά τη φάση της κοινωνικής επανένταξης, παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον. Σε γενικές γραμμές, η ένταξη στα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης δεν αποτελεί ελκυστικό στόχο.

Για τον Σωκράτη και τον Δημήτρη μοναδικό κίνητρο για τη συμμετοχή στην επανένταξη αποτελεί η χορήγηση πιστοποιητικού «αποφοίτησης», που πιθανόν θα

βοηθήσει στην ευκολότερη εύρεση εργασίας και στην ευνοϊκότερη μεταχείρισή, στις τυχόν δικαστικές εκκρεμότητες που σχετίζονται με την προηγούμενη ζωή της χρήσης.

ο Σωκράτης περιγράφει: *«Δηλαδή ο λόγος που θα πήγαινα είναι καθαρά για το χαρτί, για επαγγελματικούς λόγους... μόνο αυτό, ότι βγάζοντας την επανένταξη βγάζουν κάποια προγράμματα για άτομα που έχουν βγάλει επανένταξη, με ειδικές ανάγκες, σε τίποτα δήμους, σε τίποτα τέτοια, καθαρά επαγγελματικά ο λόγος που θα πήγαινα εκεί, για να πάρω το χαρτί, κανένας άλλος λόγος, ότι θα με βοηθούσανε ας πούμε για να επανέλθω, πιστεύω έχω επανέλθει..τι περισσότερο να μου κάνουνε εκεί από την φάση που είμαι; Κάπως έτσι το έχω στο κεφάλι μου..»*

Ενώ ο Δημήτρης αναφέρει: *«Γνωρίζω ότι τελειώνοντας την επανένταξη, παίρνεις κάποιο χαρτί, και δικαστήρια που είχαν σχέση με ναρκωτικά, πας στην εισαγγελέα κάνεις κάποια έφεση και παραγράφονται. Είναι ο μοναδικός λόγος που θέλω να πάω.»*

Επιπλέον, το προφίλ των συμμετεχόντων στην φάση της επανένταξης, όπως σκιαγραφείται μέσα από τις περιγραφές της Ελένης και της Ευαγγελίας, δεν φαίνεται να αποτελεί ιδανικό πρότυπο για τις ίδιες:

Η Ελένη περιγράφει: *«Εγώ περίμενα ότι στην επανένταξη είναι άτομα που έχουν αλλάξει έναν τρόπο ζωής και εγώ γνώρισα ανθρώπους που. ναι μεν κόψανε αλλά δεν βρήκαν στην ζωή τους, δεν είχανε κάποιο ενδιαφέρον.. νομίζω δεν σκέφτονται σαν ενήλικες, δεν ξέρω πώς να το πω..τόρα να πάω μέσα σε τέτοιους δεν το θεωρώ πολύ βοηθητικό, δηλαδή εγώ το είχα στο μυαλό μου σαν μία βοήθεια, ας πούμε, αλλά απογοητεύτηκα.»*

Όμοια, η Ευαγγελία αφηγείται: *«Κοίταξε, στην επανένταξη δεν θέλω να πάω, και από εδώ να τελειώσω, πες ότι όλα πάνε καλά, κόβω την κάνναβη, κόβω και το υποκατάστατο και τελειώνω, μετά υποτίθεται από εδώ πας στην επανένταξη, εγώ εκεί δεν θέλω να πάω(..)έχω γνωρίσει άτομα που είναι μέσα στην επανένταξη και δεν θέλω να χάσω τον χρόνο μου να κάνω ομάδες με αυτά τα άτομα, δεν μου κάνουν, δεν μ' αρέσει, δεν θέλω ρε παιδιά.. Και μου λένε έλα και θα σπάσουμε πλάκα, έλα περνάμε καλά.. δηλαδή είναι και κάτι άτομα που έχουν φύγει εντάξει, το πιστεύω ότι είναι καθαρά, εντάξει για να είναι εκεί θα είναι, αν και δυσκολεύομαι να το πιστέψω, αλλά ο τρόπος ζωής τους είναι ακριβώς ο ίδιος..»*

Η εμπλοκή στην μονάδα κοινωνικής επανένταξης, όπως ορίζεται από το πλαίσιο του προγράμματος και όπως εύκολα γίνεται αντιληπτή από τον κοινό νου, σηματοδοτεί θετική εξέλιξη στη θεραπευτική πορεία του ατόμου.

Ωστόσο, η οπτική αυτή φαίνεται να αποδομείται από τις περιγραφές των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν, η επανένταξη δεν σηματοδοτεί εξέλιξη, καθώς τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν έναν εναλλακτικό τρόπο ζωής και παραμένουν «προσκολλημένα» στην ταυτότητα του χρόνιου χρήστη.

Στα πλαίσια της μακροχρόνιας υποκατάστασης, ο προσανατολισμός των παρεμβάσεων, κυρίως στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας στην καθημερινότητα των ατόμων, και η απουσία ενός οργανωμένου πλαισίου ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, προκειμένου να αναπτυχθεί μία νέα-εναλλακτική ταυτότητα (Jarvinen & Andersen, 2009. Jarvinen & Miller, 2010), φαίνεται να εξηγεί, έστω και σε κάποιον βαθμό, το παραπάνω εύρημα.

Όπως υποστηρίζεται και από την μελέτη των Notley, Blyth, Maskrey, Craig & Holland (2013), η επένδυση των προγραμμάτων υποκατάστασης κυρίως στην ικανοποίηση των βασικών βιοτικών αναγκών και η απουσία συστηματικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην κάλυψη ανώτερων ψυχοκοινωνικών αναγκών φαίνεται να εμποδίζει την ανάπτυξη αυτονομίας και να ενισχύει την ανασφάλεια, σχετικά με το ενδεχόμενο ολοκληρωτικής αποδέσμευσης από το πλαίσιο του προγράμματος.

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή της Ελένης: *«Υπάρχει ο φόβος. ο φόβος για το αν θα μπορώ να είμαι καλά και μετά, αν θα συνεχίσω να νιώθω τόσο δυνατή χωρίς αυτό..»*

Όπως περιγράψαμε στις προηγούμενες θεματικές, η εμπλοκή σε πρόγραμμα υποκατάστασης φαίνεται να εισάγει τους συμμετέχοντες σε ένα πλαίσιο μακροχρόνιας ασφάλειας και σταθερότητας, παρά τους περιορισμούς. Όμως η έλλειψη παρεμβάσεων που δίνουν προοπτική για ένα μέλλον χωρίς υποκατάστατο, σε συνδυασμό με την ασφάλεια και την αποδοχή που παρέχει το παρόν, φαίνεται να επιτείνει τη δυσκολία της απομάκρυνση από το πλαίσιο θεραπείας.

Θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε το πρόγραμμα με ένα νησί στη μέση του πελάγους. Στο νησί αυτό υπάρχουν τουλάχιστον τα εφόδια για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών, έστω και με ορισμένες ελλείψεις. Όμως, όπως οι κάτοικοι του νησιού, αν και θα ήθελαν, φοβούνται να το εγκαταλείψουν, χωρίς να έχουν ένα κατάλληλο σκάφος και μία πυξίδα, για να ξέρουν προς τα πού να κατευθυνθούν και να φτάσουν ασφαλείς στον προορισμό τους, έτσι και οι συμμετέχοντες φοβούνται να εγκαταλείψουν το πλαίσιο του προγράμματος, χωρίς να έχουν δημιουργήσει ένα εναλλακτικό πλαίσιο αναφοράς που θα τους δίνει μία κατεύθυνση για το μέλλον.

Χαρακτηριστικά η Μαρία αναφέρει: *«Άμα φύγω από εδώ, θα πρέπει να προχωρήσω πλέον μόνη μου, σαν μπέμπα που έχασε το χεράκι της μαμάς της. Αυτή η σιγουριά που σου προσφέρεται, ότι ανά πάσα στιγμή το πρόγραμμα θα είναι εκεί να βοηθήσει.. Προσπαθώ να καταρρίπτω τους μύθους αυτούς, για να μπορώ να προχωρήσω.»*

Αξίζει να σημειωθεί ότι πέρα από τη χορήγηση του υποκατάστατου, η ασφάλεια και η σταθερότητα φαίνεται να ενισχύονται και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν τα μέλη με το προσωπικό του προγράμματος. Παραδόξως, όπως αναφέρουν οι Rosenbaum & Murphy (1984) , η ανάπτυξη σχέσεων αποδοχής από το προσωπικό, έστω και σε περιορισμένα, τυπικά πλαίσια μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την οριστική απεμπλοκή από το θεραπευτικό πλαίσιο

Ο Κώστας περιγράφει: *«Εδώ τα παιδιά είναι καλά, μας φροντίζουν, μας νοιάζονται.. εκεί έξω ο κόσμος είναι σκληρός, κανείς δεν θα κάτσει να νοιαστεί, ο καθένας τον εαυτό του κοιτάει..»*

Εξίσου χαρακτηριστική είναι και η αφήγηση της Μαρίας: *«Εδώ έχω δεθεί τόσο πολύ με το περιβάλλον, με τους θεραπευτές, με τους χορηγητές. Φαντάζομαι είναι πολύ δύσκολο να βρεις έξω αυτή την αποδοχή.»*

Η αποδοχή αυτή δεν φαίνεται να χαρακτηρίζει τις κοινωνικές σχέσεις των συμμετεχόντων και εκτός του πλαισίου του προγράμματος. Αν και, όπως υποστηρίζεται από ποικίλες μελέτες, η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη διακοπή του υποκατάστατου και την επίτευξη ολοκληρωμένης θεραπείας (Gold και συν.,1988. Notley, Blyth, Maskrey, Craig & Holland, 2013. Notley, Blyth, Maskrey, Pinto, &

Holland, 2015), οι συμμετέχοντες περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας στο σπίτι έχοντας ελάχιστες, έως καθόλου κοινωνικές επαφές.

Ο Κώστας περιγράφει: *«Άλλωστε μου αρέσει εμένα, γιατί έρχομαι κάθε μέρα εδώ, μου αρέσει, θα μπορούσα να έρχομαι μία φορά την εβδομάδα, αλλά έτσι κι αλλιώς δεν έχω τι να κάνω στο σπίτι όλη μέρα, ούτε φίλους έχω να βγω, νομίζω ότι κάτι κάνω ξέρεις, έρχομαι εδώ, περνάει η ώρα μου, βλέπω τα παιδιά, λέμε καλημέρα, περνάει η ώρα μου, μου αρέσει.»*

Όπως φαίνεται και από την μελέτη των Notley, Blyth, Maskrey, Pinto, & Holland (2015), τα άτομα που εμπλέκονται σε μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης και σημειώνουν θετική θεραπευτική πορεία φαίνεται να βρίσκονται σε ένα ενδιάμεσο-ξεχωριστό πεδίο, ανάμεσα σε 2 διαφορετικούς κόσμους, τον κόσμο της χρήσης και τον κόσμο της «καθαρότητας». Στην πορεία της θεραπείας, τα άτομα αυτά φαίνεται να απομακρύνονται σταδιακά από την ταυτότητα του «χαστικού χρήστη» και να υιοθετούν όλο και περισσότερα γνωρίσματα και συνήθειες του καθημερινού ανθρώπου. Ωστόσο, ενδιαφέρον αποτελεί ότι τα ίδια τα άτομα, παρά τη θετική τους πορεία, δεν αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως «καθαρούς» αλλά ως «φυσιολογικούς» υπό προϋποθέσεις. Όπως υποδεικνύεται στην έρευνα, τα «επιτυχημένα» μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης, αν και δεν ασπάζονται πια την κουλτούρα της χρήσης, δυσκολεύονται να συνάπτουν σχέσεις με «καθαρούς», καθώς φοβούνται ότι δεν θα μπορέσουν να τους καταλάβουν και να τους αποδεχτούν.

Χαρακτηριστική είναι η αφήγηση της Ελένης: *«Με τους καθαρούς είναι δύσκολο να έχω μία επαφή, από την στιγμή που εμένα δεν με νοιάζει τίποτα από αυτά που λένε, και αυτούς τίποτα από αυτά που λέω, τι να βρεις να πεις; Στο πρόγραμμα τουλάχιστον έχω φτιάξει μία σχέση στα μέτρα μου..»*

Πέρα από τις δυσκολίες σχετικά με τη δημιουργία σχέσεων αποδοχής εκτός του πλαισίου προγράμματος, η έλλειψη σταθερής εργασίας πιθανόν αποτελεί τροχοπέδη για την οριστική απεμπλοκή από το πρόγραμμα. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι μία σταθερή εργασία μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική βάση ασφάλειας για τα μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης (Bilban, Kastelič & Zaletel-Kragelj, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να ξεφύγουν από την ταυτότητα του χρόνιου χρήστη-ασθενή και να αποκτήσουν μία νέα εικόνα για τον εαυτό τους, αυτή του παραγωγικού ανθρώπου.

Χαρακτηριστικά ο Κώστας αναφέρει: «*Αν δεν βρω κάποια δουλειά, δεν μπορώ να φύγω.. Για να πάρεις την απόφαση, να κόψεις, πρέπει να νιώθεις κάποια ασφάλεια, να ξέρεις ότι μπορείς να συνεχίσεις μόνος.. τώρα, προς το παρόν, αυτό δεν υπάρχει.*»

Ωστόσο, οι αντικειμενικές συνθήκες στη χώρα μας (ύφεση, χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης, υψηλή ανεργία) σε συνδυασμό με το βεβαρυμμένο παρελθόν της χρήσης, την προχωρημένη ηλικία και την έλλειψη επαγγελματικών δεξιοτήτων των συμμετεχόντων, όπως εκφράζεται μέσα από τις αφηγήσεις τους, φαίνεται να καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την εύρεση εργασίας.

Για παράδειγμα, ο Σωκράτης αναφέρει: «*Είμαι σε δύσκολη ηλικία τώρα, 50 χρονών ποιος θα σε πάρει; Λίγο δύσκολο, εδώ είναι πιτσιρικάδες με πτυχία που δεν βρίσκουνε δουλειά, νέα παιδιά και μορφωμένα, δουλεύουνε delivery τι να λέμε...*»

Όμοια, ο Δημήτρης περιγράφει: «*Αν και το θέλω πάρα πολύ, δεν έχω καταφέρει εκτός από ένα μικρό χρονικό διάστημα, να έχω μία σταθερή εργασία, είμαι μεγάλος και πρώην χρήστης.. στην Ελλάδα ποιος θα μου δώσει δουλειά;*»

Όπως υποστηρίζεται στη μελέτη των Conner & Rosen (2008), τα άτομα που εμπλέκονται σε χρόνια θεραπεία υποκατάστασης, παρόλο που φαίνεται να εναρμονίζονται σημαντικά με την κοινωνική πραγματικότητα των «καθαρών», φέρουν πολλαπλά στίγματα (το βεβαρυμμένο παρελθόν της χρήσης, η εμπλοκή με θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, η γήρανση κ.α), τα οποία δρουν προσθετικά και εμποδίζουν την απεμπλοκή τους από το πλαίσιο θεραπείας και την ολοκληρωτική ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Από όσα έχουν υποστηριχθεί μέχρι στιγμής στην παρούσα θεματική, γίνεται φανερό ότι οι συμμετέχοντες δυσκολεύονται αρκετά να προσεγγίσουν ένα εναλλακτικό μέλλον χωρίς τη σταθερά του προγράμματος. Τόσο η μη επένδυση των προγραμμάτων στη διαμόρφωση νέας-εναλλακτικής προοπτικής για το μέλλον, πέρα από την υποκατάσταση, όσο και ατομικοί και κοινωνικοί περιορισμοί φαίνεται να εμποδίζουν τους συμμετέχοντες από το να προσδοκούν ριζικές αλλαγές στη ζωή τους.

3.3 β Τα 2 mg ως δικλείδα ασφαλείας

Η Reith (1999) στη μελέτη της υποστήριξε ότι τα άτομα που εμπλέκονται για χρόνια σε προγράμματα υποκατάστασης ζούνε ένα εκτεταμένο παρόν. Σε αντίθεση με το κυρίαρχο μοτίβο της ανθρώπινης εμπειρίας, όπου το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον αποτελούν διακριτές οντότητες, στην περίπτωση των ατόμων αυτών, το παρόν και το μέλλον ταυτίζονται. Η διατήρηση της σταθερότητας του παρόντος αποτελεί τη μόνη τους προοπτική ακολουθώντας την κυρίαρχη φιλοσοφία του προγράμματος. Μάλιστα, η διακοπή του υποκαταστάτου και η υιοθέτηση ενός εναλλακτικού τρόπου ζωής τείνει να γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως κατάσταση ρίσκου παρά ως θεραπεία (Zippel-Schultz και συν., 2016).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η θεώρηση του Fuchs (2005), σύμφωνα με την οποία ο χρόνος αντιμετωπίζεται ως μία σωματοποιημένη και διυποκειμενική σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Η διυποκειμενική τάξη επιτυγχάνεται όταν οι πράξεις, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες του ανθρώπου εναρμονίζονται και πραγματώνονται σε σχέση με το περιβάλλον του. Όταν συμβαίνει αυτό, ο χρόνος ακολουθεί μία ομαλή-μη προβληματική πορεία από το παρελθόν στο παρόν και στη συνέχεια στο μέλλον. Η επίτευξη διυποκειμενικής τάξης αυξάνει την αίσθηση αυτονομίας στις δράσεις της καθημερινής ζωής και στον σχεδιασμό του μέλλοντος. Ο Fuchs αντιπαραβάλλει τον συγχρονισμένο διυποκειμενικό χρόνο με την αποσυγχρονισμένη κοινωνική πραγματικότητα σε προβληματικές καταστάσεις (ψυχικές, σωματικές ασθένειες κ.α). Όταν ο συγχρονισμός δεν καθίσταται δυνατός, σύμφωνα με τον Fuchs, τα άτομα δυστυχούν καθώς συνειδητοποιούν ότι δεν μπορούν να καλύψουν το κενό ανάμεσα στην ανάγκη και την ικανοποίηση, την επιθυμία και την εκπλήρωση, το σχέδιο και την εκτέλεση. Με άλλο λόγια δεν μπορούν να δράσουν ως αυτόνομα αυτό-κυβερνούμενα όντα.

Η χρόνια εμπλοκή σε προγράμματα υποκατάστασης θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή ως μία προβληματική κατάσταση, καθώς δεν επιτρέπει στα μέλη να δράσουν στο παρόν ούτε και να σχεδιάσουν το μέλλον τους ως απόλυτα αυτόνομα αυτό-κυβερνούμενα όντα. Ακολουθώντας τη θεώρηση του Fuchs, θα υποθέταμε ότι η

κατάσταση αυτή θα προκαλούσε αισθήματα δυστυχίας στους συμμετέχοντες. ωστόσο οι αφηγήσεις τους φανερώνουν κάτι διαφορετικό.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση σχετικά με το ποια είναι τα όνειρά τους για το μέλλον. Σύμφωνα με τις περιγραφές τους, οι συμμετέχοντες φαίνεται να αντλούν ικανοποίηση από τη σταθερότητα του παρόντος, η διατήρηση της οποίας φαντάζει ιδανικό σενάριο και για το μέλλον.

Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια της Ελένης: *«Ιδανικά να συνεχίσω να είμαι όπως είμαι τώρα, να είμαι καλά στην διάθεσή μου.. βασικά αυτό, να είμαι όπως είμαι τώρα.. να είμαι και χαρούμενη και να νιώθω και ασφάλεια, να μην μου λείπει κάτι.. αν μπορούσα να έρχομαι που και που και στο πρόγραμμα.. και χωρίς να υπάρχει το χάπι, έτσι μόνο για να με παρακολουθούν, θα ήταν ιδανικά.»*

Όμοια, η Μαρία περιγράφει : *«Αν μου λέγανε ότι θα έρχεσαι, έτσι 2 φορές το μήνα, και θα βλέπεις τις θεραπεύτριες νομίζω θα ήταν το ίδιο πράγμα.. δεν θα με πείραζε και να άφηνα το χάπι.. θα ήταν μια χαρά.. Νομίζω αυτό είναι που θα μου λείπει. αυτή η ασφάλεια, η σιγουριά που μου δίνουν..»*

Μάλιστα, οι συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν αποδεχθεί μερικώς τους περιορισμούς της κοινωνικής τους πραγματικότητας και να έχουν προσαρμόσει ανάλογα τις φιλοδοξίες τους για το μέλλον. Η απόσταση ανάμεσα σε αυτό που ήδη έχουν και στην επιθυμία τους (διακοπή του υποκαταστάτου) δεν φαίνεται να είναι μεγάλη. Αυτό τους επιτρέπει να αντλούν ικανοποίηση από τη ζωή, παρά την αδυναμία τους να αποδεσμευτούν από τη χορήγηση.

Ωστόσο, η αποδοχή αυτή δεν φαίνεται να ισοδυναμεί με απόλυτη «παράδοση». Αντίθετα, όπως υποστηρίζεται και από τη θεώρηση του Malins (2004) τα άτομα φαίνεται να διαπραγματεύονται, σε κάποιον βαθμό, με το περιβάλλον τους και να οργανώνουν τη ζωή τους με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρούν την ασφάλεια και την σταθερότητα που επιθυμούν, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσουν μορφές δράσης και αυτονομίας.

Συγκεκριμένα, η συνεχής αναζήτηση εργασίας, παρά τις αντικειμενικές δυσκολίες, ο αυτόβουλος πειραματισμός σε σχέση με το υποκατάστατο, η εμπλοκή σε δραστηριότητες εκτός του πλαισίου του OKANA, ο πειραματισμός στα πλαίσια

των ανθρώπινων σχέσεων, είναι κάποια από τα παραδείγματα που σηματοδοτούν δράση και αυτονομία.

Η επιμονή των συμμετεχόντων στη χορήγηση της ελάχιστης δυνατής δόσης υποκαταστάτου, αν και από την μία πλευρά μπορεί να θεωρηθεί περιορισμός ή αδυναμία, φαίνεται ταυτόχρονα να συνιστά προϊόν ενεργούς διαπραγμάτευσης με το περιβάλλον. Σύμφωνα με την οπτική αυτή, η διατήρηση της χορήγησης θα μπορούσε να νοηματοδοτηθεί και ως η «δικλείδα ασφαλείας» των συμμετεχόντων, προκειμένου να μπορέσουν να διατηρήσουν, με τον λιγότερο δέσμευτικό τρόπο, τη σταθερότητα που τους παρέχει το πρόγραμμα υποκατάστασης, μέχρι να βρουν μία καλύτερη δυνατή λύση ή ένα εναλλακτικό πλαίσιο ασφάλειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση του υποκειμενικού βιώματος ατόμων που εξυπηρετούνται σε μονάδες υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στην Αττική. Η Ανάλυση (ΕΦΑ-IPA) ανέδειξε την πολυπλοκότητα, τις συγκλίσεις αλλά και τις διαφοροποιήσεις στην υποκειμενική εμπειρία της υποκατάστασης, καθώς και την επιρροή ευρύτερων πλαισίων σε αυτήν. Πρόκειται για μία πρωτότυπη έρευνα η οποία έδωσε φωνή σε ενήλικες άντρες και γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα βουπρενορφίνης και παραμένουν για χρόνια σταθεροποιημένοι στη χορήγηση εξαιρετικά χαμηλών δόσεων της ουσίας αυτής.

Μέσω της έρευνας αυτής επιχειρήσαμε να απαντήσουμε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα. Πώς μέλη του OKANA που βρίσκονται σταθεροποιημένα στην χορήγηση εξαιρετικά χαμηλών δόσεων υποκατάστατου, για μεγάλο χρονικό διάστημα, περιγράφουν τη συνολική εμπειρία της χρήσης και της υποκατάστασης; Πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους στα πλαίσια της χρόνιας χορήγησης χαμηλής δόσης υποκατάστατου; Ποιοι είναι γενικότερα οι λόγοι που επηρεάζουν την απόφαση

τους να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε χαμηλές δοσολογίες υποκατάστατου;

Οι τρεις θεματικές που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων εστιάζουν κυρίως στον τρόπο που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και κατανοούν την εμπειρία της εξάρτησης, της θεραπείας αλλά και τις προοπτικές του μέλλοντος, στα πλαίσια της εμπλοκής και της αλληλεπίδρασής τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Βέβαια, οι θεματικές αυτές είναι καλό να γίνονται αντιληπτές όχι ως ξεχωριστές συνιστώσες της υποκειμενικής εμπειρίας αλλά ως πλαίσια που αλληλοεπηρεάζονται και βιώνονται με συνθετικό τρόπο.

Για την πληρέστερη ερμηνεία της υποκειμενικά βιωμένης εμπειρίας των συμμετεχόντων, αναδείχθηκαν ως κατάλληλα θεωρητικά εργαλεία η θεώρηση των «Ιδρυματικών Ταυτοτήτων» (Institutional Identities) (Gubrium & Holstein, 2001), η θεωρητική παράδοση του Foucault σε σχέση με την έννοια της «αυτοδιακυβέρνησης» στην νεοφιλελεύθερη εποχή (Foucault, 1991), καθώς και άλλες κριτικές ψυχολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε το πώς οι συμμετέχοντες βιώνουν την εμπειρία της εξάρτησης, πώς η ζωή τους άλλαξε μετά από την αλληλεπίδρασή τους στο πλαίσιο του προγράμματος, καθώς και πώς ονειρεύονται και νοηματοδοτούν το μέλλον τους.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί ότι, αν και οι περιγραφές των συμμετεχόντων αναφορικά με τη συνολική εμπειρία της εξάρτησης και της θεραπείας συγκλίνουν σημαντικά με τους κυρίαρχους λόγους του προγράμματος, είναι αρκετά πιο πλούσιες, καθώς περιλαμβάνουν περισσότερες διαστάσεις. Οι συμμετέχοντες φαίνεται να αλληλεπιδρούν με την ταυτότητα του προγράμματος έχοντας ως σημείο αναφοράς την δική τους υποκειμενική ταυτότητα. Με αυτόν τον τρόπο γίνονται περισσότερο αντιληπτοί ως πρόσωπα-υποκείμενα, με ιστορία που έχουν την ικανότητα αλληλεπίδρασης, παρά ως «παθητικοί» δέκτες.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιγράφουν την περίοδο της χρήσης ως «χαοτική», καθώς η αναζήτηση και η λήψη της ουσίας, για την ανακούφιση των επώδυνων σωματικών συμπτωμάτων, αποτελούσε αποκλειστικό τους μέλημα. Για πολλούς ο απεγνωσμένος αυτός αγώνας σήμαινε την κατάλυση κάθε ηθικού φραγμού και την απώλεια της ίδιας της ανθρώπινης υπόστασης. Ωστόσο, κάποιοι συμμετέχοντες φαίνεται να απομακρύνονται από τη ταυτότητα του «χαοτικού» και

«αναξιοπρεπούς» χρήστη, περιγράφοντας την επαφή τους με τη χρήση ηρωίνης ως μία συνειδητή και οργανωμένη προσπάθεια αυτο-θεραπείας. Με άλλα λόγια, η χρήση και η κατάχρηση ουσιών (κυρίως ηρωίνης) νοηματοδοτείται από τους συμμετέχοντες τόσο ως «αρρώστια» όσο και ως «θεραπεία». Αυτό το εύρημα φαίνεται να συνδέεται με τη δυσκολία που βιώνουν ορισμένοι συμμετέχοντες στο να προχωρήσουν προς στην ολοκληρωτική αποδέσμευση από τη χορήγηση. Για κάποιους η χρήση ουσιών δείχνει να είναι απόλυτα συνυφασμένη με την υποκειμενική αίσθηση της «φυσιολογικής» υπόστασης του εαυτού τους.

Η σωματική εμπειρία της χρήσης κυριαρχεί στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, ωστόσο περιγράφεται με αντιφατικό τρόπο. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες νοηματοδοτούν τη χρήση ως μία κατάσταση που πλήττει το σώμα και το καθιστά «άρρωστο» αλλά ταυτόχρονα και ως μία «τεχνική» που ενισχύει την εμπειρία ενός «υγιούς» - «φυσιολογικού» σώματος. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί καλύτερα σύμφωνα με την θεώρηση του Cromby (2015), για τον οποίο η σωματική εμπειρία (feeling) νοείται ως ένα σχεσιακό συμβάν που εντάσσεται στο κοινωνικό γίνεσθαι, όσο και σύμφωνα με τη θεώρηση του Goffman (1963), για τον οποίο η εμπειρία του σώματος δεν μπορεί να κατανοηθεί ανεξάρτητα από τους κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και τα ισχύοντα κανονιστικά πρότυπα περί «φυσιολογικού» σώματος.

Αν και το «χάος», κατά την περίοδο της χρήσης, δεν φαίνεται να χαρακτηρίζει τη ζωή όλων των συμμετεχόντων, όλοι περιγράφουν την εμπλοκή τους στη θεραπεία υποκατάστασης ως «σωτήρια λύση». Κάποιοι αναφέρουν ότι το πρόγραμμα ήταν η μοναδική θεραπεία που καρποφόρησε και τους βοήθησε να ξεφύγουν από την ανυπόφορη ζωή της χρήσης και από τον θάνατο, ενώ άλλοι νοηματοδοτούν την είσοδο στη θεραπεία υποκατάστασης ως πέρασμα σε ένα ασφαλές καταφύγιο. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τη θεώρηση του Emerson (1981) σύμφωνα με τον οποίο, τα προγράμματα υποκατάστασης αποτελούν απαντήσεις σε ανθρώπους και καταστάσεις, των οποίων η διαχείριση κρίνεται ακατόρθωτη με άλλα ηπιότερα μέσα .

Επιπρόσθετα, στην έρευνα υπογραμμίζεται η ύπαρξη αντιφάσεων-αμφισημίας στον τρόπο που οι συμμετέχοντες βιώνουν τη μακροχρόνια εμπλοκή τους στη θεραπεία. Από τη μια πλευρά, το πρόγραμμα καλύπτει τη σωματική τους ανάγκη για ουσία, προσφέροντας τους την αίσθηση ενός «σχεδόν φυσιολογικού εαυτού»,

ενώ από την άλλη πλευρά, περιγράφουν έναν εαυτό «δέσμιο» του φαρμάκου και των περιορισμών του προγράμματος θεραπείας. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες περιγράφουν τη βουπρενορφίνη τόσο ως «φάρμακο» που τους ανακουφίζει από τα σωματικά συμπτώματα στέρησης και τους δίνει μια «φυσιολογική» σωματική και ψυχική υπόσταση όσο και ως ουσία εξάρτησης, από την οποία είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδεσμευτούν λόγω των επώδυνων συμπτωμάτων στέρησης.

Πέρα από τη νοηματοδότηση της βουπρενορφίνης, ταυτόχρονα, ως φάρμακο και ως ουσίας εξάρτησης, οι συμμετέχοντες περιγράφουν και το ίδιο το πρόγραμμα ταυτόχρονα ως πλαίσιο που παρέχει ασφάλεια αλλά παράλληλα θέτει και περιορισμούς. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν, η τακτική, υποχρεωτική προσέλευση στις δομές του προγράμματος, αποτελεί εμπόδιο για την ένταξη σε ένα σταθερό εργασιακό πλαίσιο ενώ και αυτή καθαυτή η συμμετοχή στις διαδικασίες που προβλέπονται (ουροληψίες, επιτηρούμενη χορήγηση κ.α), περιορίζει, κατά κάποιον τρόπο, την ελευθερία τους.

Αρκετοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης αποτελεί ένα εξουσιαστικό-περιοριστικό πλαίσιο (Bourgois, 2000. Bergschmidt, 2004. Fraser & Valentine, 2008). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, αν και αναγνωρίζουν τους περιορισμούς του προγράμματος, φαίνεται να τους αποδέχονται. Μάλιστα, όπως περιγράφουν, η προσαρμογή στο πλαίσιο κανόνων του πλαισίου αποτελεί εκούσια επιλογή, καθώς μέσω αυτής μπόρεσαν να δημιουργήσουν νέες προοπτικές και δυνατότητες στη ζωή τους (να εναρμονιστούν με τη ρουτίνα της καθημερινότητας, να αναλάβουν κοινωνικούς ρόλους κ.α.).

Η οριστική διακοπή του υποκατάστατου αποτελεί επιθυμία των περισσότερων συμμετεχόντων, παρόλα αυτά, η εκπλήρωση της, περιγράφεται ως δυσχερής. Ειδικότερα, όπως φαίνεται από τα λεγόμενα των ατόμων, η έλλειψη οργανωμένης καθοδήγησης προς την κατεύθυνση αυτή, δημιουργεί φόβο σχετικά με το πώς θα μπορέσουν να διαχειριστούν τα μεγάλης διάρκειας συμπτώματα στέρησης καθώς και για το πώς θα μπορούν να λειτουργούν «φυσιολογικά» στο μέλλον χωρίς το υποκατάστατο. Στα πλαίσια της θεραπείας υποκατάστασης, υπό το πρίσμα της φιλοσοφίας της μείωσης της βλάβης, ο προσανατολισμός των παρεμβάσεων εστιάζει κυρίως στην επίτευξη σταθερότητας ενώ δεν φαίνεται να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε

παρεμβάσεις που προάγουν μια εναλλακτική αφήγηση για τον εαυτό πέρα από αυτή του χρόνιου ασθενή (Jarvinen & Andersen, 2009. Jarvinen & Miller, 2010).

Η έλλειψη παρεμβάσεων που δίνουν προοπτική για ένα μέλλον χωρίς υποκατάστατο, σε συνδυασμό με την ασφάλεια και την αποδοχή που βιώνουν τα άτομα στα πλαίσια της θεραπείας, φαίνεται να εντείνει τη δυσκολία ολοκληρωτικής αποδέσμευσης. Μάλιστα, όπως περιγράφουν, η αποδοχή δεν είναι κάτι που χαρακτηρίζει τις κοινωνικές σχέσεις τους και εκτός του πλαισίου του προγράμματος. Αν και στα πλαίσια της θεραπείας, απομακρύνθηκαν από τη ταυτότητα του «χαοτικού» χρήστη και απέκτησαν συνήθειες του καθημερινού ανθρώπου, δεν θεωρούν τους εαυτούς τους «καθαρούς». Έτσι, η κοινωνική συναναστροφή με άτομα εκτός του πλαισίου θεραπείας, περιγράφεται από αρκετούς ως ανισότιμη. Πέρα από τις δυσκολίες σχετικά με τη διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων, και η έλλειψη σταθερής εργασίας φαίνεται να εμποδίζει την οριστική απομάκρυνση από το πλαίσιο θεραπείας, σύμφωνα με τα λεγόμενά τους.

Όπως φαίνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι παράγοντες που εμποδίζουν την ολοκληρωτική αποδέσμευση από το υποκατάστατο είναι σύνθετοι και συνδέονται τόσο με τη βασική φιλοσοφία του προγράμματος υποκατάστασης όσο και με περιορισμούς των ίδιων των ατόμων και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου (υψηλά ποσοστά ενεργείας κ.α.).

Ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας αντιλαμβάνεται την εμπλοκή σε προγράμματα υποκατάστασης ως μία κατάσταση που στερεί την προοπτική για ένα μέλλον εκτός θεραπευτικού πλαισίου. Υπό αυτή την οπτική τα μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης περιγράφονται ως δυστυχημένα και εγκλωβισμένα σε μία κατάσταση χωρίς δυνατότητες διαφυγής (Reith, 1999. Järvinen & Miller, 2010).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τη ζωή τους ακόμα κι αν ο στόχος της απόλυτης αποδέσμευσης από τη χορήγηση και το πρόγραμμα δεν παρουσιάζεται, στην παρούσα φάση, ως εφικτός. Μάλιστα, φαίνεται να συμβιβάζομαι με τις δυσκολίες της κοινωνικής τους πραγματικότητας και να προσαρμόζουν ανάλογα τα όνειρά τους για το μέλλον.

Σε αυτά τα πλαίσια, η έρευνα αυτή προτείνει ότι η επιμονή των συμμετεχόντων σε εξαιρετικά χαμηλές δόσεις υποκατάστασης, δεν φαίνεται να ισοδυναμεί με απόλυτη «παράδοση» στα «δεσμά» του προγράμματος και σε ένα μέλλον χωρίς προοπτικές. Αντίθετα, τα άτομα φαίνεται να διαπραγματεύονται, έστω και σε κάποιον βαθμό, με το περιβάλλον τους και να οργανώνουν τη ζωή τους με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρούν την ασφάλεια και τη σταθερότητα που επιθυμούν, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσουν μορφές δράσης και αυτονομίας (συνεχής αναζήτηση εργασίας, παρά τις αντικειμενικές δυσκολίες, ο αυτόβουλος πειραματισμός σε σχέση με το υποκατάστατο, η εμπλοκή σε δραστηριότητες εκτός του πλαισίου του OKANA, ο πειραματισμός στα πλαίσια των ανθρώπινων σχέσεων κ.α.). Σύμφωνα με την οπτική αυτή, η χορήγηση ελάχιστης δοσολογίας υποκατάστατου, θα μπορούσε να νοσηματοδοτηθεί ως μία «κλωστή» που τους κρατά συνδεδεμένους, με τον λιγότερο δεσμευτικό τρόπο, με ένα πλαίσιο ασφάλειας και σταθερότητας.

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η ανάδειξη της εμπειρίας ατόμων που αποτελούν μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα και παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στη χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης βοήθησε σε μια πρώτη κατανόηση του υποκειμενικού βιώματος της θεραπείας υποκατάστασης, στα Ελληνικά πλαίσια. Ενδεχομένως, ένα οργανωμένο πλαίσιο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (πχ. ατομικές, ομαδικές και οικογενειακές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις καθώς και παρεμβάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο), για τη διαμόρφωση εναλλακτικής σταθεράς και τη βελτίωση των αντικειμενικών συνθηκών, πέρα από τη επίτευξη σταθεροποίησης, πιθανόν θα βοηθούσε στην ομαλή διακοπή του υποκαταστάτου και την αποδέσμευση από το πρόγραμμα. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες έρευνες, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Επίσης, η ερμηνεία και η γενίκευση των αποτελεσμάτων χρειάζεται προσοχή. Το δείγμα της παρούσας μελέτης είναι «ειδικό», καθώς περιλαμβάνει μόνο άτομα που είναι σταθεροποιημένα για μεγάλο χρονικό διάστημα στη χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης και παρουσιάζουν μια σχετικά «καλή» θεραπευτική πορεία. Με άλλα

λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το δείγμα της έρευνας αφορούσε «τα καλύτερα» μέλη του προγράμματος υποκατάστασης, έτσι, δεν επιδιώκεται η γενίκευση των αποτελεσμάτων, σχετικά με την κατανόηση της συνολικής εμπειρίας της υποκατάστασης και σε άλλα στάδια της θεραπείας. Αντίθετα, έμφαση δίνεται στην, εις βάθος, κατανόηση της εμπειρίας της υποκατάστασης, κάτω από την υποκειμενική οπτική του συγκεκριμένου «ειδικού» δείγματος.

Επιπρόσθετα, η παρούσα εργασία προσπάθησε να αναδείξει την εμπειρία της θεραπείας υποκατάστασης, παίρνοντας ως δείγμα συμμετέχοντες από μονάδες στην Αττική. Το βίωμα της θεραπείας στην επαρχία, εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, θα ήταν εξίσου σημαντικό να αναδειχθεί σε μελλοντικές μελέτες.

Τέλος, στην έρευνα αυτή έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί σε βάθος η υποκειμενική διάσταση του νοήματος, που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στην εμπειρία της παραμονής τους στην χαμηλότερη δυνατή δόση χορήγησης. Το εγχείρημα αυτό ήταν ιδιαίτερα δύσκολο, καθώς η επιστημονική έρευνα για τη θεραπεία υποκατάστασης στην Ελλάδα είναι ελλιπής. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότερες από τις δημοσιευμένες ψυχοκοινωνικές μελέτες στο πεδίο αυτό έχουν διεξαχθεί κυρίως στις χώρες της δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σε συνδυασμό με μελλοντικές έρευνες προς την ίδια κατεύθυνση, οι οποίες θα εστιάζουν και σε διαφορετικές φάσεις στη θεραπεία υποκατάστασης, θα μπορούσαν να αναδείξουν τις ιδιαίτερες ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού και να δημιουργήσουν το υπόβαθρο για την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στον πληθυσμό-στόχο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of substance abuse treatment*, 28 (4), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.02.007>

Awgu, E., Magura, S., Rosenblum, A.(2010) Heroin-dependent inmates' experiences with buprenorphine or methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(3):339–346. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400696>

Bahna, G., & Gordon, N. B. (1978). Rehabilitation experiences of women ex-addicts in methadone treatment. *International Journal of the Addictions*, 13(4), 639-655. <https://doi.org/10.3109/10826087809039291>

Ball, J.C., & Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer Verlag.

Bell, J. R., Butler, B., Lawrance, A., Batey, R., & Salmelainen, P. (2009). Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug and alcohol dependence*, 104(1-2), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.020>

Bergschmidt*, V. B. (2004). Pleasure, power and dangerous substances: Applying Foucault to the study of 'heroin dependence' in Germany. *Anthropology & Medicine*, 11(1), 59-73. <https://doi.org/10.1080/1364847042000204915>

Bilban, M., Kastelič, A., & Zaletel-Kragelj, L. (2008). Ability to work and employability of patients in opioid substitution treatment programs in Slovenia. *Croatian medical journal*, 49(6), 842. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.842>

Bloor, M., & Wood, F. (1998). *Addictions and Problem Drug Use: Issues in Behaviour, Policy, and Practice (Vol. 33)*. Jessica Kingsley Publishers.

Bjerg, O. (2008). "Drug addiction and capitalism: too close to the body." *Body & Society* 14(2):1-22. <https://doi.org/10.1177/1357034X08090695>

Bond, A. J., & Witton, J. (2017). Perspectives on the Pharmacological Treatment of Heroin Addiction. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.1177/1179557317737322>

Bourgois, P. 2000. "Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States." *Culture, Medicine and Psychiatry* 24, 165-195. <https://doi.org/10.1023/A:1005574918294>

Broadhead, R. S., Van Hulst, Y., & Heckathorn, D. D. (1999). Termination of an established needle-exchange: a study of claims and their impact. *Social Problems*, 46 (1), 48-66. <https://doi.org/10.2307/3097161>

Browne, C. A., van Nest, D. S., & Lucki, I. (2015). Antidepressant-like effects of buprenorphine in rats are strain dependent. *Behavioural brain research*, 278, 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.10.014>

Bukten, A., Skurtveit, S., Gossop, M., Waal, H., Stangeland, P., Havnes, I., and Clausenet (2012). Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: A longitudinal national cohort study. *Addiction*, 107(2), 393-399. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03637.x>

Campbell, N. D. (2011). From 'magic bullets' to medical maintenance: The Changing meanings of medical approaches to drug use in US drug policy. *The drug effect: Health, crime, and society*, 122-136. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139162142.010>

Campbell, N. D., & Lovell, A. M. (2012). The history of the development of buprenorphine as an addiction therapeutic. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 124-139. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06352.x>

Cheung, Y. W. (2000) Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal*, 162, pp. 1697–1700. (PMID:10870502 PMID:PMC1232508)

Cohen, P. D. A. (1997) The case of the two Dutch Drug-Policy Commissions: an exercise in harm reduction, 1968–1976. In: Erickson, P. G., Riley, D. M., Cheung, Y. W. & O'Hare, P. A. (eds) *Harm Reduction: A New Direction For Drug Policies And Programs* (Toronto, University of Toronto Press).

Conner, K. O., & Rosen, D. (2008). “You're nothing but a junkie”: Multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of social work practice in the addictions*, 8 (2), 244-264. <https://doi.org/10.1080/15332560802157065>

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., ... & Burls, A. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. <https://doi.org/10.3310/hta11090>

Cromby, J. (2015). *Feeling bodies: Embodying psychology*. Springer.

Dean, Mitchell. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.

Deck, D., & Carlson, M.J.(2005). Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western States. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32 (1):43–60. / <https://doi.org/10.1097/00075484-200501000-00004>

Dennis, F. (2016). Drugs: Bodies becoming “normal”. *M/C Journal*, 19(1).

Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *Jama*, 193(8),646-650. <https://doi.org/10.1001/jama.1965.03090080008002>

Dole, V. P. (1971). Methadone maintenance treatment for 25,000 heroin addicts. *JAMA*, 215(7)1131-1134. <https://doi.org/10.1001/jama.1971.03180200055012>

Egan, J.E., Netherland, J., Gass, J., Finkelstein, R., Weiss, L., Collaborative, B.(2011) Patient perspectives on buprenorphine/naloxone treatment in the context of HIV care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56 (Suppl 1):S46–S53 <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.921743>

Emerson, R. M. (1981). "On Last Resorts," *American Journal of Sociology* 87(1): 1–22. <https://doi.org/10.1086/227417>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *European Drug Report, Trends and Developments*. Lisbon, Portugal. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature neuroscience*, 8(11), 1481. <https://doi.org/10.1038/nn1579>

Falcon, E., Maier, K., Robinson, S. A., Hill-Smith, T. E., & Lucki, I. (2015). Effects of buprenorphine on behavioral tests for antidepressant and anxiolytic drugs in mice. *Psychopharmacology*, 232(5), 907-915. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3723-y>

Falcon, E., Browne, C. A., Leon, R. M., Fleites, V. C., Sweeney, R., Kirby, L. G., & Lucki, I. (2016). Antidepressant-like effects of buprenorphine are mediated by kappa opioid receptors. *Neuropsychopharmacology*, 41(9), 2344. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.38>

Fraser, J., Hering, R., Martell, D., Segato, P., Lowe, B., Caupbell-Palmer, S., & Miller, L. (2017). *Methadone Maintenance Treatment Handbook*. (2nd Edition). College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia. College of Registered Nurses of Nova Scotia (Setting the Standard for Case)

Fraser, S., & Valentine, K. (2008). *Substance and substitution: Methadone subjects in liberal societies*. Springer.

Fraser, S., & Moore, D. (Eds.). (2011). *The drug effect: Health, crime and society*. Cambridge University Press.

Foucault, M. 1973/1994. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books

Foucault, M. (1986). *The care of the self: The history of sexuality, Vol. 3*. New York: Pantheon.

Foucault, M. (1991). *The Foucault effect: Studies in governmentality*. University of Chicago Press.

Fuchs, T. (2005). "Implicit and Explicit Temporality," *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 12. 195–198. [https://doi.org/ 10.1353/ppp.2006.0004](https://doi.org/10.1353/ppp.2006.0004)

Garfinkel, Harold. (1956). "Conditions of Successful Degradation Ceremonies," *American Journal of Sociology* 61(5): 420–424. <https://doi.org/10.1086/221800>

Galvin, R. (2002). Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals. *Health*., 6(2), 107-137. <https://doi.org/10.1177/136345930200600201>

Giffen, P. J., Boorman, S., & Endicott, S. J. (1991). *Panic and indifference: The politics of Canada's drug laws: A study in the sociology of law*. Canadian Centre on Substance Abuse.

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on a spoiled identity. *Jenkins, JH & Carpenter*.

Gomart, E. (2002). "Methadone: six effects in search of a substance." *Social Studies of Science* 32(1):93-135. <https://doi.org/10.1177/0306312702032001005>

Gomart, E. (2004). "Surprised by methadone: in praise of drug substitution treatment in a French clinic." *Body & Society* 10(2-3):85-110 <https://doi.org/10.1177/1357034X04042937>

Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 31992. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31992>

Gossop, M. (2015). The National Treatment Outcomes Research Study (NTORS) and its influence on addiction treatment policy in the United Kingdom. *Addiction*, 110, 50-53. <https://doi.org/10.1111/add.12906>

Gubrium, J. F., Holstein, J. A. (Eds.). (2001). *Institutional selves. Troubled identities in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.

Hacking, I. (1986). Making up people. In T. C. Heller, M. Sosna, & D. E. Wellbery (Eds.), *Reconstructing individualism. Autonomy, individuality, and the self in western thought* (222–236). Stanford, CA: Stanford University Press.

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Harris, J., & McElrath, K. (2012). Methadone as social control: Institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research, 1*, 810-824. <https://doi.org/10.1177/1049732311432718>

Hartnoll, R. L., Mitcheson, M. C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P., & Hedley, N. (1980). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 37*(8), 877-884. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780210035003>

Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy, 15*(6), 503-517. <https://doi.org/10.1080/09687630802227673>

Holstein, J. A., Miller, G. (1993). Social constructionism and social problems work. In J. A. Holstein & G. Miller (Eds.), *Reconsidering social constructionism: debates in social problems theory* (151–172). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Järvinen, M., & Andersen, D. (2009). The making of the chronic addict. *Substance use & misuse, 44*(6), 865-885. <https://doi.org/10.1080/10826080802486103>

Järvinen, M., & Miller, G. (2010, December). Methadone maintenance as last resort: A social phenomenology of a drug policy. In *Sociological Forum* (Vol. 25, No. 4, pp. 804-823). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2010.01213.x>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry, 4*(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Khantzian, E. J., & Albanese, M. J. (2008). *Understanding addiction as self medication: Finding hope behind the pain*. Rowman & Littlefield Publishers.

Keane, H.(2009). "Foucault on methadone: beyond biopower." *International Journal of Drug Policy* 20(5):450-452. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.005>

Kelly, S.M., O'Grady, K.E., Mitchell, S.G., Brown, B.S., Schwartz, R.P.(2011). Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: A survival analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 117 (2–3):170–175 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008>

Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101, 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01586.x>

Leitzel, J. (2003) *The Political Economy of Rule Evasion and Policy Reform* (London/New York, Routledge).

Loseke, D. (2001). Lived realities and formula stories of “battered women.” In J. F. Gubrium & J. A.Holstein (Eds.), *Institutional selves. Troubled identities in a postmodern world* (107–126). New York: Oxford University Press.

Loseke, D. R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The Sociological Quarterly*, 48(4), 661-688.<https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2007.00096.x>

Lund, T. (2005). The qualitative–quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian journal of educational research*, 49 (2), 115-132. <https://doi.org/10.1080/00313830500048790>

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage.

Malins, P. (2004). Machinic assemblages: Deleuze, Guattari and an ethico-aesthetics of drug use. *Janus Head*, 7(1), 84-104.

Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (Eds.). (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4>

McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1501-1510. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00409-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00409-8)

Mellor, M. P. A., Shilling, P. A. M. C., & Shilling, C. (1997). *Re-forming the body: Religion, community and modernity* (Vol. 50). Sage.

Miller, G. (2001). Changing the subject: self-construction in brief therapy. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Institutional selves. Troubled identities in a postmodern world* (64–83). New York: Oxford University Press.

Ministry of Health Welfare and Sport (1997) Drug Policy in the Netherlands. Available at: <http://www.winvws.nl/pdf/deng.pdf> (accessed 9 February 2000).

Mounteney, J., Griffiths, P., Sedefov, R., Noor, A., Vicente, J., & Simon, R. (2016). The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015. *Addiction*, 111(1), 34-48. <https://doi.org/10.1111/add.13056>

Moore, D. (2004). Drugalities: the generative capabilities of criminalized 'drugs'. *International Journal of Drug Policy*, 15 (5-6), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.06.008>

Mugford, S. (1993). Social change and the control of psychotropic drugs—Risk management, harm reduction and 'postmodernity'. *Drug and Alcohol Review*, 12(4), 369-375. <https://doi.org/10.1080/09595239300185461>

Nettleton, S., Neale, J., & Pickering, L. (2013). 'I just want to be normal': An analysis of discourses of normality among recovering heroin users. *Health*, 17(2), 174-190. <https://doi.org/10.1177/1363459312451182>

Newman, R. G. (2009). "Maintenance" treatment of addiction: To whose credit, and why it matters. *International Journal of Drug Policy*, 20 (1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.07.001>

Notley, C., Blyth, A., Maskrey, V., Craig, J., & Holland, R. (2013). The experience of long-term opiate maintenance treatment and reported barriers to recovery: a qualitative systematic review. *European addiction research*, 19(6), 287-298. <https://doi.org/10.1159/000346674>

Notley, C., Blyth, A., Maskrey, V., Pinto, H., & Holland, R. (2015). Exploring the concepts of abstinence and recovery through the experiences of long-term opiate substitution clients. *Substance Abuse*, 36 (2), 232-239. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.941085>

O'Malley, P. and M. Valverde. (2004+). "Pleasure, freedom and drugs: the uses of pleasure in liberal governance of drug and alcohol consumption." *Sociology* 38(1):25-42. <https://doi.org/10.1177/0038038504039359>

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14. <https://doi.org/10.14691/CP PJ.20.1.7>

Reith, G. (1999). "In Search of Lost Time. Recall, Projection and the Phenomenology of addiction," *Time and Society* 8(1): 99–117. <https://doi.org/10.1177/0961463X99008001005>

Roe, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15(3), 243-250. <https://doi.org/10.1080/09581590500372188>

Romo, N., Poo, M., Ballesta, R., & PEPSA team. (2009). From illegal poison to legal medicine: A qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain. *Drug and alcohol review*, 28(2), 186-195. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2008.00015.x>

Rose, N. (1998). *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. New York: Cambridge University Press.

Rose, N. (2009). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.

Rose, N., Novas, C. (2003). *Biological citizenship*. Retrieved on www.lse.ac.uk/collections/sociology/pdf/RoseandNovasBiologicalCitizenship

Rosenbaum, M., & Murphy, S. (1984). Always a Junkie?: The Arduous Task of Getting off Methadone Maintenance. *Journal of Drug Issues*, 14(3), 527-552. <https://doi.org/10.1177/002204268401400307>

Rothman, B. K. (1982). *In labor: Women and power in the birthplace*. Norton.

Shinebourne, P., & Smith, J. A. (2010). The communicative power of metaphors: An analysis and interpretation of metaphors in accounts of the experience of addiction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(1), 59-73. <https://doi.org/10.1348/147608309X468077>

Smith, D. E. (1978). K is mentally ill/the anatomy of a factual account. *Sociology*, 12(1), 23-53. <https://doi.org/10.1177/003803857801200103>

Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>

Smith, J. A. (Ed.). (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage

Teruya, C., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Hasson, A. L., Thomas, C., Buoncristiani, S. H., ... & Jacobs, P. (2014). Patient perspectives on buprenorphine/naloxone: a qualitative study of retention during the starting treatment with agonist replacement therapies (START) study. *Journal of psychoactive drugs*, 46(5), 412-426. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.921743>.

Vigilant, L. G. (2005). "I Don't Have Another Run Left With It": Ontological Security in Illness Narratives of Recovering on Methadone Maintenance. *Deviant Behavior*, 26(5), 399-416. <https://doi.org/10.1080/016396290931650>

Waal, H., Clausen, T., Gjersing, L., & Gossop, M. (2014). Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC public health*, 14(1), 853. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-853>

Walsh, S. L., Preston, K. L., Stitzer, M. L., Cone, E. J., & Bigelow, G. E. (1994). Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high

doses. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 55(5), 569-580.
<https://doi.org/10.1038/clpt.1994.71>

Wieloch, N. (2002) Collective mobilization and identity from the underground: the deployment of ‘oppositional capital’ in the harm reduction movement. *Sociology Quarterly*, 43, pp. 45–72. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2002.tb02383.x>

Winstock, A.R., Lintzeris, N., Lea, T.(2011). "Should I stay or should I go?" Coming off methadone and buprenorphine treatment. *International Journal of Drug Policy*, 22(1):77–81. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.08.001>

Witton, J., Keaney, F., & Strang, J. (2005). They Do Things Differently over There: Doctors, Drugs, and the “British System” of Treating Opiate Addiction. *Journal of Drug Issues*, 35(4), 779-797.
<https://doi.org/10.1177/002204260503500406>

World Health Organization. (2009). *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009*. World Health Organization.

Zippel-Schultz, B., Specka, M., Cimander, K., Eschenhagen, T., Gözl, J., Maryschok, M., ... & Scherbaum, N. (2016). Outcomes of patients in long-term opioid maintenance treatment. *Substance use & misuse*, 51(11), 1493-1503. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1188946>

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) (2017). Ετήσια Έκθεση 2016 για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ονοπνευματωδών στην Ελλάδα.. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (2015). Οδηγός για την έγκυρη παρουσίαση θεμάτων σχετικά με τα ναρκωτικά. Αθήνα: ΟΚΑΝΑ

Τσακλακίδου, Δ. (2004). *Θεραπευτική αντιμετώπιση με χρήση υποκαταστάτων*. Στο: Ι.Α. Λιάπας, Β. Πομίни. (Επιμ. έκδ). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Πραγματοποιώ την έρευνα με θέμα: «Χρόνια σε χαμηλές δόσεις υποκαταστάτου: Το βίωμα ανθρώπων από το λίγο στο καθόλου». Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί σε βάθος το υποκειμενικό βίωμα ατόμων που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε πολύ μικρή δόση υποκατάστατου. Οι συμμετέχοντες/ουσες θα αποτελούν μέλη θεραπευτικών προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα. Δηλώνω υπεύθυνα πως όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων θα είναι ανώνυμες και θα τηρηθεί σεβασμός σε αυτές.

Σας ευχαριστώ πολύ,

Παλούση Κατερίνα

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ/ΟΥΣΑΣ

Εγώ ο/η ενημερώθηκα για την έρευνα της φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος «Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις» του Πανεπιστημίου Κρήτης, Παλούση Αικατερίνης, με θέμα: «Χρόνια σε χαμηλές δόσεις υποκαταστάτου: Το βίωμα ανθρώπων από το λίγο στο καθόλου» και συμφωνώ να συμμετέχω σε αυτή.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:

1. Μπορείτε να μου δώσετε ένα σύντομο ιστορικό της χρήσης σας μέχρι τότε που αποφασίσατε να ζητήσετε θεραπεία;
2. Αν σας ζητούσα να αναπαραστήσετε συμβολικά όλη αυτή την πορεία, πώς θα το κάνατε;
3. Τι γίνεται στην τωρινή φάση της θεραπείας;
4. Πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας ως άτομο; Υπάρχει διαφορά στο πως αντιλαμβανόσασταν τον εαυτό σας, όταν κάνατε χρήση, και πώς τον αντιλαμβάνεστε τώρα;
5. Πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας σε αυτό το στάδιο της υποκατάστασης;

6. Αν θεωρήσουμε ότι η ουσία υποκατάστασης είχε μία μορφή και κάποια χαρακτηριστικά, με τι θα έμοιαζε; Η μορφή της έχει αλλάξει στην πορεία της διαδρομής σας;

7. Αν σας ζητούσα να βρείτε λέξεις (επίθετα) για να περιγράψετε τη σχέση σας με την ουσία, τι λέξεις θα σας έρχονταν στο μυαλό; Μιλήστε μου για την πορεία της σχέσης σας με την ουσία.

8. Πώς νιώθετε μέσα σε αυτήν τη σχέση το τελευταίο διάστημα; Στο μέλλον τι μορφή φαντάζεστε ή θα θέλατε να έχει;

9. Ποιοι είναι οι στόχοι σας για το μέλλον σε σχέση με το πρόγραμμα αλλά και γενικότερα;