

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»

«Ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης-συμβουλευτικής με εστίαση στο φύλο σε προγράμματα υποκατάστασης: Το βίωμα γυναικών από τη συμμετοχή τους σε ομάδα του Ο.ΚΑ.ΝΑ»

Στασινού Ευαγγελία (204)

Επιβλέπων καθηγητής: Γιοβαζολιάς Θεόδωρος

Μέλη τριμελούς επιτροπής: Κουρκούτας Ηλίας, Καρακιουλάφη Χριστίνα

Ρέθυμνο, 2019

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί τον επίλογο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις» μετά από δύομισι περίπου γεμάτα χρόνια. Όλο αυτό τον καιρό είχα την τύχη να γνωρίσω και να συνεργαστώ με πολύ αξιόλογα άτομα, να δημιουργήσω καινούργιες φιλίες και να αναβαθμίσω το επίπεδο της γνώσης μου για τις εξαρτήσεις τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Θα ήθελα λοιπόν να αφιερώσω λίγο «χώρο» προκειμένου να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που πίστεψαν σε μένα και σε αυτό που έκανα, με βοήθησαν με τον οποιοδήποτε τρόπο και πολλές φορές ανέχτηκαν τα νεύρα και τις ανησυχίες μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, τον κ.Θεόδωρο Γιοβαζολιά, με τον οποίο είχαμε άψογη συνεργασία και επικοινωνία, αν και μας χώριζαν αρκετά χιλιόμετρα. Οι παρατηρήσεις και τα σχόλιά του αποτέλεσαν μεγάλη βοήθεια για εμένα προκειμένου να επέλθει το τελικό αποτέλεσμα της εργασίας. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω και τις δύο αγαπημένες μου συμφοιτήτριες και φίλες, την Άννα Γιαπαντζή και τη Βιργινία Γκενούδη, για τις ατελείωτες συζητήσεις γύρω από τη διπλωματική και για την όμορφη σχέση που δημιουργήσαμε μέσα σε αυτά τα χρόνια.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω σε όλο το προσωπικό της ΜΟΘΕ OKANA Βόλου, όπου πραγματοποίησα τόσο την πρακτική μου άσκηση όσο και την έρευνά μου. Ειδικότερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επόπτη μου, τον ψυχολόγο κ.Χαραλαμπίδη Ευάγγελο που πίστεψε στις δυνατότητές μου, μου μετέφερε πολύ χρήσιμες γνώσεις και συμβουλές αλλά και την ευκαιρία να συμμετέχω σε πολλές εκπαιδευτικές δράσεις. Ακόμη, ένα ευχαριστώ θέλω να πω στις συντονίστριες της γυναικείας ομάδας, την κοινωνιολόγο-κοινωνική ψυχολόγο κ.Κοκονά Ελένη και την ψυχολόγο κ.Τζάβελλου Ελένη, που από την πρώτη στιγμή αγκάλιασαν την ιδέα μου για τη δημιουργία της ομάδας και με στήριξαν με τον κάθε δυνατό

τρόπο στην υλοποίησή της. Φυσικά, ευχαριστώ πάρα πολύ και τον υπεύθυνο της μονάδας τον ψυχίατρο κ.Γιαμουστάρη Θεοδόση, ο οποίος έδωσε «χώρο» σε τέτοιες πρωτοβουλίες και ήταν θετικά προσκείμενος στις νέες ιδέες.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην ομάδα, οι οποίες μοιράστηκαν σημαντικά γεγονότα της ζωής τους μαζί μου, με εμπιστεύτηκαν και με έκαναν να νιώσω ότι είχα και εγώ σημαντικό ρόλο στην ομάδα και στο πρόγραμμα γενικότερα.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
Εισαγωγή.....	3
Η διάσταση του φύλου στις εξαρτήσεις.....	4
Ιδιαιτερότητες των γυναικών στη χρήση ουσιών.....	7
Γυναίκες χρήστριες και θεραπευτικά προγράμματα.....	8
Δυσκολίες και εμπόδια των γυναικών στη θεραπεία.....	10
<i>Κακοποίηση και Τραύμα.....</i>	<i>12</i>
<i>Πένθος.....</i>	<i>16</i>
Γυναίκες χρήστριες και «συνυπάρχουσες δυσκολίες».....	17
Διαφορές φύλων στην εξάρτηση και την απεξάρτηση.....	18
Σχεδιασμός θεραπευτικού προγράμματος για γυναίκες.....	20
Αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων.....	21
Ιστορία της ομαδικής θεραπείας και σχετικές έννοιες.....	23
Ομαδική θεραπεία και γυναικείο φύλο.....	26
Η έκφραση του «πένθιμου» συναισθήματος σε ομάδες.....	29
Γνωστικό-Συμπεριφορισμός και ομαδική θεραπεία.....	31
Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης.....	35
Ποιοτική έρευνα και εξαρτήσεις.....	38
Σκοπός της έρευνας.....	40
Μεθοδολογία έρευνας.....	41
Μέθοδος παραγωγής ποιοτικών δεδομένων.....	42
Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	43
Συμμετέχουσες και ερευνητικό υλικό.....	44
Προσέγγιση στο πεδίο.....	46
Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.....	47
Δεοντολογικά ζητήματα.....	49
Ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	50
Συμμετοχή στο πρόγραμμα υποκατάστασης.....	52
<i>Είσοδος στο πρόγραμμα και προηγούμενη περίοδος.....</i>	<i>52</i>
<i>Λόγοι ένταξης στο πρόγραμμα υποκατάστασης.....</i>	<i>53</i>
<i>Σχετικά με το υποκατάστατο.....</i>	<i>54</i>
<i>Υπηρεσίες του προγράμματος.....</i>	<i>55</i>
<i>Προσωπικοί χαρακτηρισμοί/αυτοεικόνα.....</i>	<i>56</i>

<i>Κοινωνικό στίγμα</i>	57
Συμμετοχή στην ομάδα γυναικών	59
<i>Λόγοι συμμετοχής στην ομάδα</i>	59
<i>Προσδοκίες-ανάγκες</i>	60
<i>Θέματα προς συζήτηση</i>	61
Βιωματική εμπειρία της ομάδας.....	62
<i>Πρώτες σκέψεις-αντιδράσεις</i>	62
<i>Συναισθήματα</i>	63
<i>Τρόποι θέασης της ομάδας</i>	64
<i>Σχέση μεταξύ των μελών</i>	65
<i>Δυσκολίες</i>	66
<i>Οφέλη</i>	68
Εστίαση στο φύλο της ομάδας	70
<i>Για το γεγονός ότι ήταν μόνο γυναίκες</i>	70
<i>Σύγκριση με άνδρες χρήστες-μικτή ομάδα</i>	72
<i>Σχέση με τις συντονίστριες</i>	74
<i>Απολογισμός/επαναπροσδιορισμός της ομάδας</i>	74
<i>Κριτική στην ομάδα</i>	75
<i>Προτάσεις για μελλοντική ομάδα</i>	77
<i>Η συνέντευξη</i>	78
Συμπεράσματα.....	80
Περιορισμοί της έρευνας.....	91
Αναστοχασμός της ερευνήτριας.....	93
Παράρτημα	96
Βιβλιογραφία	102

Περίληψη

Η διάσταση του φύλου παίζει κεντρικό ρόλο στη θεραπεία της γυναικείας ουσιοεξάρτησης. Η είσοδος και η διατήρηση των γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα χαρακτηρίζεται από εμπόδια τα οποία σχετίζονται με το επιβαρυσμένο ιστορικό τους ή με κοινωνικούς παράγοντες. Οι θεραπευτικές πρακτικές που είναι εστιασμένες στο γυναικείο φύλο, παρουσιάζονται ως πιο αποτελεσματικές για τις γυναίκες χρήστριες καθώς ανταποκρίνονται καλύτερα στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ομάδες γυναικών αποτελούν ένα ασφαλές και άνετο θεραπευτικό πλαίσιο και εκλείπουν από τα προγράμματα υποκατάστασης. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το βίωμα εξαρτημένων γυναικών από τη συμμετοχή τους σε μια αμιγώς γυναικεία ομάδα που λειτούργησε σε πρόγραμμα υποκατάστασης. Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με (5) μέλη της ομάδας και ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων με τη μέθοδο της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (IPA). Στα αποτελέσματα φάνηκε πως οι γυναίκες βίωσαν θετικά τον προσανατολισμό της ομάδας στις γυναικείες ανάγκες. Ένιωσαν ότι επιτέλους «ακούγονται» και μοιράστηκαν τα συναισθήματα και τα προβλήματά τους. Τέλος, αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν και στα οφέλη που αποκόμισαν από την ομάδα, έκαναν κριτική στον τρόπο λειτουργίας της αλλά και προτάσεις προς τη βελτίωσή της.

Λέξεις κλειδιά: φύλο, ουσιοεξάρτηση, προγράμματα υποκατάστασης, ομάδα γυναικών, βίωμα

Abstract

The gender dimension plays a central role in the treatment of female dependence. The entry and maintenance of women in treatment programs is characterized by obstacles related to their aggravated history or to social factors. Gender-centered therapeutic practices are seen as more effective to female users as they respond better to their particular needs. In particular, women groups are a safe and comfortable therapeutic framework and are eliminated from substitution programs. The aim of this research is to explore the experience of dependent women from their participation in a purely female group that occurred in a substitution program. For the purposes of the survey, semi-structured interviews were conducted with (5) members of the group, followed by the analysis of the data using the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) method. The results showed that women had a positive outlook towards the group's orientation to women's needs. They felt that they were truly heard by others and shared their feelings and problems. Also, they mentioned the difficulties they faced and the benefits they gained from the team. Finally, they criticized how the women group worked and they made proposals in order to improve it.

Key words: gender, substance dependence, substitution programs, group of women, experience

Εισαγωγή

Τα θεραπευτικά προγράμματα τα οποία είναι εστιασμένα στο «φύλο» έχουν φανεί ως η καταλληλότερη μέθοδος θεραπείας για τις γυναίκες που κάνουν κατάχρηση ουσιών (McComish et al., 1999; Messina, Calhoun & Warda, 2012; Thomas & Bull, 2018). Αυτή η διαφοροποίηση των προγραμμάτων με βάση το φύλο δεν αρκεί από μόνη της για να επιφέρει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα αν δεν υπάρξει προσανατολισμός των θεραπευτικών πρακτικών αποκλειστικά στις γυναικείες ανάγκες (Kaskutas, Zhang, French & Witbrodt, 2005). Ενώ η έρευνα για το αλκοόλ και άλλα θέματα εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες για τους άνδρες είναι καλά τεκμηριωμένα στη βιβλιογραφία (McComish et al., 1999; Straussner & Brown, 2002), υπάρχει ανάγκη για ευαισθητοποίηση γύρω από τα ζητήματα που αφορούν τις γυναίκες προκειμένου να σχεδιαστούν αποτελεσματικά προγράμματα θεραπείας (Bloom, Owen & Covington, 2006).

Φαίνεται πως υπάρχει διαφορά ανάμεσα στη χρήση ουσιών στα δύο φύλα όπως και στις θεραπευτικές τους ανάγκες. Ένα ενδιαφέρον εύρημα, είναι ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία για τη χρήση που κάνουν σε σχέση με τους άνδρες. Προβλεπτικοί παράγοντες για την έκβαση της θεραπείας υπάρχουν με βάση το φύλο, παρόλα αυτά, τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις μπορούν να διαφοροποιήσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας (Greenfield et al., 2007; Tuchman, 2010). Καθώς η βελτίωση των θεραπευτικών προγραμμάτων συνεχίζεται, δύο τομείς παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ο πρώτος εστιάζει σε στοιχεία θεραπείας που αναφέρονται ειδικά στις ανάγκες των γυναικών και ο δεύτερος είναι ο προγραμματισμός που είναι αποτελεσματικός για τη διατήρηση των γυναικών στη θεραπεία (McComish et al., 1999).

Οι έρευνες αποκαλύπτουν πως η πλειοψηφία των γυναικών με προβλήματα εξάρτησης έχουν υποστεί βία και άλλες μορφές κακοποίησης και πολύ συχνά ένα ιστορικό

από σημαντικές τραυματικές εμπειρίες αποτελεί έναν ασυνείδητο λόγο για τον οποίο οι γυναίκες έχουν σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα (Felliti & Anda, 2010). Αποτελέσματα ερευνών, αναδεικνύουν τις μοναδικές και ποικίλες ανάγκες που έχουν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση και έχουν βιώσει διαπροσωπικά τραύματα στην πρόωμη ζωή τους (π.χ Cohen & Hien, 2006).

Εξάλλου, έχει υποστηριχθεί πως ένα ιστορικό κακοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες για μια γυναίκα να έχει προβλήματα με τη χρήση ουσιών. Το 2004 το «United Nations Office on Drugs and Crime» δημοσίευσε στοιχεία για τη θεραπεία των γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών σε όλο τον κόσμο (UNODC, 2004). Σε αυτή την προσπάθεια φάνηκε πως πολλά θέματα τα οποία έχουν να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών είναι κοινά παγκοσμίως. Τέτοια θέματα υπάρχουν ακόμα και σήμερα και κάποια από αυτά είναι: 1. Η ντροπή και το στίγμα, 2. Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, 3. Θέματα σχέσεων (φόβος μήπως χάσουν την κηδεμονία των παιδιών τους, φόβος μήπως χάσουν το σύντροφό τους, άδεια από σύντροφο για να συμμετέχουν στη θεραπεία), 4. Ζητήματα θεραπείας (έλλειψη υπηρεσιών για γυναίκες, έλλειψη κατανόησης της θεραπείας των γυναικών, μεγάλες λίστες αναμονής, έλλειψη υπηρεσιών παιδιατρικής περίθαλψης), 5. Ζητήματα του κρατικού συστήματος (έλλειψη χρηματοδότησης, απουσία κατάλληλης στέγης, φτωχή συνεργασία διάφορων συνεργαζόμενων δομών) (Covington, 2008).

Η διάσταση του φύλου στις εξαρτήσεις

Το ζήτημα του φύλου θεωρείται πλέον από τους διεθνείς οργανισμούς ως μια πολύ σημαντική μεταβλητή για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης (United Nations, 2004). Η εστίαση στη γυναικεία ουσιοεξάρτηση συγκεντρώνει όλο και περισσότερο την προσοχή των ερευνητών προκειμένου να υπάρξουν εξειδικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις που να στοχεύουν στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Becker & Duffy, 2002;

United Nations, 2004), ο οποίος στις περισσότερες μελέτες αντιμετωπίζεται ως «διάζουσα υποκατηγορία χρηστών» (Κασσέρη, 2011; Stocco, Llopis, DeFazio, Calafat & Mendes, 2000). Εξάλλου, σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, οι ανάγκες των δύο φύλων διαφέρουν σε κάποια σημεία, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες που χρειάζονται ειδική μεταχείριση. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται τόσο σε ψυχολογικούς, βιολογικούς όσο και σε κοινωνικούς παράγοντες (π.χ Κασσέρη & Αυδή, 2008).

Η θεραπεία απεξάρτησης που αφορά τις γυναίκες έχει προταθεί να είναι ολιστική και να έχει στο κέντρο της τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες (Orwin, Francisco & Bernichon, 2001). Το «κλειδί» στη δημιουργία αποτελεσματικών θεραπευτικών υπηρεσιών για γυναίκες είναι η αναγνώριση και η κατανόηση των βιωμάτων τους όπως και το αντίκτυπο του πως είναι να ζει μια γυναίκα σε μια ανδροκρατούμενη κοινωνία (Covington, 2008). Με άλλα λόγια, η διάσταση του φύλου πρέπει να αποτελεί διάσταση των θεραπευτικών πρακτικών καθώς το φύλο «πλαισιώνει» τις ζωές των γυναικών (Covington, 2008; Κασσέρη, 2011).

Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (συμπεριλαμβανομένων της κοινωνικοποίησης των φύλων, των ρόλων των φύλων και της ανισοτιμίας των φύλων), ευθύνονται για τις διαφορές στη συμπεριφορά ανδρών και γυναικών. Οι διαφορές των φύλων δεν είναι ούτε έμφυτες ούτε αμετάβλητες. Αποτελούν κοινωνική κατασκευή και σχετίζονται με προσδοκώμενους κοινωνικούς ρόλους, οπότε είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι δυναμικές που δημιουργούνται σε μια κοινωνία όπου η διάσταση του φύλου έχει εξέχουσα σημασία. Σε παγκόσμιο επίπεδο το ανδρικό φύλο είναι κυρίαρχο και η επιρροή του είναι τόσο διάχυτη που πολλές φορές δεν γίνεται αντιληπτή. Αποτέλεσμα είναι πολλά θεραπευτικά προγράμματα που αυτοαποκαλούνται «μικτά», όμως να είναι επικεντρωμένα στις ανάγκες των ανδρών. Παραδείγματος χάρη, οι υπεύθυνοι τέτοιων προγραμμάτων μπορεί να πάρουν ένα πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί για να καλύψει τις ανάγκες των ανδρών, να αλλάξουν τη

λέξη «αυτός» σε «αυτή» και να θεωρήσουν πως έχουν δημιουργήσει ένα πρόγραμμα για γυναίκες (Covington, 2008).

Στις περισσότερες μελέτες οι γυναίκες αντιμετωπίζονται ως μια υποκατηγορία χρηστών και έτσι πληροφορίες που αφορούν τους άνδρες χρήστες γενικεύονται και στο γυναικείο πληθυσμό, χωρίς να συνυπολογίζεται η διάσταση του φύλου (Κασσέρη & Αυδή, 2008; Stocco et al., 2000). Ορισμένοι συγγραφείς αποδίδουν τα ελλείματα που υπάρχουν στη βιβλιογραφία σχετικά με τις γυναίκες χρήστριες στο γεγονός ότι εκείνες υποεκπροσωπούνται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης συγκριτικά με τους άνδρες (Arfken, Klein, DiMenza & Schuster, 2001). Ακόμη και στις περιπτώσεις που εξετάζεται η γυναικεία ουσιοεξάρτηση, η εστίαση δεν γίνεται ακριβώς στην γυναικεία οντότητα αλλά στις συνέπειες που επιφέρει η συγκεκριμένη συμπεριφορά από τις γυναίκες στους διάφορους ρόλους που εκείνες διαθέτουν (π.χ μητρότητα) (Murphy & Rosenbaum, 1995).

Στην Ελλάδα, κατά την περίοδο 1984-1998, ο αριθμός των γυναικών που έκαναν χρήση ουσιών αυξήθηκε ραγδαία συγκριτικά με τον ανδρικό πληθυσμό. Οι γυναίκες χρήστριες αποτελούν ένα δύσκολο πληθυσμό ως προς την προσέγγισή του (Κασσέρη & Αυδή, 2008). Πολλές φορές αποφεύγουν να μοιραστούν τα προβλήματά τους και συχνότερα από τους άνδρες συζητούν για προβλήματα που σχετίζονται έμμεσα και όχι άμεσα με τη χρήση ουσιών, όπως είναι τα ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας (Lynch, Roth & Carroll, 2002). Ακόμη, πολλές γυναίκες εμφανίζουν εξάρτηση από νόμιμες ουσίες και από το αλκοόλ, τα οποία συχνά καταναλώνουν στα σπίτια τους καθώς υπάρχει σε έντονο βαθμό ο φόβος στιγματισμού τους σε περίπτωση που εκδηλώσουν δημόσια τέτοιου είδους συμπεριφορές (Miller, Gold & Smith, 1997).

Διαφορές υπάρχουν μεταξύ των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών, οι οποίες σχετίζονται με παράγοντες όπως η καταγωγή ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και αυτές

μπορεί να επηρεάσουν την οπτική ενός ειδικού για το ποιοι είναι οι κατάλληλοι ρόλοι ή συμπεριφορές για το γυναικείο φύλο. Παρόλες τις διαφορές που μπορεί να υπάρχουν, όλες οι γυναίκες είναι «υποχρεωμένες» να συμβιβάζονται με τις νόρμες που είναι καθορισμένες για το φύλο τους, τις αξίες και τις συμπεριφορές που τους επιβάλλονται από την κοινωνία στην οποία ζουν (Covington, 2008).

Ιδιαιτερότητες των γυναικών στη χρήση ουσιών

Οι γυναίκες παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που συνδέονται με τη χρήση ουσιών. Είναι πιο πιθανό να έχουν κακή αυτοαντίληψη (χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ενοχής, αυτοκαταστροφή) και πιο υψηλά ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων, όπως κατάθλιψη, άγχος, διπολική διαταραχή, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχοσωματικά προβλήματα, διατροφικές διαταραχές και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Connors, Grant, Crone & Whiteside-Mansell., 2006; Dudish & Hatsukami, 1996; Najavits, Weiss & Shaw, 1997; Osterling & Austin, 2008; Saxe & Wolfe, 1999). Επιπλέον, το κοινωνικό στίγμα, η «ταμπέλα» και η ενοχή αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην αναζήτηση θεραπείας από τις γυναίκες (Neale, Tompkins, Marshall, Treloar & Strang, 2018; Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore, 1995) όπως επίσης και τα μικτά προγράμματα θεραπείας είναι λιγότερο πιθανό να προσελκύσουν και να διατηρήσουν στη θεραπεία ιδιαίτερα ευάλωτες κατηγορίες γυναικών, όπως είναι οι ομοφυλόφιλες γυναίκες, οι σωματικά ή σεξουαλικά κακοποιημένες, και αυτές που έχουν εργαστεί ως ιερόδουλες (Copeland & Hall, 1992; Pottieger, Inciardi & Tressell, 1996).

Ορισμένες μελέτες έχουν καταδείξει κάποιες επιπρόσθετες ιδιαιτερότητες των γυναικών. Παραδείγματος χάρη, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι προέρχονται από ένα άκρως δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον (Chatham, Hiller, Rowan-Szal, Joe & Simpson, 1999; Covington & Bloom, 2007), με μεγάλες ελλείψεις στο

γονεϊκό ρόλο ή υπερανάληψη ευθυνών στην οικογένεια (Tuchman, 2010). Η φτωχή αλληλεπίδραση παιδιού και γονέα μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή στρες που εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία (Greif & Drechsler, 1993). Ακόμη, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες χρήστες να εμπλακούν μια εξαρτητική σχέση με το σύντροφό τους (Woodhouse, 1992), η οποία παρεμποδίζει την ικανότητά τους να αναπτύξουν βασικές ικανότητες όπως είναι η διαχείριση των οικονομικών και ο προγραμματισμός για το μέλλον. Ακόμη, οι γυναίκες που βρίσκονται στη θεραπεία μπορεί να χρειάζονται γυναικεία πρότυπα απεξάρτησης. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1980, η σύνθεση του προσωπικού ενός προγράμματος επηρεάζει το ποσοστό χρήσης των γυναικών και έχει αντίκτυπο στην είσοδο και στη συνέχιση της θεραπείας από εκείνες (Ashley, Marsden & Brady, 2003).

Γυναίκες χρήστριες και θεραπευτικά προγράμματα

Παρότι η κατάχρηση ουσιών είναι ένα αναπτυσσόμενο πρόβλημα υγείας μεταξύ των γυναικών, εκείνες υποεκπροσωπούνται στα περισσότερα προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης. Η έρευνα έχει καθορίσει εμπόδια για την είσοδο των γυναικών σε θεραπευτικά προγράμματα καθώς επίσης ορισμένες γυναίκες προτιμούν προγράμματα θεραπείας τα οποία απευθύνονται μόνο στο γυναικείο φύλο. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδηλώνουν θεραπευτικά οφέλη από προγράμματα που απευθύνεται αποκλειστικά σε γυναίκες (Kauffman, Dore & Nelson-Zlupko, 1995).

Οι γυναίκες και οι άνδρες φαίνεται πως διαφοροποιούνται ως προς τις αιτίες που τους ωθούν στην κατάχρηση ουσιών, στην πορεία της εξάρτησης και στην πρόσβαση στη θεραπεία (Ashley et al., 2003; Thomas & Bull, 2018). Η θεραπεία απεξάρτησης ειδικά σχεδιασμένη για τις γυναίκες έχει προταθεί ως ένας τρόπος για να ικανοποιηθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών και να μειωθούν τα εμπόδια για την πρόσβαση και την

παραμονή των γυναικών στη θεραπεία. Παρόλα αυτά, ελάχιστα θεραπευτικά προγράμματα προσφέρουν υπηρεσίες αποκλειστικά σε γυναίκες και η αποτελεσματικότητά των προγραμμάτων αυτών δεν έχει αξιολογηθεί σε μεγάλο βαθμό. Για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των γυναικών, υπάρχει ανάγκη για καλά σχεδιασμένες μελέτες για τη θεραπεία των εξαρτήσεων που απευθύνεται σε αυτές (Ashley et al., 2003; Neale et al., 2018).

Σε έρευνα που διεξήχθη το 1994 στο Λος Άντζελες και αφορούσε 161 θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες, φάνηκε ότι το 19% των προγραμμάτων αυτών απευθυνόταν αποκλειστικά σε γυναίκες (Grella, Polinsky, Hser & Perry, 1999). Συγκριτικά με τα μικτά προγράμματα θεραπείας, τα προγράμματα που απευθύνονται σε γυναίκες ήταν πιο πιθανό να παραχωρήσουν σειρά προτεραιότητας για την εισαγωγή στο πρόγραμμα σε εγκύους, χωρίς να ζητάνε κάποιο αντίτιμο για την παροχή υπηρεσιών και παρείχαν προγραμματισμένη θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας. Τα προγράμματα γυναικών ήταν πιο πιθανό να προσφέρουν παιδιατρική φροντίδα στα παιδιά των γυναικών, διάφορες δραστηριότητες και βοήθεια για την εύρεση κατοικίας στις γυναίκες αλλά ήταν λιγότερο πιθανό να προσφέρουν ομαδική θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους όπως και ψυχοεκπαίδευση (Ashley et al., 2003).

Σε έρευνα των Weschbergetal., (2001), αξιολογήθηκαν 108 προγράμματα μεθαδόνης σε 14 Πολιτείες των Η.Π.Α. Σε αυτή την έρευνα φάνηκε ότι το 54% των προγραμμάτων που εξετάστηκαν παρείχαν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε γυναίκες χρήστριες. Τα μη-κερδοσκοπικά θεραπευτικά προγράμματα και αυτά που εξυπηρετούσαν περισσότερα από 300 άτομα ήταν πιο πιθανό να προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες σε σχέση με τα ιδιωτικά προγράμματα και αυτά που είχαν μικρότερο δυναμικό ατόμων. Το 60% των προγραμμάτων παρείχε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης σε γυναίκες και υπήρχε μέριμνα για τη μεταφορά των γυναικών στους χώρους θεραπείας στις περισσότερες περιπτώσεις. Παρόλα αυτά, μόνο το 10% των προγραμμάτων παρείχε παιδιατρική φροντίδα και μόλις το 9% αυτών μεριμνούσε έτσι ώστε

οι γυναίκες χρήστριες να έχουν ως πρόσωπα αναφοράς γυναίκες θεραπεύτριες (Wechsberg et al., 2001).

Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα των Westermeyer & Boedicker (2000), οι γυναίκες λάμβαναν λιγότερη εξωτερική περίθαλψη και λιγότερη συνολική φροντίδα για την κατάχρηση ουσιών (περίπου 10% έως 25% λιγότερο). Η αιτία για αυτό δεν είναι προφανής. Η ελλιπής θεραπεία θα μπορούσε να αντανakλά αρκετές ανεπάρκειες του συστήματος υγείας: οι γυναίκες χρήστριες μπορεί να μην αναγνωρίζονται εγκαίρως, πολλές από αυτές μπορεί να εργάζονται οικιακά και άρα δεν έχουν πρόσβαση στις παρεμβάσεις που γίνονται στα διάφορα εργασιακά πλαίσια και οι περισσότερες γυναίκες που έχουν σύντροφο χρήστη είναι λιγότερο κινητοποιημένες από ότι θα ήταν αν είχαν ένα σύντροφο που απείχε από τη χρήση ουσιών. Αν και οι γυναίκες έχουν περισσότερα ιατρικά προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση, οι γιατροί συνήθως δεν θεωρούν την κατάχρηση ουσιών ως αιτία για αυτά τα ιατρικά προβλήματα, δεν αξιολογούν εάν οι γυναίκες κάνουν κατάχρηση ουσιών ή δεν παραπέμπουν τις γυναίκες ασθενείς τους σε θεραπεία κατάχρησης ουσιών. Τα προγράμματα θεραπείας μπορεί να είναι λιγότερο διαθέσιμα στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε εξωτερικά προγράμματα θεραπείας (όπως κλινικές, κέντρα ημέρας και προγράμματα εσωτερικής διαμονής για κάποιες μέρες ή για το Σαββατοκύριακο) λόγω έλλειψης ασφάλισης ή έλλειψης προγραμμάτων που να απευθύνονται συγκεκριμένα στο γυναικείο φύλο. Επιπλέον, οι γυναίκες που φροντίζουν τα παιδιά και το σπίτι τους μπορεί να μην έχουν κάποιον βοηθό-φροντιστή έτσι ώστε να αναλάβει τις υποχρεώσεις τους όταν εκείνες μπουν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Δυσκολίες και εμπόδια των γυναικών στη θεραπεία

Η είσοδος, η δέσμευση και η παραμονή στη θεραπευτική διαδικασία μπορεί να απαιτεί όχι μόνο τη διαθεσιμότητα των ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων με βάση το

φύλο αλλά και μια σειρά από παροχές που να είναι βοηθητικές σε συγκεκριμένα ζητήματα όπως είναι η φροντίδα των παιδιών και η σωματική και ψυχική υγεία (Ashley et al., 2003). Οι ευθύνες γύρω από τη φροντίδα των παιδιών, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ιατροπαιδαγωγικής περίθαλψης και η τιμωρητική συμπεριφορά που υιοθετεί η κοινωνία απέναντι στις γυναίκες χρήστριες στο ρόλο τους ως μητέρες, είναι εμπόδια που συχνά αναγνωρίζονται από τις γυναίκες που αναζητούν βοήθεια για τη χρήση ουσιών που κάνουν (Copeland, 1997; Prendergast, Wellisch & Falkin, 1995).

Ακόμη, υπάρχουν και ορισμένα πρακτικά ζητήματα, όπως για παράδειγμα η έλλειψη μεταφορικού μέσου για την πρόσβαση στους χώρους θεραπείας έχει αποδειχθεί ως άλλο ένα εμπόδιο για τις γυναίκες (Ayyagari, Boles, Johnson & Kleber, 1999). Επιπλέον, η αλληλεπίδραση των φύλων σε συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη χρήση και οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που αναπτύσσονται μεταξύ τους, δημιουργούν ένα περιβάλλον στο οποίο οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες να προσβληθούν από τον ιό HIV. Για παράδειγμα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών, να κάνουν χρήση ουσιών και κοινή χρήση συνέργων με διαφορετικά άτομα, να κάνουν σεξ για να πάρουν χρήματα ή ναρκωτικές ουσίες και να δυσκολεύονται να επιβάλουν στους σεξουαλικούς συντρόφους τους τη χρήση προφυλακτικού (Stevens, Tortu & Coyle, 1998).

Η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες χρήστριες σε σχέση με τους άνδρες χρήστες και εκείνες είναι πιο πιθανό να νοσήσουν σωματικά και σε πολλές περιπτώσεις από χρόνιες παθήσεις όπως έχουν και μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον ιό HIV, στερούνται των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και πολλές φορές μεγαλώνουν μόνες τα παιδιά τους αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα σοβαρές οικονομικές δυσκολίες και αποκλεισμό από την αγορά εργασίας (Κασσέρη & Αυδή, 2008).

Σημαντικό στοιχείο που αποτρέπει τις γυναίκες να λαμβάνουν μέρος σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης είναι το κοινωνικό στίγμα, καθώς οι γυναίκες χρήστριες στιγματίζονται σε διπλάσιο βαθμό από τους άνδρες (Cohen, 2000; Ettorre, 1992; United Nations, 2004). Έτσι είναι πιο πιθανό για τις γυναίκες να βιώσουν πιο έντονα τον κοινωνικό αποκλεισμό καθώς η κοινωνία στέκεται αμείλικτη απέναντι στις γυναίκες όταν εκτός από χρήστριες δεν συμβιβάζονται και με τις νόρμες και τους ρόλους της γυναικείας τους φύσης (Κασσέρη & Αυδή, 2008). Για πολλούς η χρήση ουσιών δεν συνάδει με τη γυναικεία υπόσταση και υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι πιθανώς κάποιες γυναίκες εμπλέκονται στον κόσμο της χρήσης προκειμένου να αντιταχθούν απέναντι στα κοινωνικά στερεότυπα για το γυναικείο φύλο (Zimmer-Hofler & Dobler-Mikola, 1992).

Κακοποίηση και Τραύμα

Κατά την τελευταία δεκαετία, οι ερευνητές και οι επαγγελματίες υγείας έχουν επίγνωση της συσχέτισης που υπάρχει μεταξύ της έκθεσης σε κάποια τραυματική εμπειρία και στη χρήση ουσιών, όσον αφορά το γυναικείο πληθυσμό (Breslau, Davis & Schultz, 2003; Dass-Brailsford & Myrick, 2010). Περίπου το 80% των γυναικών που αναζητά θεραπεία για την εξάρτηση από ουσίες αναφέρουν κάποιο περιστατικό της ζωής τους που να αφορά σεξουαλική κακοποίηση ή επίθεση, ή και τα δύο (Cohen & Hien, 2006; El-Bassel, Gilbert, Schilling, & Wada, 2000; Elliot, Bjelajac, Fallo, Markoff & Reed, 2005). Τα ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) ποικίλλουν σε αυτό τον πληθυσμό από 30-59% με πιθανότητα ακόμα μεγαλύτερης διάρκειας στην πορεία της ζωής των γυναικών (Cohen & Hien, 2006). Ακόμη, η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν λάβει «διπλή διάγνωση», διαταραχής μετατραυματικού στρες και χρήσης ουσιών, έχει βρεθεί ότι ήταν θύματα παιδικής κακοποίησης και είναι πιο ευάλωτες σε επαναλαμβανόμενα τραύματα κατά την περίοδο της ενηλικίωσης (Dorahy et al., 2015; Ford, Hawke, Alessi, Ledgerwood & Petry, 2007; Gutierrez & Van Puymbroeck, 2006; N. Roberts, P. Roberts, Jones & Bisson, 2015). Γυναίκες που

εμφανίζουν αυτή τη συνυπάρχουσα δυσκολία, έχουν πιο σοβαρά κλινικά «προφίλ» σε σχέση με εκείνες που εμφανίζουν μια από τις δύο «διαταραχές» και τείνουν να παρουσιάζουν μια ποικιλία από πρόσθετα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών προβλημάτων και των ελλειμάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις (Clark, Reiland, Thorne & Cropsey, 2013; Cohen & Hien, 2006; Lopez-Castro, Hu, Papini, Ruglass & Hien, 2015; McCauley, Killeen, Gros, Brady & Back, 2012).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της ψυχιατρικής DSM-IV, όσο πιο νωρίς εμφανιστεί η τραυματική εμπειρία και όσο πιο μεγάλη είναι η διάρκειά της, τόσο πιο πιθανό είναι οι άνθρωποι να έχουν πιο σοβαρά προβλήματα πέρα από το PTSD και τη χρήση ουσιών, όπως είναι η κατάθλιψη, η αντικοινωνική συμπεριφορά, σωματικές διαταραχές, δυσκολίες στη διαχείριση του θυμού και παρορμητική συμπεριφορά (Mokma, Eshelman & Messman-Moore, 2016; Muzik et al., 2016; Powers et al., 2017). Μελέτες δείχνουν ότι τα τραύματα που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, ειδικά η παιδική κακοποίηση, θέτει τα άτομα σε υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη χαρακτηριστικών που είναι συναφή με αυτά που εμφανίζουν άτομα που έχουν βιώσει ατυχήματα και φυσικές καταστροφές (Cohen & Hien, 2006; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997).

Η αναγνώριση του φάσματος των αλληλένδετων προβλημάτων που σχετίζονται με την ύπαρξη ενός σύνθετου τραύματος είναι σημαντική ανακάλυψη με μεγάλη συνάφεια με το θέμα της κατάχρησης ουσιών. Παρά τα στοιχεία ότι η πλειοψηφία των γυναικών που αναζητούν θεραπεία για την εξάρτηση από ουσίες έχουν εκτεθεί από νωρίς σε πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, τα κλασικά προγράμματα θεραπείας συνήθως δεν αξιολογούν ή δεν στοχεύουν σε αυτές τις συσχετιζόμενες δυσλειτουργικές συμπεριφορές και το γεγονός αυτό δυσχεραίνει πολύ την πρόγνωση (Cohen & Hien, 2006).

Στο παρελθόν, η διαδικασία της απεξάρτησης θεωρούνταν μονοδιάστατη. Οι ειδικοί είχαν ως κύριο μέλημά τους την απεξάρτηση από τις ουσίες και υπέθεταν ότι όλα τα παρελκόμενα της χρήσης θα λύνονταν ως με την απεξάρτηση ή θα αντιμετωπιζόνταν από τους ειδικούς σε δεύτερο χρόνο. Παρόλα αυτά, η έρευνα δείχνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που κάνουν χρήση έχουν πέσει θύματα βίας και διαφόρων μορφών κακοποίησης (Messina & Grella, 2006). Σε μια από τις πρώτες έρευνες που διεξήχθησαν για τις γυναίκες χρήστριες και το τραύμα, το 74% των γυναικών δήλωσαν ότι είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, το 52% δήλωσε σωματική κακοποίηση και το 72% υπέστη συναισθηματική κακοποίηση. Επιπλέον, οι χρήστριες φάνηκε ότι είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, σωματικά και συναισθηματικά από περισσότερα άτομα, σε μεγαλύτερη συχνότητα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι γυναίκες που ήταν εκτός χρήσης. Ακόμη, οι χρήστριες ανέφεραν περισσότερα περιστατικά αιμομικτικών σχέσεων και βιασμού (Covington & Kohen, 1984).

Οι γυναίκες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο που αντιδρούν στη βία και στην κακοποίηση. Μερικές μπορεί να ανταπεξέλθουν χωρίς να «τραυματιστούν» ιδιαίτερα καθώς έχουν μάθει κάποιους τρόπους διαχείρισης που είναι κατάλληλοι σε αυτές τις περιστάσεις. Κάποιες φορές, το τραύμα από μια τέτοια εμπειρία μπορεί να υπάρχει όμως να μην αναγνωρίζεται αμέσως γιατί η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να νοείται ως «φυσιολογική» (Bloom et al., 2006; Covington, 2008). Πολλές γυναίκες οι οποίες με μια γρήγορη εκτίμηση θεωρούνταν από το θεραπευτικό προσωπικό ως «θεραπευτικές αποτυχίες» λόγω υποτροπής, τώρα αναγνωρίζονται ως επιζώντες μιας τραυματικής εμπειρίας, οι οποίες στράφηκαν στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες προκειμένου να μετριάσουν τον πόνο του τραύματος και να επιτύχουν την αυτοίαση. Ενσωματώνοντας τη θεραπεία του τραύματος στις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις εξαρτήσεις, φαίνεται να μετριάζεται κατά πολύ η πιθανότητα υποτροπής η οποία οφείλεται σε κάποια τραυματική εμπειρία (Covington, 2008).

Ακόμη, ως αντίδραση σε μια τραυματική εμπειρία, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αποσυρθούν ή να παρουσιάσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενώ οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν βίαιη και καταστροφική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους. Το τραύμα μπορεί να επισκιάζει τις σχέσεις των γυναικών και να εμποδίζει την ψυχολογική τους ανάκαμψη. Επειδή μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες σχετίζονται με τους άλλους αλλά και με το θεραπευτικό προσωπικό ενός προγράμματος, είναι σημαντικό να γίνεται κάθε φορά η ερώτηση: *«Αυτή η συμπεριφορά του ατόμου σχετίζεται με τις τραυματικές εμπειρίες που έχει ζήσει;»*. Παρόλα αυτά, στο ζήτημα της εξάρτησης και της ψυχολογικής θεραπείας από αυτή, συχνά δεν αντιμετωπίζεται το τραύμα στα πρώτα στάδια της θεραπείας, παρόλο που μπορεί να πυροδοτήσει την υποτροπή των γυναικών που κάνουν χρήση και να φέρει στην επιφάνεια κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής που μπορεί να τις βασανίζει. Πολλοί θεραπευτές, δεν έχουν την απαραίτητη γνώση και κατανόηση για το τι χρειάζεται κανείς προκειμένου να διαχειριστεί αυτού του είδους τα ζητήματα (Covington, 2003).

Μια γυναίκα που έχει βιώσει το τραύμα, είναι πάρα πολύ ευάλωτη και μπορεί να έχει δυσκολία στο να πειθαρχήσει, να εκφράσει ή να ρυθμίσει τις συναισθηματικές της αντιδράσεις. Αυτό αποκαλείται «συναισθηματική απορρύθμιση». Ένα παράδειγμα είναι όταν κάποια αντιδρά υπερβολικά σε ένα φυσιολογικό ερέθισμα ενώ δείχνει πιο παθητική στάση απέναντι στον κίνδυνο. Ακόμη, οι γυναίκες που έχουν υποστεί τραύμα είναι σε μεγάλο κίνδυνο να βιώσουν παρόμοια, επαναλαμβανόμενη εμπειρία θυματοποίησης. Πολλές φορές, οι θεραπευτές σε προγράμματα απεξάρτησης, αποφεύγουν να ασχοληθούν με το τραύμα που μπορεί να έχουν βιώσει οι θεραπευόμενες γιατί φοβούνται ότι θα πυροδοτήσουν κάποια υποτροπή. Τα ερεθίσματα δεν μπορούν να εξαλειφθούν εντελώς και γι' αυτό είναι σημαντική η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος θεραπείας, στο οποίο οι γυναίκες θα μάθουν νέους τρόπους διαχείρισης των δυσκολιών τους. Αυτός είναι ο λόγος που το θεραπευτικό

πλαίσιο είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες: πρέπει να νιώθουν ασφάλεια (Covington, 2008).

Πένθος

Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών, υπάρχει σχέση μεταξύ του έντονου θρήνου και της επιδείνωσης της χρήσης ουσιών. Οι γονείς που «έχασαν» ένα παιδί βρέθηκαν να είναι σημαντικά σε υψηλότερο κίνδυνο για νοσηλεία για περιπτώσεις κατάχρησης ουσιών από ό,τι γονείς που δεν είχαν χάσει παιδί (Li, Laurson, Precht, Olsen, & Mortensen, 2005). Το αποτέλεσμα ήταν ιδιαίτερα έντονο σε μητέρες που θρηνούσαν, των οποίων ο κίνδυνος νοσηλείας ήταν μεγαλύτερος από το διπλάσιο σε σχέση με εκείνες που δεν πενθούσαν κάποια απώλεια. Σε μια μελέτη των Shear, Zuckoff, et al. (2005), βρέθηκε ένα υψηλό ποσοστό περιπεπλεγμένου πένθους μεταξύ των ασθενών σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Ακόμη, άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών και συνύπαρξη περιπεπλεγμένου πένθους, μπορεί πιθανότατα να ωφεληθούν από την αποτελεσματική θεραπεία του συνδρόμου αυτού (Zuckoff et al., 2006).

Το πένθος έχει αναγνωριστεί ως σημαντικό για τη θεραπεία ατόμων που έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών. Ο Bellwood (1975) περιγράφει την αντιμετώπιση του πένθους ως το κλειδί για την επιτυχημένη θεραπεία του αλκοολισμού και ο Blankfield (1982-1983) βρήκε έντονη θλίψη ή σημαντική απώλεια σε ποσοστό 20% σε άτομα με διαδοχικές εισαγωγές σε νοσοκομεία για θεραπεία της κατάχρησης ουσιών. Ωστόσο, παρά τις πολυάριθμες δημοσιευμένες κλινικές μελέτες για τη διαχείριση του πένθους σε όσους εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά ή είναι εξαρτημένοι από ουσίες, δεν υπάρχει καμία μελέτη στην οποία τα συμπτώματα του πένθους έχουν αποσαφηνιστεί ή στην οποία τόσο το πένθος όσο και τα αποτελέσματα κατάχρησης ουσιών έχουν αξιολογηθεί (Zuckoff et al., 2006).

Φαίνεται πως το ανεπίλυτο πένθος και η θλίψη όχι μόνο μπορεί να αποτελέσουν λόγο για τη χρήση ουσιών, αλλά μπορεί να εμποδίσουν ή να αποτρέψουν την ανάκαμψη του ατόμου (Beechem, Prewitt & Scholar, 1996). Σε μελέτη της Beechem et al., (1996), αποσαφηνίστηκαν τρεις κατηγορίες για προβλήματα σχετικά με το ανεπίλυτο πένθος και την κατάχρηση ουσιών. Το πρώτο είναι οι απώλειες που βίωσε το άτομο πριν τη χρήση. Η δεύτερη, οι απώλειες που συνδέονται με την κατάχρηση και η τρίτη έχει να κάνει με τις απώλειες που σχετίζονται με τη θεραπεία. Έτσι, για να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν πολλαπλές πτυχές του πένθους (McComish et al., 1999).

Γυναίκες χρήστριες και «συνυπάρχουσες δυσκολίες»

Ο όρος «συνυπάρχουσες δυσκολίες» χρησιμοποιείται αντί των όρων «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα» προκειμένου να περιγράψει ένα γεγονός ή μια κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο και περικλύσει μέσα του μια πληθώρα προβλημάτων (Guest & Holland, 2011). Έτσι τονίζονται οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμβάλουν στην εξάρτηση, ο προσανατολισμός παύει να είναι τόσο ιατροκεντρικός και το άτομο από αντικείμενο διαγνωστικών κατηγοριών γίνεται και πάλι υποκείμενο (Μάτσα, 2017).

Υπάρχει η τάση να αποδίδονται στις γυναίκες χρήστριες πιο έντονα στοιχεία ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους άνδρες χρήστες, όπως επίσης οι γυναίκες θεωρούνται ως πιο αδύναμες και με αυτοκαταστροφικές τάσεις, ανίκανες να προστατεύσουν τον εαυτό τους και έρμια διαφόρων συμπεριφορών (Ettorre, 1992). Οι χρήστριες είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη, αντικοινωνική συμπεριφορά, μετατραυματική διαταραχή στρες, άλλες αγχώδεις διαταραχές, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας. Οι διαταραχές διάθεσης και οι αγχώδεις είναι οι πιο κοινές. Ακόμη, στις γυναίκες γίνεται πιο

συχνά η διάγνωση της «οριακής διαταραχής προσωπικότητας» σε σχέση με τους άνδρες (Covington, 2008; Herman, 1997).

Διαφορές φύλων στην εξάρτηση και την απεξάρτηση

Οι γυναίκες χρήστριες διαφέρουν από τους άνδρες ως προς το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, το οποίο συχνά προκαλείται ως αποτέλεσμα διάφορων τραυματικών εμπειριών, όπως είναι η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, μια ξαφνική σωματική ασθένεια, ένα ατύχημα ή μια οποιαδήποτε διαταραχή μέσα στην οικογένεια (H. Miller, J. Miller & Barnes, 2016; Neale et al., 2018; Nelson-Zlupko et al., 1995). Οι γυναίκες χρήστριες πολύ συχνά ξεκινούν τη χρήση από τους συντρόφους τους (Ashley et al., 2003) ή έχουν μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον με αλκοόλ και ναρκωτικά (Ramlow, White, Watson & Leukefeld, 1997; Tuchman, 2010). Ακόμη, οι γυναίκες με προβλήματα χρήσης διαφέρουν από τους άνδρες χρήστες στους παράγοντες επικινδυνότητας σχετικά με τη χρήση, παρουσιάζοντας κλινικά προβλήματα, προ υπάρχουσες διαταραχές και αιτίες που οδηγούν σε υποτροπή. Αυτές οι διαφορές μεταξύ των φύλων μπορεί να μην είναι εμφανείς σε μικτά προγράμματα ή ομάδες χρηστών (Greenfield et al., 2007).

Σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, οι γυναίκες χρήστριες εκδηλώνουν τις εξής διαφορές συγκριτικά με τους άνδρες: 1. Οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν χρήστριες ουσιών. Ακόμη, οι άνδρες και οι γυναίκες χρήστες διαφέρουν ως προς κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι γυναίκες χρήστριες για παράδειγμα, εάν είναι παντρεμένες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να έχουν σύντροφο που να είναι και εκείνος χρήστης ουσιών (Tuchman, 2010; Westermeyer & Boedicker, 2000) και είναι πιο πιθανό να είναι χήρες ή διαζευγμένες (Tuchman, 2010). Συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να αναλαμβάνουν τις οικιακές εργασίες και στην περίπτωση που υπάρχουν παιδιά να έχουν το ρόλο του γονιού-φροντιστή που μένει περισσότερο στο σπίτι. Παρόλα

αυτά, υπάρχει αυξημένη δραστηριοποίηση των γυναικών, ακόμα και όσων κάνουν χρήση ουσιών, σε ανδροκρατούμενα επαγγέλματα (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Επιπλέον, η έναρξη της χρήσης ουσιών τείνει να πραγματοποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες (Westermeyer & Boedicker, 2000), και συχνά είναι περισσότερο ευάλωτες στην κατάχρηση ψυχοφαρμάκων και στη χρήση πολλαπλών ουσιών (Manhal-Baugus, 1998; Tuchman, 2010). Ακόμη, οι γυναίκες εξαρτώνται γρηγορότερα από τις ουσίες και παρουσιάζουν πιο ταχεία πορεία στην ουσιοεξάρτηση, ένα μοτίβο γνωστό στην ψυχολογία ως *telescoping* (Greenfield, Back, Lawson & Brady, 2010). Η ταχεία πορεία της κατάχρησης ουσιών στις γυναίκες συνδυάζεται ακόμη με ταχεία ανάπτυξη ιατρικών προβλημάτων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, γαστρεντερικά, και ασθένειες του ήπατος (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Έχει φανεί από έρευνες ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν νομικά προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών σε σχέση με τους άνδρες. Ειδικότερα, οι Hasin et al., (1998) και Ross (1989) αναφέρουν λιγότερα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς τόσο στην οδήγηση όσο και στο δρόμο μεταξύ γυναικών παρά μεταξύ ανδρών που ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ. Τέλος, από τη στιγμή που θα εδραιωθεί η συστηματική χρήση ουσιών στις γυναίκες είναι πιο δύσκολο για εκείνες να αναζητήσουν θεραπεία για τη χρήση ουσιών που κάνουν. Οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην αναζήτηση θεραπείας για τη χρήση ουσιών, όπως είναι για παράδειγμα οι υποχρεώσεις που προκύπτουν από την ανατροφή των παιδιών (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Σε έρευνα των Westermeyer & Boedicker (2000), που πραγματοποιήθηκε σε δυο πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές για απεξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικά, επιβεβαιώθηκαν κάποιες διαφορές που υφίστανται ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τη

χρήση ουσιών. Αυτές οι σημαντικές διαφορές αφορούν την απασχόληση (με τις γυναίκες να μένουν περισσότερο στο σπίτι), το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών (περισσότερο αδέρφια και σύζυγοι για τις γυναίκες), λιγότερα χρόνια χρήσης ορισμένων ουσιών από τις γυναίκες όπως είναι οι εισπνεόμενες ουσίες και η κάνναβη και λιγότερα νομικά προβλήματα συγκριτικά με τους άνδρες. Οι γυναίκες που πήραν μέρος στη μελέτη αυτή άρχισαν να χρησιμοποιούν ουσίες περίπου στην ίδια ηλικία με τους άνδρες ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει μεταγενέστερη εμφάνιση κατάχρησης ουσιών από τις γυναίκες. Αυτή η ασυμφωνία μεταξύ των ευρημάτων, δείχνει ότι οι γυναίκες μπορεί να βιώνουν μια μεγαλύτερη περίοδο κανονικής ή μη προβληματικής χρήσης ουσιών πριν οδηγηθούν στην κατάχρησή τους (Westermeyer & Boedicker, 2000).

Σχεδιασμός θεραπευτικού προγράμματος για γυναίκες

Η δημιουργία θεραπευτικού προγράμματος αποκλειστικά για γυναίκες χρήτριες δεν είναι μια ενιαία παρέμβαση αλλά αποτελείται από πολλές διαφορετικές παρεμβάσεις, καθιστώντας έτσι τη διαθεσιμότητα τέτοιων προγραμμάτων αρκετά περιορισμένη (Ashley et al., 2003). Δεν υπάρχει ευρέως αποδεκτός ορισμός για το πώς πρέπει να είναι ένα πρόγραμμα που απευθύνεται αποκλειστικά σε γυναίκες χρήτριες, αλλά ο προγραμματισμός αυτής της θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες υποστήριξης που αποσκοπούν στη διευκόλυνση της πρόσβασης των γυναικών σε θεραπεία κατάχρησης ουσιών, όπως είναι η φροντίδα των παιδιών ή το μέσο μεταφοράς τους.
2. Υπηρεσίες που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών, όπως π.χ. η προγεννητική φροντίδα για τα παιδιά τους, η ψυχοκοινωνική εκπαίδευση, μέτρα πρόληψης για τον ιό HIV και την ψυχικής υγεία.

3. Προγράμματα και υπηρεσίες αποκλειστικά για γυναίκες, με σκοπό τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος θεραπείας, που επικεντρώνεται περισσότερο στα ζητήματα των γυναικών και προσφέρει άνεση έτσι ώστε οι γυναίκες να μπορούν να συζητήσουν ευαίσθητα και επίπονα για εκείνες ζητήματα.
4. Θεραπευτικές μέθοδοι προσαρμοσμένες στις ανάγκες των γυναικών: ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ομαδικής θεραπείας, με έμφαση στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης ή θεραπεία που καταπιάνεται με τους διαφορετικούς ρόλους που έχουν οι γυναίκες στην καθημερινότητά τους (π.χ μητέρα, σύντροφος, φίλη) (Ashley et al., 2003).

Ακόμη, κάποια σημαντικά βήματα που μπορούν να γίνουν στα θεραπευτικά προγράμματα σχετικά με τη διαχείριση του τραύματος στις γυναίκες χρήστριες είναι τα εξής:

1. Εκπαίδευση των γυναικών για το τι είναι η κακοποίηση και το τραύμα. Συχνά οι γυναίκες δεν έχουν επίγνωση ότι έχουν κακοποιηθεί ούτε ότι υποφέρουν από διαταραχή μετατραυματικού στρες.
2. Είναι σημαντικό οι γυναίκες να γνωρίζουν ότι οι αντιδράσεις τους είναι φυσιολογικές απέναντι σε τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να έχουν ζήσει. Σύμφωνα και με το DSM, «οι τραυματικές αποκρίσεις είναι φυσιολογικές αντιδράσεις σε μη φυσιολογικές καταστάσεις».
3. Τρόποι διαχείρισης: αποτελούν θεμελιωμένες και τεχνικές χαλάρωσης (π.χ ασκήσεις αναπνοής), που μπορούν να μάθουν οι γυναίκες προκειμένου να τις βοηθήσουν να διαχειριστούν τραυματικές εμπειρίες (Covington, 2003).

Αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων

Η κατάχρηση ουσιών στις γυναίκες έχει διαφορετική αιτιολογία, πρόοδο και συνακόλουθες θεραπευτικές ανάγκες. Ένας μεγάλος όγκος ερευνών αποδεικνύει ότι η

κατάχρηση ουσιών από τις γυναίκες και τα θέματα γύρω από αυτήν, διαφέρουν από αυτά που αντιμετωπίζουν οι άνδρες, απαιτώντας ένα εξειδικευμένο σύνολο θεραπευτικών παρεμβάσεων (Pogun & Yazarbas, 2015; Wizemann & Pardue, 2001; Zagni, Simoni & Colombo, 2016). Ελάχιστες έρευνες έχουν γίνει για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης που αφορούν αποκλειστικά γυναίκες. Παρόλο που υπάρχουν πολλά θεωρητικά ευρήματα που υποστηρίζουν την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε γυναίκες χρήτριες, ελάχιστες μελέτες έχουν εξετάσει κατά πόσο αυτές οι υπηρεσίες που παρέχονται αποκλειστικά σε γυναίκες επιφέρουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Ashley et al., 2003; Choi, Adams, Morse & MacMaster, 2015; Neale et al., 2018; Tarasoff, Milligan, LanLe, Usher & Urbanoski, 2018; Thomas & Bull, 2018).

Παρόλο που ήδη υπάρχουν κάποιες ομάδες που απευθύνονται σε συγκεκριμένες «υποκατηγορίες» γυναικών και στις οποίες υπάρχει ομοιογένεια ως προς κάποιο χαρακτηριστικό ή ιδιότητα (Berkowitz et al., 1998; Hien, Cohen, Miele, Litt & Capstick, 2004; Killeen & Brady, 2000; Linehan et al., 1999; Luthar&Suchman, 2000; Mackie-Ramos&Rice, 1988; Najavits, Weiss & Liese, 1996; Najavits, Weiss, Shaw & Muenz, 1998; Reynoldsetal., 1995; Stevens & Arbiter, 1995), δεν υπάρχει εμπειρικά θεμελιωμένη θεραπεία για ετερογενής ομάδες γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών. Μελέτες που εξετάζουν θεραπείες αποκλειστικά για γυναίκες υπάρχουν για μητέρες ή έγκυες γυναίκες (Berkowitz et al., 1998; Killeen & Brady, 2000; Luthar & Suchman, 2000; Mackie-Ramos & Rice, 1988; Stevens&Arbiter, 1995), για γυναίκες με προϋπάρχουσα διαταραχή μετατραυματικού στρες και κατάχρηση ουσιών (Hien et al., 2004; Najavits et al., 1996, 1998), έγκυες γυναίκες για μείωση κατανάλωσης αλκοόλ (Reynolds et al., 1995) και γυναίκες με διαταραχή οριακής προσωπικότητας και χρήση ουσιών (Linehan et al., 1999). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει έρευνα για θεραπευτική ομάδα γυναικών η οποία να μην είναι προσανατολισμένη σε ένα συγκεκριμένο τύπο εξάρτησης (οπιοειδή, αλκοόλ, κοκαΐνη κ.λ.π), σε προϋπάρχουσες

ψυχιατρικές διαταραχές (διαταραχή μετατραυματικού στρες, οριακή διαταραχή προσωπικότητας κ.λ.π) ή κάποιο εξελικτικό στάδιο της ζωής (εγκυμοσύνη, μητρότητα) (Greenfield et al., 2007).

Ιστορία της ομαδικής θεραπείας και σχετικές έννοιες

Σύμφωνα με τον Ναυρίδη (2006), η ιστορία των ομαδικών παρεμβάσεων είναι μεγάλη. Ξεκινούν από το αρχαίο δράμα των Ελλήνων, το οποίο είχε «καθαρήρια» δράση, συνεχίζει με τα ηθικο-θρησκευτικά δρώμενα στο Μεσαίωνα και την Αναγέννηση και στις ομάδες που δημιούργησε ο Mesmer το 18^ο αιώνα στην Ευρώπη. Οι γνώμες των ειδικών συγκλίνουν πως η απαρχή της σύγχρονης ομαδικής θεραπείας στις αρχές του 20ου αιώνα έγινε από τον γιατρό Joseph Hersey Pratt. Εκείνος δημιούργησε το 1905 ομάδες φυματικών ασθενών στη Βοστώνη. Οι ομάδες αυτές αποτελούνταν περίπου από 25 άτομα, έκαναν συναντήσεις κάθε εβδομάδα και ο στόχος της ομάδας ήταν η ανύψωση του ηθικού τους, η ψυχοεκπαίδευση, η αντιμετώπιση ζητημάτων που τους απασχολούσαν και η αλληλοβοήθεια μεταξύ των μελών που απάρτιζαν την ομάδα. Οι ομάδες αυτές είχαν κατά κύριο λόγο ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα, κάτι που διέπει και τις αρχές των σύγχρονων γνωστικο-συμπεριφορικών ομαδικών παρεμβάσεων. Στη συνέχεια, υπήρξαν και άλλοι επαγγελματίες που ασχολήθηκαν με τις ομαδικές παρεμβάσεις, όπως ήταν ο Burrow (1927) και ο Moreno (1957). Από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και έπειτα, οι ομαδικές παρεμβάσεις άρχισαν να εφαρμόζονται ευρέως και πλέον αποτελούν έναν από τους βασικούς τρόπους παρέμβασης στον αντίποδα της ατομικής θεραπείας (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006).

Τα εγχειρίδια για τη θεωρία και την πρακτική της ομαδικής θεραπείας δίνουν έμφαση στη σημασία της σύνθεσης της ομάδας όσον αφορά τα αποτελέσματα της θεραπείας (Yalom & Leszcz, 2005). Η σύνθεση αποτελεί μια μεταβλητή, η οποία σε επίπεδο ομάδας αντιπροσωπεύει το συνδυασμό των μεμονωμένων χαρακτηριστικών των μελών της. Για

παράδειγμα, μια ομάδα που αποτελείται από άτομα με κατάθλιψη μπορεί να αναφέρεται ως «ομάδα καταθλιπτικών». Ομάδες αποτελούμενες από άτομα που μοιράζονται ένα κοινό χαρακτηριστικό ονομάζονται ομογενείς ομάδες ενώ ομάδες που αποτελείται από άτομα που διαφέρουν ως προς ένα βασικό χαρακτηριστικό ονομάζονται ετερογενείς ομάδες. Τα εγχειρίδια συμβουλεύουν τους θεραπευτές να εξετάσουν τη σύνθεση μιας ομάδας πριν αποφασίσουν εάν ένα άτομο πρέπει να γίνει μέλος σε αυτήν. Αν ένα νέο μέλος διαφέρει ως προς ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που μοιράζονται τα παλιά μέλη μιας ομάδας, υπάρχει ο κίνδυνος το νέο μέλος να αισθάνεται απομονωμένο ή να απορριφθεί από τα υπόλοιπα μέλη (Piper, Ogrodniczuk, Weideman, Joyce & Rosie, 2007).

Σύμφωνα με τους Roback και Smith (1987) ο χαμηλός βαθμός συνοχής είναι το πιο κοινό στοιχείο της δυναμικότητας της ομάδας που θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει σε πρόωμη απόσυρση του θεραπευόμενου από την ομάδα θεραπείας. Η συνοχή αναφέρεται στους σχεσιακούς δεσμούς μεταξύ των μελών μιας ομάδας και του θεραπευτή. Άτομα με ισχυρούς δεσμούς με την ομάδα και τα μέλη της είναι πιθανότερο να παραμείνουν σε αυτή, ενώ οι θεραπευόμενοι που έχουν αναπτύξει ασθενέστερους δεσμούς μέσα στην ομάδα είναι πιο πιθανό να την εγκαταλείψουν (McCallum, Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2002). Η συνοχή της ομάδας είναι πολύ σημαντική για τις γυναίκες, καθώς φαίνεται ότι όταν σε μια ομάδα υπάρχει μεγάλο ποσοστό γυναικών, η ομάδα παρουσιάζει μεγαλύτερη συνοχή (Curzeu, Pluut, Boros & Meslec, 2015).

Μια ακόμα σχετική έννοια, η συμμαχία, αναφέρεται στη συνεργασία μεταξύ των θεραπευόμενων και του θεραπευτή. Η συμμαχία έχει ερευνηθεί κυρίως για το ρόλο της όσον αφορά την ανταπόκριση των «ασθενών» στην ατομική θεραπεία (Choi et al., 2015; Marsh, Angell, Andrews, & Curry, 2012). Έχει επίσης διερευνηθεί για το ρόλο της στην ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά μόνο περιστασιακά ως προβλεπτικός παράγοντας για την πιθανή πρόωρη εγκατάλειψή της (dropping out). Πιστεύεται ότι τα μέλη που εγκαθιδρύουν μια ισχυρή

συνεργασία με το θεραπευτή τους είναι πιο πιθανό να παραμείνουν στη θεραπευτική ομάδα. Επιπρόσθετα, το κλίμα της ομάδας αναφέρεται στην ατμόσφαιρα που δημιουργείται μέσα σε αυτή όσον αφορά τη συνοχή, την αντίσταση και την τριβή. Αντικατοπτρίζει το βαθμό της δέσμευσης των μελών που εμπλέκονται στη διαδικασία ομαδικής θεραπείας. Το κλίμα που επικρατεί στην ομάδα έχει βρεθεί ότι είναι παράγοντας που μπορεί να κρατήσει ένα μέλος στη θεραπευτική διαδικασία. Όσο πιο δεσμευμένα είναι τα άτομα τόσο πιο πιθανό να παραμείνουν στην ομάδα (McCallum et al., 2002).

Οι θεραπευόμενοι/ες όμως, μπορεί να εγκαταλείψουν πρόωρα την ψυχοθεραπεία για μια πληθώρα λόγων. Δεν αποτελούν όλες οι αποχωρήσεις θεραπευτικές αποτυχίες. Ωστόσο, όταν ένα άτομο παίρνει μια μονομερή απόφαση να σταματήσει η θεραπεία και αυτή η απόφαση είναι αντίθετη προς τη σύσταση του θεραπευτή του, η θεραπεία συνήθως θεωρείται ως αποτυχημένη και αναφέρεται ότι ο θεραπευόμενος εγκατέλειψε τη διαδικασία (drop out). Όταν συμβεί μια τέτοια αποχώρηση, τόσο ο θεραπευόμενος όσο και ο θεραπευτής μπορεί να έχουν μια αίσθηση ματαιώσης, να τη βιώσουν ως μια χαμένη προσπάθεια και να αποθαρρυνθούν. Στην ομαδική θεραπεία, η απόσυρση από τη διαδικασία μπορεί να διαταράξει τη θεραπεία των υπολοίπων μελών και να προκαλέσει πρόσθετες αποχωρήσεις. Τα ποσοστά των θεραπευόμενων που αποχωρούν από τη θεραπευτική διαδικασία παραμένουν αδικαιολόγητα υψηλά. Έτσι, αν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατανοήσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην απόσυρση των ατόμων από τη θεραπεία, θα μπορέσουν να εφαρμόσουν διαφορετικές μεθόδους και να μειώσουν αυτό το φαινόμενο. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ή τροποποιήσεις των υπάρχοντων θεραπευτικών τεχνικών (McCallum et al., 2002).

Ομαδική θεραπεία και γυναικείο φύλο

Γυναίκες με προβλήματα χρήσης ουσιών αναφέρουν ότι οι ομάδες γυναικών παρέχουν ένα ασφαλέστερο και πιο άνετο περιβάλλον θεραπείας (Kauffman et al., 1995). Οι ομαδικές παρεμβάσεις αποτελούν το κύριο μέσο θεραπείας των περισσότερων ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Johnson, Gibbons & Crits-Christoph, 2011). Ευρήματα από την κοινωνική ψυχολογία δείχνουν ότι το φύλο μπορεί να επηρεάσει το κατά πόσο τα άτομα που κάνουν χρήση συμμετέχουν σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες (Garcia, Bacio, Tomlinson, Ladd & Anderson, 2015; Johnson et al., 2011). Για παράδειγμα, όταν πρόκειται για μια μη-θεραπευτική ομάδα (π.χ εργασιακή ομάδα), συγκριτικά με τις γυναίκες, οι άνδρες τείνουν να μιλούν περισσότερο προκειμένου να εδραιώσουν την κυριαρχία τους (όπως με το να λένε στους άλλους τι να κάνουν, να προσφέρουν προτάσεις ή συμβουλές και να διαφωνούν ή να κριτικάρουν τη συμβολή κάποιων άλλων μελών της ομάδας) και διακόπτουν συχνότερα για να κερδίσουν «έδαφος». Οι γυναίκες από την άλλη, τείνουν να αποκαλύπτουν περισσότερα πράγματα και να μιλάνε με έναν πιο φιλικό τρόπο, χρησιμοποιώντας συμπεριφορές όπως η επιδοκιμασία, η συνεργασία, η ενεργητική ακρόαση, η συμφωνία και η έκφραση συμπάθειας και υποστήριξης. Αντίθετα, κάποιιοι υιοθετούν έναν πιο φιλικό και ευχάριστο τόνο και είναι πιο υποστηρικτικοί λεκτικά προς τις γυναίκες παρά προς τους άνδρες (Johnson et al., 2011; Leaper & Ayres, 2007).

Παρόλα αυτά, οι γυναίκες κατακρίνονται πιο έντονα όταν παραβιάζουν τις κοινωνικές επιταγές και τις νόρμες που αφορούν το φύλο, όπως για παράδειγμα όταν γίνονται χρήστριες ουσιών (Carli, 2010). Προκαλεί ενδιαφέρον το κατά πόσο οι αλληλεπιδράσεις με βάση το φύλο που συναντώνται στο γενικό πληθυσμό υπάρχουν και στις θεραπευτικές ομάδες που γίνονται για τους χρήστες ουσιών. Σύμφωνα πάντως με κάποιες μελέτες, το φύλο ίσως αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στη θεραπεία των εξαρτήσεων (Carr, 2010; Gallop et

al., 2007; Grella, 2006; Grella, Joshi & Hser, 2000; Marsh, Cao & D'Aunno, 2004). Υποστηρίζεται μάλιστα, πως οι διαφορές φύλου μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες συμμετέχουν στις ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες για τις εξαρτήσεις. Παραδείγματος χάρη, στις εξαρτημένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να προϋπάρχουν κάποιες ψυχιατρικές διαταραχές, χρήση ουσιών στην οικογένεια προέλευσης τους, έλλειψη κοινωνικής μέριμνας για τη θεραπεία τους, μικρότερα επίπεδα άρνησης και μεγαλύτερα επίπεδα ενοχής, ντροπή, κατάθλιψη και άγχος για την εξάρτηση από ότι έχουν οι άνδρες χρήστες (Johnson et al., 2011; Nelson-Zlupko et al., 1995).

Επίσης, οι γυναίκες χρήστριες αντιμετωπίζουν περισσότερα κοινωνικά προβλήματα και ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών που κάνουν, όπως είναι η διαπροσωπική βία, η σεξουαλική κακοποίηση, οι σύντροφοι χρήστες, η ανεργία, η φτώχεια, θέματα σχετικά με την περίθαλψη των παιδιών αλλά λιγότερα νομικά ζητήματα από ότι οι άνδρες (Greenfield et al., 2007; Morgenstern & Bux, 2003). Ο συνδυασμός των αυξημένων κοινωνικών και μειωμένων νομικών προβλημάτων ίσως κάνει τις εξαρτημένες γυναίκες να «αποκαλύπτονται» πιο εύκολα και να δίνουν ανατροφοδότηση και συμβουλές στις ομάδες θεραπείας των εξαρτήσεων. Παρόλο που τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν πως τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες έχουν παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα όσον αφορά τις εξαρτήσεις, μια μελέτη για τις διαφορές των φύλων σχετικά με τη θεραπεία των εξαρτήσεων έδειξε πως οι γυναίκες αναφέρουν ισχυρότερη θεραπευτική συμμαχία με το θεραπευτή τους από ότι οι άνδρες και πως αυτή η διαφοροποίηση έχει να κάνει με τα λίγο καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα των γυναικών (Johnson et al., 2011; Morgenstern & Bux, 2003).

Οι γυναίκες που επιζητούν θεραπεία λόγω εξάρτησης από ουσίες, έχουν έρθει αντιμέτωπες με δύσκολες καταστάσεις και έχουν βιώσει πολλές συναισθηματικές δυσκολίες (McComish et al., 1999; Osterling & Austin, 2008). Παλαιότερα στατιστικά στοιχεία έδειχναν ότι μεταξύ 36% και 75% έχουν ιστορικό παιδικής σωματικής, συναισθηματικής ή

σεξουαλικής κακοποίησης (Boyd, 1993; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen & Harris, 1997), ενώ σύμφωνα με άλλα στοιχεία, το 60% -75% των γυναικών που βρίσκονται σε προγράμματα θεραπείας των εξαρτήσεων έχουν υποστεί βία από τους συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους (El-Bassel et al., 2000; Elliot et al., 2005). Πολλές προέρχονται από οικογένειες στις οποίες ένας ή και οι δύο γονείς έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, δεν ήταν συναισθηματικά διαθέσιμοι ή έφυγαν από την οικογένεια, εγκαταλείποντάς την ή λόγω θανάτου (McComish et al., 1999; Tuchman, 2010).

Πολλές γυναίκες που αναζητούν θεραπεία είναι μητέρες. Κάποιες από αυτές έχουν χάσει τα παιδιά τους λόγω θανάτου ή δικαστικής απομάκρυνσης, ή έχουν απωλέσει προσωρινά την επιμέλειά τους, με την επανάκτηση της κηδεμονίας να εξαρτάται από τη θεραπεία τους (Harp & Oser, 2018; McComish et al., 1999). Το στίγμα της απώλειας της επιμέλειας των παιδιών τους και η συνακόλουθη κοινωνική άποψη της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες για το μητρικό τους ρόλο είναι ένα βάρος για αυτές τις γυναίκες (Harp & Oser, 2018; Kauffman et al., 1995; Roberts, 2002; Wells, 2011). Ένα κοινό θέμα στις ζωές πολλών γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών, από την παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση, είναι η απώλεια και το περιπεπλεγμένο πένθος (Finkelstein, 1996; Furr, Johnson & Goodall, 2015; Raskin, 1992). Η απώλεια ορίζεται ευρέως και περιλαμβάνει το θάνατο καθώς και τραυματικά ή δυσλειτουργικά γεγονότα που έχουν συμβεί στη ζωή τους. Η ομαδική θεραπεία λοιπόν, αποτελεί μια πολύτιμη βοήθεια για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών και έρχονται αντιμέτωπες με τέτοια προβλήματα, καθώς τις εντάσσει σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο (McComish et al., 1999).

Παραδείγματος χάρη, η ομάδα αυτοβοήθειας «Women for Sobriety» ιδρύθηκε το 1976 για να βοηθήσει γυναίκες με πρόβλημα αλκοολισμού να ανακάμψουν μέσω μιας θετικής, φεμινιστικής προσέγγισης που ενθαρρύνει την αυξημένη αυτοεκτίμηση και ενισχύει τη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη. Τονίζει την αξία ύπαρξης ομάδων για γυναίκες

με σκοπό τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των μελών και τη διευκόλυνση της αυτό-ανακάλυψης του εαυτού τους (Humphreys et al., 2004).

Η έκφραση του «πένθιμου» συναισθήματος σε ομάδες

Στη βιβλιογραφία για την ομαδική ψυχοθεραπεία, η έντονη έκφραση του συναισθήματος για ένα γεγονός που έχει επηρεάσει το άτομο θεωρείται ότι μπορεί να αποτελέσει θεραπευτικό παράγοντα (Leszcz, Yalom & Norden, 1985). Επιπλέον, η ισχυρή συναισθηματική απόκριση έχει ιδωθεί από τους περισσότερους κλινικούς και θεωρητικούς ως κανονική και απαραίτητη αντίδραση στην απώλεια και ένα αναπόσπαστο μέρος της «διαδικασίας του πένθους» (McCallum et al., 2002).

Οι Bonanno και Kaltman (1999) έχουν τονίσει την κοινωνική-λειτουργική επίδραση που έχει η έκφραση του πένθους. Υποστήριξαν ότι η συνεχής έκφραση αρνητικού συναισθήματος τείνει να ενοχλεί, να αποθαρρύνει και να τους αποξενώσει από τους άλλους, ενώ η έκφραση των θετικών στοιχείων τείνει να αυξάνει την επικοινωνία και την υποστήριξη από τους άλλους. Έτσι, για τα μέλη της ομάδας, η ανάδειξη των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να σχετίζεται με το dropping out, ενώ η υπεροχή της θετικής πλευράς μπορεί να συσχετίζεται με την παραμονή στην ομάδα (McCallum et al., 2002).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι για να παραμείνουν τα άτομα και να επωφεληθούν από τη θεραπεία, πρέπει να αισθάνονται θετικά ως προς την εμπειρία που βιώνουν. Ωστόσο, οι κλινικοί έχουν την τάση να επικεντρώνονται στα αρνητικά συναισθήματα κατά την αξιολόγηση μιας θεραπευτικής διαδικασίας. Επιπλέον, ενώ η «κάθαρση» αναφέρεται στην έκφραση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συναισθημάτων, τα περισσότερα θεωρητικά κείμενα δίνουν έμφαση στην αρνητική πλευρά. Η εστίαση στην αρνητική πλευρά των πραγμάτων ανταποκρίνεται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία που έχει σχέση με την απώλεια, όπου η εστίαση τείνει να είναι στον πόνο και τη θλίψη (McCallum et al., 2002).

Το πένθος σε ομάδες εξαρτημένων γυναικών

Με την αύξηση των θεραπευτικών προγραμμάτων για την κατάχρηση ουσιών με εστίαση στο φύλο, οι κλινικοί έχουν αρχίσει να εξετάζουν την επίδραση σημαντικών «απωλειών», όπως είναι ο θάνατος ή ο διαχωρισμός μητέρας-παιδιού, σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στις γυναίκες. Ένας τομέας που έχει παραμεληθεί στις αξιολογήσεις των προγραμμάτων αυτών είναι η επιρροή της απώλειας και του πένθους τόσο στην αιτιολογία της κατάχρησης ουσιών όσο και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Σε ποιοτική έρευνα που έγινε για την αξιολόγηση μιας θεραπευτικής ομάδας πένθους για γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης, εμφανίστηκε το εξής μοτίβο: οι συμμετέχουσες αναγνώριζαν την τραυματική απώλεια, τη συναισθηματική απώλεια, την εγκατάλειψη που είχαν βιώσει από τις μητέρες τους και τέλος επικεντρώνονταν στα δικά τους παιδιά. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην ομάδα για το πένθος, παρέμειναν για μεγαλύτερο διάστημα στο πρόγραμμα και ενώ στην αρχή όλες εμφάνιζαν κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην πορεία αυτό ήταν κάτι που βελτιώθηκε συγκριτικά με όσες γυναίκες δεν συμμετείχαν στην ομάδα. Εκτός από τη διάθεσή τους βελτιώθηκαν και οι γονικές τους πρακτικές και δεξιότητες (McComish et al., 1999).

Η ομαδική θεραπεία έχει αναγνωριστεί ως μια πολύτιμη θεραπευτική προσέγγιση για τις γυναίκες και ειδικά γι' αυτές που κάνουν χρήση ουσιών. Παρέχει την ευκαιρία στις γυναίκες να διερευνήσουν τις κοινές τους εμπειρίες σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον (Covington&Bloom, 2007; Greenfield et al., 2007; Greenfield, Cummings, Kuper, Wigderson & Koro-Ljungberg, 2013; Kauffman et al., 1995; McComish et al., 1999; Valeri et al., 2018). Οι Denny και Lee (1984) διεξήγαγαν μια μελέτη για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας για το πένθος σε ψυχιατρικούς ασθενείς, οι οποίοι είχαν την κατάχρηση ουσιών ως δευτερεύουσα διάγνωση. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι συμμετέχοντες στην ομάδα αυτή ήταν λιγότερο «καταθλιπτικοί» από την ομάδα ελέγχου και ήταν σε θέση να

ελέγξουν τα συναισθήματα τους για τις απώλειές τους. Φαίνεται πως η θεραπεία για το πένθος είναι χρήσιμη για να βοηθηθούν οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση ουσιών και να έχουν μια επιτυχημένη θεραπεία (McComish et al., 1999).

Γνωστικό-Συμπεριφορισμός και ομαδική θεραπεία

Οι παρεμβάσεις ομαδικής γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας απευθύνονται σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού, παρέχονται σε χαμηλό κόστος και φαίνεται πως είναι αρκετά αποτελεσματικές. Ο πρώτος που δημοσίευσε ένα πρόγραμμα ΓΣ κατεύθυνσης ήταν ο A. Lazarus το 1961, ενώ το 1979 οι Hollon και Shaw δημοσίευσαν ένα ομαδικό ΓΣ πρόγραμμα που στόχο είχε την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Στη συνέχεια, ο Freeman (1983) σε μια προσπάθεια να περάσει από το ατομικό στο ομαδικό επίπεδο, δημοσίευσε το πρώτο κείμενο ΓΣ λογικής για τη θεραπεία ζευγαριών και ομάδων (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006).

Σύμφωνα με τον Mahoney (1991), η ΓΣ θεραπεία είναι μια «φαινομενολογική προσέγγιση» καθώς αναφέρεται στο πως ο κόσμος γίνεται αντιληπτός από το άτομο όσο και οι εμπειρίες που αυτό βιώνει. Η εστίαση στη συγκεκριμένη θεωρία είναι στο παρόν, σε αυτό που συμβαίνει τώρα. Παρόλα αυτά, το παρελθόν και το μέλλον επίσης συνυπολογίζονται καθώς η παρούσα εμπειρία του ατόμου δεν είναι ανεξάρτητη από αυτά. Ο Γνωστικό-συμπεριφορισμός αποτελεί ένα πάντρεμα του συμπεριφορισμού και της γνωστικής ψυχολογίας. Κύριος στόχος της προσέγγισης αυτής είναι να κατανοηθεί το πώς οι γνωστικές διεργασίες επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και πως αυτή η αλλαγή που επιφέρουν παίζει ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006). Ακόμη, οι ΓΣ παρεμβάσεις συνήθως στοχεύουν σε δύο τομείς: (α) την αλλαγή της παραμορφωμένης σκέψης για τις ουσίες και (β) την αύξηση των προσαρμοστικών αντιδράσεων (Ouimette, Finney & Moos, 1997).

Οι Γνωστικό-συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε ομαδικό επίπεδο βασίζονται σε τρία στοιχεία: 1. Στο πρόγραμμα που υπάρχει σε κάθε συνεδρία, 2. Στην ύπαρξη επανατροφοδότησης, 3. Στη θέσπιση στόχων (White, 2000). Υπάρχει μια σειρά από ενέργειες και δραστηριότητες που είναι προγραμματισμένες για κάθε συνάντηση της ομάδας, γεγονός που βοηθάει στο να κατανέμεται καλά ο χρόνος μέσα σε αυτήν. Ακόμη, η επανατροφοδότηση μέσα στους κόλπους της ομάδας, τόσο μεταξύ των μελών όσο και με τους συντονιστές της ομάδας αποτελεί σπουδαίο στοιχείο καθώς τα άτομα μαθαίνουν να δέχονται και να αντιδρούν σε τυχόν κριτική των άλλων με ένα διαφορετικό τρόπο από αυτόν που είχαν συνηθίσει. Επιπλέον, η θέσπιση των στόχων μέσα στην ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού υποδεικνύει την κατεύθυνση προς την οποία θα κινηθεί η ομάδα, φανερώνει κατά πόσο η παρέμβαση στέφθηκε με επιτυχία ή σε ποιο βαθμό χρειάζεται να γίνουν αλλαγές. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας οι στόχοι μπορεί να μεταβάλλονται ανάλογα με τις ανάγκες αλλά και τη δυναμική της ομάδας. Η εκπλήρωση ή όχι των στόχων που θέτει μια ομάδα θα σημάνει και την συνέχιση ή τον τερματισμό της (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση εφαρμόζει μια σειρά από τεχνικές στην ομαδική θεραπεία και αυτές είναι οι εξής: α) ημερολόγια καταγραφής συναισθημάτων, σκέψεων, γνωστικών διεργασιών και συμπεριφοράς, β) γνωστικός έλεγχος των σχημάτων και των σκέψεων που είναι «ακατάλληλες» και συγκεκριμένα αυτών που αφορούν τα συμπτώματα και τη δυσλειτουργία της ομάδας, γ) καταγραφή των ερεθισμάτων που προκαλούν άγχος και δυσφορία, δ) συστηματική παρατήρηση και καταγραφή των δραστηριοτήτων με τις οποίες καταπιάνεται η ομάδα, ε) τρόποι επίλυσης προβλημάτων, στ) τεχνικές χαλάρωσης, ζ) πρόληψη επικείμενων αναχωρήσεων από την ομάδα, η) ανάθεση καθηκόντων και εργασιών για το σπίτι (Free, 2007; White, 2000).

Η ΓΣ ομαδική θεραπεία έχει έντονο συνεργατικό χαρακτήρα, καθώς τόσο οι συντονιστές όσο και τα μέλη της ομάδας εργάζονται από κοινού, προκειμένου να επιτύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Beck, 1995). Στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη συνεργασία αυτή είναι η αποδοχή όλων των μελών της ομάδας, η ειλικρίνεια, η δέσμευση στο στόχο, η κατανόηση και η ανταλλαγή εμπειριών και απόψεων. Ο ρόλος του συντονιστή σε μια ομάδα ΓΣ θεραπείας είναι καίριος, καθώς είναι αυτός που είναι υπεύθυνος για τη θέσπιση στόχων και τη σχεδίαση του προγράμματος όσο και των εργασιών για το σπίτι. Επομένως, διαθέτει ενεργή συμμετοχή μέσα στην ομάδα, χωρίς όμως να γίνεται κατευθυντικός προς τα μέλη. Αντίθετα, το έργο του είναι να αποτελέσει έναν «δίαυλο» επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη και αυτό το επιτυγχάνει θέτοντας «προκλητικές» ερωτήσεις οι οποίες προσπαθούν να προάγουν την κριτική σκέψη των μελών της ομάδας (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006).

Το όφελος που αποκομίζουν τα άτομα που συμμετέχουν στις θεραπευτικές ομάδες δεν είναι το ίδιο για όλους. Για το λόγο αυτό, όταν διαμορφώνεται μια ομάδα, ο σκοπός είναι να συμμετέχουν όσοι μπορούν να κερδίσουν κάτι από τη διαδικασία αλλά και να βοηθήσουν και οι ίδιοι στη εκπλήρωση των στόχων που θα τεθούν. Πριν την εισαγωγή ενός ατόμου στην ομάδα υπάρχουν κάποια κριτήρια καταλληλότητας τα οποία καλό θα ήταν να πληροί προκειμένου να εξελιχθεί ομαλά η διεξαγωγή της ομάδας (επιθυμία συμμετοχής, ειδικά χαρακτηριστικά κ.λ.π). Αυτό είναι καλό να συμβαίνει για να επιτυγχάνεται ένα είδος ομοιομορφίας μέσα στην ομάδα. Ακόμη, καλό θα ήταν τα μέλη που συμμετέχουν σε μια ομάδα με ΓΣ προσανατολισμό να εναρμονίζονται με αυτό τον τρόπο θεραπείας προκειμένου να ωφεληθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό από τη διαδικασία. Προκειμένου να αποφευχθούν τα προβλήματα κατά την έναρξη αλλά και κατά τη διεξαγωγή μιας ομάδας, καλό είναι να υπάρχει μια μορφή αξιολόγησης των μελών όπως επίσης οι στόχοι της να είναι σαφής και ξεκάθαροι καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Με αυτό τον τρόπο τα μέλη είναι

περισσότερο «υποψιασμένα» για το τι θα ακολουθήσει με τη συμμετοχή τους στην ομάδα όπως επίσης ξεκαθαρίζουν τα κίνητρά και οι προσδοκίες που έχουν από αυτήν (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006).

Ο σκοπός για τον οποίο υλοποιείται μια ομάδα καθορίζει και τον αριθμό των συναντήσεων που θα πραγματοποιηθούν. Ο πιο συνηθισμένος αριθμός είναι μεταξύ 10 και 16 συναντήσεων αλλά αυτό ποικίλλει κατά περίπτωση. Παραδείγματος χάρη, για μια ομάδα που έχει ως θέμα τη διαχείριση θυμού αρκούν 6 εβδομαδιαίες συναντήσεις (Siddle, Jones & Awenat, 2003) ενώ για μια ομάδα εφήβων με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να χρειαστούν και 20 συναντήσεις (Scapillato, Manassis & Jellinek, 2002). Ο χρόνος που διαρκεί μια ομάδα κυμαίνεται από πιο συχνά από 90 έως 120 λεπτά. Επιπλέον, ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν αποτελεί σταθερό στοιχείο, όμως σύμφωνα με τη βιβλιογραφία από 6-12 άτομα είναι ένα καλό νούμερο έτσι ώστε να έχουν όλα τα μέλη το «χρόνο» τους μέσα στην ομάδα αλλά και για να διαμορφωθεί η δυναμική που χρειάζεται. Καλό θα είναι οι συντονιστές μια ομάδας να είναι παραπάνω του ενός, προκειμένου το έργο τους να διευκολύνεται και να μπορούν να επεξεργάζονται όλες τις πληροφορίες που διαχέονται μέσα στην ομάδα, χωρίς να χάνουν σημαντικό υλικό (Free, 2007).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των ΓΣ ομαδικών παρεμβάσεων, αυτή αποδεικνύεται από ερευνητικά-εμπειρικά δεδομένα. Τα θετικά που έχουν οι ΓΣ παρεμβάσεις είναι ότι είναι σύντομες και επαρκής, διαθέτουν ευελιξία και μπορούν να ικανοποιήσουν έναν μεγάλο αριθμό πιθανών αιτημάτων (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006). Ακόμα και στα πλαίσια της φυλακής, τα θεραπευτικά προγράμματα συμπεριλαμβανομένων των ΓΣ παρεμβάσεων, έχουν φανεί ότι μειώνουν τις μετατραυματικές υποτροπές όπως και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Zlotnick, Johnson & Najavits, 2009). Οι ΓΣ παρεμβάσεις ενδείκνυνται ως αποτελεσματικές και σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν δυσκολίες, όπως

στην περίπτωση της χρήσης ουσιών και του μετατραυματικού στρες (Navajits, Weiss & Liese, 1996).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιοι ενδεχόμενοι λόγοι για τους οποίους οι ατομικές ΓΣ παρεμβάσεις εμφανίζουν ελαφρώς καλύτερα αποτελέσματα από τις ομαδικές. Αρχικά η διάρκεια των ομαδικών παρεμβάσεων είναι μικρότερη και έτσι τα άτομα έχουν περιορισμένο χρόνο για να αλληλοεπιδράσουν με τους συντονιστές, αφού αυτός μοιράζεται ανάμεσα στα μέλη και έτσι η ανατροφοδότηση που μπορούν να δώσουν στο κάθε ένα άτομο περιορίζεται. Ακόμη, τα άτομα μέσα σε μια ομάδα μπορεί να αποσπώνται από τη συμπεριφορά ή ακόμα και τις κινήσεις των άλλων ενώ καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας στόχος είναι να ικανοποιούνται οι συνολικές ανάγκες και όχι εξατομικευμένες. Χαρακτηριστικό είναι ότι παρόλο που οι αποχωρήσεις από μια ομαδική διαδικασία είναι πιο σπάνιες, σε άτομα που δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν το είδος της θεραπείας τους, η πλειοψηφία επέλεξε την ατομική έναντι της ομαδικής (Sharp, Power & Swanson, 2004).

Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης με αγωνιστές των υποδοχέων των οπιοειδών, όπως η μεθαδόνη, η μορφίνη ή το οπιοειδές βουπρενορφίνη, για τη μείωση της χρήσης ηρωίνης και της επίδρασής στη σωματική και ψυχική υγεία πρωτοπαρουσιάστηκε σε αρκετές μελέτες για τη χρήση μεθαδόνης στις Η.Π.Α τη δεκαετία του 1960 (Herdener, Dürsteler, Seifritz & Nordt, 2017). Έκτοτε, ο συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας με υποκατάστατα φάρμακα έχει γίνει αντικείμενο πληθώρας μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητά του (Gossop, Marsden, Stewart & Kidd, 2003). Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι τα μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα που προέκυψαν σχετικά με τη χρήση ηρωίνης και τη θνησιμότητα, συνδέθηκαν κυρίως με τη χρήση του υποκατάστατου φαρμάκου

και τα «κλειστά» προγράμματα παραμονής ατόμων με προβλήματα χρήσης και όχι με την αποτοξίνωση από τις ουσίες (Teesson et al., 2008).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η θεραπεία με τη χρήση υποκατάστατων φαρμάκων συνδυαστικά με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αποτελούν την πιο συχνή μορφή θεραπείας για την εξάρτηση από οπιοειδή στην Ευρώπη (Kourounis et al., 2016). Η πλειοψηφία των χρηστών οπιοειδών απευθύνεται σε προγράμματα υποκατάστασης και η συγκεκριμένη μορφή φαρμακευτικής θεραπείας έχει αναδειχτεί ως η πιο επιτυχημένη για το συγκεκριμένο πληθυσμό (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010; Herdener et al., 2017; Kourounis et al., 2016). Με βάση τις αρχές της ψυχοφαρμακολογίας, η θεραπεία υποκατάστασης παρουσιάζεται ως πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την απεξάρτηση σε «στεγνά» προγράμματα, όσον αφορά τη διατήρηση των ατόμων στη θεραπεία και την αποχή τους από τη χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών. Η χορήγηση υποκαταστάτων μειώνει την ακαταμάχητη επιθυμία για χρήση (craving), την ανοχή, τα στερητικά συμπτώματα και την πιθανότητα υποτροπής, τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV και την πιθανότητα θανάτου από εγκληματική συμπεριφορά ή από υπερβολική δόση (EMCDDA, 2015; WHO, 2009).

Ακόμη, η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να επηρεάζει όχι μόνο τη μείωση της χρήσης ηρωίνης αλλά και τη μείωση της παράλληλης χρήσης ουσιών, όπως είναι η κοκαΐνη και οι βενζοδιαζεπίνες (Borg, Broe, Ho & Kreek, 1999; Bravo et al., 2010). Παρόλα αυτά, η επίδραση των υποκαταστάτων στην ταυτόχρονη χρήση ουσιών δεν έχει ακόμα διερευνηθεί επαρκώς, όπως επίσης δεν έχει αποσαφηνιστεί η μεταβολή της ανά διαστήματα για μέλη προγραμμάτων υποκατάστασης (Herdener et al., 2017). Εξάλλου, η πλήρης αποχή από τις ουσίες δεν αποτελεί όρο για την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών στα προγράμματα υποκατάστασης, όπου και παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης ουσιών (Kourounis et al., 2016).

Παρόλα όμως τα στοιχεία που υποστηρίζουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη χρήση υποκαταστάτων (Davstad, Stenbacka, Leifman&Romelsjo, 2009; WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), και η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν είναι ακόμη σαφής σχετικά με το ποιο είναι το βέλτιστο κλινικό πλαίσιο για την ανάπτυξη τέτοιων πρακτικών. Αυτή η γνώση θα αποφέρει μεγάλο όφελος για τη χάραξη νέας πολιτικής από τους υπεύθυνους των θεραπευτικών προγραμμάτων και τους θεραπευτές για την προώθηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Πιο σημαντικό όμως είναι ότι η διαθεσιμότητα υποκαταστάτων στα κατάλληλα πλαίσια θεραπείας μπορεί να συμβάλλει στη μείωση της βλάβης, στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των χρηστών και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Chang et al., 2015; Feelemyer et al., 2014; Nosyk et al., 2011).

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, από το 1995 λειτουργεί ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA), ο οποίος ξεκίνησε ως πιλοτικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης, βραχείας διάρκειας, με απώτερο στόχο την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες. Εμπειρικά στοιχεία έδειξαν, ότι η πλήρης απεξάρτηση επιτυγχάνεται από τη μειονότητα των ατόμων που συμμετέχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα, σε ένα ποσοστό της τάξεως του 10% και πως η πλειοψηφία χρειάζεται τη μακρόχρονη χορήγηση του φαρμάκου για λόγους συντήρησης. Αυτός ο ιδεολογικός προσανατολισμός υιοθετήθηκε από τον OKANA και υπάρχει στο πλαίσιο λειτουργίας του από το 2002, χωρίς όμως να επέλθει κάποια δραματική αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του. Οι «Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης» (ΜΟΘΕ), όπως αποκαλούνται, του OKANA, συνδυάζουν τη χορήγηση υποκατάστατων φαρμάκων και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, ασπάζονται δηλαδή το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και επιφέρουν θετικά αποτελέσματα (OKANA, 2012).

Υπάρχει ένα δίκτυο θεραπευτικών μονάδων σε όλη την Ελλάδα, οι οποίες ασπάζονται την ίδια φιλοσοφία, υπόκεινται στο ίδιο πλαίσιο λειτουργίας αλλά η καθεμία λειτουργεί με αυτόνομο τρόπο ανάλογα με τους κανόνες που ορίζει η εκάστοτε διεπιστημονική ομάδα.

Όσον αφορά τις μονάδες της επαρχίας, στις περισσότερες δεν υπάρχει λίστα αναμονής και όλες οι υπηρεσίες παρέχονται από το προσωπικό του προγράμματος χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής των ατόμων σε άλλες εξωτερικές δομές. Ακόμη, οι δομές της περιφέρειας χρησιμοποιούν ως υποκατάστατη ουσία αποκλειστικά τη βουπρενορφίνη και έχουν ενσωματωμένες όλες τις φάσεις θεραπείας έτσι όπως ορίζονται από τον κανονισμό λειτουργίας, πρόκειται δηλαδή για πολυφασικές δομές (ΟΚΑΝΑ, 2012).

Στη μονάδα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ που λειτουργεί στο Γ.Ν Βόλου «Αχιλλοπούλειο», χρησιμοποιείται η βουπρενορφίνη ως φαρμακευτικό μέσο θεραπείας. Λειτουργεί στην πόλη του Βόλου από το 2008, εξυπηρετεί περίπου 250 ενεργούς χρήστες ουσιών και παρέχει εκτός από το υποκατάστατο, ιατρική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στα μέλη του. Στην συγκεκριμένη μονάδα, εκτός από τα ατομικά ραντεβού τα μέλη έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν και σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες. Εκτός από τη νεοσύστατη ομάδα γυναικών, που πραγματοποιήθηκε με αφορμή την πρόταση για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας, υπάρχει η ομάδα της κοινωνικής επανένταξης η οποία μετρά πέντε χρόνια λειτουργίας, αρκετές συμμετοχές αλλά και επιτυχείς αποφοιτήσεις μελών. Τα προηγούμενα χρόνια λειτουργούσε στο πρόγραμμα μικτή ομάδα μελών που βρίσκονται στη φάση της υποκατάστασης αλλά και ομάδα νεαρών χρηστών. Σημαντικό στοιχείο είναι ότι τα τελευταία χρόνια έχει καταργηθεί η λίστα αναμονής, γεγονός που έχει διευκολύνει την πρόσβαση νέων μελών στο πρόγραμμα.

Ποιοτική έρευνα και εξαρτήσεις

Η ποιοτική έρευνα φαίνεται πως αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την ανάδειξη των νοημάτων που οι χρήστες αποδίδουν στις ουσίες και στο βίωμά τους, όπως επίσης και στις σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ τους και δίνουν χώρο στα νοήματα αυτά να διαγωνιστούν. Οι ποιοτικές μελέτες στο χώρο των εξαρτήσεων, αν και αποτελούν τη

μειοψηφία (Rhodes, 2010), έχουν συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης και των προεκτάσεών της, έχουν καταρρίψει κάποιους μύθους και στερεότυπα σχετικά με τη χρήση και τους ίδιους τους χρήστες και έχουν αποτελέσει κατά καιρούς τη φωνή των χρηστών για τις παροχές που λαμβάνουν και για τις ανάγκες που έχουν (Neale, Allen & Coombes, 2005).

Οι μελετητές που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα, εξετάζουν τα φαινόμενα στο φυσικό τους περιβάλλον και σκοπός τους είναι να κατανοήσουν πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται, δρουν και διαχειρίζονται τις καταστάσεις της καθημερινότητάς τους (Miles & Huberman, 1994). Σύμφωνα με τον Rhodes (2000), η ποιοτική έρευνα στο πεδίο των εξαρτήσεων, ενδιαφέρεται να περιγράψει τόσο τις κοινωνικές ερμηνείες που αποδίδουν τα άτομα στη χρήση ουσιών που κάνουν όσο και τις κοινωνικές διαδικασίες μέσω των οποίων δημιουργούνται, αναπαράγονται και ενδυναμώνονται αυτές οι κοινωνικές αναπαραστάσεις (Neale et al., 2005; Rhodes, 2010). Πιο συγκεκριμένα, η ποιοτική έρευνα εστιάζει στις βιωμένες εμπειρίες των ατόμων και στην εκτίμηση των λόγων για τους οποίους εκδηλώνεται η εξαρτητική συμπεριφορά καθώς και στο πώς αυτή γίνεται αντιληπτή σε διαφορετικά πλαίσια από διαφορετικές μεταξύ τους κοινωνικές ομάδες (Neale et al., 2005).

Οι ποιοτικές τεχνικές είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές στην εξέταση ευαίσθητων ή παράνομων καταστάσεων/δραστηριοτήτων όπως είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι ποιοτικοί ερευνητές έρχονται συστηματικά αντιμέτωποι με λεπτομερείς αφηγήσεις για εμπόριο και χρήση ναρκωτικών, εγκληματικές συμπεριφορές, σεξουαλική κακοποίηση και άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Και πάλι, το αίσθημα εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης που προκύπτει μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων στην έρευνα διευκολύνει τις προσωπικές αφηγήσεις για δύσκολα θέματα. Ομοίως, η ευαισθησία των ποιοτικών ερευνητών στην κοινωνική και η πολιτισμική ιδιαιτερότητα του πληθυσμού της έρευνας, μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα ενσυναίσθησης των συμμετεχόντων και να τους ενθαρρύνει να

αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες για τη ζωή τους (Allen, 2002; Anderson & Dubois, 2007).

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το βίωμα των γυναικών από τη συμμετοχή τους στην ομάδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης-συμβουλευτικής που δημιουργήθηκε στη ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ Βόλου και αφορούσε αποκλειστικά τις γυναίκες-μέλη του προγράμματος. Η μελέτη αποτελεί την αφορμή για να διερευνηθεί το πώς βιώνουν οι γυναίκες που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης, όπου αποτελούν τη μειοψηφία του πληθυσμού, τη συμμετοχή τους σε μια ομάδα που απευθύνεται αποκλειστικά σε εκείνες και είναι η πρώτη φορά που πραγματοποιείται στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο. Η ομάδα που δημιουργήθηκε βασίστηκε στις αρχές της Γνωστικο-Συμπεριφορικής θεραπείας ως προς τον τρόπο λειτουργίας της και απαρτιζόταν από γυναίκες που δεν παρουσίαζαν «ομοιογένεια» ως προς κάποια χαρακτηριστικά, με εξαίρεση τις μεταβλητές του φύλου και της χρήσης.

Μεθοδολογία έρευνας

Βασικά σημεία της ποιοτικής έρευνας είναι η φυσιολογική ροή της διαδικασίας και ο μη κατευθυντικός της χαρακτήρας, που στόχο έχει την παραγωγή νέας γνώσης μέσω διαδικασιών που πραγματοποιούνται με ανοικτό και ευέλικτο τρόπο (Κασσέρη, 2011). Στο επίκεντρο της ποιοτικής έρευνας βρίσκεται το ίδιο το άτομο και η βιωμένη εμπειρία του και γι' αυτό ο λόγος του είναι κυρίαρχος και αποτελεί το αντικείμενο προς μελέτη (Λαϊνάς, 2013). Ο «λόγος» είναι κυρίαρχος στην ερμηνευτική ανάλυση, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα, αφού η γλώσσα εκτός από «μέσο» περιγραφής της κοινωνικής πραγματικότητας αποτελεί και τον «δημιουργό» αυτής σε δεδομένο χρόνο και τόπο (Τσιώλης, 2014).

Ο/η ερευνητής/τρια έχει τη δυνατότητα μέσα από την ποιοτική μέθοδο να εμβαθύνει στην εμπειρία των ατόμων και να κατανοήσει τη σημασία που έχει για εκείνα το εκάστοτε βίωμα/φαινόμενο (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008). Δεν είναι παθητικός αποδέκτης των πληροφοριών αλλά συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία συμπαραγωγής δεδομένων, στην ανάλυσή τους και στη δημιουργία νέας γνώσης μέσα από την ουσιαστική αλληλεπίδρασή του με τα υποκείμενα της έρευνάς του (Mertens, 2009). Σημαντικό ρόλο στη συγκεκριμένη μέθοδο παίζει και η κουλτούρα και οι πολιτισμικές επιρροές του/της ερευνητή/ριας, οπότε η κρίση του έχει μεγάλη βαρύτητα για τη διαδικασία. Ακόμη, τα ευρήματα των ποιοτικών ερευνών αποτελούν την αρχή για μια σειρά νέων ερευνών καθώς συνεχώς προκύπτουν καινούργια ζητήματα προς διερεύνηση και εγείρονται διάφοροι προβληματισμοί στους ερευνητές (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008).

Η ποιοτική μέθοδος δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να «ακουστούν» και να εκφραστούν με τον οποιοδήποτε τρόπο (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008). Εξέχουσα σημασία στον συγκεκριμένο τύπο έρευνας παίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο εξετάζεται ένα φαινόμενο, μια συμπεριφορά. Τέλος, για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα κοινωνικά και ιστορικά πλαίσια μέσα στα οποία παράγεται η γνώση και η θέασή τους να γίνεται στο φυσικό τους περιβάλλον (Τσιώλης, 2014).

Μέθοδος παραγωγής ποιοτικών δεδομένων

Στην ποιοτική έρευνα υπάρχουν πολλαπλές μέθοδοι παραγωγής δεδομένων όπως είναι η προσωπική αφήγηση βιωμάτων, η βιογραφική αφήγηση, η παρατήρηση, οι ιστορικές πληροφορίες και η συνέντευξη. Σε πολλές ποιοτικές έρευνες συχνά χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι για την καλύτερη περιγραφή ενός συμβάντος και απόδοση του κατάλληλου νοήματος (Christensen, 2007). Τα ερευνητικά ερωτήματα που θα θέσει ο ερευνητής αποτελούν το γνώμονα για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου (Τσιώλης, 2014).

Αναφορικά με το προς διερεύνηση θέμα, το καταλληλότερο εργαλείο για την παραγωγή του υλικού αναδείχθηκε η συνέντευξη και συγκεκριμένα η ημι-δομημένη (semi-structured), λόγω του τρόπου με τον οποίο δομήθηκε η διαδικασία. Εξάλλου, στις ερμηνευτικές φαινομενολογικές αναλύσεις, η ημι-δομημένη συνέντευξη αποτελεί το πιο δημοφιλές εργαλείο παραγωγής δεδομένων (Smith et al., 2009).

Η συνέντευξη ως τεχνική παραγωγής πληροφοριών έχει κατευθυνόμενο περιεχόμενο που οδηγεί στην εκπλήρωση ενός συγκεκριμένου στόχου, με καθορισμένους τους ρόλους των συμμετεχόντων (συνεντευκτή/ρια-συνεντευξιαζόμενου/η. Η ημι-δομημένη συνέντευξη έχει ένα πιο ελεύθερο στυλ, όχι τόσο τυποποιημένο με αποτέλεσμα ο/η συνεντευκτής/ρια να μην χρειάζεται να εμμένει αυστηρά στο αρχικό πλάνο των ερωτήσεων και να δίνει περισσότερο «χώρο» στον/ην συνεντευξιαζόμενο/η (Heiden & Hersen, 2011).

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα κάλυπταν τους εξής θεματικούς άξονες: α) Γενικά στοιχεία των γυναικών για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα υποκατάστασης, β) Συμμετοχή στην ομάδα γυναικών (προσδοκίες-ανάγκες), γ) Βιωματική εμπειρία της ομάδας, δ) Εστίαση στο «φύλο» της ομάδας, ε) Ελεύθερες διατυπώσεις, σχόλια-παρατηρήσεις. Επίσης, ήταν ανοιχτού τύπου ερωτήσεις με σκοπό να μην μπορούν να απαντηθούν με «ναι» ή «όχι» και να μην έχουν κατευθυντικό χαρακτήρα έτσι ώστε να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις των συμμετεχουσών (*Οι ερωτήσεις παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας*). Οι θεματικές αυτές ενότητες και οι ερωτήσεις δημιουργήθηκαν μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για τις γυναίκες χρήστριες που είναι μέλη θεραπευτικών προγραμμάτων και για τις ομαδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με εστίαση στο γυναικείο φύλο.

Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Ως καταλληλότερη μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων ορίζεται η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (Interpretative Phenomenological Analysis), η οποία επικεντρώνεται στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα ή οι ομάδες προσδίδουν νόημα στον κοινωνικό τους κόσμο και συνθέτουν το βίωμά τους σχετικά με το θέμα που εξετάζεται (Τσιώλης, 2014; Lewis, 2015). Ο Jonathan Smith (1990) ήταν αυτός που εισήγαγε την ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση ως ερευνητικό εργαλείο της ποιοτικής μεθοδολογίας, ιδιαίτερα για τον κλάδο της ψυχολογίας με σκοπό να διερευνηθούν οι διαφορετικοί τρόποι θέασης της κοινωνικής πραγματικότητας. Η συγκεκριμένη μέθοδος αναγνωρίζει ότι οι διαφορετικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κόσμο με πολύ ξεχωριστό τρόπο, ο οποίος εξαρτάται από την προσωπικότητά τους, τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής τους και τα κίνητρά τους. Προσπαθεί λοιπόν να διερευνήσει και να κατανοήσει τις υποκειμενικές έννοιες που αποδίδονται στα γεγονότα, στις καταστάσεις και στις εμπειρίες από κάθε άτομο (Smith & Osborn, 2004; Langdrige, 2007). Ακόμη, στην ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση η οπτική του/της ερευνητή/τριας δεν είναι ανεξάρτητη από την ερευνητική διαδικασία, αλλά αποτελεί μέρος της (Smith & Eatough, 2007).

Αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία των απομαγνητοφωνήσεων ακολούθησε η εξοικείωση της ερευνήτριας με το υλικό των συνεντεύξεων και το επόμενο στάδιο ήταν αυτό των αρχικών κωδικοποιήσεων. Στη συνέχεια έγινε αναζήτηση για τα ευρύτερα θέματα που προέκυψαν μέσα από τις κωδικοποιήσεις τα οποία επανεξετάστηκαν στην πορεία ώστε να προκύψει ο τελικός καθορισμός τους.

Συμμετέχουσες και ερευνητικό υλικό

Οι συμμετέχουσες επελέγησαν με τη στρατηγική της δειγματοληψίας κριτηρίου κατά την οποία η ερευνήτρια ορίζει ένα κριτήριο με βάση το οποίο θα επιλέξει τα άτομα που ανταποκρίνονται στο κριτήριο αυτό (Τσιώλης, 2014). Στη συγκεκριμένη περίπτωση ως

κριτήρια τέθηκαν το φύλο, να είναι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών, να είναι μέλη του προγράμματος υποκατάστασης της ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ Βόλου και να συμμετέχουν στην ομάδα των γυναικών. Ακόμη, βασική προϋπόθεση ήταν η συμμετοχή τους στην πλειοψηφία των συναντήσεων και η παραμονή τους στην ομάδα μέχρι την ολοκλήρωσή της. Αυτές οι προϋποθέσεις πληρούνταν κατά κύριο λόγο από πέντε (5) άτομα με τα οποία διεξήχθησαν και οι συνεντεύξεις. Μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που συμμετείχαν στην ομάδα και μετέπειτα στις συνεντεύξεις ήταν τα 37 έτη, καθώς η μικρότερη ηλικιακά γυναίκα ήταν 31 ετών και η μεγαλύτερη 43.

Το ερευνητικό υλικό που συλλέχθηκε αποτελούνταν και από τις προσωπικές σημειώσεις της ερευνήτριας, οι οποίες είχαν τη μορφή ερευνητικού ημερολογίου. Περιλάμβαναν τα στοιχεία εκείνα που έκαναν εντύπωση στην ίδια κατά τη διαδικασία διεξαγωγής της ομάδας, τις προσωπικές της σκέψεις και απορίες όπως και τα συναισθήματα και τον αναστοχασμό της πάνω στις διαδικασίες που συνέβαιναν. Βέβαια, το κύριο ερευνητικό εργαλείο ήταν οι πέντε (5) συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με τις συμμετέχουσες της ομάδας, μετά την ολοκλήρωση του κύκλου των συναντήσεων. Οι συνεντεύξεις ποίκιλλαν σε διάρκεια, με μέσο όρο τα 60 λεπτά, με τη μεγαλύτερη να έχει διάρκεια 92 λεπτά και τη μικρότερη 43 λεπτά. Η μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων έγινε με ηλεκτρονικό υπολογιστή και η απομαγνητοφώνηση πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά από την ερευνήτρια προκειμένου να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας. Επιπλέον, τα ονόματα που παρατίθενται στην ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιούνται χάριν ευκολίας, και δεν αντιστοιχούν στα πραγματικά ονόματα των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα για δεοντολογικούς λόγους. Ακολουθεί ένας πίνακας με κάποια δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών της έρευνας.

Πίνακας 1

Συμμετέχουσες	Ηλικία	Χρόνια στο πρόγραμμα
Άννα	43	8
Ευτυχία	34	5
Λία	31	3
Μαίρη	38	6
Σμαρώ	33	7

Προσέγγιση στο πεδίο

Ένας μεγάλος προβληματισμός που προέκυψε κατά τη διαδικασία σχεδιασμού της έρευνας, ήταν αν αυτή θα μπορέσει να υλοποιηθεί στους χώρους κάποιου θεραπευτικού προγράμματος. Σε αυτό βοήθησε ιδιαίτερα η πρακτική άσκηση στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σε διάφορες μονάδες του ΟΚΑΝΑ, κάτι που διευκόλυνε την πρόσβαση της ερευνήτριας στο πεδίο. Η δυνατότητα πρόσβασης του/της ερευνητή/ριας στο πεδίο αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση καθώς η ύπαρξη μιας ιδέας για έρευνα δεν σημαίνει αυτομάτως την επιτυχή υλοποίησή της (Κασσέρη, 2011). Σημαντικές έννοιες κατά τη διαδικασία αυτή είναι η *πρόσβαση (access)* και η *είσοδος (entry)* στο πεδίο της έρευνας όπως και ο *συναισθηματικός δεσμός (rapport)* με τους/τις συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνα (Harrington, 2003).

Η παρούσα έρευνα ξεκίνησε στα τέλη του 2017, όποτε και ξεκίνησε η πρακτική άσκηση της ερευνήτριας στη μονάδα υποκατάστασης ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ στο Βόλο. Τέθηκε στη θεραπευτική ομάδα το αίτημα δημιουργίας ομάδας γυναικών προκειμένου να μπορέσει να διεξαχθεί η έρευνα πάνω σε αυτή καθώς μέχρι τότε δεν είχε υπάρξει αντίστοιχη ομάδα με βάση το φύλο στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Η θεραπευτική ομάδα ενέκρινε θετικά το συγκεκριμένο αίτημα καθώς αποτελούσε και για τους ίδιους τους εργαζομένους μια καινούργια πρόκληση. Έτσι, φαίνεται πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη των λεγόμενων «θυροφυλάκων» (*gatekeepers*) στη διεξαγωγή μιας έρευνας καθώς με αυτό τον τρόπο αποκαλούνται κάποια άτομα που κατέχουν κάποιες θέσεις-κλειδιά και συνήθως έχουν την ισχύ να αποφασίσουν για την πραγματοποίηση ή μη της εκάστοτε έρευνας (Κασσέρη, 2011).

Εκτός όμως από το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας του ΟΚΑΝΑ στο Βόλο έπρεπε να υπάρξει η έγκριση και του Κέντρου Εκπαίδευσης και Εποπτείας του ΟΚΑΝΑ, στο οποίο στάλθηκε αναλυτική περιγραφή της έρευνας και του τρόπου διεξαγωγής της. Έπειτα από τη λήψη της έγκρισης, η ερευνήτρια ήρθε σε συνεννόηση με τις συντονίστριες της ομάδας για το σχεδιασμό και τους όρους που θα διέπουν τις συναντήσεις. Η ερευνήτρια ορίστηκε ότι θα κατέχει το ρόλο της παρατηρήτριας στην ομάδα προκειμένου να μην επηρεάζει με λεκτικό τρόπο τη διαδικασία και αποφασίστηκε να συμμετέχει σε όλες τις συναντήσεις της ομάδας, οι οποίες θα είχαν συγκεκριμένο αριθμό έτσι ώστε να καλύπτει το διάστημα μέχρι την ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης της ερευνήτριας στη μονάδα υποκατάστασης.

Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας

Η διαδικασία ξεκίνησε με την έντυπη ενημέρωση των γυναικών του προγράμματος για τη δημιουργία νέας ομάδας που αφορά αποκλειστικά γυναίκες και εκείνες είχαν τη δυνατότητα να δηλώσουν είτε στους νοσηλευτές του προγράμματος είτε στους θεραπευτές τους την επιθυμία για συμμετοχή στην ομάδα. Δεν υπήρχε όριο συμμετοχών και έτσι το σύνολο των γυναικών που εκδήλωσε επιθυμία συμμετοχής αρχικά ήταν 17 άτομα.

Η ομάδα πραγματοποίησε συνολικά 16 συναντήσεις, οι οποίες πραγματοποιούνταν σε εβδομαδιαία βάση στο χώρο της μονάδας του ΟΚΑΝΑ και είχαν διάρκεια 90' λεπτά. Η ομάδα ολοκληρώθηκε σε διάστημα πέντε (5) μηνών, με ημερομηνία έναρξης τις 27/11/17 και ολοκλήρωσης τις 30/04/18. Κάθε συνεδρία ήταν δομημένη, με θεματολογία η οποία ορίστηκε από τις ίδιες τις γυναίκες ενώ γινόντουσαν και διάφορες ασκήσεις κατά τη διάρκεια οι οποίες ήταν βασισμένες στις αρχές της Γνωστικο-Συμπεριφορικής Θεραπείας (π.χ ασκήσεις χαλάρωσης, παιχνίδια ρόλων κλπ).

Στην πρώτη συνάντηση της ομάδας, οι δύο (2) συντονίστριες, οι οποίες ανήκαν στο θεραπευτικό προσωπικό της μονάδας (κοινωνιολόγος-κοινωνική ψυχολόγος και κλινική ψυχολόγος) καθώς και η ερευνήτρια παρουσίασαν με λίγα λόγια τον εαυτό τους και το ρόλο τους στην ομάδα. Όσον αφορά τη θέση της ερευνήτριας μέσα στην ομάδα, ζητήθηκε η σύμφωνη συγκατάθεση των γυναικών καθώς αποτελούσε ένα μη γνώριμο πρόσωπο για εκείνες. Ο λόγος των συντονιστριών για την ερευνήτρια λειτούργησε θετικά στη σύμφωνη γνώμη των γυναικών καθώς είναι άτομα που ξέρουν και εμπιστεύονται περισσότερο. Από την πρώτη στιγμή, οι γυναίκες ενημερώθηκαν ότι θα πραγματοποιηθεί συγκεκριμένος αριθμός συναντήσεων της ομάδας, σε συγκεκριμένη μέρα και ώρα, σε εβδομαδιαία βάση. Ακόμη, γνωστοποιήθηκε και ο σκοπός της παρουσίας της ερευνήτριας στην ομάδα, ο οποίος ήταν η εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας.

Στη συνέχεια, ο λόγος δόθηκε στις γυναίκες που παρευρέθηκαν στην ομάδα, οι οποίες στο σύνολο ήταν επτά (7) στην πρώτη συνάντηση, προκειμένου να παρουσιάσουν με λίγα λόγια τον εαυτό τους και να γνωριστούν με τα υπόλοιπα μέλη. Οι περισσότερες γνωρίζονταν μεταξύ τους καθώς μοιράζονται κοινούς χώρους στη μονάδα υποκατάστασης, μέσω της ομάδας όμως θα έμπαιναν στη διαδικασία να γνωριστούν σε βάθος. Ο αριθμός των γυναικών που παρακολουθούσε την ομάδα ποίκιλλε ανά συνάντηση, με μέσο όρο τα πέντε (5) άτομα κάθε φορά.

Επιπλέον, υπήρξε ενημέρωση στις γυναίκες πως μετά την ολοκλήρωση των προγραμματισμένων συναντήσεων της ομάδας, όσες γυναίκες επιθυμούσαν θα πραγματοποιούσαν ατομική συνέντευξη με την ερευνήτρια, η οποία θα είχε ως βασική της θεματική ζητήματα που αφορούσαν την ομάδα. Όλες οι γυναίκες, αφού εξέφρασαν τις όποιες απορίες μπορεί να είχαν για τη διαδικασία, ανταποκρίθηκαν θετικά στο κάλεσμα της ερευνήτριας.

Ως χώρος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ορίστηκε η ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ στο Βόλο, και ειδικότερα η αίθουσα στην οποία πραγματοποιούνταν οι συναντήσεις της ομάδας προκειμένου να αποτελεί ένα εύκολα προσβάσιμο και οικείο περιβάλλον για τις γυναίκες, το οποίο θα τους προκαλούσε μεγαλύτερο αίσθημα εμπιστοσύνης. Συμπληρωματικά με τις συνεντεύξεις, η ερευνήτρια κρατούσε και σημειώσεις με μορφή ερευνητικού ημερολογίου κατά τη διαδικασία διεξαγωγής της ομάδας, για το οποίο ήταν ενήμερες οι γυναίκες από την πρώτη στιγμή.

Δεοντολογικά ζητήματα

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στην ενήμερη και ελεύθερη συγκατάθεση των συμμετεχουσών στην έρευνα αλλά και στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της προστασίας τους από κάθε ενδεχόμενη βλάβη. Κάθε συμμετέχουσα έλαβε γραπτώς αφενός μία «Επιστολή προς την συμμετέχουσα στην έρευνα», στην οποία αναφερόταν η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών και της διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων και αφετέρου ένα «Έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετέχουσα στην έρευνα», με το οποίο η συμμετέχουσα-ερωτώμενη δήλωνε ότι έχει ενημερωθεί πλήρως για το σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα παρέχει, καθώς και το δικαίωμα να σταματήσει τη συμμετοχή της στην έρευνα χωρίς οποιαδήποτε αιτιολόγηση. Φυσικά, ζητήθηκε και η άδεια του φορέα για τη διενέργεια των συνεντεύξεων με τις γυναίκες στο χώρο της μονάδας.

Ανάλυση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του υλικού των συνεντεύξεων κατηγοριοποιούνται σε (5) πέντε υπερθεματικές κατηγορίες: 1. Συμμετοχή στο πρόγραμμα υποκατάστασης, 2. Συμμετοχή στην ομάδα γυναικών, 3. Βιωματική εμπειρία της ομάδας, 4. Εστίαση στο φύλο της ομάδας, 5. Απολογισμός/επαναπροσδιορισμός της ομάδας. Η ανάλυση έγινε τόσο σε επίπεδο περιεχομένου όσο και σε ερμηνευτικό επίπεδο και βασικός στόχος ήταν να αναδειχθεί το προσωπικό νόημα και η διαδικασία νοηματοδότησης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για ανθρώπους που μοιράζονται μια εμπειρία.

Σε πρώτη φάση, οι συμμετέχουσες μιλώντας για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης αναφέρθηκαν στην περίοδο πριν αλλά και κατά την είσοδό τους σε αυτό, στους λόγους εισόδου στο πρόγραμμα, στο νόημα που αποδίδουν στη χρήση του υποκατάστατου αλλά και γενικότερα στις υπηρεσίες που λαμβάνουν από το πρόγραμμα και στον τρόπο που οι ίδιες βλέπουν τον εαυτό τους τόσο εντός όσο και εκτός χρήσης. Στη συνέχεια, μίλησαν σχετικά με τους λόγους που μπήκαν στην ομάδα γυναικών, στις προσδοκίες και τις ανάγκες που ήθελαν να καλύψουν και στα θέματα που τις απασχολούσαν. Σημαντικό τμήμα των συνεντεύξεων αφιερώθηκε στο πως βίωσαν οι γυναίκες τη συμμετοχή τους στην ομάδα, στις σκέψεις που είχαν, στο πως ένιωσαν, στις σχέσεις που δημιούργησαν, στις δυσκολίες που συνάντησαν και στα οφέλη που αποκόμισαν. Ακόμη, έγινε συζήτηση γύρω από το γεγονός ότι η ομάδα ήταν αμιγώς γυναικεία και στις δυναμικές που αναπτύχθηκαν. Τέλος, έγινε ένας απολογισμός της διαδικασίας από τις συμμετέχουσες αλλά δόθηκε και «χώρος» για να αναπτύξουν ελεύθερα τις σκέψεις τους.

Παρακάτω βρίσκεται ένας συγκεντρωτικός πίνακας με τα υπερθέματα και τα υποθέματα που προέκυψαν και ακολουθεί η ανάλυσή τους, η οποία θα εμπλουτιστεί με χαρακτηριστικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις. Το θεωρητικό πλαίσιο και οι ερωτήσεις

της συνέντευξης δεν τέθηκαν υπ' όψη κατά την ανάλυση και την κατηγοριοποίηση των δεδομένων παρά μόνο οι απόψεις και οι απαντήσεις των συμμετεχουσών.

Πίνακας 2

ΥΠΕΡΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
Συμμετοχή στο πρόγραμμα υποκατάστασης	<ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος στο πρόγραμμα και προηγούμενη περίοδος • Λόγοι ένταξης στο πρόγραμμα υποκατάστασης • Σχετικά με το υποκατάστατο • Υπηρεσίες του προγράμματος • Προσωπικοί χαρακτηρισμοί/ αυτοεικόνα • Κοινωνικό στίγμα
Συμμετοχή στην ομάδα γυναικών	<ul style="list-style-type: none"> • Λόγοι συμμετοχής στην ομάδα • Προσδοκίες-ανάγκες • Θέματα προς συζήτηση
Βιωματική εμπειρία της ομάδας	<ul style="list-style-type: none"> • Πρώτες σκέψεις-αντιδράσεις • Συναισθήματα • Τρόποι θέασης της ομάδας • Σχέση μεταξύ των μελών • Δυσκολίες • Οφέλη
Εστίαση στο φύλο της ομάδας	<ul style="list-style-type: none"> • Για το γεγονός ότι ήταν μόνο γυναίκες • Σύγκριση με άνδρες χρήστες-μικτή ομάδα • Σχέση με τις συντονίστριες
Απολογισμός/επαναπροσδιορισμός της ομάδας	<ul style="list-style-type: none"> • Κριτική στην ομάδα • Προτάσεις για μελλοντική ομάδα • Η συνέντευξη

Συμμετοχή στο πρόγραμμα υποκατάστασης

Είσοδος στο πρόγραμμα και προηγούμενη περίοδος

Οι γυναίκες ανέφεραν ποικίλες εμπειρίες από την περίοδο εισόδου στο πρόγραμμα όπως και για το προηγούμενο διάστημα. Ορισμένες είχαν συμμετάσχει και σε άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα πριν έρθουν στον ΟΚΑΝΑ, είχαν φυλακιστεί ή έκαναν εμπόριο και χρήση ναρκωτικών ουσιών. Άλλες έχασαν τον έλεγχο με το αλκοόλ νομίζοντας πως έτσι δεν θα μπλέξουν με άλλες ουσίες ενώ μια συμμετέχουσα αναφέρει πως ξεκίνησε ξανά τη χρήση ηρωίνης μετά από το χωρισμό με τον άνδρα της, προκειμένου να τον ξανακερδίσει και να μην διαλυθεί η οικογένειά τους. Η ίδια μάλιστα είχε υποστεί ξυλοδαρμό από εκείνον την ίδια περίοδο ενώ μια άλλη αναφέρει ότι είχε πέσει θύμα βιασμού τρεις φορές.

Απόσπασμα 1

E. Και η χρήση γενικά πως ξεκίνησε;

Σ. [...]Μετά από ένα χωρισμό που είχα...Γιατί πίστευα ότι άμα θα πινό θα με θέλει.. Γιατί εγώ δεν έπινα, Οπότε έλεγα “ για να μη με θέλει σημαίνει επειδή δεν πίνω” . Γιατί αυτός έκανε παρέα με άτομα πλέον, με κοπέλες που πίνανε, οπότε λέω για να τον έχω εγώ κοντά μου αυτόν για να μην διαλύσω την οικογένεια μου [...].

Όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση την οποία βίωναν την περίοδο εκείνη, κάποιες γυναίκες αναφέρουν ότι είχαν κατάθλιψη και η χρήση ήταν η διέξοδος στον πόνο που ένιωθαν ή ότι ήταν πολύ ταλαιπωρημένες σωματικά και ψυχικά από τη χρήση. Ακόμη, είχαν μπερδεμένες σκέψεις ως προς τα κίνητρα που έχουν για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα αλλά και για τη χρήση του υποκατάστατου φαρμάκου.

Απόσπασμα 2

«[...]Και ξεκίνησα τη χρήση επειδή ήμουν στην κατάθλιψη και όταν είσαι σε αυτό το στάδιο της κατάθλιψης δεν καταλαβαίνεις, είναι σαν να φοράς παρωπίδες [...]Και εκτός αυτού το βρήκα μία διέξοδο σε όλο αυτό που είχα στο κεφάλι μου, τον πόνο..πολύ καλύτερο το να πίνω γιατί έφευγαν αυτές οι σκέψεις και αυτός ο έντονος ο πόνος που είχα... αλλά ήταν παρωδικό [...]».

Λόγοι ένταξης στο πρόγραμμα υποκατάστασης

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες έγιναν μέλη του προγράμματος υποκατάστασης. Μια συμμετέχουσα, η Ευτυχία, αναφέρει πως όταν άνοιξε ο ΟΚΑΝΑ στο Βόλο ήταν σαν μόδα της εποχής η χρήση του υποκατάστατου ενώ η Σμαρώ αναφέρει ότι μπήκε στο πρόγραμμα από ανάγκη, καθώς δεν υπήρχε άλλη επιλογή στην πόλη που να μπορεί να ανταποκριθεί στις επιθυμίες της αλλά και για να μπορέσει να έχει σχέση με το παιδί της. Η Μαίρη, μπήκε στο πρόγραμμα επειδή ήταν έγκυος και δεν ήθελε να ξεκινήσει πάλι τη χρήση ηρωίνης ενώ η Λία έκανε ήδη από πριν χρήση της βουπρενορφίνης, είχε κολλήσει τον ιό HIV και ο σύντροφος της ήταν χρήστης στον ΟΚΑΝΑ. Σημαντικό στοιχείο για την είσοδο των γυναικών στο πρόγραμμα ήταν η έλλειψη λίστας αναμονής και η παροχή δωρεάν υπηρεσιών.

Απόσπασμα 3

Ε. Στη ζωή σας τι γινόταν εκείνη την περίοδο; Πως αποφασίσατε να μπειτε στο πρόγραμμα;

Σ. Δεν έπινα πρέζα εδώ στο Βόλο, αλλά είχα αρχίσει τη βουπρενορφίνη εκτός προγράμματος, είχα αρρωστήσει ήδη (HIV) και τότε ήμουν με τον Τάκη και κατέβαινα εδώ κάτω που κατέβαινε και εκείνος και εμπορευότανε και τότε το σκέφτηκα αφού έχω γραφτεί ήδη γιατί να

μην κάνω (θεραπεία) αφού είναι και δωρεάν, έτσι το σκεφτόμουνα και μετά που είδα πως είναι και να έχεις και το θεραπευτή σου να μιλάς , γιατί αυτά δεν τα συζητάς[...].

Σχετικά με το υποκατάστατο

Όσον αφορά το νόημα που αποδίδουν οι γυναίκες στη χρήση του υποκατάστατου, οι περισσότερες το θεωρούν ως βοήθεια τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο για κάποιον/α που θέλει να σταματήσει τη χρήση ουσιών. Στα θετικά του συγκαταλέγονται το ότι είναι νόμιμο και δωρεάν, ότι χαλαρώνει και απαλύνει τα στερητικά συμπτώματα και το ότι βοηθάει να πατήσει κανείς στα πόδια του χωρίς να χρειάζεται να ξοδέψει λεφτά για να πάρει ναρκωτικές ουσίες. Ακόμη, προσφέρει στο «χρήστη» του καλύτερο έλεγχο και οπτική των πραγμάτων όπως και τη δυνατότητα να ζει φυσιολογικά, αντιμετωπίζοντας την καθημερινότητα σε όλες της τις εκφάνσεις.

Απόσπασμα 4

«Μου προσέφερε τη δυνατότητα να ζω μία φυσιολογική ζωή, να είμαι φυσιολογικός άνθρωπος να προσπαθήσω να ζω σαν φυσιολογικός άνθρωπος και να με αντιμετωπίζουν σαν φυσιολογική μητέρα και αυτά χωρίς στην πραγματικότητα να περάσω όλο αυτό που περνάμε κάθε φορά που προσπαθούσα να κόψω την ηρωίνη. Και εκτός από αυτό, ναι εννοείται ότι όταν θα το πάρεις σε χαλαρώνει λίγο παραπάνω καλύπτει και τα στερητικά καλύπτει και αρκετά ψυχολογικά [...] Αυτό βοήθεια και πολύ σημαντική βοήθεια γιατί δίνεις την ευκαιρία στο σώμα σου πρώτα να γίνει καλά και να έχεις την ευκαιρία να παλέψεις όσο γίνεται με την ψυχή σου και το μυαλό σου».

Παρόλα αυτά, για κάποιες το υποκατάστατο αποτελεί μια ακόμα μορφή εξάρτησης, από μόνο του δεν αρκεί αν δεν υπάρξει ψυχοθεραπευτική δουλειά και καθηλώνει τα άτομα για χρόνια στο πρόγραμμα. Μια μάλιστα αναφέρει, ότι στην αρχή είχε το υποκατάστατο περισσότερο ως «δεκανίκι» παρά ως βοήθεια και δεν διανοούταν ποτέ ότι θα το κόψει.

Απόσπασμα 5

«Για μένα είναι τρομερή βοήθεια. Στην αρχή μέχρι και τον τρίτο τέταρτο χρόνο δεν μπορούσα καν να το διανοηθώ ότι θα κόψω το φάρμακο δηλαδή έλεγα τι σας πειράζει να είμαι εφόρου ζωής εδώ; Κυβερνητικό είναι, δωρεάν είναι, 2mg, γιατί είχα φτάσει κάποια στιγμή στα 2mg την ημέρα, και έμεινα στα 2mg πολύ καιρό... Οπότε τι σας ενοχλεί να είμαι μόνιμα εδώ; Οπότε στην αρχή μάλλον το είχα δεκανίκι και όχι βοήθεια Ξέρεις ήταν ότι το χρειάζομαι μαζί μου».

Υπηρεσίες του προγράμματος

Οι συμμετέχουσες εκδηλώνουν εκτίμηση προς το προσωπικό του προγράμματος καθώς όλα αυτά τα χρόνια υπάρχει σταθερότητα ως προς την παροχή υπηρεσιών και διάθεση για προσφορά οποιαδήποτε βοήθειας. Το πρόγραμμα αποτελεί στήριγμα για κάποιον/α που δεν έχει άλλο τρόπο να λάβει πληροφορίες για τη χρήση, δεν ακούγεται ή δεν τον καταλαβαίνουν οι άλλοι. Ακόμη, η Σμαρώ αναφέρει πως στον OKANA υπάρχει εξατομίκευση στις ανάγκες των ατόμων και όχι γενίκευση όπως γίνεται σε άλλα προγράμματα. Η ίδια δέχτηκε από την πρώτη στιγμή σεβασμό, της φέρθηκαν σαν μητέρα παρόλο που ήταν ισχυρά εξαρτημένη και της επέτρεψαν να έχει την οικογένεια που ήθελε.

Απόσπασμα 6

«Και αυτό μου αρέσει σε αυτό το πρόγραμμα είναι ότι μας αντιμετωπίζουν ανάλογα με το χαρακτήρα μας. Ενώ στο ΚΕΘΕΑ είναι όλοι μηδέν “Είστε όλοι πρεζάκια και ξεκινάτε από την αρχή” . Αυτό δεν υπήρχε ούτε εδώ στον OKANA ούτε στο 18 άνω .Μπορούσαν να ξεχωρίσουν ότι κάποια πράγματα που κάνουμε δεν είναι «πρεζακίστικη» συμπεριφορά αλλά είναι στο χαρακτήρα μας».

Όμως, οι γυναίκες αναφέρουν ότι κάποιες φορές υπάρχει χρονική καθυστέρηση στο πρόγραμμα ως προς τη λήψη των υπηρεσιών που επιθυμούν και αυτό οφείλεται στην

έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά ψυχοθεραπευτών. Επισημαίνουν ακόμη, ότι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο στη θεραπευτική διαδικασία είναι και οι ουροληψίες, οι οποίες έχουν περιοριστεί λόγω έλλειψης επαρκούς χρηματοδότησης. Μια συμμετέχουσα αναφέρει πως η ουροληψία μπορεί να είναι κάτι αρνητικό σαν διαδικασία, αλλά αποτελεί ένα «μπούσουλα» για τους χρήστες, τους βάζει σε πρόγραμμα, αποτρέπει την υποτροπή και την ασυδοσία της χρήσης.

Απόσπασμα 7

«[...] Θεες να ξέρεις ότι έχεις τον μπούσουλα, τον χρειάζεσαι τον μπούσουλα...όταν έχεις κάτι να περιμένεις σκέφτεσαι ότι εγώ αύριο θα δώσω ουρά και το κάνεις ακόμα πιο δύσκολα (τη χρήση). Σε νοιάζει κατάλαβες; Όταν το έχεις μόνιμα [...] Δεν μπορείς να έχεις την απόλυτη ελευθερία καταλήγει σε ασυδοσία».

Προσωπικοί χαρακτηρισμοί/αυτοεικόνα

Οι γυναίκες χρησιμοποιούν διάφορα επίθετα και εκφράσεις για να περιγράψουν τον εαυτό τους μέσα στη χρήση, όπως «κρατικό πρεζάκι», «άρρωστη», «καμμένη» αλλά και «μη φυσιολογικός άνθρωπος», εξαιτίας της χρήσης ουσιών. Η Σμαρώ αυτοαποκαλείται «φαινομενικά ευπρεπής» και όχι ουσιαστικά λόγω της χρήσης που κάνει ενώ στη Μαίρη φαντάζει πολύ δύσκολο να αγαπήσει τον εαυτό της και να σταματήσει να αυτοκαταστρέφεται. Τέλος, η Άννα είδε το γεγονός της φυλάκισής της ως τρόπο να ξεχρεώσει τις αμαρτίες που έχει κάνει, ενώ παλαιότερα ήθελε να μπει στο στρατό προκειμένου να πειθαρχήσει τον εαυτό της και να αλλάξει το χαρακτήρα της γιατί είναι έντονα παρορμητική και μπλέκει συνέχεια σε καυγάδες.

Απόσπασμα 8

«Ναι παρόλα αυτά όμως είμαι χρήστης δεν είμαι φυσιολογικός άνθρωπος... Ναι μεν με αντιμετώπισαν σαν φυσιολογικό άνθρωπο και προσπαθούσαν να με βοηθήσουν όσο περισσότερο γίνεται και αυτό το εκτίμησα και ήταν μέρος γιατί προχώρησα πιο γρήγορα θεραπευτικά από όσο έκανα στο 18 άνω αλλά παρόλα αυτά είμαι χρήστης».

Κοινωνικό στίγμα

Οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν βιώσει πολλά περιστατικά κοινωνικού ρατσισμού. Ο κόσμος έχει μια συγκεκριμένη κοινωνική αναπαράσταση στο μυαλό του στο άκουσμα της λέξης «χρήστης/ρια» και γι' αυτό καταλήγει σε γενικεύσεις χωρίς να εντοπίζει τίποτα θετικό στους χρήστες ακόμα και αν έχουν μια «κανονική» καθημερινότητα. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους χρήστες/ριες χαρακτηρίζεται άδικη γιατί τους στήνει στον τοίχο, τους θεωρεί τελειωμένους ανθρώπους, ότι δεν αξίζει να ασχοληθείς μαζί τους, αγράμματους, πόρνες, κλέφτες, δολοφόνους, τους χειρότερους εγκληματίες, επειδή κάποιος μπορεί να τα κάνουν όλα αυτά για να εξασφαλίσουν τη δόση τους. Για τον κοινό νου, ένας ουσιοεξαρτημένος ξεφεύγει από τα όρια της φυσιολογικότητας και εξαιτίας της χρήσης που κάνει θεωρείται δεδομένο ότι είναι «άρρωστος». Η ταμπέλα-ρετσινιά του χρήστη άπαξ και σου αποδοθεί μια φορά, μένει για πάντα και όπως ισχυρίζονται οι γυναίκες «είναι καλύτερα να σου βγει το μάτι παρά το όνομα». Μια αναφέρει, ότι για χρόνια οι γείτονές της δεν την έλεγαν ούτε καλημέρα και ότι δεν την αντιμετώπιζαν σαν άνθρωπο γιατί δεν την θεωρούσαν «φυσιολογική».

Απόσπασμα 9

«[...]Απλά το έχουνε πώς να στο πω, σαν να έχεις χολέρα. Λες και έχεις χολέρα και όλοι σε αποφεύγουν αντί να κοιτάζουν πώς θα σε βοηθήσουν το μόνο που κοιτάνε είναι να σε στήσουν στον τοίχο και ακούς ξέρω γω “ Α Σίγουρα έχει AIDS”... λες και είναι μες στον οργανισμό σου. Δεν ξέρουν τι έχεις και δεν έχεις».

Συγκεκριμένα όσον αφορά τις γυναίκες, δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό μια γυναίκα να κάνει χρήση ουσιών και θεωρείται ότι δεν έχει ίσα δικαιώματα με τις υπόλοιπες γυναίκες. Τις βλέπουν μάλιστα με χειρότερο μάτι από ότι τους άνδρες χρήστες που είναι μέλη του ΟΚΑΝΑ, ίσως επειδή εκείνοι αποτελούν την πλειοψηφία ή γιατί πιστεύουν ότι στους άνδρες δεν μπορείς να τους επιβάλεις τι θα κάνουν όπως επίσης σε περίπτωση που έχουν παιδιά δεν έχουν το ίδιο μερίδιο ευθύνης με τη μητέρα. Ακόμη, μια συμμετέχουσα της ομάδας, έχει δεχτεί υποτιμητική συμπεριφορά από γυναικολόγο επειδή ήταν γυναίκα και έκανε χρήση, άλλη δεχόταν για πολλά χρόνια προσβολές από τους γείτονές της εξαιτίας της χρήσης ενώ κυριαρχεί πολύ έντονα η αμφισβήτηση από τα συγγενικά πρόσωπα όπως και η έλλειψη εμπιστοσύνης.

Απόσπασμα 10

«[...]Για τη γυναίκα είναι πολύ πιο δύσκολο. Δεν το δέχεται η κοινωνία ότι η γυναίκα μπορεί να πέσει στα ναρκωτικά και ότι έχει τα ίδια δικαιώματα με όλες τις υπόλοιπες γυναίκες. Δεν σημαίνει επειδή είναι γυναίκα είναι είδος ξεχωριστό από τον άντρα, ότι πρόβλημα έχει ο άντρας και έχει πέσει στα ναρκωτικά το ίδιο είναι και για τη γυναίκα. Απλά τον άντρα τον βλέπουνε, σου λέει άντρας είναι, κάνει ότι θέλει, μεγάλος είναι δεν θα του πούμε κιόλας... Είναι η νοοτροπία που έχουμε, ενώ η γυναίκα δεν δικαιολογείται να είναι χρήστης είτε είναι μάνα είτε δεν είναι[...]».

Για όσες είναι και μητέρες τα πράγματα είναι ακόμα χειρότερα καθώς κοινωνικά δεν συμβαδίζει η χρήση με τη μητρότητα και τη λογική. Τα λάθη του παρελθόντος τις κυνηγάνε και θεωρούνται κακές μητέρες εξαιτίας αυτών. Η Μαίρη αναφέρει χαρακτηριστικά πως «*Αν είναι τα λάθη του παρελθόντος να μας κυνηγάνε για πάντα οι γυναίκες που είμαστε και χρήστριες και μητέρες, θα έπρεπε να κρεμαστούμε*». Επιπλέον, θεωρούνται ανίκανες να φροντίσουν τα παιδιά τους, τους ασκείται έντονη κριτική για την ανατροφή που τους δίνουν

και επειδή υπάρχει μια συγκεκριμένη εικόνα για εκείνες δημιουργούνται προβλήματα και στα παιδιά (π.χ σχολείο). Η Σμαρώ αναφέρει ότι σε προηγούμενο θεραπευτικό πρόγραμμα που συμμετείχε δεν την αντιμετώπιζαν ως μητέρα, της ασκούσαν συνεχόμενο έλεγχο και την αμφισβητούσαν σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού της και δεν της επέτρεπαν να έχει την οικογένεια που ήθελε. Η Μαίρη, φοβόταν για χρόνια ότι αν οι κοινωνικές υπηρεσίες μάθαιναν ότι είναι μέλος στον ΟΚΑΝΑ θα της έπαιρναν τα παιδιά και το βρίσκει πολύ άδικο που κάθε φορά πρέπει να απολογείται για το γεγονός ότι παρακολουθεί το πρόγραμμα ενώ έχει διακόψει τη χρήση ηρωίνης.

Συμμετοχή στην ομάδα γυναικών

Λόγοι συμμετοχής στην ομάδα

Κάποιες γυναίκες αναφέρουν ότι μπήκαν στην ομάδα από περιέργεια, την είδαν ως ευκαιρία για να δοκιμάσουν κάτι καινούργιο, να πάρουν μια νέα εμπειρία και επειδή το ατομικό ραντεβού δεν τις κινητοποιούσε αρκετά. Όλες ανέφεραν ότι χρειαζόντουσαν την ομάδα για να τους παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στα προβλήματά τους και να τις εκτονώνει, βοηθώντας τες να προχωρήσουν στη ζωή τους. Η Ευτυχία τόνισε ότι μπήκε στην ομάδα για να βοηθηθεί λόγω του πένθους που βιώνει από τον θάνατο του άνδρα της και για θέματα που αφορούν το παιδί της, καθώς είναι μόνη μητέρα (π.χ θέματα υγείας, καθημερινότητας). Ακόμη, η Μαίρη ανέφερε πως μπήκε στην ομάδα για να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη που βίωνε και να προσφέρει βοήθεια και σε άλλες κοπέλες που έχουν πρόβλημα με τη χρήση. Η Σμαρώ μπήκε στην ομάδα για να μπορέσει να σταματήσει τη χρήση ηρωίνης, να μάθει να αναγνωρίζει στοιχεία του χαρακτήρα της και να φτιάξει τη σχέση της με τους άλλους καθώς είχε μεγάλο πρόβλημα κοινωνικοποίησης σε ομαδικό επίπεδο.

Απόσπασμα 11

Ε. Ποιος ήταν ο λόγος ή οι λόγοι που όντως αποφασίσατε να μπειτε στην ομάδα αυτή;

Σ. Βασικός λόγος ήτανε το πένθος, που έγινε εδώ και ένα χρόνο, δηλαδή έγινε ομάδα και το σκέφτηκα αμέσως ότι θα με βοηθήσει πάρα πολύ σε όλο αυτό, και σε όλα τα υπόλοιπα εννοείται, θέματα υγείας, έχω ένα παιδί που είναι 9 χρονών και το μεγαλώνω μόνη μου. Θέματα καθημερινότητας του παιδιού, της δικιάς μας ζωής, γιατί έχει αλλάξει, έχουν έρθει τα πάνω κάτω για μένα στη συγκεκριμένη περίπτωση κιάλας και το σκέφτηκα έτσι ας πούμε γι' αυτό και ήθελα να μπω στην ομάδα.

Προσδοκίες-ανάγκες

Οι ανάγκες των γυναικών μέσα από την ομάδα αφορούσαν κυρίως την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για τα θέματα του πένθους και της χρήσης όπως και της διαχείρισης προβλημάτων της καθημερινότητας. Κάποια εκφράζει πολύ έντονα την ανάγκη να αφήσει πίσω το παρελθόν της, να βάλει μια τάξη στη ζωή της και να αποτινάξει ορισμένες ευθύνες από πάνω της. Ορισμένες γυναίκες δεν είχαν συγκεκριμένες προσδοκίες από την ομάδα πριν αυτή ξεκινήσει, όμως εντόπισαν αλλαγές πάνω τους μέσα από τη διαδικασία. Επίσης, μια προσδοκούσε να βρει τα βαθύτερα αίτια που την οδήγησαν στη χρήση ουσιών ενώ κάποια άλλη επιθυμούσε να γίνει πιο επικοινωνιακή, να μπορέσει να δεθεί και να μοιραστεί πράγματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Τέλος, υπήρχε μια που ήθελε να διατηρήσει την αποχή από τις ουσίες γιατί ήταν χρόνια καθαρή και σκεφτόταν το παιδί της.

Απόσπασμα 12

« [...]Βασικά ήθελα να βάλω μια τάξη στη ζωή μου, να προχωρήσω μπροστά χωρίς να σκέφτομαι το παρελθόν, να λύσω διαφορές από το παρελθόν μου, να βρω αυτά που μπορώ να λύσω και ότι δεν μπορώ να λύσω ή να τα αφήσω πίσω μου και να σταματήσω να αδικώ τον

εαυτό μου για λάθη τα οποία μπορεί να μην ευθύνομαι εγώ αλλά να το είχα πάρει ότι ευθύνομαι εγώ μόνο και μόνο επειδή κάποιος μπορεί να μου είχε βάλει αυτή την ιδέα στο κεφάλι ότι εγώ ευθύνομαι για όλα...να σταθώ στα πόδια μου και γενικά να αλλάξω την καθημερινότητα της χρήσης, να φύγω από αυτό όλο το σκηνικό της χρήσης».

Θέματα προς συζήτηση

Οι γυναίκες συζητούσαν περισσότερο στην ομάδα θέματα γύρω από το πένθος, την καθημερινότητα, τα οικογενειακά και ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη) και θέματα που αφορούσαν την ανατροφή των παιδιών τους. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι μόνο μια κοπέλα ήθελα να συζητάει συστηματικά το θέμα της χρήσης προκειμένου να την απομυθοποιήσει ενώ οι υπόλοιπες, ιεραρχώντας τα προβλήματά τους, τοποθετούσαν τη χρήση ως το τελευταίο. Ανέφεραν πως μπορούν πλέον να ελέγξουν τη χρήση καθώς είναι το τελευταίο πράγμα που τις απασχολεί. Κάποια απέδωσε την ενασχόληση με συγκεκριμένα θέματα στην ομάδα στο μικρό μέγεθός της ενώ μια άλλη δεν έπαιρνε την πρωτοβουλία να θέσει κάποιο θέμα στην ομάδα γιατί πίστευε ότι όλα την αφορούσαν. Τέλος, μια ήθελε να συζητάει πιο βαθιά θέματα που να την αγγίζουν, να «ξύνουν» λίγο παραπάνω όπως αναφέρει χαρακτηριστικά.

Απόσπασμα 13

Ε. Τα θέματα που συζητούσατε με τι είχαν να κάνουν περισσότερο;

Σ. Είχαν να κάνουν με τα οικογενειακά, τα καθημερινά μας και τα οικογενειακά μας προβλήματα. Μια κοπέλα μόνο, που και αυτή είχε προβλήματα καθημερινά, ήταν αυτή μόνο που έθετε το θέμα της χρήσης της. όλες οι υπόλοιπες θέταμε τα καθημερινά μας προβλήματα γιατί τυχαίαν και θέματα. Εγώ θυμάμαι τον εαυτό μου κάθε φορά που είχαμε ομάδα, τύχαινε να αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα [...].

Βιοματική εμπειρία της ομάδας

Πρώτες σκέψεις-αντιδράσεις

Στο πρώτο άκουσμα της δημιουργίας ομάδας γυναικών στη ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ στο Βόλο, οι γυναίκες που είχαν προηγούμενη εμπειρία από ομάδες σε άλλα προγράμματα απεξάρτησης έσπευσαν να κάνουν τη σύγκριση στο μυαλό τους. Μια αναφέρει ότι φοβήθηκε ότι θα είναι σαν μια ομάδα του ΚΕΘΕΑ που είχε παρακολουθήσει στο παρελθόν. Από την άλλη, κάποιες άλλες που δεν είχαν καμία εμπειρία από ομάδα, είχαν αμφιβολίες για το αν θα τους αφορά η θεματολογία ενώ μια παροτρύνθηκε από ένα μέλος του προσωπικού του προγράμματος για να συμμετέχει.

Απόσπασμα 14

Ε. Και τι σκέψεις κάνατε όταν μάθατε ότι θα γίνει ομάδα γυναικών στο πρόγραμμα;

Σ. στην αρχή, επειδή είναι η πρώτη φορά, δεν ήξερα καν τι θεματολογία θα έχει, αν θα με αφορά ας πούμε. Εντάξει με προέτρεψε μια νοσηλεύτρια του ΟΚΑΝΑ εδώ που μας χορηγεί το φάρμακο και μου είπε να πάω στην ομάδα, αυτό.

Στις πρώτες συναντήσεις της ομάδας οι γυναίκες αναφέρουν ότι ήταν «κλεισμένες στο καβούκι» τους και στη συνέχεια κατάφεραν να «ξεκλειδωθούν», όταν συνειδητοποίησαν ότι αν μοιραστούν τα δικά τους βιώματα στην ομάδα θα προσφέρουν βοήθεια και στις υπόλοιπες. Μια από τις συμμετέχουσες, η Σμαρώ, αναφέρει ότι δεν μιλούσε ιδιαίτερα στην ομάδα γιατί κάποια άτομα θα ένιωθαν ότι τα «καρφώνει» για το θέμα της χρήσης και θα ήταν πολύ αρνητική σε κάποια άλλα ζητήματα. Εξάλλου υποστηρίζει ότι η ομάδα δημιουργήθηκε για να αλληλοϋποστηριχθούν οι γυναίκες μεταξύ τους και γι' αυτό επέδειξε αυτοσυγκράτηση. Δύο άλλες κοπέλες είδαν την ομάδα εξ αρχής σαν κάτι διαφορετικό που θα μπορούσε να τις βοηθήσει σε πολλά θέματα.

Απόσπασμα 15

«[...] Άρχισα και εγώ, που ήμουνα στο καβούκι μου στις αρχές, άρχισα σιγά σιγά, εντάξει μιλούσα και εγώ και για τον εαυτό μου, και για να μιλήσω για τους άλλους, μπορώ να μιλήσω και να βοηθήσω όσο μπορώ και αν μπορώ βέβαια γιατί μπορεί να είναι η δική μου η γνώμη ή το βίωμα, μπορεί να μην αγγίζει τον άλλον και να μην τον βοηθήσει».

Συναισθήματα

Οι γυναίκες εκφράζουν ποικίλα συναισθήματα μέσα από τη συμμετοχή τους στην ομαδική αυτή διαδικασία. Άλλες λένε ότι ένιωσαν άβολα και αμήχανα στην αρχή, ότι βίωναν μια συστολή ή ένιωθαν ντροπή να μιλήσουν ή νευρικότητα και άγχος λόγω κάποιων δυσάρεστων σκέψεων που τους ερχόντουσαν στο μυαλό. Επιπλέον, μια αναφέρει ότι μπλόκαρε συναισθηματικά τον εαυτό της σε μια περίπτωση προκειμένου να μην αντιδράσει, ενώ κάποια άλλη έπεφτε ψυχολογικά σε κάποιες συνεδρίες της ομάδας. Η Λία αναφέρει πως μερικές φορές ένιωθε μειονεκτικά όταν άκουγε τις υπόλοιπες γυναίκες να μιλάνε για τις οικογένειές του, γιατί η ίδια δεν είχε δημιουργήσει τη δικιά της και το ζήλευε αυτό. Τέλος, η Σμαρώ λέει ότι υπήρξαν φορές που βγήκε από την ομάδα με περισσότερα νεύρα, πηγμένη και θέλοντας να κάνει χρήση.

Απόσπασμα 16

Σ. [...] Πολλές φορές ένιωθα μειονεκτικά..

Ε. Τι εννοείτε;

Σ. Εεε όταν άκουγα τη Σμαρώ, που ξέρω ότι είναι με τα παιδάκια της σπίτι, με τον άντρα της, κοιτάει το σπίτι της, τα παιδιά της...αυτό μπορώ να πω το ζηλεύω κιόλας, αλλά με την καλή έννοια, γιατί το ήθελα πολύ από μικρή..

Από την άλλη, οι γυναίκες εξέφρασαν και θετικά συναισθήματα που αναδύθηκαν μέσα από τις συναντήσεις της ομάδας. Οι περισσότερες ένιωθαν πιο ανάλαφρες και έφευγαν με καλύτερη διάθεση από αυτή που είχαν μπει και αισθανόντουσαν ικανοποιημένες αν είχαν βοηθήσει κάποιο άλλο μέλος της ομάδας. Ακόμη, ένιωθαν πιο άνετα όταν ταυτίζονταν με τις άλλες κοπέλες ακούγοντας τα προβλήματά τους και αυτό τις βοηθούσε να ανοίγονται και εκείνες περισσότερο. Η Ευτυχία αναφέρει πως ακούγοντας οι άλλες κοπέλες τα προβλήματά της, έμαθαν να αντιμετωπίζουν τα δικά τους ως πιο ασήμαντα. Ορισμένες ένιωσαν μεγάλη αυτοπεποίθηση και σεβασμό μέσα στην ομάδα καθώς αισθάνθηκαν ότι ακούγονται, ότι τους δίνεται σημασία και αξία και ότι είναι πιο δυνατές γιατί έχουν την ομάδα να τους στηρίζει. Σημαντικό ήταν ότι δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και ένιωσαν ασφάλεια μέσα στην ομάδα.

Απόσπασμα 17

«[...]Όλα μου αρέσει να τα συζητάω σε ομάδα. Νιώθεις εκείνη την ώρα ότι σε ακούνε, σου δίνουν σημασία. Τώρα καταλαβαίνω το σεβασμό και ζητάω να δείχνουν και σε εμένα.. Είναι μεγάλος πράγμα ο σεβασμός».

Τρόποι θέασης της ομάδας

Μέσα από τις απαντήσεις των γυναικών φάνηκαν οι διαφορετικοί τρόποι νοηματοδότησης και αντίληψης της ομάδας. Για τις περισσότερες, η ομάδα λειτούργησε ως διέξοδος στα προβλήματα και σαν καινούργια κατεύθυνση, ως πλαίσιο αλληλοϋποστήριξης και ευκαιρία ανακάλυψης πτυχών του εαυτού, με άμεσο σκοπό την κοινωνικοποίηση. Κάποιες αντιλήφθηκαν την ομάδα ως ψυχοθεραπεία, ως ένα είδος προγράμματος που τις βοηθάει να θέτουν νέους στόχους και ως μέτρο σύγκρισης με τις υπόλοιπες κοπέλες. Παρόλα αυτά, για κάποιες συμμετέχουσες αποτέλεσε έναν άθλο η συμμετοχή τους σε ομαδική θεραπευτική διαδικασία.

Απόσπασμα 18

«[...] Εντάξει, εγώ είναι και η πρώτη φορά που έρχομαι σε ομάδα, δεν έχω ξαναπαρακολουθήσει κανένα άλλο πρόγραμμα, ούτε κοινότητες ούτε τίποτα, και εντάξει ήταν κάτι καινούριο για μένα που το είδα και σαν διέξοδο, και σαν βοήθεια και κατεύθυνση».

Σχέση μεταξύ των μελών

Όσον αφορά στη σχέση που αναπτύχθηκε ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, χαρακτηρίζεται ως πολύ καλή από κάποιες καθώς εντόπισαν κοινά στοιχεία. Υπήρξε δέσιμο μεταξύ τους και αυτό φάνηκε και στην υποστήριξη που έδειχναν η μια στην άλλη και εκτός του πλαισίου της ομάδας. Πήραν και έδωσαν πράγματα η μια στην άλλη και ένιωθαν σαν κομμάτι ενός συνόλου που η μια παρακινεί την άλλη για δράση. Μάλιστα η Μαίρη αναφέρει πως το γεγονός ότι απέκτησε φιλική σχέση με μια κοπέλα από την ομάδα τη βοηθούσε στην αποχή από τη χρήση και την απέτρεπε από το να λείι ψέματα γύρω από το ζήτημα αυτό.

Απόσπασμα 19

Ε. Πώς ήταν η συναναστροφή σας, πώς κύλησε το μεταξύ σας στην ομάδα;

Σ. Μία χαρά.. ίσα-ίσα που δεθήκαμε πιο πολύ...Άσχετα από το ένα άτομο που έχει πει μην κάνουμε παρέα μαζί γιατί θα χαθείτε, άσχετα που εγώ της έχω πει ότι δεν πρόκειται γιατί εγώ ξέρω τον εαυτό μου.. Αλλά Ναι δεθήκαμε πιο πολύ σαν κορίτσια, σαν παρέα. Γιατί οι μοναδικές ήμασταν εδώ, όλοι μας βλέπανε και μας λέγανε «οι γυναίκες». Δεν μας βλέπανε και με το καλύτερο μάτι, αλλά τώρα ναι είμαστε πιο δυνατές όλες όσες ήμασταν».

Όμως προέκυψαν και κάποιες εντάσεις μεταξύ τους λόγω της ταύτισής που ένιωθαν μερικές φορές, όπως για παράδειγμα όταν δύο κοπέλες λογομάχησαν μεταξύ τους γιατί η μια ένιωσε ότι η άλλη έθιξε το ρόλο της ως μητέρα. Ακόμη, κάποιες στιγμές υπήρχε κριτική

διάθεση μεταξύ τους και διαφωνίες και αυτό το αποδίδουν στο γεγονός ότι ήταν διαφορετικοί χαρακτήρες.

Απόσπασμα 20

«Όταν έγινε η ομάδα στην αρχή που είμασταν περισσότερες κοπέλες, υπήρξαν αντιδράσεις, αυτό τι άλλο. Ας πούμε έλεγε κάποια το θέμα της η άλλη επειδή ταυτιζότανε, τσατιζόταν και χαλούσε όλος ο συντονισμός της ομάδας».

Απόσπασμα 21

«Μάλωσα με μία κοπέλα λεκτικά και αυτό απορώ και εγώ με τον εαυτό μου που δεν την ακούμπησα. Εντάξει, με έφερε στο αμύν γιατί.. και μου το είπαν και οι κοπέλες και με κοιτούσε και δεν, δεν θέλω να μου μιλάνε για την κόρη μου. Δεν μίλησε για την κόρη μου, μίλησε για αυτή πως ήταν και ήταν σαν να μου έλεγε εμένα εσύ είσαι ανίκανη.. κάτσε, με έχεις δει εμένα σαν μάνα πως είμαι; Με έχεις ζήσει; Σε ξέρω; Με ξέρεις;»

Δυσκολίες

Οι γυναίκες μίλησαν και για τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια της ομάδας. Κάποιες ένιωσαν ότι στοχοποιούνται ή δέχονται κριτική και άδικες κατηγορίες για τις επιλογές τους τόσο από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας όσο και του προγράμματος γενικότερα για τη συμμετοχή τους σε αυτή. Η ασυνέπεια κατά την ημέρα και την ώρα προσέλευσης στην ομάδα από κάποιες κοπέλες όπως και η ευκαιριακή συμμετοχή τους μόνο όταν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα θεωρήθηκε αγένεια από κάποιες. Ένα ακόμη στοιχείο που δυσκόλεψε ορισμένες ήταν η έλλειψη εχεμύθειας και η πιθανή διαρροή πληροφοριών εκτός της ομάδας αφού δεν καλλιεργήθηκε απόλυτη εμπιστοσύνη. Κάποιες μάλιστα τις δυσκόλεψε ότι ήταν όλες άγνωστες μεταξύ τους όταν μπήκαν στην ομάδα ή χρειάστηκε να

συναναστραφούν με άτομα που δεν ήθελαν και δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν ή με τις λογομαχίες που δημιουργήθηκαν.

Απόσπασμα 22

«[...]Κάτι το οποίο έχει γίνει άσχετα αν δεν το έχουμε αναφέρει, υπάρχει άτομο που μπήκε στην ομάδα άκουσε τι είχαμε να πούμε όλες, και βγήκε έξω και το μετέφερε έξω. Το οποίο δεν είναι τώρα στην ομάδα, αλλά αυτό εμάς μας έκανε κακό γιατί ακούστηκε ότι δεν κρατάμε το στόμα μας κλειστό. Και εκτός αυτού δεν κάνεις κακό στον άλλον, όταν εγώ λέω ένα μυστικό, ένα πρόβλημα που με ενοχλεί εμένα, που το κρατάω μόνο για μένα, ανοίγομαι, δείχνω εμπιστοσύνη στην ομάδα και με κάνεις έξω ρεζίλι, πας και το λες έξω. Εμένα με ρώτησε κανείς; Αν ήθελα να το μάθουν έξω θα το έλεγα έξω και όχι μέσα στην ομάδα. Είναι και αυτό, γι' αυτό σου λέω υπήρχαν άτομα τα οποία το έκαναν και αυτό, δηλαδή να μάθουν τι θέλαμε όλες να πούμε και βγήκαν έξω και τα είπαν».

Επιπλέον, η έλλειψη νηφαλιότητας προκαλούσε ασυνεννοησία μέσα στην ομάδα, αποτελούσε κοροϊδία, ειρωνεία και ανειλικρίνεια από κάποια μέλη και προκαλούσε κάποιες κοπέλες να κάνουν και εκείνες χρήση. Με αυτό τον τρόπο η ομάδα έχανε τον κινητοποιητικό χαρακτήρα που υποτίθεται ότι είχε. Από την άλλη, ορισμένες δυσκολεύτηκαν από την καθημερινή αποχή από τη χρήση και δυσανεστήθηκαν με τα «καρφώματα» που γινόντουσαν για τη χρήση μέσα στην ομάδα.

Απόσπασμα 23

Ε. Σε αυτό που λέτε τι σας δυσκόλευε ακριβώς;

Σ. Το ότι ένιωθα ότι δεν μπορώ να συνεννοηθώ, δεν μπορώ να μιλήσω και εγώ. Δεν έχει κάποιο νόημα η ομάδα στο έτσι. Το να έχω φάει χίλια χάπια και να ξεκινάω να λέω χίλια δυο και από αυτά τα χίλια θα είναι διαφορετικά, πολύ διαφορετικά. Καλό είναι στην ομάδα να μπαίνουμε όσο μπορούμε νηφάλιες [...]Είχαν κάνει χρήση ας πούμε και ήταν ασταμάτητα

κάποια άτομα δεν σταματούσαν να μιλάνε, στην αρχή. Αυτό λιγάκι, εκεί ξενέρωσα λίγο, αυτό, δεν με δυσκόλεψε κάτι άλλο.

Πιο συγκεκριμένα, η Λία αναφέρει πως δυσκολεύτηκε να μιλήσει άνετα και ξεκάθαρα για όλα τα θέματα και πως χρειαζόταν το χρόνο της για να ανοιχτεί συγκριτικά με άλλες κοπέλες. Η Ευτυχία, δυσκολεύτηκε λόγω των σοβαρών καταστάσεων που περνούσε η ίδια και με το ότι η ομάδα απαρτιζόταν από διαφορετικές προσωπικότητες ατόμων. Επίσης, και με το γεγονός ότι θίγονταν πολλά θέματα στην ομάδα και δημιουργούνταν εντάσεις και την ενοχλούσε να τη διακόπτουν την ώρα που μιλάει γιατί έχανε τον ειρμό της σκέψης της. Τέλος, η Σμαρώ θεωρεί ότι οι ανάγκες των μελών ήταν αντικρουόμενες και δυσκολεύτηκε να συμφιλιωθεί με την αλήθεια που έφερνε η κάθε κοπέλα στην ομάδα όπως και να διαχειριστεί τις ασάφειες και τα ψέματα λόγω της χρήσης. Δεν κατάφερε να διαχειριστεί επιτυχώς άσχημες σκέψεις που αναδύθηκαν μέσα από κάποιες ασκήσεις που έγιναν στην ομάδα και μπλόκαρε τον εαυτό της από το να αναπτύξει ορισμένα θέματα. Σε μια άλλη περίπτωση υπήρχε κάτι που στριφογύριζε μέσα στο μυαλό της ήθελε όμως να το μοιραστεί πρώτα σε ατομικό ραντεβού.

Οφέλη

Στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες ένιωσαν ότι καλύφθηκαν κάποιες ανάγκες τους από την ομάδα και ότι βοηθήθηκαν τόσο σε πρακτικά θέματα (π.χ οικονομικά, καθημερινότητα) όσο και σε πιο εσωτερικές ανάγκες. Σε κάποιες άλλαξαν στοιχεία του εαυτού τους και ο τρόπος που σκέφτονται, πήραν ώθηση, έβαλαν νέους στόχους και μπήκαν σε πρόγραμμα. Ακόμη, ορισμένες διέκοψαν εντελώς τη χρήση ή απείχαν τις ημέρες που πραγματοποιούνταν η ομάδα, κλονίστηκαν σε θέματα που αφορούσαν την υγεία και την ανατροφή των παιδιών τους και διαχειρίστηκαν καλύτερα την κατάθλιψη. Αυτό που αναγνώρισαν κάποιες είναι ότι μέσα από την ομάδα εκπαιδεύονταν στο μητρικό τους ρόλο, άλλαξε αυτό που ένιωθαν για τα

παιδιά τους και βελτιώθηκαν οι σχέσεις μαζί τους καθώς έπαιρναν παράδειγμα η μια από την άλλη.

Απόσπασμα 24

Ε. Άλλαξε κάτι για σας μέσα από τη συμμετοχή σας στην ομάδα;

Σ. Άλλαξε από την άποψη ότι, όταν ερχόμουν έπαιρνα και έδινα, αλλά περισσότερο έπαιρνα, τουλάχιστον εμένα και με ζαλάφρωναν, και η διάθεσή μου ήταν καλύτερη, δεν ξέρω πώς να το πω, έβγαινα έξω πιο καλά από ότι μπήκα αυτό. Και το ότι κάποιος βοήθησε σε αυτό που είπα, με τα οικονομικά ξέρω γω, με τη βοήθεια της κοινωνιολόγου, κάποια πράγματα που δεν τα ξέρω ας πούμε, και των κοριτσιών ας πούμε που μιλάγαμε, στο οικονομικό περισσότερο και στο ότι αυτό που είπα, ήταν οι μαμάδες και πάνω κάτω οι ηλικίες είναι κοντά, να δω τι γίνεται, πως είναι το βίωμα της μητέρας.

Φάνηκε ότι οι περισσότερες γυναίκες βρήκαν μεγαλύτερη ψυχολογική υποστήριξη στην ομάδα από ότι στα ατομικά ραντεβού που έκαναν και έμαθαν τόσο να δίνουν όσο και να παίρνουν. Συνήθως έβγαιναν πιο ανάλαφρες από την ομάδα, χαλαρωμένες μέσα από τις ασκήσεις και με λιγότερο άγχος. Πολλές αναφέρουν ότι πλέον είναι πιο αισιόδοξες, έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, έχουν αλλάξει ταυτότητα και πλέον αγαπούν και καμαρώνουν τον εαυτό τους. Κάποια αναφέρει ότι δείχνει μεγαλύτερη σοβαρότητα και ωρίμανση απέναντι στις καταστάσεις και αισθάνεται πιο υπεύθυνη και με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση προς τους άλλους.

Απόσπασμα 25

«[...] Η ομάδα αυτό που με έκανε να καταλάβω είναι ότι δε χρειάζεται να το σκέφτομαι έτσι, ότι είμαι πλέον χρήστης, ήμουν ή είμαι, ότι είμαι γυναίκα και άνθρωπος πάνω από όλα και ότι πρέπει να αγαπήσω τον εαυτό μου γι' αυτό που πραγματικά είναι και όχι γι' αυτό που θέλουν οι άλλοι».

Επιπρόσθετα, μέσα από την ομάδα οι γυναίκες κατάλαβαν ότι δεν είναι οι μοναδικές που έχουν προβλήματα ή έχουν υπάρξει χρήστριες και μητέρες ταυτόχρονα και πως τους αξίζει να δέχονται το σεβασμό των υπολοίπων. Η Μαίρη αναφέρει πως πλέον ζητάει βοήθεια από τους γύρω της χωρίς να νιώθει ότι τη βλέπουν σαν σκουπίδι ή τη λυπούνται, ούτε νιώθει φόβο ότι αν αποκαλυφθεί ότι συμμετέχει σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα θα της πάρουν την κηδεμονία των παιδιών. Ακόμη, η Σμαρώ έχει αλλάξει στον τρόπο που αντιμετωπίζει τον κόσμο γύρω της, συμπεριφέρεται με μεγαλύτερη κατανόηση και δέχεται πιο εύκολα την αλήθεια των άλλων. Η Λία από την άλλη, μέσα από την ομάδα ένιωσε πιο πολύ μητέρα του παιδιού της και της βγήκε η ανάγκη να γίνει το σωστό παράδειγμα για εκείνο. Ένιωσε ότι η ομάδα ασχολήθηκε μαζί της και με τα προβλήματά της, ότι μέσα από αυτή πήρε αξία και ένιωσε πιο ισχυρή απέναντι στις προσβολές που μπορεί να δεχόταν.

Εστίαση στο φύλο της ομάδας

Για το γεγονός ότι ήταν μόνο γυναίκες

Όπως αναφέρουν οι γυναίκες είδαν θετικά το σχηματισμό αποκλειστικά γυναικείας ομάδας στο πρόγραμμα καθώς ο συγκεκριμένος πληθυσμός παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες και έχει μεγάλο πρόβλημα στην πόλη του Βόλου. Υπάρχει μεγαλύτερη κατανόηση μεταξύ των γυναικών σχετικά με τα προβλήματά τους και περισσότερη άνεση για να μιλήσουν για το οποιοδήποτε θέμα. Για παράδειγμα, η Μαίρη αναφέρει πως δεν θα αισθανόταν το ίδιο άνετα να μπει σε άλλη ομάδα όπως ένιωσε στην ομάδα γυναικών. Κάποιες υποστηρίζουν ότι τους έλυσε περισσότερο το γεγονός ότι η ομάδα είχε γυναικείο πρόσημο και ότι κατάφεραν να μοιραστούν πράγματα που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν. Χαρακτηριστικά, η Λία αναφέρει πως της άρεσε ότι στην ομάδα και οι υπόλοιπες γυναίκες

που συμμετείχαν ήταν μητέρες καθώς μπορούσαν να μιλήσουν για θέματα που αφορούσαν τα παιδιά τους.

Απόσπασμα 26

Ε. Πώς σας φάνηκε ότι η ομάδα απευθυνόταν αποκλειστικά σε γυναίκες και συντονιζόταν από γυναίκες;

Σ. Δεν ξέρω, ίσως αυτό με έλυσε περισσότερο, γιατί για κάποια πράγματα, όπως οι βιασμοί, ούτε στο ΚΕΘΕΑ δεν μίλησα για κάτι τέτοιο, δεν μου έβγαιναν. Σε γυναίκα τα λες πιο εύκολα ως γυναίκα, και επίσης και αυτό που ξαναείπα, ότι βοηθιόμουν και εγώ.

Απόσπασμα 27

Ε. Πριν ολοκληρώσουμε την κουβέντα, θα ήθελα να ρωτήσω πώς σας φάνηκε που η ομάδα απαρτιζόταν αποκλειστικά από γυναίκες και συντονιζόταν από γυναίκες;

Σ. Αυτό ήταν πιο καλό.. Βασικά πιστεύω ότι κάποια στιγμή έπρεπε να γίνει και μία ομάδα για τις γυναίκες. Γιατί οι γυναίκες έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα εδώ στο Βόλο, δεν ξέρω πώς είναι στην Αθήνα αλλά εγώ βλέπω ότι οι γυναίκες εδώ έχουν περισσότερο πρόβλημα [...]. Για τους συντονιστές, άμα ήταν άντρες, δεν θα μπορούσε η γυναίκα να ανοιχτεί εύκολα σε έναν άντρα, ενώ η γυναίκα σε καταλαβαίνει...Καταλαβαίνει η μία γυναίκα την άλλη, και τα προβλήματα και πώς είναι να είσαι μανά και να τα έχεις κάθε μέρα και να πονάς[...].

Δεν ήταν όμως το ίδιο εύκολο για όλες να βρίσκονται σε μια αμιγώς γυναικεία ομάδα. Η Σμαρώ αναφέρει ότι είχε την ευκαιρία μέσα στην ομάδα να εκπαιδευτεί στο να μπορεί να βρίσκεται μόνο με γυναίκες στον ίδιο χώρο, χωρίς να πλακωθεί μαζί τους καθώς τις θεωρεί υπερβολικά πονηρές αλλά να τις εκτιμήσει. Συμπληρωματικά η Άννα δηλώνει ότι εκτός του πλαισίου της ομάδας δεν πρόκειται να κάνει αντίστοιχες συζητήσεις με γυναίκες ενώ η

Μαίρη θεωρεί ότι πλέον μέσα από αυτή την εμπειρία μπορεί να σκιαγραφήσει καλύτερα τη συμπεριφορά των γυναικών και να καταλάβει τα κίνητρά τους.

Απόσπασμα 28

«[...]Και θεωρώ ότι είμαστε υπερβολικά πονηρές για να κάτσουμε να τα βρούμε μεταξύ μας και να συνεννοηθούμε και να βγει κάτι. Γενικότερα ρε παιδί μου οι άντρες είναι λίγο πιο χαχες, πιο μπουνταλάδες, δεν είναι τόσο πονηροί και μεταξύ τους μπορούν να συνεννοηθούν καλύτερα από ότι εμείς. Οπότε το γεγονός ότι η ομάδα απαρτιζόταν από γυναίκες αποκλειστικά νόμιζα ότι είναι ευκαιρία για να με κάνει, να με εκπαιδέσει να μπορώ να βρίσκομαι στον ίδιο χώρο με γυναίκες χωρίς να πλακωθώ, να τις εκτιμήσω, το οτιδήποτε, που σπάνια θα εκτιμήσω μία γυναίκα. Αυτό επιτεύχθηκε μπορώ να πω, μπορούσα να είμαι στον ίδιο χώρο με γυναίκες και μάλιστα να τις κατανοήσω κιόλας όχι μόνο να μου σπάσουν τα νεύρα».

Σύγκριση με άνδρες χρήστες-μικτή ομάδα

Σύμφωνα με τις περισσότερες γυναίκες, είναι μερικά θέματα που δεν θα τους έβγαιναν να τα συζητήσουν σε μια ομάδα μαζί με άνδρες, όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση, γιατί θεωρούν ότι δεν θα υπήρχε η ίδια κατανόηση. Πιστεύουν ότι μόνο γυναίκες μεταξύ τους συνεννοούνται καλύτερα και πως αν υπήρχαν και άνδρες θα δημιουργούνταν χάος στην ομάδα. Ορισμένες εκφράζουν και τη δυσπιστία τους απέναντι στους άνδρες χρήστες καθώς θεωρούν ότι δεν είναι τόσο εχέμυθοι και γι' αυτό δεν θα μπορούσαν να τους εμπιστευτούν τα προβλήματά τους. Επίσης, υπάρχουν κάποια θέματα γυναικείας φύσεως αλλά και ζητήματα που αφορούν την ανατροφή των παιδιών τα οποία οι γυναίκες μπορεί να αισθανόντουσαν άσχημα ή περίεργα να συζητήσουν μαζί με άνδρες και γι' αυτό δεν θα βοηθούσε να είναι μαζί σε κοινή ομάδα.

Απόσπασμα 29

«[...]..Και είναι και δύσκολο να ανοιχτείς σε κάποια άτομα πόσο μάλλον σε άνδρες...είναι οι μεγαλύτερες κουτσομπόλες (γέλια)..μεγαλύτερες κουτσομπόλες είναι τα αγόρια παρά τα κορίτσια εδώ [...]».

Απόσπασμα 30

Σ. [...] Άμα ερχόντουσαν και άνδρες στην ομάδα, χαμός...δε θα λεγόταν ομάδα...που να συνεννοηθείς...εκείνοι θα έλεγαν...

Ε. Τι πιστεύετε ότι θα έλεγαν;

Σ. Δεν μπορώ να σου πω...αλλά δεν νομίζω ότι οι άνδρες θα πρέπει να είναι στην ίδια ομάδα με τις γυναίκες, γιατί οι γυναίκες θα θέλουν να μιλήσουν για τα παιδιά τους εκτός αν είναι και εκείνοι οικογενειάρχες, τώρα τι να πω...βέβαια δεν έχω μπει ποτέ σε ομάδα με άνδρες, απλά το φαντάζομαι.

Υπάρχουν κάποιες που θεωρούν ότι η συμμετοχή τους σε μια μικτή ομάδα δεν θα ήταν τόσο ωφέλιμη για εκείνες, παρόλα αυτά πιστεύουν ότι σε αυτή την περίπτωση στην ομάδα θα επεξεργάζοντουσαν περισσότερα θέματα και θα δίνανε ιδιαίτερη έμφαση στο ζήτημα της χρήσης. Επιπλέον, θα δοκίμαζαν να συμμετέχουν σε μια μικτή ομάδα αλλά δεν θα ένιωθαν το ίδιο άνετα όσο στην ομάδα γυναικών ενώ από την άλλη, μια αναφέρει ότι είχε πολύ άσχημη σχέση με τις γυναίκες και ότι με τους άνδρες ίσως θα μπορούσε να συνεννοηθεί καλύτερα στην ομάδα.

Απόσπασμα 31

Ε. [...] Άμα υπήρχαν κάποιοι άντρες στην ομάδα λέτε;

Σ. Ναι, να δω κάποια άλλα πράγματα κάποιου άλλου είδους, π.χ για τη χρήση, μπορεί ίσως περισσότερο, σαν άντρες ας πούμε και να αναλύανε και άλλα θέματα τα οποία θα βοηθούσανε που δεν έχουν αναλυθεί μέχρι στιγμής..

Ε. Τι πιστεύετε δηλαδή ότι θα ήταν διαφορετικό σε μια μικτή ομάδα;

Σ. Ότι θα έβγαζε στην επιφάνεια περισσότερα θέματα, το πιστεύω σίγουρα ναι..

Σχέση με τις συντονίστριες

Οι γυναίκες κρίνουν σωστό το γεγονός ότι η γυναικεία ομάδα συντονιζόταν από γυναίκες θεραπεύτριες γιατί σε μια γυναίκα ανοίγεται πιο εύκολα και νιώθεις πιο άνετα να μιλήσεις για το οτιδήποτε. Από τη μεριά των συντονιστριών θεωρούν ότι δέχτηκαν κατανόηση και βοήθεια και τους δόθηκε χώρος για να αναλάβουν πρωτοβουλίες στην ομάδα, όπως ήταν η θέσπιση των κανόνων της ομάδας από τις ίδιες. Σε κάποιες θα φαινόταν περίεργο αν η γυναικεία ομάδα συντονιζόταν από άνδρα θεραπευτή αλλά μια συμμετέχουσα αναφέρει πως δεν θα ένιωθε έτσι καθώς η κοινωνία έχει εκσυγχρονιστεί. Τέλος, υπήρχε μια που έδειχνε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις συντονίστριες της ομάδας παρά στα υπόλοιπα μέλη ενώ μια άλλη αναφέρει ότι στο παρελθόν δεν μπορούσε να συνεννοηθεί με γυναίκες θεραπεύτριες ενώ μέσα σε αυτή την ομάδα το κατάφερε.

Απόσπασμα 32

«[...]Πιστεύω ότι αυτή η ομάδα, οι κανόνες και όλα αυτά μπήκαν από εμάς τις ίδιες, το να αλλάξει κάτι από τις θεραπεύτριες όχι γιατί η κάθε μία έχει το δικό της ρόλο. Οπότε μας έκανε πολύ πιο καλό ότι είχαμε θεραπεύτριες οι οποίες μας καταλάβαιναν και όλα αυτά ήταν από μας φτιαγμένα, δεν το έφτιαζαν οι ίδιες, τους κανόνες δεν τους έφτιαζαν αυτές».

Απολογισμός/επαναπροσδιορισμός της ομάδας

Κριτική στην ομάδα

Η κριτική που ασκείται στην ομάδα από τις γυναίκες και ο απολογισμός τόσο σε επίπεδο διαδικασίας όσο και στη δυναμική που αναπτύχθηκε μεταξύ των ατόμων εμφανίζει διαφοροποιήσεις. Υπάρχουν εκείνες που είδαν την ομάδα με πολύ θετικό τρόπο, κρίνουν ότι ήταν αρκετά βοηθητική και θα ήθελαν να συνεχιστεί καθώς βγήκαν από αυτή δυνατές στιγμές. Διέκριναν ότι η ομάδα είχε χαλαρό χαρακτήρα, ότι φτιάχτηκε για να καλύψει ένα εύρος με όλες τις προσωπικότητες των χρηστών και ότι θα μπορούσε να αποβεί ωφέλιμη και σε άλλες γυναίκες. Ακόμη, υπάρχει η αντίληψη ότι οι γυναίκες μοιράζονταν παρόμοια κίνητρα για τη συμμετοχή τους στην ομάδα και επιθυμούσαν τόσο να δώσουν όσο και να πάρουν πράγματα.

Απόσπασμα 33

«[...]Νομίζω ότι εξαρχής φτιάχτηκε, αλλά στο πλαίσιο που είμαστε όλοι χρήστες, όχι να έχουμε θεραπευτεί, ότι φτιάχτηκε μέσα σε εισαγωγικά ρε παιδί μου από την πιο, δηλαδή ότι φτιάχτηκε μία ομάδα για να καλύψει ένα εύρος με όλες τις προσωπικότητες χρηστών, δηλαδή ξέρεις από τον πιο χάλια στον πιο ευπρεπέστατο[...].»

Για κάποιες όμως η ομάδα ενώ στην αρχή φάνηκε ως καλή ευκαιρία, δεν λειτούργησε με τον επιθυμητό τρόπο και άφησε ακάλυπτες ορισμένες ανάγκες. Αυτές ήταν τα θέματα του πένθους και της χρήσης, τα οποία δεν αναλύθηκαν αρκετά όπως δεν επιτεύχθηκε και η καλύτερη γνωριμία και αποδοχή του εαυτού. Το πρόβλημα εντοπίστηκε εν μέρει στο γεγονός ότι οι περισσότερες δεν έκαναν ατομικά ραντεβού για να συζητάνε τα καθημερινά τους προβλήματα και έτσι στην ομάδα δεν υπήρχε χρόνος να αναπτυχθούν και πιο βαθιά θέματα ή τουλάχιστον εκείνες δεν βρήκαν τον τρόπο να τα εντάξουν επιτυχώς.

Απόσπασμα 34

E. Εσείς αισθάνεστε ότι καλύφθηκαν κάποιες ανάγκες σας από την ομάδα;

Σ. Όχι, το θέμα της θλίψης ας πούμε που μου βγήκε για το σκύλο μου δεν το αναλύσαμε, ένα άλλο θέμα που δεν βγαίνει για χρόνια δεν βγήκε, επιθυμία για χρήση δεν μου μείωσε, το να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου και τους άλλους και να μπορούν και οι άλλοι να αποδεχτούν αυτό που είμαι χωρίς να υπάρχει πρόβλημα και χωρίς να παίζω ρόλους δεν έγινε, οπότε όχι

Η Σμαρώ που έκανε συστηματικά ατομικά ραντεβού αναφέρει πως στην ομάδα δεν κατάφερε να ανοιχτεί ιδιαίτερα, δεν την κατέκλυσαν οι αναμνήσεις ούτε ένιωσε ότι συνέβη κάτι θαυματουργό καθώς δεν συζητούσε κάτι παραπάνω από αυτό που έκανε με τη θεραπεύτριά της. Παρόλα αυτά, θέλει να είναι ανοιχτόμυαλη γιατί η ομάδα δεν την άφησε αδιάφορη και γιατί δεν ξέρει πως και εκείνη θα αντιδρούσε αν δεν έκανε τόσα χρόνια ατομική ψυχοθεραπεία όπως οι υπόλοιπες συμμετέχουσες. Θέλει να βγάλει από το μυαλό της την αναπαράσταση που είχε για τις ομάδες μέσα από προηγούμενες εμπειρίες της για να μπορέσει να κρίνει με πιο αντικειμενικό τρόπο. Επίσης, η κριτική μεταξύ των μελών δεν βρήκε πρόσφορο έδαφος στην ομάδα καθώς δεν μπορούσαν όλες να το διαχειριστούν και κάποιες ένιωσαν ότι δεν είχαν το δικαίωμα να την ασκήσουν από τη στιγμή που οι υπόλοιπες δεν ήταν δεκτικές σε αυτή.

Απόσπασμα 35

«[...]Γι' αυτό σου λέω ότι πρέπει να είμαι ανοιχτόμυαλη και να παραδεχτώ μέσα στο μυαλό μου ότι μια ομάδα μπορεί να είναι και κάτι άλλο από αυτό που έχω στο μυαλό μου, το ότι το έχω εγώ έτσι δεν σημαίνει ότι πρέπει να είναι και έτσι, ότι πρέπει να είμαι ανοιχτόμυαλη και να το αντιμετωπίσω σαν ομάδα...Λειτουργεί, απλά λειτουργεί»

Ορισμένες πιστεύουν ότι δεν υπήρχε απόλυτη ειλικρίνεια μεταξύ των μελών της ομάδας ειδικά για το θέμα της χρήσης που αποτελούσε τον κοινό παρονομαστή και ότι είχαν

πιο καθαρό μυαλό από τις υπόλοιπες για να αντισταθούν στη χρήση και να διαχειριστούν κάποια θέματα. Αυτό το αποδίδουν και στον διαφορετικό τρόπο προσέγγισης των καταστάσεων από την καθεμία. Από την ομάδα δεν έλειψαν και τα απρόοπτα και οι δικαιολογίες όπως και οι μη ξεκάθαρες προθέσεις από κάποιες. Κάποιες αναφέρουν ότι δεν είχαν θέμα για το ποια άτομα θα συναντούσαν στη ομάδα όμως η αλληλεπίδραση θα ήταν διαφορετική άμα συμμετείχαν περισσότερα μέλη γιατί θα ακούγονταν περισσότερες απόψεις και αυτό μπορεί να διατάρασε την λειτουργία της ομάδας.

Απόσπασμα 36

«[...] Αλλά πώς να βγούνε κάποια θέματα όταν δεν έχουν όλοι τον ίδιο τρόπο με μένα. Άλλα είχα εγώ μες στο μυαλό μου, κατάλαβες, εντελώς. Και μπορώ να βάλω νερό στο κρασί μου και να δεχτώ και το άλλο που υπάρχει, δεν έχω πρόβλημα, αρκεί να είναι ειλικρινής η προσπάθεια. Και ειδικά όσον αφορά τη χρήση, γιατί τη χρήση ερχόμαστε να παλέψουμε. Φαντάσου να στα έλεγα όλα αυτά τώρα και να χα πει ηρωίνη πιο πριν..».

Προτάσεις για μελλοντική ομάδα

Οι γυναίκες έκαναν βελτιωτικές προτάσεις σε περίπτωση που πραγματοποιηθεί μελλοντικά νέα ομάδα γυναικών. Αρχικά, θέλουν να συνεχίσει να υπάρχει η ομάδα προκειμένου να βοηθηθούν τόσο οι ίδιες όσο και άλλες κοπέλες και να υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή από γυναίκες έτσι ώστε να αναπτύσσονται περισσότερα θέματα. Επίσης, θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό να τηρούνται οι κανόνες της ομάδας όπως είναι η τυπικότητα και η συνέπεια στην προσέλευση και στην ώρα, η νηφαλιότητα, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια και σε αντίθετη περίπτωση να υπάρχουν επιπτώσεις. Έχουν ανάγκη να μοιράζονται περισσότερο σεβασμό και κατανόηση η μια από την άλλη έτσι ώστε να προκύψει δέσιμο μεταξύ τους και όχι κριτική διάθεση.

Απόσπασμα 37

«[...] Αυτό είναι και το πρόβλημά μου, αυτό σκέφτομαι ότι θα είμαστε πάρα πολλά άτομα, οι μισοί θα είναι ξενέρωτοι, οι άλλοι μισοί θα είναι γεμάτοι...εντάξει, αέρα, πατέρα... να είμαστε τουλάχιστον σε ένα βαθμό που να μπορούμε να συνεννοηθούμε, να καταλάβουμε, να κατανοήσουμε το τι μας λένε, τα πάντα όλα... και το τι λέμε πάνω από όλα».

Επιπλέον, πιστεύουν ότι τα θέματα που επεξεργάζεται η ομάδα πρέπει να είναι προκαθορισμένα έτσι ώστε να αναγκάζονται όλες να μιλήσουν και όχι να ασχολούνται με την καθημερινότητα. Τα ατομικά ραντεβού μπορεί να συμβάλλουν σε αυτό, καθώς η καθεμία θα έχει κάνει ήδη δουλειά με τον εαυτό της και έτσι η ομάδα δεν θα κολλάει σε ένα θέμα. Υπάρχει η ανάγκη να αναπτυχθούν κάποια θέματα παραπάνω, όπως είναι το ζήτημα της χρήσης και να υπάρξουν περισσότερα εκφραστικά μέσα και ασκήσεις στην ομάδα έτσι ώστε να δελεάσουν περισσότερες γυναίκες να συμμετέχουν. Τέλος, κάποια αναφέρει πως θα ήθελε να οργανωθεί και μια μικτή ομάδα στο πρόγραμμα εκτός από αυτή των γυναικών για να υπάρχει ποικιλία.

Απόσπασμα 38

«[...] Να υπήρχαν συγκεκριμένα θέματα, ότι κορίτσια σήμερα θα μιλήσουμε για αυτό, οπότε θα αναγκαστείς και εσύ να μιλήσεις λίγο για αυτό το θέμα θα βάλεις λίγο στην άκρη την καθημερινότητα, θα αρχίσεις να μιλάς για αυτό το θέμα και θα αρχίσει να βγαίνει η ψυχή σου ο εαυτός σου και αυτά. Αλλά για να γίνει αυτό θα πρέπει εσύ να έχεις λυμένη την καθημερινότητα για αυτό πρέπει να κάνεις ατομικό ραντεβού».

Η συνέντευξη

Οι γυναίκες σχολίασαν και τη διαδικασία της συνέντευξης, καθώς για κάποιες ήταν πρωτόγνωρη εμπειρία ενώ άλλες είχαν δώσει και άλλες συνεντεύξεις στο παρελθόν, οι

οποίες όμως αφορούσαν αποκλειστικά το ζήτημα των ναρκωτικών. Κάποιες είδαν τη συνέντευξη ως μια συζήτηση που βοηθάει το μυαλό τους να προχωρήσει μπροστά ενώ άλλες την είδαν ως μέσο απολογισμού της ομάδας, που φέρνει στην επιφάνεια τα οφέλη και τις ελλείψεις. Όσον αφορά τη στάση της συνεντεύκτριας, σχολιάστηκε ο διαδραστικός ρόλο της, γεγονός που διευκόλυνε τη διαδικασία αλλά και το ότι απευθυνόταν στις γυναίκες στον πληθυντικό αριθμό, κάτι που ορισμένες δεν το επιθυμούσαν.

Απόσπασμα 39

E. Ωραία και να σας ρωτήσω και κάτι τελευταίο, πως ήταν για σας η εμπειρία της συμμετοχής στην έρευνα, πως σας φάνηκε η διαδικασία της συνέντευξης;

Σ. Μία χαρά, έτσι ξεκαθαρίζουν κιόλας τι πραγματικά κέρδισε ο καθένας από την ομάδα, τα καλά και τα κακά, το τι έχει αναπτυχθεί και το τι όχι. Είναι ένας απολογισμός όλο αυτό. Σου φέρνει τα καλά και τα κακά, τα οφέλη της ομάδας, τι έχει μείνει ακόμα που δεν έχει ειπωθεί».

Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί το βίωμα γυναικών από τη συμμετοχή τους σε μια αμιγώς γυναικεία ομάδα που πραγματοποιήθηκε στη ΜΟΘΕ Γ.Ν «Αχιλλοπούλειο» στο Βόλο. Για να διερευνηθεί το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε η τεχνική της ημιδομημένης συνέντευξης με τις συμμετέχουσες της ομάδας ενώ για την επεξεργασία των δεδομένων και την εξαγωγή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση. Στο κεφάλαιο αυτό, συνοψίζονται τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και επιχειρείται η σύνδεσή τους με το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίχθηκε η συγκεκριμένη έρευνα και με τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν πέντε υπερθεματικές κατηγορίες, η καθεμία από τις οποίες ενείχε μια σειρά από υποθεματικές κατηγορίες. Οι βασικές κατηγορίες που προέκυψαν είναι οι εξής: Η συμμετοχή των γυναικών στο πρόγραμμα υποκατάστασης, η συμμετοχή στην ομάδα γυναικών, η βιωματική εμπειρία της ομάδας, η εστίαση στο «φύλο» της ομάδας και ο απολογισμός και επαναπροσδιορισμός της ομαδικής διαδικασίας.

Αρχικά, οι γυναίκες περιέγραψαν τις συνθήκες που βίωναν στη ζωή τους λίγο πριν γίνουν μέλη του προγράμματος υποκατάστασης. Κάποιες είχαν φυλακιστεί, άλλες βίωναν κατάθλιψη και έβλεπαν τη χρήση ως διέξοδο στα προβλήματά τους ή ακόμα έκαναν εμπόριο ναρκωτικών ουσιών. Αναφορές γίνονται και για σωματική και σεξουαλική κακοποίηση που δέθηκαν οι γυναίκες τόσο από τους συντρόφους τους όσο και από τρίτους. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με ευρήματα που υποστηρίζουν πως ένα ιστορικό κακοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες για μια γυναίκα να έχει προβλήματα με τη χρήση ουσιών και πως οι γυναίκες χρήστριες συχνά έχουν πέσει θύματα κακοποίησης (Cohen, 2006; Covington, 2008; El-

Bassel, Gilbert, Schilling, & Wada, 2000; Elliot, Bjelajac, Fallot, Markoff & Reed, 2005; UNODC, 2004). Στους λόγους που ανέφεραν για την είσοδό τους στο πρόγραμμα ήταν η έλλειψη λίστας αναμονής και το γεγονός ότι οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, η επιθυμία για διακοπή της χρήσης ηρωίνης και η διατήρηση τη σχέσης με τα παιδιά τους. Κάποιες επηρεάστηκαν από το γεγονός ότι είχαν σύντροφο χρήστη στο πρόγραμμα, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία καθώς οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να έχουν σύντροφο που να είναι και εκείνος χρήστης ουσιών (Tuchman, 2010; Westermeyer & Boedicker, 2000).

Σχετικά με το υποκατάστατο, οι γυναίκες διέκριναν τόσο θετικά όσο και αρνητικά ως προς τη χρήση του. Τα θετικά είναι ότι παρέχεται με νόμιμο τρόπο και είναι δωρεάν, προσφέρει σωματική και ψυχολογική ανακούφιση και τη δυνατότητα για να έχει κανείς μια φυσιολογική ζωή. Από την άλλη, αποτελεί ακόμα μια εξάρτηση, πολλές φορές χρησιμοποιείται ως «δεκανίκι» και χωρίς την ψυχοθεραπευτική διαδικασία δεν αρκεί για να επιφέρει θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, κάτι που υποστηρίζεται και από το πλαίσιο λειτουργίας του OKANA (OKANA, 2012). Όσον αφορά τις υπηρεσίες της ΜΟΘΕ OKANA Βόλου, αυτές χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και διαθεσιμότητα στις ανάγκες των μελών. Οι σχέσεις του προσωπικού με τα μέλη περιβάλλονται από αμοιβαίο σεβασμό και εκτίμηση και υπάρχει εξατομίκευση στις θεραπευτικές ανάγκες των χρηστών. Κάτι που θεωρείται από τις γυναίκες ως μειονέκτημα του προγράμματος και οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης, είναι η μείωση του αριθμού των ουροληψιών και ο μικρός αριθμός των θεραπειών της μονάδας.

Αναφορικά με την εικόνα του εαυτού, οι γυναίκες αυτοχαρακτηρίζονται με αρκετά υποτιμητικά επίθετα και εκφράσεις. Εκδηλώνουν έλλειψη αγάπης για τον εαυτό τους και ορισμένες θεωρούν ότι εξαιτίας της εξάρτησής τους δεν συγκαταλέγονται στους «φυσιολογικούς» ανθρώπους. Αυτοαποκαλούνται «άρρωστες» και «καμένες» ενώ

χρησιμοποιούν και την έκφραση «κρατικό πρεζάκι» για να δικαιολογήσουν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Εξάλλου σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να έχουν κακή αυτοαντίληψη, να παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχές (Dudish & Hatsukami, 1996; Najavits, Weiss & Shaw, 1997; Saxe & Wolfe, 1999). Σε αυτό συμβάλλει και το κοινωνικό στίγμα που ακολουθεί τους χρήστες ουσιών καθώς κυριαρχούν συγκεκριμένες κοινωνικές αναπαραστάσεις για τους ουσιοεξαρτημένους.

Για τον κοινό νου, η χρήση φαίνεται να μην συνάδει με το γυναικείο φύλο ενώ οι μητέρες χρήστριες στιγματίζονται διπλά. Οι γυναίκες καταγγέλλουν διάφορα περιστατικά κοινωνικού ρατσισμού και τονίζουν πως η «ταμπέλα» του χρήστη είναι κάτι που μένει για πάντα αφού τα λάθη του παρελθόντος δεν παραγράφονται και συνεχίζουν να τις ακολουθούν. Η «ταμπέλα», η ενοχή και το κοινωνικό στίγμα, είναι καθοριστικοί παράγοντες που αποτρέπουν τις γυναίκες να αναζητήσουν θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση (Carli, 2010; Cohen, 2000; Ettorre, 1992; Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore, 1995; United Nations, 2004). Όμως, βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι τα πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες χρήστριες συνδυαστικά με τη μειωμένη εμπλοκή τους με το νόμο συγκριτικά με τους άνδρες, συμβάλει στο να «αποκαλύπτονται» πιο εύκολα και να δίνουν ανατροφοδότηση και συμβουλές στις θεραπευτικές ομάδες χρηστών (Johnson et al., 2011; Morgenstern & Bux, 2003).

Ένας από τους λόγους για τους οποίους οι συμμετέχουσες έλαβαν μέρος στην ομάδα γυναικών ήταν η περιέργεια επειδή αποτελούσε κάτι καινούργιο για το πρόγραμμα και το είδαν ως ευκαιρία να κοινωνικοποιηθούν και να γνωρίσουν καλύτερα τον εαυτό τους. Ακόμη, αναζητούσαν ψυχολογική υποστήριξη και εκτόνωση στα προβλήματά τους και συγκεκριμένα για θέματα όπως το πένθος, η κατάθλιψη και η διακοπή της χρήσης. Εξάλλου οι έρευνες δείχνουν πως ένα κοινό θέμα στις ζωές πολλών γυναικών είναι η απώλεια και το πένθος

(Finkelstein, 1996; McComish et al., 1999; Raskin, 1992) όπως επίσης είναι γνωστό ότι οι χρήστριες είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη, αντικοινωνική συμπεριφορά, μετατραυματική διαταραχή στρες και άλλες αγχώδεις διαταραχές (Covington, 2008; Herman, 1997).

Επιπλέον, από την ομάδα επιζητούσαν την κάλυψη διάφορων αναγκών και οι περισσότερες γυναίκες είχαν συγκεκριμένες προσδοκίες από τη συμμετοχή τους σε αυτή. Ήθελαν να ανακαλύψουν τα βαθύτερα αίτια που τις οδήγησαν στη χρήση, να αποτινάξουν από πάνω τους το παρελθόν, να βάλουν σε τάξη τη ζωή τους απέχοντας από τις ουσίες και να αποκτήσουν επικοινωνιακές δεξιότητες. Ακόμη, ζητούσαν ψυχολογική υποστήριξη για το πένθος λόγω θανάτου, τα οικογενειακά ζητήματα και τις δυσκολίες της καθημερινότητας, τα οποία αποτελούσαν και τα θέματα που έθεταν περισσότερο προς συζήτηση στην ομάδα. Η συνεχής ενασχόληση με τα οικογενειακά προβλήματα και την καθημερινότητα μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν πιο ενεργό ρόλο στο σπίτι και συνήθως είναι εκείνες που αναλαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη φροντίδα των παιδιών (Westermeyer & Boedicker, 2000). Ενδιαφέρον προκαλεί, ότι το θέμα της χρήσης το έθετε συστηματικά μόνο μια συμμετέχουσα στην ομάδα ενώ οι υπόλοιπες το άφηναν σε δεύτερη μοίρα καθώς θεωρούσαν ότι τα υπόλοιπα προβλήματα που είχαν να διαχειριστούν ήταν πιο σοβαρά. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία, καθώς οι γυναίκες χρήστριες εμφανίζονται να συζητούν συχνότερα για προβλήματα που σχετίζονται έμμεσα και όχι άμεσα με τη χρήση ουσιών, όπως είναι τα ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας (Lynch, Roth & Carroll, 2002).

Οι πρώτες σκέψεις και αντιδράσεις των γυναικών για την ομάδα ήταν να τη συγκρίνουν με προηγούμενες εμπειρίες ομάδων στις οποίες είχαν συμμετάσχει. Υπήρχε ο φόβος μήπως οι κανόνες ήταν πολύ αυστηροί αλλά και αμφιβολίες γύρω από τη θεματολογία της ομάδας. Στην αρχή, έδειχναν αυτοσυγκράτηση στα λεγόμενά τους για να μην

δημιουργηθούν παρεξηγήσεις μεταξύ τους αλλά γρήγορα συνειδητοποίησαν πως αν ανοιχτούν περισσότερο η ομάδα μπορεί να τις βοηθήσει σε πολλά θέματα. Επίσης, οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν με διαφορετικούς τρόπους την ομάδα. Κάποιες την έβλεπαν ως διέξοδο στα προβλήματά τους, ως ένα αλληλοϋποστηρικτικό πλαίσιο το οποίο τους οδηγεί σε μια καινούργια κατεύθυνση. Αυτό επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα των McComish et al., (1999) που υποστήριξαν ότι η ομαδική θεραπεία αποτελεί μια πολύτιμη θεραπευτική προσέγγιση για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών καθώς τους παρέχει την ευκαιρία να διερευνήσουν τις κοινές τους εμπειρίες σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον (McComish et al., 1999).

Για κάποιες άλλες, η ομάδα αποτέλεσε ένα είδος ψυχοθεραπείας, μια ευκαιρία ανακάλυψης πτυχών του εαυτού τους και κοινωνικοποίησης, που τις βοήθησε να βάλουν ένα πρόγραμμα στη ζωή τους και να θέσουν νέους στόχους. Υπήρξαν όμως και οι περιπτώσεις των γυναικών, που η συμμετοχή τους στην ομάδα ήταν ένας άθλος, καθώς ήταν πολύ δύσκολο να μπουνε και να συγκρατηθούν σε ομαδική θεραπευτική διαδικασία. Η είσοδος, η δέσμευση και η παραμονή αυτών των γυναικών στην ομάδα, όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, μπορεί να απαιτεί μια σειρά από παροχές προς εκείνες που να αφορούν την ύπαρξη θεραπευτικών προγραμμάτων ειδικά για γυναίκες, την εύκολη πρόσβαση στους χώρους θεραπείας, την μέριμνα για τη φροντίδα των παιδιών τους αλλά και την σωματική και ψυχική τους υγεία (Ashley et al., 2003).

Η σχέση που αναπτύχθηκε ανάμεσα στα μέλη της ομάδας χαρακτηρίζεται ως καλή από τις περισσότερες καθώς μοιραζόντουσαν κάποια κοινά στοιχεία μεταξύ τους. Ως ένα βαθμό υπήρξε δέσιμο, αλληλοϋποστήριξη τόσο εντός όσο και εκτός του πλαισίου της ομάδας και δημιουργήθηκαν κάποιες φιλικές σχέσεις. Αισθάνθηκαν ως κομμάτι ενός συνόλου, που είχε κινητοποιητικό χαρακτήρα και ένιωσαν ότι πήραν και έδωσαν πάρα πολλά στην ομάδα. Δεν έλειψαν όμως και οι περιπτώσεις που τα μέλη ταυτίστηκαν με τις ιστορίες

που άκουγαν και αυτό προκάλεσε εντάσεις και λογομαχίες μεταξύ τους. Κάποιες φορές μάλιστα υπήρχε και κριτική διάθεση και διαφωνίες μεταξύ τους, γεγονός που το απέδωσαν στο ότι είναι διαφορετικοί χαρακτήρες. Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι διαφορές υπάρχουν μεταξύ των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με παράγοντες όπως η καταγωγή ή το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως αναφέρεται και βιβλιογραφικά (Covington, 2008).

Μιλώντας για τα συναισθήματα των γυναικών, έγινε ένα διαχωρισμός σε θετικά και αρνητικά. Στην πρώτη κατηγορία ήταν το αίσθημα του σεβασμού και της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης που αναπτύχθηκε μεταξύ των μελών και της ικανοποίησης που τους χάρισε η προσφορά αλληλοβοήθειας μεταξύ τους. Ακόμη, κάποιες ένιωθαν πιο ανάλαφρες, με καλύτερη διάθεση και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση τόσο εντός όσο και εκτός της ομάδας όπως και ότι είναι πλέον πιο δυνατές έχοντας πάρει τη σημασία και την αξία που αποζητούσαν από την ομάδα. Σε αυτό το σημείο υπάρχει συμφωνία με τη βιβλιογραφία καθώς και σε άλλες έρευνες γυναίκες με προβλήματα χρήσης ουσιών αναφέρουν ότι οι ομάδες γυναικών παρέχουν ένα ασφαλέστερο και πιο άνετο περιβάλλον θεραπείας (Kauffman et al., 1995). Όσον αφορά τα αρνητικά συναισθήματα που προκλήθηκαν, σε αυτά συγκαταλέγονται η αμηχανία, η ντροπή, η ζήλεια, το αίσθημα μειονεξίας, το άγχος λόγω δυσάρεστων σκέψεων, η στενοχώρια και το συναισθηματικό μπλοκάρισμα. Υπήρξε και η περίπτωση που μέλος της ομάδας έφυγε από αυτή με μεγαλύτερη νευρικότητα από ότι μίηκε και με την επιθυμία για χρήση. Σύμφωνα με έρευνες, το κλίμα που επικρατεί σε μια ομάδα έχει φανεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην παραμονή ενός ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία (McCallum et al., 2002).

Φαίνεται πως οι γυναίκες αντιμετώπισαν ορισμένες δυσκολίες κατά τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Ένα από τα θέματα που τις δυσκόλεψε ιδιαίτερα και το έθεσαν πολύ στις συνεντεύξεις ήταν η μη τήρηση των κανόνων της ομάδας. Η ασυνέπεια ορισμένων μελών ως

προς την μέρα και την ώρα προσέλευσης στην ομάδα και η ευκαιριακή συμμετοχή σε αυτή, μόνο όταν πρόκυπτε κάποιο πρόβλημα ήταν κάτι που δυσκόλεψε τη διαδικασία. Ακόμη, η έλλειψη νηφαλιότητας από κάποιες μέσα στην ομάδα αποτελούσε «κόκκινο πανί», καθώς προκαλούσε την επιθυμία της χρήσης και στις υπόλοιπες και έτσι χανόταν ο κινητοποιητικός χαρακτήρας της ομάδας. Οι γυναίκες ένιωσαν ότι δεν μπορούν να έχουν απόλυτη εμπιστοσύνη μεταξύ τους, δεν είχαν την άνεση να μιλήσουν ανοιχτά και ξεκάθαρα για όλα τα θέματα και αυτό το αποδίδουν στην έλλειψη πλήρους εχεμύθειας που υπήρχε και στο φόβο μήπως διαρρεύσουν οι πληροφορίες μέσα από την ομάδα.

Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι τα άτομα ήταν άγνωστα μεταξύ τους πριν την ομάδα αποτέλεσε ακόμη μια δυσκολία όπως και το ότι ήταν διαφορετικοί χαρακτήρες και οι ανάγκες τους από την ομάδα ήταν αντικρουόμενες. Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι είναι πολύ σημαντική η σύνθεση της ομάδας καθώς υπάρχει κίνδυνος κάποιο μέλος να απομονωθεί ή να απορριφθεί αν δεν παρουσιάζει ομοιογένεια ως προς κάποια χαρακτηριστικά με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Piper, Ogradniczuk, Weideman, Joyce & Rosie, 2007; Yalom & Leszcz, 2005). Τέλος, η στοχοποίηση που ένιωσαν ότι δέχονται κάποια άτομα και η άδικη κριτική, τα καρφώματα μεταξύ τους για τη χρήση και οι λογομαχίες που προέκυψαν γύρω από κάποια θέματα δυσχέραιναν την κατάσταση.

Όμως, εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν, οι γυναίκες αποκόμισαν πολλά οφέλη από τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Στοιχεία ερευνών επιβεβαιώνουν τα θεραπευτικά οφέλη που υπάρχουν από θεραπευτικές πρακτικές που απευθύνεται αποκλειστικά σε γυναίκες (Kauffman, Dore & Nelson-Zlurko, 1995). Καλύφθηκαν αρκετές ανάγκες των γυναικών, τόσο σε πρακτικό όσο και σε πιο εσωτερικό επίπεδο. Όσον αφορά τα πιο πρακτικά ζητήματα, η ομάδα βοήθησε τις γυναίκες να απέχουν από τη χρήση για ένα διάστημα ή ακόμα και να τη διακόψουν εντελώς. Τις έβαλε σε ένα πρόγραμμα και τους έδωσε ώθηση να θέσουν νέους στόχους όπως επίσης και να διαχειριστούν με μεγαλύτερη ωριμότητα κάποια

θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Ακόμη, τους παρείχε ψυχοεκπαίδευση ως προς το μητρικό ρόλο και βελτίωσε τις γονικές πρακτικές που χρησιμοποιούσαν απέναντι στα παιδιά τους όπως και τη σχέση μαζί τους. Σύμφωνα με κάποια άλλη έρευνα, οι γυναίκες που συμμετείχαν σε ομαδική θεραπευτική διαδικασία εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση τόσο στη διάθεσή τους όσο και στις γονικές τους πρακτικές και δεξιότητες, συγκριτικά με όσες δεν συμμετείχαν σε ομάδα (McComish et al., 1999).

Επιπρόσθετα, μέσα από την ομάδα οι γυναίκες άλλαξαν εν μέρει τρόπο σκέψης και μεταβλήθηκαν κάποια στοιχεία του εαυτού τους όπως είναι η αυτοαντίληψή τους. Στη βιβλιογραφία τονίζεται η αξία της ύπαρξης γυναικείων ομάδων με σκοπό τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των μελών και τη διευκόλυνση της αυτό-ανακάλυψης του εαυτού τους (Humphreys et al., 2004). Ακόμη, οι γυναίκες δέχθηκαν ψυχολογική υποστήριξη σε ποικίλα ζητήματα που τις απασχολούσαν, υπήρχε αμοιβαία ανταπόδοση σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ τους και απέκτησαν μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης και κατανόησης. Κατάφεραν να χαλαρώσουν μέσω των ασκήσεων, να αποτινάξουν από πάνω τους το υπερβολικό άγχος και να ωριμάσουν, μαθαίνοντας να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες τους με περισσότερη σοβαρότητα και υπευθυνότητα. Στην αλλαγή των δυσλειτουργικών σκέψεων για τον εαυτό και στη χαλάρωση των γυναικών φαίνεται πως συνέβαλαν οι γνωστικο-συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στην ομάδα, όπως ήταν οι ασκήσεις χαλάρωσης και τα παιχνίδια ρόλων (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2006; Ouimette, Finney & Moos, 1997).

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες συνειδητοποίησαν ότι τα προβλήματά τους δεν είναι μοναδικά και έμαθαν να ζητάνε βοήθεια χωρίς να φοβούνται ότι αυτό θα έχει κάποιο κόστος για εκείνες, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια της επιμέλειας των παιδιών τους. Καθώς πολλές γυναίκες που αναζητούν θεραπεία για τη χρήση ουσιών είναι μητέρες (McComish et al., 1999), ένα ακόμα πολύ σημαντικό στοιχείο είναι ότι μέσα από την ομάδα ήρθαν πιο κοντά στο μητρικό τους ρόλο και πήραν αξία σαν άτομα.

Το διαφορετικό αυτής της ομάδας ήταν ότι είχε γυναικείο πρόσημο και λάμβανε χώρα σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης, όπου οι γυναίκες υποκεπροσωπούνται (Kauffman, Dore & Nelson-Zlurko, 1995) και αποτελούν ένα δύσκολο πληθυσμό ως προς την προσέγγισή του (Κασσέρη & Αυδή, 2008). Οι γυναίκες είδαν θετικά ότι η ομάδα απευθυνόταν μόνο σε εκείνες καθώς επισημαίνουν πως παρουσιάζουν κάποιες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τους άνδρες χρήστες και αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα στην πόλη του Βόλου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο Βόλος είναι μια επαρχιακή πόλη και οι κοινωνικές σχέσεις είναι πιο στενές, με αποτέλεσμα ο κοινωνικός αποκλεισμός και το στίγμα να είναι πιο έντονα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το κοινωνικό στίγμα είναι πιο έντονο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Cohen, 2000; Ettore, 1992; United Nations, 2004) και πολλές φορές η κοινωνία στέκεται πιο αμείλικτη απέναντι στις γυναίκες όταν δεν συμβιβάζονται με τις νόρμες που ορίζονται για το φύλο τους (Κασσέρη & Αυδή, 2008; Zimmer-Hofler & Dobler-Mikola, 1992).

Επιπλέον, το γεγονός ότι ήταν μόνο γυναίκες τους προσέφερε μεγαλύτερη άνεση για να μιλήσουν για ορισμένα θέματα γυναικείας φύσεως που δεν θα μπορούσαν εύκολα να αναπτύξουν μαζί με άνδρες γιατί δεν θα υπήρχε η ίδια κατανόηση. Εξάλλου, όπως αποδεικνύεται από έρευνες, η κατάχρηση ουσιών από τις γυναίκες και τα θέματα γύρω από αυτήν, διαφέρουν από αυτά που αντιμετωπίζουν οι άνδρες (Wizemann & Pardue, 2001). Ήταν πολύ σημαντικό για εκείνες ότι ήταν όλες μητέρες και μοιραζόντουσαν κοινά στοιχεία και επισημαίνουν ότι θέματα που αφορούν την ανατροφή των παιδιών, κάτι που κοινωνικά υπόκειται περισσότερο στις γυναικείες υποχρεώσεις (Westermeyer & Boedicker, 2000), δεν θα τα συζητούσαν το ίδιο εύκολα και με άνδρες στην ομάδα. Η ομάδα αποτέλεσε ένα περιβάλλον που μπόρεσαν οι γυναίκες να κάνουν συζητήσεις που δεν θα μπορούσαν να κάνουν σε οποιοδήποτε άλλο πλαίσιο αλλά και να εκπαιδευτούν στο να βρίσκονται όλες μαζί στον ίδιο χώρο παρά τις διαφορές που μπορεί να παρουσιάζουν. Εν κατακλείδι, θεωρούν ότι

η συμμετοχή τους στη γυναικεία ομάδα ήταν πιο ωφέλιμη για εκείνες από το να είχαν συμμετάσχει σε μια μικτή ομάδα, όμως πιστεύουν ότι στη δεύτερη περίπτωση θα θέτονταν περισσότερα θέματα και ίσως επεξεργαζόταν περισσότερο το ζήτημα της χρήσης.

Ακόμη, οι γυναίκες κατάφεραν να αναπτύξουν καλή σχέση με τις συντονίστριες της ομάδας και να ανοιχτούν πιο εύκολα λόγω του ότι και εκείνες ήταν γυναίκες. Μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις έδειχναν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις συντονίστριες παρά στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και θα τους φαινόταν περίεργο αν η ομάδα γυναικών συντονιζόταν από άνδρες. Από τις συντονίστριες έλαβαν κατανόηση και βοήθεια στα προβλήματά τους και τους δόθηκε χώρος μέσα στην ομάδα για να αναλάβουν πρωτοβουλίες, όπως ήταν ο καθορισμός των κανόνων από τις ίδιες. Τα παραπάνω βρίσκουν αντίκρισμα και στη βιβλιογραφία, ότι δηλαδή οι γυναίκες που βρίσκονται στη θεραπεία μπορεί να χρειάζονται γυναικεία πρότυπα ανεξάρτησης. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1980, φάνηκε πως η σύνθεση του προσωπικού ενός προγράμματος επηρεάζει το ποσοστό χρήσης των γυναικών και έχει αντίκτυπο στην είσοδο και στη συνέχιση της θεραπείας από εκείνες (Ashley et al., 2003).

Η τελευταία θεματική αφορά τον αναστοχασμό της διαδικασίας από τις γυναίκες και τις ελεύθερες διατυπώσεις και τα σχόλια που έκαναν για την αναβάθμιση της ποιότητας της ομάδας. Έτσι, οι γυναίκες έκαναν ένα είδος κριτικής στην ομάδα, και τόνισαν τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και τα μειονεκτήματα σε αυτή. Στα θετικά είναι ότι η ομάδα προσέφερε κάποιες δυνατές στιγμές στα μέλη της, χαρακτηριζόταν από χαλαρό κλίμα και φτιάχτηκε για να καλύψει ένα εύρος από ανάγκες χρηστών. Παρόλα αυτά, δεν λειτούργησε σε όλες τις περιπτώσεις με τον επιθυμητό τρόπο καθώς κάποιες ανάγκες έμειναν ακάλυπτες, όπως για παράδειγμα τα ζητήματα του πένθους και της χρήσης που δεν αναπτύχθηκαν αρκετά. Επίσης, στην ομάδα δεν υπήρχε η έννοια της εποικοδομητικής κριτικής καθώς οι γυναίκες έπαιρναν πολύ προσωπικά κάποια πράγματα και δημιουργούνταν συχνά παρεξηγήσεις μεταξύ τους. Το

γεγονός ότι οι περισσότερες δεν έκαναν ατομικά ραντεβού συνέβαλε στο να μην υπάρχει καλή ροή θεμάτων στην ομάδα και δεν κατάφεραν να αγγίξουν πιο βαθιά θέματα. Περιστασιακά υπήρχε ανειλικρίνεια όσον αφορά τη χρήση και συνέβαιναν απρόοπτα, χρησιμοποιούνταν συχνά δικαιολογίες για την απουσία ορισμένων μελών από την ομάδα και δεν υπήρχαν πάντα ξεκάθαρες προθέσεις ως προς το κίνητρο συμμετοχής τους.

Στις προτάσεις των γυναικών για τη δημιουργία μελλοντικής γυναικείας ομάδας στο πρόγραμμα συγκαταλέγονται ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετοχής στην ομάδα, η ανάπτυξη περισσότερων και προκαθορισμένων θεμάτων προς συζήτηση και ο εμπλουτισμός της διαδικασίας με περισσότερα εκφραστικά μέσα και ασκήσεις. Οι γυναίκες θεωρούν πως είναι σημαντική η αυστηρή τήρηση των κανόνων της ομάδας και σε αντίθετη περίπτωση να υπάρχουν επιπτώσεις όπως επίσης είναι αναγκαία και η συμμετοχή τους σε ατομικά ραντεβού. Ακόμη, θέλουν στην επόμενη ομάδα να υπάρχει μεγαλύτερος σεβασμός και κατανόηση ανάμεσα στα μέλη και να μην είναι τόσο έντονη η κριτική διάθεση μεταξύ των μελών. Όπως φάνηκε, στον απολογισμό της διαδικασίας βοήθησε και η συνέντευξη ως μέσο καθώς έφερε στην επιφάνεια όλα τα οφέλη που αποκόμισαν οι γυναίκες από την ομάδα αλλά και τις ελλείψεις που εντόπισαν ότι υπήρχαν σε αυτή με απώτερο στόχο την αναβάθμισή της.

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε πως οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων στην καθημερινότητά τους και χρειάζονται ένα υποστηρικτικό πλαίσιο στο οποίο θα νιώθουν άνετα να εκφραστούν, να εξωτερικεύσουν τις βαθύτερες σκέψεις και τα προβλήματά τους χωρίς να φοβούνται ότι θα στιγματιστούν ή θα δεχτούν αρνητική κριτική. Τέτοια προβλήματα μπορεί να αφορούν το πένθος, τα οικογενειακά ζητήματα και την ανατροφή των παιδιών, την κατάθλιψη και τα διάφορα θέματα σωματικής υγείας. Φαίνεται πως τα προβλήματά αυτά απασχολούν σε τόσο έντονο βαθμό τις γυναίκες που επισκιάζουν κατά κάποιο τρόπο το θέμα διαχείρισης της χρήσης, βάζοντάς το σε δεύτερη μοίρα, αν και αυτό μπορεί να είναι αρχή του νήματος των

δυσκολιών. Ακόμη, επιβεβαιώθηκε ότι οι γυναίκες χρήστριες αποτελούν ένα δύσκολο πληθυσμό ως προς τη διαχείρισή του, που δεν δεσμεύεται ούτε συγκρατείται εύκολα στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως είναι το κοινωνικό στίγμα και η κριτική που δέχονται από την κοινωνία αλλά και από χρήστες εκτός της ομάδας, οι τραυματικές τους εμπειρίες ή η δυσκολία τους να συναναστραφούν με άτομα του ίδιου φύλου χωρίς να ταυτιστούν αρνητικά μαζί τους. Φαίνεται πως για να μπορέσουν οι γυναίκες να λειτουργήσουν καλύτερα σε ομαδικό επίπεδο χρειάζονται μεγαλύτερη οριοθέτηση και πιο αυστηρούς κανόνες.

Από όλα τα παραπάνω, προκύπτει η ανάγκη για την ανάπτυξη περισσότερων θεραπευτικών πρακτικών που να απευθύνονται αποκλειστικά στο γυναικείο πληθυσμό και τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Ακόμη, χρειάζονται μελέτες που να αξιολογούν τα αποτελέσματα από τις τεχνικές αυτές που χρησιμοποιούνται. Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας θα μπορούσε περαιτέρω να στραφεί στην ανάδειξη των διαφορετικών προσεγγίσεων που υιοθετούνται από τα διάφορα θεραπευτικά πλαίσια για τη θεραπεία των γυναικών και τη σύγκριση γυναικείων ομάδων ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιούνται.

Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψαν αναμφισβήτητοι περιορισμοί. Αρχικά, η δημιουργία της ομάδας γυναικών, μετά από σχετική πρόταση που υπήρξε από την ερευνήτρια, έπρεπε να εγκριθεί από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ «Αχιλλοπούλειο Νοσοκομείο Βόλου». Στη συνέχεια, από τη στιγμή που δόθηκε η έγκριση, έπρεπε να δημιουργηθεί και να οργανωθεί η ομάδα καθώς δεν υπήρχε ήδη στις προσφερόμενες υπηρεσίες του προγράμματος. Χρειάζόταν και η προθυμία δύο γυναικών-θεραπευτριών του προγράμματος για να αναλάβουν το συντονισμό της ομάδας. Καθώς αυτή

απευθυνόταν αποκλειστικά σε γυναίκες, θεωρήθηκε προτιμότερο να οριστούν γυναίκες συντονίστριες και αυτό περιόρισε ακόμα περισσότερο τις πιθανότητες επιλογής. Ένας ακόμα περιορισμός είναι ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας, στην πόλη του Βόλου, οπότε τα αποτελέσματα μπορεί να ήταν πολύ διαφορετικά αν λάμβανε χώρα σε κάποιο άλλο μέρος.

Σχετικά με τη λειτουργία της ομάδας, έναν περιορισμό αποτέλεσε ο μικρός αριθμός των συμμετεχουσών. Στο πρώτο κάλεσμα που έγινε για τη συμμετοχή στην ομάδα γυναικών, εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους (17) γυναίκες, όταν όμως ξεκίνησαν οι συναντήσεις της ομάδας υπήρχε συστηματική συμμετοχή μόλις από (5) γυναίκες. Λόγω της ασυνέπειας που έδειχναν ορισμένες γυναίκες ως προς τη μέρα και την ώρα προσέλευσής στην ομάδα, που είχε ως επακόλουθο το μειωμένο αριθμό συμμετοχής, αποτελούσε λόγο αναβολής ορισμένων συναντήσεων και αναπλήρωσής τους σε νέα ημερομηνία. Ακόμη, το γεγονός ότι η συμμετοχή στην ομάδα ήταν προαιρετική, αποτέλεσε εύφορο έδαφος για να σημειωθούν απουσίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν επιπτώσεις στη δυναμική και το δέσιμο της ομάδας και να δημιουργηθούν εντάσεις μεταξύ των μελών. Για το λόγο αυτό, οι γυναίκες αποφάσισαν ότι μετά την πέμπτη κατά σειρά συνάντηση δεν θα δεχόντουσαν την είσοδο καινούργιων μελών, εφόσον η διαδικασία θα είχε προχωρήσει, δεν θα επιθυμούσαν να επαναλαμβάνουν συνεχώς τα ίδια πράγματα και ούτε θα μπορούσαν να δείξουν εμπιστοσύνη στον ίδιο βαθμό σε άτομα που δεν ήταν από την αρχή στην ομάδα.

Ένας πολύ σημαντικός περιορισμός είχε να κάνει και με τη χρήση χαπιών ή κάνναβης που έκαναν κάποιες γυναίκες πριν μπουν στην ομάδα καθώς αυτό δυσχέραινε την επικοινωνία μεταξύ των μελών και την κατανόηση των προς συζήτηση θεμάτων. Υπήρξαν και στιγμές που εξαιτίας της χρήσης αυτής προκλήθηκαν παρεξηγήσεις ανάμεσα στις γυναίκες αφού παρενοήθησαν οι προθέσεις και τα λόγια τους. Ακόμη, όσον αφορά τη διαδικασία της συνέντευξης, περιορισμό αποτελεί ο μικρός αριθμός των

συνεντευξιαζόμενων γυναικών καθώς συμμετείχαν μόνο με εκείνες που παρακολουθούσαν συστηματικά την ομάδα. Το γεγονός ότι οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της μονάδας και ηχογραφήθηκαν από την ερευνήτρια μπορεί να επηρέασε σε κάποιο βαθμό τις απαντήσεις των γυναικών.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η εν λόγω έρευνα δεν στοχεύει σε γενίκευση των αποτελεσμάτων της, καθώς πρόκειται για μια ποιοτική μελέτη και αποσκοπεί στην ανάδειξη του προσωπικού βιώματος των συμμετεχουσών και στην εμβάθυνση σε αυτό.

Αναστοχασμός της ερευνήτριας

Χωρίς να έχω ιδιαίτερη εμπειρία στο χώρο των εξαρτήσεων πριν την πρακτική μου άσκηση στη ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ Βόλου στα πλαίσια του μεταπτυχιακού μου, είχα στο μυαλό μου κάποια πράγματα σε θεωρητικό επίπεδο και διαμορφωμένες κάποιες κοινωνικές αναπαραστάσεις για το ρόλο των γυναικών στα προγράμματα αυτά, όπου αποτελούν τη μειοψηφία. Εξάλλου, τα διάφορα προγράμματα, οι ομάδες σε αυτά και οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα αποτελούν μια μικρογραφία της κοινωνίας μας, όπου και εκεί πολλές φορές οι γυναίκες αγωνίζονται να βρουν τη θέση τους και να ακουστούν.

Με αφορμή όλα αυτά, θέλησα να μελετήσω πως μπορεί μέσα σε ένα κατά κύριο λόγο ανδροκρατούμενο περιβάλλον, όπως είναι ένα πρόγραμμα υποκατάστασης, μπορεί να σταθεί και να επιβιώσει μια γυναικεία ομάδα. Αυτό αποτέλεσε μεγάλη πρόκληση για μένα, καθώς ήταν η πρώτη φορά που συνέβαινε κάτι τέτοιο στη συγκεκριμένη μονάδα. Ομάδες γυναικών είθισται να υπάρχουν σε «στεγνά» κυρίως προγράμματα όπου όλη η βαρύτητα πέφτει στο ψυχοθεραπευτικό κομμάτι, γι' αυτό είχε πολύ ενδιαφέρον αν αυτό το εγχείρημα θα ευδοκιμούσε σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης το οποίο απευθύνεται σε ένα πληθυσμό που δεν είναι τόσο κινητοποιημένος ως προς την απεξάρτηση αλλά προς τη μείωση της βλάβης.

Αυτό που με χαροποίησε ιδιαίτερα στην επεξεργασία και τελικά στην υλοποίηση της ιδέας αυτής, ήταν η στάση του προσωπικού του προγράμματος, το οποίο από την πρώτη στιγμή ανταποκρίθηκε θετικά στην πρότασή μου και προθυμοποιήθηκε να με βοηθήσει με τον οποιοδήποτε τρόπο. Μάλιστα οι θεραπεύτριες που ορίστηκαν αυτοβούλως συντονίστριες της ομάδας, δέχτηκαν με μεγάλη χαρά να επιβαρύνουν το ήδη φορτωμένο πρόγραμμά τους με μια ακόμη υποχρέωση καθώς είδαν τη δημιουργία της ομάδας σαν κάτι καινούργιο που θα τους βοηθήσει να ξεφύγουν από τη ρουτίνα και το εργασιακό τέλμα και θα τους προσφέρει μια νέα γνώση. Η συνεργασία μας χαρακτηρίστηκε από αμοιβαίο σεβασμό και ισοτιμία και μου δόθηκε χώρος για να μπορέσω να πάρω κάποιες πρωτοβουλίες και να μεταφέρω τις όποιες γνώσεις είχα γύρω από τα ζητήματα που εξετάζαμε.

Όσον αφορά τη θέση μου στην ομάδα, στην αρχή είχα την εντύπωση ότι δεν θα είμαι πολύ επιθυμητή από τις γυναίκες καθώς δεν με ήξεραν και θα ήταν δύσκολο να με εμπιστευτούν. Γρήγορα όμως αυτό άλλαξε χάρη στη στάση που κράτησα μέσα στην ομάδα προσπαθώντας να είμαι ουδέτερη ως προς τις μη λεκτικές μου εκφράσεις, αφού είχα απλά το ρόλο της παρατηρήτριας. Παρόλα αυτά, πολλές φορές ένιωθα ότι οι γυναίκες όταν μιλούσαν για τα προβλήματά τους με κοιτούσαν, σαν να περίμεναν να ακούσουν κάτι και από εμένα και μια φορά μια κοπέλα μου το ζήτησε κιόλας. Αυτό από τη μια με χαροποίησε γιατί με έκανε να νιώσω κομμάτι της ομάδας, από την άλλη όμως με δίχασε ως προς το ρόλο μου σε αυτή. Ακόμη, αυτό που κάποιες φορές με δυσκόλεψε ήταν η συγκράτηση των συναισθημάτων μου και αυτός ο «παγερός» και ουδέτερος ρόλος που έπρεπε να υιοθετήσω. Ευτυχώς όμως είχα τη δυνατότητα μετά το τέλος της ομάδας να συζητήσω ότι με απασχολούσε με τις συντονίστριες αλλά και τον επόπτη μου στην πρακτική άσκηση.

Ολοκληρώνοντας αυτό τον κύκλο των συναντήσεων της ομάδας όσο και των συνεντεύξεων που ακολούθησαν, ένιωσα συγκινημένη για τον τρόπο που αντιλήφθηκαν την παρουσία μου και τη συμβολή μου στην ομάδα τόσο οι συμμετέχουσες όσο και οι

συντονίστριες. Πήρα μεγάλη ικανοποίηση από το γεγονός ότι η συγκεκριμένη πρωτοβουλία δημιουργίας της ομάδας αποτέλεσε χώρο έκφρασης για τις γυναίκες που συμμετείχαν, ευκαιρία επαγγελματικής ανανέωσης για τις γυναίκες που ανέλαβαν το συντονισμό της και πηγή έμπνευσης και καινούργιας γνώσης για εμένα προσωπικά. Μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία κρατάω σαν «δώρα» τις ιστορίες που άκουσα, τα συναισθήματα που ένιωσα και τα χαμόγελα που κέρδισα.

Παράρτημα

1. Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης των συμμετεχουσών στην ερευνητική διαδικασία.

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ



Ευχαριστώ πολύ που δεχτήκατε να με δείτε.

Η έρευνα αυτή γίνεται από το τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Κλινικές Παρεμβάσεις στις εξαρτήσεις» και της πτυχιακής μου εργασίας με θέμα «Ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης-συμβουλευτικής με εστίαση στο φύλο σε προγράμματα υποκατάστασης: Το βίωμα γυναικών από τη συμμετοχή τους σε ομάδα του OKANA». Οι απαντήσεις που θα μου δώσετε στα πλαίσια της συνέντευξης θα με βοηθήσουν να κατανοήσω καλύτερα το θέμα της έρευνας και γι' αυτό η βοήθειά σας είναι πολύτιμη.

Θα ήθελα να σας πω κάποια πράγματα για τη συνέντευξη. Η συγκεκριμένη έρευνα δεν έχει στόχο να ποσοτικοποιήσει τις απαντήσεις σας. Μέσα από τις διαφορετικές οπτικές που ίσως λάβω από εσάς θα μπορέσω να κατανοήσω καλύτερα το βίωμα των γυναικών που παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα υποκατάστασης και πιο συγκεκριμένα πως η συμμετοχή τους σε μια αμιγώς γυναικεία ομάδα μπορεί να συμβάλει στη θεραπευτική διαδικασία.

Πριν ξεκινήσει η συνέντευξη, θα ήθελα να σας ζητήσω να υπογράψετε μια δήλωση ότι δέχεστε να λάβετε μέρος. Όλα όσα θα μου πείτε είναι εμπιστευτικά και ανώνυμα, το όνομα σας δεν θα υπάρχει πουθενά. Το απόρρητο των πληροφοριών θα τηρηθεί αυστηρά. Θέλω να σας διαβεβαιώσω ότι οτιδήποτε και αν αποφασίσετε, αυτό δεν θα έχει καμία επίπτωση σε εσάς. Επιπλέον μπορείτε να μην απαντήσετε σε κάποια ερώτηση αν δεν το επιθυμείτε. Οποιαδήποτε στιγμή αισθανθείτε άβολα μπορείτε να σταματήσετε τη διαδικασία.

Ημερομηνία:

Δηλώνω ότι δέχομαι να λάβω μέρος στην έρευνα.

.....

2. *Επιστολή προς τις συμμετέχουσες στην έρευνα*

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ

Πραγματοποιώ μια έρευνα με θέμα: «Ομάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης-συμβουλευτικής με εστίαση στο φύλο σε προγράμματα υποκατάστασης: Το βίωμα γυναικών από τη συμμετοχή τους σε ομάδα του ΟΚΑΝΑ». Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας θα είναι να διερευνηθεί το βίωμα των γυναικών που συμμετέχουν στην ομάδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης-συμβουλευτικής στη ΜΟΘΕ Βόλου.

Δεσμεύομαι πως για τα στοιχεία που θα συλλεχθούν μέσω τα ερευνητικής διαδικασίας θα τηρηθεί αυστηρά το απόρρητο των πληροφοριών και η ανωνυμία των συμμετεχουσών. Πρόσβαση στο υλικό και στην επεξεργασία των δεδομένων θα έχει μόνο η ερευνήτρια με στόχο την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχουσών.

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας,

Στασινού Ευαγγελία

3. *Ερωτήσεις της συνέντευξης*

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

1. Θα ήθελα να σας ζητήσω να πάμε λίγο πίσω στο χρόνο. Πώς φτάσατε στο πρόγραμμα; Μιλήστε μου για εκείνη την περίοδο...
2. Πόσο καιρό είστε μέλος του προγράμματος υποκατάστασης;
3. Ποιο είναι το νόημα που αποδίδετε στη χρήση του υποκατάστατου φαρμάκου;
4. Εκτός από τη χορήγηση του υποκατάστατου, ποιες άλλες υπηρεσίες του Προγράμματος λαμβάνετε; (ιατρική περίθαλψη, ατομικές θεραπευτικές συναντήσεις, ψυχιατρική περίθαλψη, κοινωνική υπηρεσία κλπ.) και πόσο συχνά;

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

5. Όσον αφορά τη συμμετοχή σας στην ομάδα γυναικών, είναι η πρώτη φορά που λαμβάνετε μέρος σε ομαδική θεραπευτική διαδικασία; Αν όχι, σε τι ομάδα υπήρξατε μέλος στο παρελθόν;
6. Τι σκέψεις κάνατε όταν μάθατε ότι στο πρόγραμμα θα γίνει μια ομάδα γυναικών;
7. Ποιος/οι ήταν ο λόγος που αποφασίσατε να συμμετάσχετε στην ομάδα γυναικών;
8. Τι περιμένατε από την συμμετοχή σας στην ομάδα γυναικών; Ποιες ήταν οι προσδοκίες σας;

9. Ποια θέματα είχατε ανάγκη να συζητάτε στην ομάδα;

ΒΙΩΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – ΒΙΩΜΑ ΟΜΑΔΑΣ

10. Πως ζήσατε την εμπειρία αυτή; Πώς νιώσατε μέσα στην ομάδα;

11. Ποιος ήταν ο ρόλος σας μέσα στην ομάδα; (Νιώσατε ότι είχατε κάποιο συγκεκριμένο ρόλο απέναντι στα άλλα μέλη της ομάδας;)

12. Πως ήταν η αλληλεπίδρασή σας με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας;

13. Αισθάνεστε ότι καλύφθηκαν κάποιες ανάγκες σας από τη συμμετοχή στην ομάδα;

14. Υπήρξε κάτι που σας δυσκόλεψε; (αναφέρετε συγκεκριμένα παραδείγματα ή αφηγηθείτε περιστατικά μέσα από τη συμμετοχή σας στην ομάδα π.χ. περιστάσεις στις οποίες δυσκολεύτηκαν)

15. Άλλαξε κάτι για εσάς μέσα από τη συμμετοχή σας στην ομάδα;

ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ / ΦΥΛΟ

16. Πριν ολοκληρώσουμε τη συνέντευξή μας/κουβέντα μας, θα ήθελα να σας ρωτήσω πως σας φάνηκε που η ομάδα απευθυνόταν αποκλειστικά σε γυναίκες και ότι συντονιζόταν από γυναίκες θεραπεύτριες ;

17. Θα θέλατε να αλλάξει κάτι ή έχετε να προτείνετε κάτι για μια επόμενη ομάδα γυναικών;

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΔΙΑΤΥΠΩΣΕΙΣ/ΣΧΟΛΙΑ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

18. Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να αναφέρετε ή να σχολιάσετε σχετικά με τα ζητήματα που κουβεντιάζουμε;

19. Πώς ήταν για σας η εμπειρία της συμμετοχής σας στην έρευνα;

Βιβλιογραφία

- Allen, D. (2002). Research involving vulnerable young people: A discussion of ethical and methodological concerns. *Drugs: education, prevention and policy*, 9(3), 275-283.
- Anderson, E. E., & DuBois, J. M. (2007). The need for evidence-based research ethics: A review of the substance abuse literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 95-105.
- Arfken, C. L., Klein, C., di Menza, S., & Schuster, C. R. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 53-57.
- Ashenberg Straussner, S. L., & Brown, S. (2002). The handbook of addiction treatment for women. *San Francisco: Jossey-Bass*.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1), 19-53.
- Ayyagari, S., Boles, S., Johnson, P., & Kleber, H. (1999). Difficulties in recruiting pregnant substance abusing women into treatment: problems encountered during the Cocaine Alternative Treatment Study. In *Abstract Book/Association for Health Services Research* (Vol. 16, pp. 80-81).
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*.
- Becker, J., & Duffy, C. (2002). *Women drug users and drugs service provision: service-level responses to engagement and retention*. London: Home Office.
- Beechem, M. H., Prewitt, J., & Scholar, J. (1996). Loss-grief addiction model. *Journal of*

- drug education*, 26(2), 183-198.
- Berkowitz, G., Peterson, S., Smith, E. M., Taylor, T., & Brindis, C. (1998). Community and treatment program challenges for chemically dependent American Indian and Alaska Native women. *Contemporary Drug Problems*, 25(2), 347-371.
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2006). Gender responsive strategies: Theory, policy, guiding principles and practices. *Women and girls in the criminal justice system*, 29-1.
- Borg, L., Broe, D. M., Ho, A., & Kreek, M. J. (1999). Cocaine abuse sharply reduced in an effective methadone maintenance program. *Journal of addictive diseases*, 18(4), 63-75.
- Boyd, C. J. (1993). The antecedents of women's crack cocaine abuse: Family substance abuse, sexual abuse, depression and illicit drug use. *Journal of substance abuse treatment*, 10(5), 433-438.
- Bravo, M. J., Llorens, N., Barrio, G., Brugal, M. T., Santos, S., Sordo, L., ... & Group, I. P. (2010). Methadone maintenance treatment: a protective factor for cocaine injection in a street-recruited cohort of heroin users. *Drug and alcohol dependence*, 112(1-2), 62-68.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of general psychiatry*, 60(3), 289-294.
- Carli, L. L. (2010). Gender and group behavior. In *Handbook of gender research in psychology* (pp. 337-358). Springer, New York, NY.
- Carr, E. S. (2010). *Scripting addiction: The politics of therapeutic talk and American sobriety*. Princeton University Press.
- Chang, K. C., Lu, T. H., Lee, K. Y., Hwang, J. S., Cheng, C. M., & Wang, J. D. (2015).

- Estimation of life expectancy and the expected years of life lost among heroin users in the era of opioid substitution treatment (OST) in Taiwan. *Drug and alcohol dependence, 153*, 152-158.
- Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance use & misuse, 34*(8), 1137-1165.
- Choi, S., Adams, S. M., Morse, S. A., & MacMaster, S. (2015). Gender differences in treatment retention among individuals with co-occurring substance abuse and mental health disorders. *Substance use & misuse, 50*(5), 653-663.
- Christensen, L. B. (2007). *Η πειραματική μέθοδος στην επιστημονική έρευνα*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Clark, C. B., Reiland, S., Thorne, C., & Cropsey, K. L. (2014). Relationship of trauma exposure and substance abuse to self-reported violence among men and women in substance abuse treatment. *Journal of interpersonal violence, 29*(8), 1514-1530.
- Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric services, 57*(1), 100-106.
- Connors, N. A., Grant, A., Crone, C. C., & Whiteside-Mansell, L. (2006). Substance abuse treatment for mothers: Treatment outcomes and the impact of length of stay. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(4), 447-456.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction, 87*(9), 1293-1302.
- Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who

- self-managed change in addictive behaviours. *Journal of substance abuse treatment, 14*(2), 183-190.
- Covington, S. S., & Kohen, J. (1984). Women, alcohol, and sexuality. *Advances in Alcohol & Substance Abuse, 4*(1), 41-56.
- Covington, S. 2003. *Beyond Trauma: A Healing Journey for Women*. Center City, MN.
- Covington, S. S., & Bloom, B. E. (2007). Gender responsive treatment and services in correctional settings. *Women & Therapy, 29*(3-4), 9-33.
- Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs, 40*(sup5), 377-385.
- Curşeu, P. L., Pluut, H., Boroş, S., & Meslec, N. (2015). The magic of collective emotional intelligence in learning groups: No guys needed for the spell!. *British Journal of Psychology, 106*(2), 217-234.
- Dass-Brailsford, P., & Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma, Violence, & Abuse, 11*(4), 202-213.
- Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., & Romelsjö, A. (2009). An 18-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time. *Journal of addictive diseases, 28*(1), 39-52.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy, 21*(5), 364-380.
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M., & Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of affective disorders, 172*, 195-203.

- Dudish, S. A., & Hatsukami, D. K. (1996). Gender differences in crack users who are research volunteers. *Drug & Alcohol Dependence*, *42*(1), 55-63.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Schilling, R., & Wada, T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence*, *15*(3), 209-228.
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, *33*(4), 461-477.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2015). New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System.
- Ettorre, E. M. (1992). *Women and substance use*. Macmillan International Higher Education.
- Feelemyer, J. P., Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug and alcohol dependence*, *134*, 251-258.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77-87.
- Finkelstein, N. (1996). Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, *6*(1-2), 23-44.
- Ford, J. D., Hawke, J., Alessi, S., Ledgerwood, D., & Petry, N. (2007). Psychological trauma and PTSD symptoms as predictors of substance dependence treatment

- outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2417-2431.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. John Wiley & Sons.
- Furr, S. R., Johnson, W. D., & Goodall, C. S. (2015). Grief and recovery: The prevalence of grief and loss in substance abuse treatment. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 36(1), 43-56.
- Gallop, R. J., Crits-Christoph, P., Ten Have, T. R., Barber, J. P., Frank, A., Griffin, M. L., & Thase, M. E. (2007). Differential transitions between cocaine use and abstinence for men and women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 95.
- Garcia, T. A., Bacio, G. A., Tomlinson, K., Ladd, B. O., & Anderson, K. G. (2015). Effects of sex composition on group processes in alcohol prevention groups for teens. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(4), 275.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), 1-21.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339-355.
- Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Wigderson, S. B., & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance use & misuse*, 48(9), 750-760.
- Greif, G. L., & Drechsler, M. (1993). Common issues for parents in a methadone maintenance group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4), 339-343.

- Grella, C. E. (2006). What's so special about specialized treatment for women. In *Presentation at National Conference on Women, Addiction, and Recovery: News You can Use, Anaheim, CA*.
- Grella, C. E., Polinsky, M. L., Hser, Y. I., & Perry, S. M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(1-2), 37-44.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. I. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review, 24*(4), 364-383.
- Guest, C., & Holland, M. (2011). Co-existing mental health and substance use and alcohol difficulties—why do we persist with the term “dual diagnosis” within mental health services?. *Advances in dual diagnosis, 4*(4), 162-172.
- Gutierrez, S. E., & Van Puymbroeck, C. (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior, 11*(5), 497-513.
- Harp, K. L., & Oser, C. B. (2018). A longitudinal analysis of the impact of child custody loss on drug use and crime among a sample of African American mothers. *Child abuse & neglect, 77*, 1-12.
- Harrington, B. (2003). The social psychology of access in ethnographic research. *Journal of Contemporary Ethnography, 32*(5), 592-625.
- Heiden, L. A., & Hersen, M. (2011). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Herdener, M., Dürsteler, K. M., Seifritz, E., & Nordt, C. (2017). Changes in substance use in patients receiving opioid substitution therapy and resulting clinical challenges: a 17-year treatment case register analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(4), 302-309.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery* (Rev. ed.). New York: HarperCollins.

- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American journal of Psychiatry*, *161*(8), 1426-1432.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., ... & Laudet, A. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of substance abuse treatment*, *26*(3), 151-158.
- Johnson, J. E., Gibbons, M. B. C., & Crits-Christoph, P. (2011). Gender, race, and group behavior in group drug treatment. *Drug and alcohol dependence*, *119*(3), e39-e45.
- Καλαντζή-Αζίζι Α, Καραδήμας ΕΧ. Ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. *Ψυχολογία* 2006; 13: 1-17.
- Kaskutas, L. A., Zhang, L., French, M. T., & Witbrodt, J. (2005). Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*, *100*(1), 60-69.
- Κασσέρη & Αυδή (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology*, *5*(1), 1-32.
- Κασσέρη, Ζ. (2011). *Η θεραπεία απεξάρτησης γυναικών υπό το πρίσμα της ενδυναμωτικής-φεμινιστικής κοινωνικής εργασίας*. (Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης).
- Kauffman, E., Dore, M. M., & Nelson-Zlupko, L. (1995). The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *65*(3), 355-363.
- Killeen, T., & Brady, K. T. (2000). Parental stress and child behavioral outcomes following substance abuse residential treatment: Follow-up at 6 and 12 months. *Journal of substance abuse treatment*, *19*(1), 23-29.

- Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M. M., & Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: lowering the treatment thresholds. *Drug and alcohol dependence, 161*, 1-8.
- Λαϊνάς, Σ. (2013). *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και αυτοβοήθεια στον τομέα των εξαρτήσεων: το παράδειγμα του προγράμματος προαγωγής αυτοβοήθειας στο ΑΠΘ*. (Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ). Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Ψυχολογίας. Τομέας Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας).
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research and method*. Pearson Education.
- Leaper, C., & Ayres, M. M. (2007). A meta-analytic review of gender variations in adults' language use: Talkativeness, affiliative speech, and assertive speech. *Personality and Social Psychology Review, 11*(4), 328-363.
- Leszcz, M., Yalom, I. D., & Norden, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: Patients' perceptions. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*(3), 411-433.
- Lewis, S. (2015). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. *Health promotion practice, 16*(4), 473-475.
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine, 352*(12), 1190-1196.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 279-292.
- López-Castro, T., Hu, M. C., Papini, S., Ruglass, L. M., & Hien, D. A. (2015). Pathways to change: Use trajectories following trauma-informed treatment of women with co-

- occurring post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 34(3), 242-251.
- Luthar, S. S., & Suchman, N. E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12(2), 235-253.
- Lynch, W. J., Roth, M. E., & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164(2), 121-137.
- Mackie-Ramos, R. L., & Rice, J. M. (1988). Group psychotherapy with methadone-maintained pregnant women. *Journal of substance abuse treatment*, 5(3), 151-161.
- Manhal-Baugus, M. (1998). The Self-in-Relation Theory and Women for Sobriety: Female-Specific Theory and Mutual Help Group for Chemically Dependent Women. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 18(2), 78-85.
- Marsh, J. C., Angell, B., Andrews, C. M., & Curry, A. (2012). Client-provider relationship and treatment outcome: A systematic review of substance abuse, child welfare, and mental health services research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3(4), 233-267.
- Marsh, J. C., Cao, D., & D'Aunno, T. (2004). Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(4), 289-300.
- Μάτσα, Κ. (2017). *Παρίες Ανάμεσα στους Παρίες: Τοξικομανείς και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Άγρα.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2002). Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 243.

- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(3), 283-304.
- McComish, J. F., Greenberg, R., Kent-Bryant, J., Chruscial, H. L., Ager, J., Hines, F., & Ransom, S. B. (1999). Evaluation of a grief group for women in residential substance abuse treatment. *Substance Abuse, 20*(1), 45-58.
- Mertens, D. M., & Ginsberg, P. E. (2009). *The handbook of social research ethics*. Sage.
- Messina, N., Calhoun, S. & Wanda, N. (in press). Enhanced drug court treatment for women offenders: A randomized experiment. *Criminal Justice and Behavior*.
- Messina, N., & Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American journal of public health, 96*(10), 1842-1848.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Huberman, M. A., & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Miller, N. S., Gold, M. S., & Smith, D. E. (1997). *Manual of therapeutics for addictions*. Wiley-Liss.
- Miller, H. V., Miller, J. M., & Barnes, J. C. (2016). Reentry programming for opioid and opiate involved female offenders: Findings from a mixed methods evaluation. *Journal of Criminal Justice, 46*, 129-136.
- Mokma, T. R., Eshelman, L. R., & Messman-Moore, T. L. (2016). Contributions of child sexual abuse, self-blame, posttraumatic stress symptoms, and alcohol use to women's risk for forcible and substance-facilitated sexual assault. *Journal of child sexual abuse, 25*(4), 428-448.
- Morgenstern, J., & Bux Jr, D. A. (2003). Examining the effects of sex and ethnicity on substance abuse treatment and mediational pathways. *Alcoholism: Clinical and*

Experimental Research, 27(8), 1330-1332.

Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1995). The rhetoric of reproduction: Pregnancy and drug use. *Contemporary Drug Problems*, 22(4), 581-585.

Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., ... & Abelson, J. L. (2016). PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depression and anxiety*, 33(7), 584-591.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Liese, B. S. (1996). Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 13-22.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American journal on addictions*, 6(4), 273-283.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437-456.

Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 100(11), 1584-1593.

Neale, J., Tompkins, C. N., Marshall, A. D., Treloar, C., & Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment?. *Addiction*, 113(6), 989-997.

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., & Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54.

- Nosyk, B., Guh, D. P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., ... & Anis, A. H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 118*(2-3), 259-264.
- Οργανισμός κατά των ναρκωτικών ΟΚΑΝΑ. (2012). *Πλαίσιο λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του ΟΚΑΝΑ*.
- Orwin, R., Francisco, L., & Bernichon, T. (2001). Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis. *Fairfax, VA: Center for Substance Abuse Treatment*.
- Osterling, K. L., & Austin, M. J. (2008). Substance abuse interventions for parents involved in the child welfare system: Evidence and implications. *Journal of evidence-based social work, 5*(1-2), 157-189.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(2), 230.
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε. Α. (2010). Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. *Ανοικτή Εκπαίδευση: το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία, 4*(1), 72-81.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R., & Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 116.
- Pogun, S., & Yazarbas, G. (2015). Sex differences in drug effects. *Encyclopedia of Psychopharmacology, 1556-1565*.
- Pottieger, A. E., Inciardi, J. A., & Tressell, P. A. (1996, August). Barriers to treatment entry for women crack users. In *91st Annual Meeting of the American Sociological*

Association.

- Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M., & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1338914.
- Prendergast, M. L., Wellisch, J., & Falkin, G. P. (1995). Assessment of and services for substance-abusing women offenders in community and correctional settings. *The Prison Journal*, 75(2), 240-256.
- Ramlow, B. E., White, A. L., Watson, D. D., & Leukefeld, C. G. (1997). The needs of women with substance use problems: An expanded vision for treatment. *Substance use & misuse*, 32(10), 1395-1404.
- Raskin, V. D. (1992). Maternal bereavement in the perinatal substance abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 149-152.
- Reynolds, K. D., Coombs, D. W., Lowe, J. B., Peterson, P. L., & Gayoso, E. (1995). Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *International Journal of the Addictions*, 30(4), 427-443.
- Rhodes, T., Stimson, G. V., Moore, D., & Bourgois, P. (2010). Qualitative social research in addictions publishing: Creating an enabling journal environment. *The International journal on drug policy*, 21(6), 441.
- Roberts, D. E. (2006). *Shattered bonds: The color of child welfare*. Basic Civitas Books.
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 25-38.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV

- field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.
- Saxe, G., & Wolfe, J. (1999). Gender and posttraumatic stress disorder.
- Scapillato, D., Manassis, K., & Jellinek, M. S. (2002). Cognitive-behavioral/interpersonal group treatment for anxious adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 739-741.
- Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 73-82.
- Siddle, R., Jones, F., & Awenat, F. (2003). Group cognitive behaviour therapy for anger: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(1), 69-83.
- Smith, J.A., & Eatough, V. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), *Analysing qualitative data in psychology* (pp. 35-64). London: Sage Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretative phenomenological analysis. *Doing social psychology research*, 229-254.
- Smith J.A. , P. Flower and M. Larkin (2009), *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*.
- Stevens, S. J., & Arbiter, N. (1995). A therapeutic community for substance-abusing pregnant women and women with children: Process and outcome. *Journal of psychoactive drugs*, 27(1), 49-56.
- Stevens, S. J., Tortu, S., & Coyle, S. L. (1998). Women drug users and HIV prevention: overview of findings and research needs.
- Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A., & Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in*

Europe: gender identity. Irefrea.

- Tarasoff, L. A., Milligan, K., Le, T. L., Usher, A. M., & Urbanoski, K. (2018). Integrated treatment programs for pregnant and parenting women with problematic substance use: Service descriptions and client perceptions of care. *Journal of substance abuse treatment, 90*, 9-18.
- Teesson, M., Mills, K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., & Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction, 103*(1), 80-88.
- Thomas, N., & Bull, M. (2018). Representations of women and drug use in policy: A critical policy analysis. *International Journal of Drug Policy, 56*, 30-39.
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases, 29*(2), 127-138.
- United Nations Office on Drugs, & Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. New York: United Nations.
- Valeri, L., Sugarman, D. E., Reilly, M. E., McHugh, R. K., Fitzmaurice, G. M., & Greenfield, S. F. (2018). Group therapy for women with substance use disorders: In-session affiliation predicts women's substance use treatment outcomes. *Journal of substance abuse treatment, 94*, 60-68.
- Wechsberg, W. M., Suerken, C., Crum, L., Berkman, N., Kasten, J., Fulmer, E., ... & Stanton, (2001, October). Availability of special services for women in methadone treatment: Results from a national study. In *129th Annual Meeting and Exposition of the American Public Health Association, Atlanta, GA*.

- Wells, K. (2011). A narrative analysis of one mother's story of child custody loss and regain. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 439-447.
- Westermeyer, J., & Boedicker, A. E. (2000). Course, severity, and treatment of substance abuse among women versus men. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(4), 523-535.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. American Psychological Association.
- WHO, 2004. WHO|WHO/UNODC/UNAIDS position paper on substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. World Health Organization Geneva
- WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2009. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO, Geneva.
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of studies on alcohol*, 58(3), 264-271.
- Wizeman, T. M., & Pardue, M. L. (2001). for the Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? Washington DC: Board on Health Science Policy.
- Woodhouse, L. D. (1992). Women with jagged edges: Voices from a culture of substance abuse. *Qualitative Health Research*, 2(3), 262-281.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2006). Θεωρία και πράξη της σοματικής ψυχοθεραπείας. Αθήνα: Άγρα.
- Zagni, E., Simoni, L., & Colombo, D. (2016). Sex and gender differences in central nervous

system-related disorders. *Neuroscience journal*, 2016.

Zimmer-Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss heroin-addicted females: Career and social adjustment. *Journal of substance abuse treatment*, 9(2), 159-170.

Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336.

Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K., & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of substance abuse treatment*, 30(3), 205-211.