



**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**

**Σχολή Επιστημών Υγείας**

**Ιατρική Σχολή**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αστέγων και μη αστέγων  
ουσιοεξαρτημένων χρηστών υπαγόμενων σε πρόγραμμα χορήγησης  
υποκατάστατων»**

**Φοιτήτρια: Ευαγγελία Τσούμα**

**ΑΜ:20190323**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

**Επιβλέπων Καθηγητής:** Τζαβέλλας Ηλίας, Αναπληρωτής Καθηγητής  
Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Μέλος:** Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική  
Σχολή, ΕΚΠΑ

**Μέλος:** Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγος, PHD

**ΑΘΗΝΑ,**

**Φεβρουάριος, 2021**

## Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>6</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Εξάρτηση από Ουσίες .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Ψυχοπαθολογία και Ουσιοεξάρτηση.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Ορισμός Αστεγίας.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Ψυχοπαθολογία και Αστεγία.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Αστεγία και Διαταραχές Χρήσης Ουσιών.....</b>	<b>18</b>
<b>Παρεμβάσεις σε Άστεγους Χρήστες.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Μείωση της Βλάβης.....</b>	<b>21</b>
<b>Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA).....</b>	<b>21</b>
<b>7. Σκοπός της έρευνας.....</b>	<b>23</b>
<b>8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>24</b>
<b>8.1 Συμμετέχοντες.....</b>	<b>24</b>
<b>8.1.1 Κριτήρια Συμπερίληψης.....</b>	<b>25</b>
<b>8.1.2 Κριτήρια Αποκλεισμού.....</b>	<b>25</b>
<b>8.2 Ερευνητική Διαδικασία.....</b>	<b>25</b>
<b>8.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....</b>	<b>26</b>
<b>8.4 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....</b>	<b>27</b>
<b>8.5 Στατιστική Ανάλυση.....</b>	<b>28</b>
<b>9. Αποτελέσματα.....</b>	<b>29</b>
<b>10. Συζήτηση.....</b>	<b>50</b>
<b>Περιορισμοί της έρευνας.....</b>	<b>55</b>
<b>11. Συμπεράσματα – Προτάσεις.....</b>	<b>55</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>57</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....</b>	<b>68</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....</b>	<b>69</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά τον κ. Τζαβέλλα Ηλία, Επιβλέποντα καθηγητή και Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ για την ευκαιρία που μου έδωσε μέσα από το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών να εμβαθύνω τις γνώσεις μου στο αντικείμενο των Εξαρτήσεων, καθώς και για την καθοδήγηση του σε όλη τη διαδρομή. Ευχαριστώ τους συνεπιβλέποντες καθηγητές κ. Παπαρρηγόπουλο Θωμά, Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ και την κα. Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγο PhD, για τις πολύτιμες συμβουλές τους και την βοήθεια σε όλα τα στάδια υλοποίησης της συγκεκριμένης εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ θερμά την κα. Τζαβάρα Χαρά, Βιοστατιστικό PhD, όπου με την συνδρομή της η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε ευκολότερη και ήταν πάντα διαθέσιμη στις απορίες μου.

Η πραγματοποίηση της εν λόγω διπλωματικής δε θα ήταν εφικτή δίχως τη συνεργασία των συναδέλφων κα. Γεωργίου Μαρία, Νοσηλεύτρια στην ΜΟΘΕ Γ.Ν.Α Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, την κα. Καμάτσια Μαρία, Κοινωνική Λειτουργό στην ΜΟΘΕ Αμαλία Φλέμινγκ και την κα. Μηλιώτη Παναγιώτα, Κοινωνική Λειτουργό στην ΜΟΘΕ Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός, οι οποίες συνέβαλλαν σε κάθε στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας διευκολύνοντας και ενθαρρύνοντας τόσο εμένα όσο και την συμμετοχή των συμμετεχόντων. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Υπεύθυνους των Μονάδων, ΜΟΘΕ Γ.Ν.Α. Κοργιαλένιο-Μπενάκειο κα. Θέμελη Ελένη, ΜΟΘΕ Αμαλία Φλέμινγκ κ. Βόβολη Ιάσωνα, ΜΟΘΕ Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός κ. Κουκλινό Άγγελο, Α ΘΜΥ Άμεσης Πρόσβασης κ. Σερενέ Πέτρο και Β ΘΜΥ Άμεσης Πρόσβασης κα. Κουτσοπούλου Ευδοκία για την διευκόλυνση που μου παρείχαν στην διεξαγωγή της έρευνας και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Υπεύθυνη του Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης κα. Τσατσαρώνη Χαρίκλεια, την κα. Καρακούλα Παρασκευή, Ψυχολόγο PhD και την κα. Νικολαΐδου Σοφία, Ψυχολόγο MSc, επίσης στελέχη του τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης για την παραχώρηση των στοιχείων που χρειαζόμουν για την υλοποίηση της μελέτης και την συνεργασία τους.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κα. Βαλμά Βασιλική, Ψυχολόγο PhD, για την ενθάρρυνση, την ηθική υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθεια της σε όλα τα στάδια της συγκεκριμένης εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, τον χρόνο που αφιέρωσαν γι' αυτήν και για την εμπιστοσύνη που έδειξαν τόσο σε εμένα όσο και στους σκοπούς της έρευνας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία στον άστεγο πληθυσμό παρατηρούνται υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών, με προεξάρχουσες τις διαταραχές χρήσης ουσιών.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένη ψυχοπαθολογία σε άστεγους και μη άστεγους χρήστες ουσιών, οι οποίοι παρακολουθούν τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων.

**Μέθοδος:** Μια συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 96 θεραπευόμενων που παρακολουθούν το πρόγραμμα χορήγησης βουπρενορφίνης του OKANA, εκ των οποίων οι 46 ήταν άστεγοι και οι 50 έχοντες στέγη. Στους συμμετέχοντες ζητήθηκε να συμπληρώσουν την Κλίμακα Symptom Check-List 90 (SCL-90), καθώς και στοιχεία που αφορούν τα κοινωνικό – δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις τόσο ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά, όσο και ως προς τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά ανάμεσα στους άστεγους και στους έχοντες στέγη. Συγκεκριμένα, οι άστεγοι συμμετέχοντες εμφάνιζαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του «Άγχους» ( $p<0,05$ ) και του «Φοβικού Άγχους» ( $p<0,05$ ). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την υπηκοότητα, την εργασιακή κατάσταση και τον χρόνο παραμονής τους σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ( $p<0,05$ ). Στο συνολικό δείγμα το εκπαιδευτικό επίπεδο φάνηκε να σχετίζεται με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και επιθετικότητας, ενώ υψηλότερες τιμές αναφορικά με την παρουσία συμπτωμάτων παρανοειδή ιδεασμού εμφάνιζαν οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι άστεγοι είναι πιο επιβαρυνμένοι ψυχικά, επιβεβαιώνοντας την αρχική υπόθεση. Επιπλέον, η ψυχική τους υγεία φάνηκε να επηρεάζεται και από ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Διαπιστώνεται λοιπόν η αναγκαιότητα εφαρμογής παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην μείωση και την ανακούφιση των ψυχοπαθολογικών τους συμπτωμάτων με στόχο την βελτίωση τόσο της ψυχικής και σωματικής τους υγείας όσο και των συνθηκών διαβίωσης τους.

**Λέξεις Κλειδιά:** Αστεγία, εξάρτηση, ψυχοπαθολογία, διαταραχές χρήσης ουσιών, πρόγραμμα υποκατάστασης

## **ABSTRACT**

**Introduction:** According to references, in the homeless population there are high rates of mental health disorders, with substance use disorders being predominant.

**Purpose:** The present study aims to investigate/research the factors associated with increased psychopathology in homeless and non-homeless substance abusers who follow substitution programs.

**Method:** A cross-sectional study was conducted on a sample of 96 patients attending OKANA's buprenorphine program, 46 of which were homeless and 50 non-homeless. Participants were asked to complete the Symptom Check-List 90 Scale (SCL-90), as well as information on their socio-demographic characteristics.

**Results:** Differences were found in both socio-demographic characteristics and psychopathological symptoms between the homeless and the non-homeless. More specifically, homeless participants scored higher in the dimensions of "Anxiety" ( $p<0,05$ ) and "Phobic Anxiety" ( $p<0,05$ ). Furthermore, there were differences in citizenship, employment status and the length of stay in treatment program ( $p<0,05$ ). In the overall sample, the educational level seemed to be related to the presence of symptoms of anxiety, depression and aggression, while higher scores regarding the presence of paranoid symptoms were shown in women compared to men.

**Conclusion:** According to the findings of the present study, the homeless are more mentally burdened, confirming the original hypothesis. In addition, their mental health seemed to be affected by certain socio-demographic characteristics. It is therefore necessary to implement interventions that will aim to reduce and alleviate their psychopathological symptoms, in order to improve both their mental and physical health and their living conditions.

**Keywords:** Homelessness, addiction, psychopathology, substance use disorders, substitution program

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η αστεγία και η ψυχική υγεία είναι έννοιες αλληλένδετες. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των αστέγων αντιμετωπίζει χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα με την συνύπαρξη ή όχι κάποιας μορφής εξάρτησης (αλκοόλ, ναρκωτικά, τζόγος).

Η έλλειψη στέγης στους ουσιοεξαρτημένους χρήστες είναι μια συνθήκη που συναντάται, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν αρκετά επιστημονικά δεδομένα που να αποκαλύπτουν την πραγματική διάσταση του προβλήματος. Ο υψηλός δείκτης νοσηρότητας από ψυχικές διαταραχές και εξαρτήσεις στον άστεγο πληθυσμό, καθιστά δύσκολη την προσέγγιση του και την καταγραφή των αναγκών του.

Μια σειρά μελετών φαίνεται να παρέχουν μια ένδειξη της επικράτησης των ζητημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των αστέγων, ωστόσο δεν αποκαλύπτουν την πλήρη εικόνα των ψυχιατρικών τους προβλημάτων. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός μιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας στους ουσιοεξαρτημένους χρήστες και η σύνδεση της με την έλλειψη στέγης.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται μια προσπάθεια ανίχνευσης και αξιολόγησης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων διακρίνοντας την ομάδα των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών σε άστεγους και μη. Τα αποτελέσματα της θα συμβάλλουν στην αποτύπωση των αναγκών των ουσιοεξαρτημένων χρηστών που παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα είτε είναι άστεγοι είτε όχι, καθώς και στο σχεδιασμό και τη δημιουργία προγραμμάτων και υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται ακριβώς σε αυτές τις ανάγκες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1. Εξάρτηση από Ουσίες

Στην 11<sup>η</sup> αναθεώρηση της Διεθνούς Κωδικοποίησης Νόσων (ICD 11th edition), η εξάρτηση από ουσίες περιλαμβάνεται στον ευρύτερο όρο της Διαταραχή Χρήσης Ουσιών και ορίζεται ως ένα μοτίβο επαναλαμβανόμενης ή συνεχούς χρήσης μιας ψυχοδραστικής ουσίας (WHO & UNODC, 2020).

Σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2013), το βασικό χαρακτηριστικό μιας Διαταραχής Χρήσης Ουσιών είναι ότι το άτομο βιώνει *«ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και σωματικών συμπτωμάτων που υποδεικνύουν ότι το άτομο συνεχίζει να χρησιμοποιεί την ουσία παρά τα σημαντικά σχετιζόμενα με την χρήση προβλήματα»* (p.483).

Στις διαταραχές που σχετίζονται με την χρήση ουσιών σύμφωνα με το DSM 5 (APA, 2013) περιλαμβάνεται η χρήση των ακόλουθων κατηγοριών ουσιών: αλκοόλ, κάνναβη, παραισθησιογόνα, εισπνεόμενα, οπιοειδή, καταπραϊντικά – υπνωτικά – αγχολυτικά, διεγερτικά (όπως η αμφεταμίνη και η κοκαΐνη), καπνός και άλλες (ή άγνωστες ουσίες). Η διάγνωση της Διαταραχής Χρήσης Ουσιών μπορεί να εφαρμοστεί σε αυτές τις κατηγορίες, ωστόσο σε ορισμένες κατηγορίες τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο ή καθόλου εμφανή (pp.482-483).

Η παρούσα μελέτη αφορά άτομα που παρακολουθούν θεραπεία φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης από οπιοειδή, οπότε θα αναφερθούμε στα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Χρήσης Οπιοειδών σύμφωνα με το DSM 5 (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.** Διαγνωστικά Κριτήρια της Διαταραχής Χρήσης Οπιοειδών

<b>Διαταραχή Χρήσης Οπιοειδών – Διαγνωστικά Κριτήρια</b>
Ένα προβληματικό μοτίβο χρήσης οπιοειδών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή δυσφορία και εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα, τα οποία μπορούν να συμβούν σε μια περίοδο 12 μηνών :
1. Τα οπιοειδή λαμβάνονται σε συνεχώς αυξανόμενες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την αρχική πρόθεση του ατόμου
2. Υπάρχει μία επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής ή ελέγχου της χρήσης οπιοειδών.
3. Σπατάλη σημαντικού χρόνου για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από την επίδραση της χρήσης οπιοειδών.
4. Λαχτάρα / σφοδρή επιθυμία για χρήση οπιοειδών (craving).

5. Αδυναμία εκπλήρωσης υποχρεώσεων στην εργασία, στο σπίτι ή στο σχολείο εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης χρήσης οπιοειδών.
6. Εξακολούθηση της χρήσης παρά τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα διαπροσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις των οπιοειδών.
7. Διακοπή ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης οπιοειδών.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση οπιοειδών παρά τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται
9. Εξακολούθηση της χρήσης οπιοειδών παρά τη γνώση ύπαρξης σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από τη χρήση εξαιτίας της ουσίας
10. Ανοχή, όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα εξής :
  - α. Μια ανάγκη για σημαντικά αυξανόμενες ποσότητες οπιοειδών προκειμένου να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.
  - β. Ένα σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας οπιοειδών.
11. Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα :
  - α. Το χαρακτηριστικό για τα οπιοειδή σύνδρομο απόσυρσης επί μείωσης ή της χρήσης των οπιοειδών (Κριτήρια Α και Β, pp. 547-548)
  - β. Η ίδια ή μία συναφής ουσία λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης.

Πηγή : Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM, 2013, p.541

Στον αντίποδα της ιατροκεντρικής προσέγγισης, βρίσκεται η ψυχοκοινωνική προσέγγιση της ερμηνείας της εξάρτησης. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση που προτείνει ο Holi (2003), σύμφωνα με την οποία, η μετάβαση από την χρήση στην επιβλαβή χρήση και στην εξάρτηση μπορεί να κατανοηθεί μέσω της σωματικής ψυχολογικής και κοινωνικής ευαλωτότητας. Εάν το άτομο έχει υψηλή ευαλωτότητα σε μια από αυτές τις πλευρές αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξει ευαλωτότητα και στις άλλες. Επομένως, είναι πολύ σημαντική μια ολιστική προσέγγιση της θεραπευτική αντιμετώπισης του ουσιοεξαρτημένου ατόμου.

## **2. Ψυχοπαθολογία και Ουσιοεξάρτηση**

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί που αφορούν την συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε συνδυασμό με την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο γενικό πληθυσμό (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1994), καθώς και μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών και ουσιοεξαρτημένων χρηστών εντός και εκτός των υπηρεσιών θεραπείας (Woody et al., 1983; Woody et al., 1985; Rounsaville et al., 1982; Brooner et al., 1997). Τα αποτελέσματα ποικίλλουν τόσο από τους αριθμούς όσο και τους τύπους των διαγνώσεων, την μεθοδολογία και την προσέγγιση της κάθε μελέτης.



Ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η ουσιοεξάρτηση εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές σε σχέση με άτομα που δεν φέρουν κάποια διαταραχή. Το ποσοστό συνύπαρξης διαταραχών της προσωπικότητας και άλλων ψυχικών διαταραχών στο πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων αποτυπώνεται αρκετά υψηλό, καταδεικνύοντας στενή σχέση μεταξύ τους (Verheul et al., 1998; Kessler et al., 1996; Grant et al., 2004; Farrell et al., 1998; Teesson et al., 2000).

Μελέτες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας - η ύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (WHO, 1995) - είναι περίπου 50%, όπου άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών φαίνεται να εμφανίζουν επιπλέον ψυχικές διαταραχές ή και αντιστρόφως άτομα με ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν διαταραχές χρήσης ουσιών (APA, 2013; Kessler et al., 1996). Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε κλινικούς πληθυσμούς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά συνύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών (έως και 95%) σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών, με πιο συχνές τις καταθλιπτικές, αγχώδεις διαταραχές και την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Khantzian & Treece, 1985; Milby et al., 1996; Brooner et al., 1997). Επιπλέον, αρκετά υψηλή είναι και η συχνότητα εμφάνισης ψυχωτικών διαταραχών στα ουσιοεξαρτημένα άτομα (Brooner et al., 1997; Franken & Hendriks, 2001; Ross et al., 2005). Ποσοστό από 10 έως 50% των εξαρτημένων από ουσίες μπορεί να εμφανίζει περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές της προσωπικότητας (Uchtenhagen & Zieglansberger, 2000).

Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα από την έρευνα των Lieb et al. (2010) σε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδή, όπου παρατηρήθηκε ότι περίπου τα δύο τρίτα του συνολικού δείγματος (68,4%) έλαβαν τουλάχιστον μία ψυχιατρική διάγνωση, εκτός από τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Μεταξύ αυτών με ψυχιατρική συννοσηρότητα, το 53% εμφάνιζε μία επιπλέον διάγνωση, το 28,5% δύο ακόμη διαγνώσεις, το 12,5% τρεις διαγνώσεις ενώ το 5,9% παρουσίαζε τέσσερις ή περισσότερες πρόσθετες διαγνώσεις. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν η κατάθλιψη (56,6%) και οι διαταραχές άγχους (25,3%). Επιπλέον, υψηλό ποσοστό των ανδρών παρουσίαζε αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, σχιζοφρενικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου, ενώ υψηλό ποσοστό των γυναικών εμφάνιζε οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Ήδη από ερευνητικά στοιχεία της ετήσιας έκθεσης του 2004 για την

κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Νορβηγία προκύπτουν ενδείξεις ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών (EMCDDA, 2004). Ως εκ τούτου, τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα τείνουν να αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε διαταραχές χρήσης ουσιών (Kessler et al., 2001), ενώ παράλληλα οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται να επιδεινωθούν εξαιτίας της χρήσης ουσιών (McIntosh & Ritson, 2001). Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να εκληφθεί ως στοιχείο ή σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας διαταραχής της προσωπικότητας, καθώς και ως προσπάθεια αυτοθεραπείας, καθώς μετριάζει τα ενοχλητικά συμπτώματα και ευνοεί την ανάπτυξη ουσιοεξάρτησης (Williams et al., 1990; Murray et al., 2003).

Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλος αριθμός μελετών που έχουν διερευνήσει τους συσχετισμούς μεταξύ της χρήσης ουσιών και διαφορετικών διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας καταλήγοντας σε υποθέσεις σχετικά με τους μηχανισμούς που μπορούν να ενεργοποιήσουν την χρήση ουσιών ή/και την ψυχοπαθολογία σε έναν ουσιοεξαρτημένο χρήστη. Ωστόσο, η διερεύνηση εάν τα συμπτώματα που αναφέρονται από τους ίδιους τους εξαρτημένους (ειδικά συμπτώματα που αφορούν τη διάθεση, το άγχος αλλά και τους τομείς ελέγχου των παρορμήσεων) πρέπει να θεωρούνται ως απλώς συννοσηρότητα ή αν ανήκουν στην διαταραχή χρήσης ουσιών *καθεαυτή* είναι λιγότερο μελετημένη (Pani et al., 2010). Ο διαχωρισμός αυτός είναι σημαντικός, επειδή εκτός από το ζήτημα του ποια διαταραχή εμφανίζεται πρώτη (η ψυχική διαταραχή ή η διαταραχή χρήσης ουσιών), εξετάζεται η πιθανή παρουσία μιας ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται αποκλειστικά με την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης σε μια προσπάθεια κατανόησης της πραγματικής φύσης της διαταραχής χρήσης ουσιών (Maremmani et al., 2017).

Τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα με εξάρτηση στα οπιοειδή θεωρούνται γενικά ότι αποτελούν μέρος της προσωπικότητας τους που αναπτύσσεται λόγω της ουσιοεξάρτησης ή συχνά αποδίδονται στην παρουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας, δημιουργώντας αμφιβολίες για το κατά πόσο οι ασθενείς με μακροχρόνια χρήση οπιοειδών εμφανίζουν συγκεκριμένες ψυχοπαθολογικές διαστάσεις. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντική η προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας των εξαρτημένων ξεκινώντας από ένα χαμηλό επίπεδο συμπερασμάτων, βασισμένο κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα που αναφέρουν τα ίδια τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και όχι από το επίπεδο ενός

προκαθορισμένου συνδρόμου όπως αυτό περιγράφεται στο DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Επομένως, στα εξαρτημένα άτομα είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός των σύνθετων ψυχοπαθολογικών τους διαστάσεων όπως αυτές προκύπτουν από την συσχέτιση των συμπτωμάτων μεταξύ τους (Maremmani et al., 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο, η έρευνα των Maremmani et al. (2010) εξέτασε τις ψυχοπαθολογικές διαστάσεις 1.055 ασθενών με εξάρτηση από την ηρωίνη (884 άνδρες και 171 γυναίκες) ηλικίας μεταξύ 16 και 59 ετών στην αρχή της θεραπείας και τη σχέση τους με την ηλικία, το φύλο και τη διάρκεια της εξάρτησης. Τα δεδομένα της έρευνας έδειξαν ότι οι 150 (14,2%) ασθενείς παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αναξιοσύνης και παγίδευσης. Επίσης, 257 (24,4%) ασθενείς είχαν συμπτώματα σωματοποίησης, 205 (19,4%) διαπροσωπική ευαισθησία και ψυχωτικά συμπτώματα, 235 (22,3%) συμπτώματα πανικού και 208 (19,7%) είχαν ξεσπάσματα βίας καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτές οι διαστάσεις δεν συσχετίστηκαν με το φύλο ή τη διάρκεια της εξάρτησης. Όμως οι νεότεροι ασθενείς με εθισμό στην ηρωίνη χαρακτηρίστηκαν από υψηλότερα ποσοστά βίας - αυτοκτονίας, ευαισθησίας, συμπτωμάτων άγχους και πανικού, ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς έδειξαν υψηλότερες βαθμολογίες για σωματοποίηση και αισθήματα παγίδευσης - αναξιοσύνης.

Στην έρευνα των Pani et al. (2014) η ίδια μεθοδολογία εφαρμόστηκε σε ένα διαφορετικό δείγμα 1195 ατόμων με εξάρτηση από οπιοειδή που εισήλθαν σε μια θεραπευτική κοινότητα και οδήγησε στον εντοπισμό των ίδιων πέντε ψυχοπαθολογικών διαστάσεων και μετά τη θεραπεία. Η έρευνα τους εντόπισε στο δείγμα καταθλιπτική διάθεση που εκφράστηκε με τα αισθήματα της παγίδευσης και της αναξιοσύνης και τις παρακάτω ψυχοπαθολογικές διαστάσεις : συμπτώματα σωματοποίησης, ευαισθησίας - ψυχωτισμού, άγχους - πανικού και βίας - αυτοκτονίας. Οι κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες, τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως η ενεργή χρήση ηρωίνης, τα ψυχιατρικά προβλήματα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής και το είδος της θεραπείας που έλαβε ο ασθενής δεν φαίνεται να επηρεάζουν ουσιαστικά τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που εντοπίστηκαν (Pani et al., 2014; Pani et al., 2015). Κατά συνέπεια, είναι δυνατόν να υποτεθεί ότι αυτές οι πέντε διαστάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό μιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας που οφείλεται στην διαταραχή χρήσης ουσιών και

την διάκριση της από την ψυχοπαθολογία που μπορεί να οφείλεται σε κάποια ψυχιατρική διαταραχή, όπως η μείζονα κατάθλιψη (Maremmani et al., 2017).

Το 2016 οι Pani et al. διεξάγουν μία ακόμα έρευνα όπου παρατηρούνται διαφορές στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα μεταξύ ασθενών με εξάρτηση από το αλκοόλ, την ηρωίνη ή την κοκαΐνη. Η πιο συχνή ψυχοπαθολογική διάσταση ήταν ο πανικός και το άγχος και για τις τρεις ομάδες ασθενών, ενώ οι λιγότερο συχνές ήταν η αναξιότητα στους ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ (11,4%) και η παγίδευση για τους ασθενείς με εξάρτηση από ηρωίνη ή κοκαΐνη (15,1 και 16,0%, αντίστοιχα). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν στις ψυχοπαθολογικές διαστάσεις των τριών ομάδων αφορούσαν τα σωματικά συμπτώματα, όπου εμφανίζονταν σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ ή την ηρωίνη παρά σε αυτούς με εξάρτηση από την κοκαΐνη καθώς και τα συμπτώματα άγχους - πανικού όπου παρατηρούνταν σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με αυτούς με εξάρτηση από την ηρωίνη ή την κοκαΐνη.

Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι στους ασθενείς με κύρια ουσία χρήσης τα οπιοειδή, η χρήση αλκοόλ ή κοκαΐνης ως δεύτερη ουσία χρήσης φαίνεται να μην επηρεάζει τις πέντε κυρίαρχες ψυχοπαθολογικές διαστάσεις που μελετήθηκαν. Επομένως, η χρήση αυτών των πρόσθετων ουσιών στα άτομα με διαταραχή χρήσης οπιοειδών δεν οδηγεί σε σημαντικές διαφορές σχετικά με την συχνότητα και την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Pani et al., 2016).

Η σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας φαίνεται να έχει καθοριστικό αντίκτυπο στο ποσοστό της δέσμευσης των ατόμων στην εξέλιξη της θεραπείας. Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτει ότι η παρουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας στα εξαρτημένα άτομα φαίνεται ότι έχει αρνητική προγνωστική σημασία στην παραμονή τους στα θεραπευτικά προγράμματα (LaPorte et al., 1981; McLellan et al., 1986; McLellan et al., 1983). Ωστόσο, ορισμένες μελέτες εμφανίζουν αποκλίσεις στα αποτελέσματά τους, με κάποιες από αυτές να αναφέρουν ότι η παρουσία μιας ψυχικής διαταραχής ή η εμφάνιση συγκεκριμένων ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών φαίνεται να επηρεάζουν την δέσμευση του ατόμου στην θεραπεία, ενώ άλλες να μην καταλήγουν σε σημαντικές διαφορές (Cacciola et al., 2001; Gelkopf et al.,

2006; Maremmani et al., 2008; Gerra et al., 2004).

Από την άλλη πλευρά, η καταγραφή των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μπορεί να αντικατοπτρίσει την βαρύτητα της διαταραχής χρήσης οπιοειδών, καθώς και τη σχετική χρήση ή κατάχρηση ή εξάρτηση από άλλες ουσίες (κοκαΐνη, αλκοόλ, άλλα διεγερτικά και καταθλιπτικά) ή ακόμα και ένα συγκεκριμένο μοτίβο πολλαπλής χρήσης ουσιών. Αναμφισβήτητα, η μελέτη της ψυχοπαθολογίας των εξαρτήσεων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη μια ποικιλία παραγόντων, όπως προϋπάρχουσες ψυχολογικές/ψυχιατρικές καταστάσεις, επιδράσεις ουσιών/συμπτώματα στέρησης, εθιστικές διεργασίες (με ψυχιατρικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με την λαχτάρα – craving), καθώς και πιθανές ψυχιατρικές συνέπειες ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης προϋπάρχουσων καταστάσεων και εθιστικών διεργασιών (Pani et al., 2010; Pani et al, 2014).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας με την συνύπαρξη κάποιας μορφής ουσιοεξάρτησης, όπως αλκοόλ ή ναρκωτικά έχουν παρατηρηθεί στον πληθυσμό των αστέγων. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί στον άστεγο πληθυσμό αναφέρουν υψηλή επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, με προεξάρχουσες τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Χονδράκη κ.α., 2012; North et al., 1996; Folsom et al., 2005).

Μια σειρά μελετών φαίνεται να παρέχουν μια ένδειξη της επικράτησης των ζητημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των αστέγων, ωστόσο δεν αποκαλύπτουν την πλήρη εικόνα των ψυχιατρικών προβλημάτων. Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον άστεγο πληθυσμό της Ευρώπης είναι στο μεγαλύτερο μέρος τους περιγραφικές και χωρίς θεωρητικό υπόβαθρο, ίσως γιατί το φαινόμενο της αστεγίας παρατηρήθηκε σχετικά πρόσφατα στην Ευρώπη και είναι δύσκολο να οριστεί λειτουργικά (Χονδράκη κ.α., 2012).

Δεδομένου ότι οι άστεγοι δεν συγκροτούν μια ενιαία, ως προς τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά ομοιόμορφη κατηγορία, ο σαφής ορισμός της έλλειψης στέγης αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών και την καταγραφή και αξιολόγηση των πραγματικών αναγκών της ευάλωτης αυτής ομάδας του πληθυσμού ((Παπαλιού, 2010).

### 3. Ορισμός Αστεγίας

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο προσδιορισμός του όρου άστεγος δεν είναι σαφής και στη βιβλιογραφία παρατηρείται ασυμφωνία. Διάφοροι ορισμοί τα τελευταία χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί για την περιγραφή του φαινομένου των αστέγων, χωρίς ωστόσο να υιοθετείται κάποιος ορισμός καθολικά αποδεκτός (Ravenhill, 2008).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο για την έλλειψη της Στέγης που λειτουργεί υπό την ευθύνη της FEANTSA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των οργανώσεων που εργάζονται με τους αστέγους) η πρόληψη της έλλειψης στέγης και η επαναστέγαση των αστέγων απαιτεί την κατανόηση των διαδικασιών που οδηγούν σε αυτήν και άρα μια ευρεία αντίληψη για το τι σημαίνει έλλειψη στέγης.

Η FEANTSA έχει αναπτύξει μια τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία, που ονομάζεται ETHOS (Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία) [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι].

Η τυπολογία αυτή ξεκινάει από την κατανόηση του ότι υπάρχουν τρεις παράμετροι που συνιστούν την έννοια του «σπιτιού», η έλλειψη των οποίων περιγράφει την έλλειψη σταθερής στέγης: 1) Το να έχει κάποιος σπίτι σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οίκημα (ή χώρο), στο οποίο το άτομο και η οικογένεια του έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση), 2) το να είναι κανείς σε θέση να διαθέτει προσωπικό χώρο και να απολαμβάνει τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση) και 3) το να έχει κανείς έναν νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία ενός χώρου (νομική διάσταση).

Η εν λόγω ανάλυση του ETHOS οδηγεί σε ορισμένες κύριες διαφοροποιήσεις:

- Άστεγοι στον δρόμο
- Στερούμενοι κατοικίας : (Διαμονή σε ξενώνες για αστέγους)
- Επισφαλής στέγη και
- Ανεπαρκής ή Ακατάλληλη στέγη, οι οποίες όλες υποδηλώνουν την έλλειψη σπιτιού.

Οι τέσσερις αυτές βασικές εννοιολογικές κατηγορίες χωρίζονται σε 13

υποκατηγορίες σύμφωνα με επιμέρους λειτουργικούς ορισμούς, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή και την χαρτογράφηση του προβλήματος, την εξέλιξη και παρακολούθηση του φαινομένου και την αξιολόγησή του (FEANTSA, 2006).

Σύμφωνα με την ETHOS ως άστεγοι δεν ορίζονται μόνο οι άνθρωποι που ζουν στο δρόμο ή σε δομές φιλοξενίας, αλλά και όσοι ζουν σε ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης ή που απειλούνται από στεγαστικό αποκλεισμό. Επομένως, η τυπολογία ETHOS ως μεθοδολογικό εργαλείο σύγκρισης και συλλογής δεδομένων μπορεί να αποτυπώσει ένα μεγάλο εύρος κατηγοριών ακατάλληλων συνθηκών στέγασης που είναι απαραίτητο για την πρόβλεψη και καταγραφή όλων των δυνατών μορφών του φαινομένου της αστεγίας (Κουραχάνης, 2015).

Αναφορικά με τον άστεγο πληθυσμό της Αθήνας, τα ποσοστά που καταγράφονται δεν αποκαλύπτουν την πραγματική διάσταση του προβλήματος. Τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα προέρχονται από φορείς οι οποίοι ασχολούνται κυρίως με συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν την έλλειψη στέγης ως ένα επιμέρους πρόβλημα. Επιπλέον, σε σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα οι αντίστοιχες υπηρεσίες στην Ελλάδα υστερούν λόγω της απουσίας μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των αναγκών των αστέγων (Παπαλιού, 2010). Παρατηρείται λοιπόν μία γενικότερη έλλειψη έγκυρων στοιχείων που να περιγράφουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος (Agaroglou, 2004) και μια γενικότερη έλλειψη στατιστικών δεδομένων σχετικά με τη καταγραφή και τον ακριβή προσδιορισμό των ατόμων οι οποίοι σχηματίζουν τον λεγόμενο άστεγο πληθυσμό (Παπαλιού, 2010).

Η πρώτη επίσημη προσπάθεια για αποτύπωση του φαινομένου με επιστημονικό, έγκυρο τρόπο και ενιαία μεθοδολογία έγινε μόλις τον Μάιο του 2018 από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την επιστημονική επιμέλεια του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου και αφορούσε την πιλοτική απογραφή των αστέγων σε 7 Δήμους της χώρας. Η έρευνα έδειξε ότι από το σύνολο των αστέγων (1645 άτομα), οι 793 εντοπίζονται στην Αθήνα και από αυτούς οι 233 φιλοξενούνται σε Δομές στέγασης, οι 207 σε Υποστηριζόμενα Διαμερίσματα και οι 353 καταγράφονταν ως άστεγοι στον δρόμο.

#### 4. Ψυχοπαθολογία και Αστεγία

Η συσχέτιση που έγινε μεταξύ της έλλειψης στέγης και της ψυχικής ασθένειας, αποτέλεσε αντικείμενο έντονης συζήτησης και προβληματισμού τόσο στον κοινωνικοπολιτικό όσο και στον ψυχιατρικό τομέα. Μέσα από διεθνείς μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία 20 χρόνια διαπιστώθηκαν ότι τα ποσοστά επικράτησης της ψυχικής νόσου μεταξύ των αστέγων κυμαίνονται μεταξύ 60% και 93,3% (Schreiter et al., 2017).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μία ανασκοπική μελέτη του φαινομένου της απώλειας στέγης στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, όπου η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών φαίνεται να είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των αστέγων, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό με ποσοστά από 58%-100% (Philippot et al., 2001). Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα στην ίδια μελέτη είναι η υψηλή επικράτηση της καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής στον άστεγο πληθυσμό, ενώ μικρά ποσοστά αναφέρονται στις ψυχωτικές διαταραχές (Philippot et al., 2001; Χονδράκη κ.α., 2012).

Σε πολλές διεθνείς μελέτες έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας μεταξύ των αστέγων με πιο συχνές τις διαγνώσεις της σχιζοφρένειας, τη διπολική διαταραχή και την κατάθλιψη (Sullivan et al., 2000; Folsom et al., 2005). Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία και αφορούσε άστεγους, η παρουσία ψυχικών διαταραχών ήταν στατιστικά σημαντική, με το 61% του δείγματος να εκδηλώνει καταθλιπτικά συμπτώματα και το 39% άλλα προβλήματα υγείας (Rota-Bartelink & Lipmann, 2007).

Στην έρευνα των Fichter & Quadflieg (2001) που αφορούσε 265 άστεγους άνδρες στο Μόναχο της Γερμανίας παρατηρήθηκε ότι η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στα άστεγα άτομα είναι πολύ υψηλή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η συνολική επικράτηση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής έφθανε το 93,2%, ενώ στην ίδια μελέτη εκτιμήθηκε η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας σε ποσοστό 25,1%. Επίσης, στην έρευνα του Vazquez (1997) όπου συμμετείχαν 261 άστεγοι στην πόλη της Μαδρίτης οι συναισθηματικές διαταραχές επικράτησαν (27%), ενώ η κατάθλιψη φάνηκε να είναι μία άτυπη διαταραχή.

Οι μελέτες των Slegers (2000) και Spijker (1991) έδειξαν ότι περίπου το 25% του άστεγου πληθυσμού της πόλης του Άμστερνταμ εμφάνιζε διαταραχές της διάθεσης, ενώ η σχιζοφρένεια παρατηρούνταν σε χαμηλά επίπεδα (3-10%). Σύμφωνα



με την μελέτη των Χονδράκη κ.α. (2012) η επικράτηση της σχιζοφρένειας στον πληθυσμό των αστέγων στις χώρες της Ευρώπης παρατηρείται αρκετά χαμηλή σε σχέση με τις χώρες της Αμερικής, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά φαίνονται να είναι υψηλότερα.

Σε μια προσπάθεια κατανόησης της σχέσης ψυχοπαθολογίας και έλλειψης στέγης στην ανασκοπική μελέτη των Hodgson et al. (2013) εξετάστηκε η επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών στον πληθυσμό των άστεγων νέων. Η μελέτη βασίστηκε σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί από το 2000 έως το 2012, δείχνοντας επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών με ποσοστά από 48%-98%. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά μανιοκατάθλιψης, ψυχώσεων, ενώ συχνά ήταν και τα συμπτώματα σωματοποίησης και αυτοκτονικού ιδεασμού.

Επιπλέον, οι εμπειρίες των αστέγων στον δρόμο φάνηκαν να αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ) (Stewart et al., 2004; Tyler et al., 2003). Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα άτομα με εμπειρίες κακοποίησης πριν την αστεγία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης και μετά. Αυτό δείχνει ότι ανεξάρτητα από το αν προϋπάρχει ή όχι ψυχοπαθολογία, οι τραυματικές εμπειρίες που βίωσε το άτομο πριν την αστεγία μπορεί να οδηγήσουν σε περαιτέρω εμπειρίες θυματοποίησης και μετά, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών όπως της ΔΜΣ, της κατάθλιψης, του αυτοκτονικού ιδεασμού και της διαταραχής χρήσης ουσιών (Hodgson et al., 2013).

Αναμφισβήτητα, η αστεγία συνιστά έναν χρόνιο στρεσογόνο παράγοντα που θέτει σε δοκιμασία τις σωματικές και ψυχικές δυνάμεις των ατόμων που την βιώνουν. Τα άστεγα άτομα έχουν έντονη ανασφάλεια σχετικά με την εξασφάλιση βασικών αναγκών (υγεία – σίτιση ) αλλά και λόγω της έκθεσης τους σε πολλαπλούς κινδύνους (Dearbhal, 2006). Ένας από τους σημαντικότερους τομείς ανασφάλειας τους λόγω της έλλειψης έστω και ενός προσωρινού καταλύματος είναι ο βραδινός ύπνος, που τους καθιστά ευάλωτους σε ενδεχόμενη θυματοποίηση τους (Ζαραφωνίτου, 2012).

Αναλύοντας σε βάθος τις ψυχικές διαταραχές που επικρατούν στον πληθυσμό των αστέγων, γίνονται πιο κατανοητές και οι αιτίες που τις πυροδοτούν. Για παράδειγμα, οι διαταραχές άγχους και κατάθλιψης που παρατηρούνται σε μεγάλο βαθμό στους άστεγους, μπορεί να επιδεινώνονται εξαιτίας της αγωνίας που βιώνει το άτομο λόγω της έλλειψης στέγης, αλλά σε περίπτωση που αυτές προϋπήρχαν μπορεί να λειτούργησαν ως επιβαρυντικός παράγοντας για να οδηγηθεί το άτομο στην αστεγία (Καμπέρη, 2018).

Το ερώτημα που εγείρεται είναι αν τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να προϋπάρχουν και να οδηγήσουν το άτομο στην έλλειψη στέγης ή αν η εμφάνισή τους είναι αποτέλεσμα της διαβίωσης στο δρόμο. Αρκετές έρευνες φαίνεται να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ψυχική ασθένεια προηγείται χρονικά της περιόδου απώλειας στέγης, συνδέοντας την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή με την ύπαρξη ψυχικού τραύματος στην παιδική ηλικία (Craig & Hodson, 1998; Stein et al., 2002). Ωστόσο, οι Wasserman & Clair (2010) αναφέρουν ότι οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης των αστέγων λόγω της έλλειψης σταθερής στέγης ευθύνονται για την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων, αμφισβητώντας την υπαιτιότητα τους στην απώλεια στέγης.

Ανεξάρτητα από το αν η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών προϋπήρχε της απώλειας στέγης ή το αντίθετο, η αστεγία βιώνεται από το άτομο ως ένα οξύ τραύμα. Παρόλο που τραυματικές εμπειρίες (όπως η ενδοοικογενειακή βία, η θυματοποίηση, η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες) μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά και να οδηγήσουν το άτομο στην απώλεια στέγης, η εμπειρία του ατόμου στην αστεγία δεν παύει ποτέ να βιώνεται ως τραύμα (Jasinski et al., 2005; Deck & Platt, 2014).

## **5. Αστεγία και Διαταραχές Χρήσης Ουσιών**

Στην ανασκόπηση διαφόρων μελετών οι διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν συσχετιστεί με την έλλειψη στέγης (Breakey et al., 1989; Koegel et al., 1988; North et al., 1996). Στην μελέτη των Folsom et al. (2005) όπου εξετάστηκαν οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για απώλεια στέγης, παρατηρήθηκε άμεση σύνδεση της αστεγίας και της ουσιοεξάρτησης. Η μελέτη αφορούσε 10.340 άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, από τα οποία το 15% καταγράφονταν ως άστεγα και εμφάνιζαν τα υψηλότερα ποσοστά διαταραχής χρήσης ουσιών σε σύγκριση με τους έχοντες στέγη.

Στην επιδημιολογική μελέτη των Χονδράκη κ.α. (2012) σχετικά με την ψυχοπαθολογία στον άστεγο πληθυσμό στις χώρες της Ε.Ε. παρατηρούνται υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών (αλκοόλ και ναρκωτικών). Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Lauber (2006) στην Ζυρίχη όπου βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του άστεγου πληθυσμού έπασχε από διαταραχή χρήσης ουσιών και συγκεκριμένα από πολλαπλή κατάχρηση ουσιών με ποσοστό 32,7%. Επιπλέον, ο αριθμός των ατόμων με συννοσηρότητα, δηλαδή με συνύπαρξη της διαταραχής χρήσης ουσιών και μιας άλλης

ψυχιατρικής διαταραχής βρέθηκε επίσης υψηλός με ποσοστό 28,6%.

Σε μία μετά-ανάλυση που έγινε το 2017 σε ήδη υπάρχοντα στοιχεία για τον άστεγο πληθυσμό της Γερμανίας από τους Schreiter et al. τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο συχνές διαταραχές στον άστεγο πληθυσμό είναι η εξάρτηση από το αλκοόλ (58,5%), η εξάρτηση από τα ναρκωτικά (54,2%) και οι ψυχοσωματικές ασθένειες (42,3%), ενώ η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών που σχετίζονται με την χρήση ουσιών φαίνεται να είναι 21 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε έλαβε υπόψη άλλες 11 μελέτες που είχαν διεξαχθεί από το 1995 έως το 2013 και αφορούσε 1220 άστεγους ηλικίας 29 έως 48 ετών.

Σύμφωνα με μια σειρά μελετών στις χώρες της Ευρώπης τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης ουσιών καταγράφονται υψηλότερα στους νέους που διαβιούν στο δρόμο ή στους άστεγους που αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα. Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα μιας μικρού μεγέθους μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, όπου το 67% των αστέγων και πρώην κρατούμενων ήταν χρήστες ναρκωτικών ουσιών (EMCDDA, 2004).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Wooditch et al. (2018) όπου εξετάζει το ζήτημα της αστεγίας σε άτομα με εξάρτηση από οπιοειδή που έχουν εμπλακεί με τον νόμο. Η μελέτη αφορούσε 504 άτομα με διαταραχή χρήσης οπιοειδών που είχαν επιλεγεί να παρακολουθήσουν ένα πρόγραμμα υποκατάστασης με χορήγηση βουπρενορφίνης. Οι ερευνητές συνέκριναν τις συνθήκες στέγασης των ατόμων τις τελευταίες 30 ημέρες με την παραβατικότητα και την κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ ή ναρκωτικών). Δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις συνθήκες στέγασης και της κατανάλωσης αλκοόλ, παρόλο που τα άτομα που διέμεναν σε καταφύγια φαίνεται να κατανάλωναν ελαφρώς υψηλότερες ποσότητες. Αντίθετα, σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στον αριθμό των ημερών χρήσης ναρκωτικών ουσιών ανά κατάσταση στέγασης. Οι συμμετέχοντες που είχαν σταθερή στέγη αλλά και οι άστεγοι ανέφεραν περισσότερες μέρες χρήσης σε σχέση με αυτούς που διέμεναν σε προσωρινά καταλύματα.

Επιπρόσθετα, η διαταραχή χρήσης ουσιών φαίνεται να είναι μία από τις κύριες αιτίες θυματοποίησης στον άστεγο πληθυσμό. Οι Kushel et al. (2003) μελέτησαν τις σωματικές και σεξουαλικές κακοποιήσεις που έχουν δεχθεί τους τελευταίους 12 μήνες 2577 άστεγοι άνδρες, γυναίκες και διεμφυλικοί. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν πρόβλημα με το αλκοόλ και ιστορικό παραβατικότητας. Επίσης, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57,4%) ανέφεραν χρήση παράνομης

ουσίας το τελευταίο έτος, με την ηρωίνη και το κρακ να είναι τα πιο κοινά.

Αναμφισβήτητα η αστεγία αποτελεί μία από τις πιο κρίσιμες δοκιμασίες της ανθρώπινης υπόστασης, όπου η ακεραιότητα του υποκειμένου σε σωματικό, συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο κλονίζονται ριζικά (Κωνσταντοπούλου, 2017). Στην μελέτη της Χονδράκη (2012) αναφέρεται ότι ο πληθυσμός των αστέγων παραμένει αρκετό χρονικό διάστημα σε αυτή την συνθήκη με αποτέλεσμα η συμπτωματολογία του να επιδεινώνεται ή και να οδηγείται στις καταχρήσεις ως μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει τα χρόνια προβλήματα του.

Η αστεγία συνδέεται άμεσα τόσο με την χρήση ουσιών όσο και με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών προβλημάτων. Συνεπώς, οι έρευνες που αφορούν τους άστεγους θα πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία που αφορούν την ψυχοπαθολογία τους ώστε να μπορούν να καταλήξουν σε χρήσιμα επιστημονικά συμπεράσματα.

### **Παρεμβάσεις σε Άστεγους Χρήστες**

Όπως προαναφέρθηκε, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η συνύπαρξη ενεργούς ψυχοπαθολογίας και ουσιοεξάρτησης συναντάται σε υψηλά ποσοστά στον άστεγο πληθυσμό. Οι άστεγοι χρήστες αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, στην οποία οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλοί.

Από ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην μείωση της βλάβης από την χρήση ουσιών αποτελεί μια αποτελεσματική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των κινδύνων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών στον άστεγο πληθυσμό (Podymow et al., 2006). Σύμφωνα με την μελέτη των Zelenev et al. (2013) οι παρεμβάσεις στους άστεγους που περιλαμβάνουν παροχή βασικών αναγκών, υγειονομική κάλυψη και πρόσβαση σε θεραπευτικά προγράμματα για την κατάχρηση ουσιών αυξάνουν την πιθανότητα εύρεσης σταθερής κατοικίας. Παράλληλα η μετάβαση σε σταθερή κατοικία σχετίζεται με την μείωση της σοβαρότητας της εξάρτησης (ιδιαίτερα στους χρήστες ηρωίνης ή κοκαΐνης) αλλά και στην βελτίωση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Wooditch et al., 2018).

Οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης και φαρμακευτικής θεραπείας είναι απαραίτητες παρεμβάσεις στην προσέγγιση του άστεγου πληθυσμού με διαταραχή χρήσης ουσιών. Τα μοντέλα αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης παρέμβασης που αφορούν άστεγους ουσιοεξαρτημένους χρήστες συμφωνούν στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στο πλαίσιο μιας ολιστικής αντιμετώπισης των

ψυχοκοινωνικών αναγκών τους, δημιουργώντας την ανάγκη για ενοποίηση των κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών για τον άστεγο πληθυσμό (Frankish et al., 2005; Χονδράκη κ.α., 2012)

## **6. Μείωση της Βλάβης**

Η θεραπευτική προσέγγιση μέσω της μείωσης της βλάβης αποτελεί μια προσέγγιση της πολιτικής της υγείας, που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα συγκεκριμένο σύνολο παρεμβάσεων, που αποσκοπούν στην μείωση των αρνητικών συνεπειών της χρήσης ουσιών, σε άτομα που δεν μπορούν να σταματήσουν τη χρήση.

Ο Cheung (2000) αναφέρει ότι : *«Στο επίπεδο αντίληψης, η μείωση της βλάβης διατηρεί μια ουδέτερης αξίας ανθρωπιστική άποψη για τη χρήση ουσιών και τον χρήστη, εστιάζει στα προβλήματα παρά τη χρήση καθαυτή, δεν επιμένει αλλά και δεν αντιτίθεται στην αποχή, και αναγνωρίζει τον ενεργό ρόλο του χρήστη στα προγράμματα μείωσης της βλάβης. Στο πραγματικό επίπεδο, ο σκοπός της μείωσης της βλάβης είναι η μείωση των άμεσων επιβλαβών συνεπειών της χρήσης ουσιών μέσω των πραγματικών ρεαλιστικών και χαμηλών απαιτήσεων προγραμμάτων».*

Οι υπηρεσίες μείωσης της βλάβης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας σε άτομα με ουσιοεξάρτηση που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων λόγω της δυσκολίας τους να αναγνωρίσουν το πρόβλημά τους ή λόγω του μειωμένου κινήτρου για απεξάρτηση.

Στόχοι των υπηρεσιών μείωσης βλάβης είναι: α) η ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας ή η παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας, β) η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα, γ) η προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα, δ) η μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας και ε) ο περιορισμός της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους) ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

### **Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA)**

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών διαθέτει ένα σχετικά ευρύ φάσμα υπηρεσιών με στόχο τη μείωση της βλάβης. Μέσω ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης εκτός θεραπευτικών δομών, σε χώρους συνάθροισης και συνδιαλλαγής

χρηστών («streetwork»), καθώς και με την λειτουργία δομών ελεύθερης εισόδου, χωρίς προϋποθέσεις για την υποδοχή και εξυπηρέτηση των χρηστών, η προσέγγιση των ατόμων αυτών καθίσταται εφικτή.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του στόχου της μείωσης της βλάβης οι υπηρεσίες του OKANA περιλαμβάνουν προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, δωρεάν διανομή προφυλακτικών και προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων. Στο ίδιο επίπεδο λειτουργεί από το 1997 η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης, η πρώτη υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ενεργούς χρήστες ουσιών.

Επιπλέον, ο OKANA στο πλαίσιο της μείωσης της βλάβης και της θεραπείας έχει αναπτύξει ένα διευρυμένο δίκτυο δομών στοχεύοντας στην κάλυψη το δυνατόν πληρέστερων αναγκών των ουσιοεξαρτημένων χρηστών. Μία τέτοια δομή αποτελεί και η Α' Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ1), στην οποία παρέχονται υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού (όπως ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τα ζητήματα αντιμετώπισης της εξάρτησης, εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς αλλά και μια αρχική διάγνωση της κατάστασης του από ψυχιατρική, ψυχολογική και κοινωνική πλευρά) σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες Φαρμακευτικής Υποκατάστασης με βουπρενορφίνη ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

Σε όλη την Ελλάδα λειτουργούν 59 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) του OKANA, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη (υποκατάστατα των οπιοειδών) και παράλληλα παρέχεται μια ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή. Στο πρόγραμμα Υποκατάστασης των ΜΟΘΕ, παράλληλα με την χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία των σωματικών και ψυχιατρικών προβλημάτων που συχνά αντιμετωπίζουν οι θεραπευόμενοι. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ουσιών, των σχετικών με την χρήση προβλημάτων καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, στόχος του προγράμματος παραμένει η κοινωνική ενσωμάτωση των θεραπευόμενων, προάγοντας την αποχή από την χρήση ουσιών και την απεξάρτηση.

Ειδικότερα, παρέχονται: α) Ιατρικές Υπηρεσίες, όπως η ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, β) Ψυχολογικές Υπηρεσίες, όπως ατομική συμβουλευτική, δημιουργία ομάδων αυτοεκτίμησης, γ) Ψυχοθεραπεία, σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο, δ)

Κοινωνικές Υπηρεσίες, όπως ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας και ε) Νομικές Υπηρεσίες για την παροχή συμβουλών νομικής φύσης.

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA μπορούν να γίνουν δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, μακροχρόνιοι χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι κατά το παρελθόν είχαν τουλάχιστον μια αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Η προϋπόθεση αυτή δεν αφορά χρήστες ηλικίας άνω των 35 ετών ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

Επιπλέον, από τον Απρίλιο του 2020 στα πλαίσια της πανδημίας Covid-19, η Β' Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ2) του OKANA εξυπηρετεί αποκλειστικά άστεγους χρήστες ουσιών, οι οποίοι φιλοξενούνται στον Ξεώνα Μεταβατικής Φιλοξενίας ΙΟΝΙΣ -ο Ξεώνας λειτουργεί υπό την αιγίδα του Δήμου Αθηναίων και την συνεργασία του OKANA και του ΚΕΘΕΑ- ή άστεγους χρήστες που βρίσκονται στο δρόμο. Είναι η πρώτη φορά που δημιουργούνται δομές για την εξυπηρέτηση αυτής της ευάλωτης ομάδας. Στην Μονάδα αυτή εισάγονται ασθενείς εκτός της προβλεπόμενης τυπικής διαδικασίας (κατ' εξαίρεση εισαγωγή), προκειμένου να εισαχθούν σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο άμεσα και χωρίς εμπόδια που συντελούν στον περαιτέρω αποκλεισμό τους. Εκτός από την χορήγηση του υποκατάστατου (βουπρενορφίνη) παρέχονται και οι υπόλοιπες προβλεπόμενες από το πλαίσιο του OKANA υπηρεσίες.

Τέλος, σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του ΕΚΤΕΠΝ (2020), ο συνολικός αριθμός των θεραπευομένων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ΜΟΘΕ του OKANA ήταν 8.975 άτομα, εκ των οποίων το 22,7% (2.037 άτομα) ήταν στις μονάδες της μεθαδόνης και το 77,3% (6.938 άτομα) στις μονάδες της βουπρενορφίνης.

## **7. Σκοπός της έρευνας**

Μελετώντας την βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ο περιορισμένος αριθμός ερευνών στην Ελλάδα που να στοχεύουν στην μελέτη της ψυχοπαθολογίας του άστεγου πληθυσμού και της συνύπαρξης της με τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε σκόπιμη η διενέργεια της συγκεκριμένης έρευνας σε μια προσπάθεια αποτύπωσης των πραγματικών αναγκών του ευάλωτου αυτού πληθυσμού. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που εμφανίζουν άστεγοι και μη άστεγοι ουσιοεξαρτημένοι χρήστες, οι οποίοι παρακολουθούν τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων του OKANA καθώς και

η διερεύνηση των συσχετίσεων τους με κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές.

Για την υλοποίηση του ως άνω σκοπού, δημιουργήθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις: i) Ο παράγοντας αστεγία λειτουργεί επιβαρυντικά στους ουσιοεξαρτημένους χρήστες ως προς την εμφάνιση ή μη ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών και ii) υπάρχει συσχέτιση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο.

## **8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι τύπου συγχρονικής μελέτης. Η έρευνα αυτή έλαβε μέρος στις Α' και Β' Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ) και στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) του ΟΚΑΝΑ. Η διεξαγωγή της παρούσας ερευνητικής εργασίας εγκρίθηκε από τον ΟΚΑΝΑ (Αρ. Πρωτοκόλλου 40029/09-11-2020) μετά από σχετικό αίτημα στο Κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Οργανισμού. Η συλλογή των ερευνητικών στοιχείων διήρκεσε από τον Ιούλιο του 2020 έως τον Ιανουάριο του 2021. Τα ερευνητικά δεδομένα και στοιχεία που αφορούσαν ένα μέρος των εξυπηρετούμενων της ΜΥΑΠ2 αποκτήθηκαν από τη βάση δεδομένων του τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης του ΟΚΑΝΑ και συλλέχθηκαν στα πλαίσια της έρευνας του οργανισμού με Αρ. Πρωτοκόλλου 22341/03-07-2020.

### **8.1 Συμμετέχοντες**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 96 θεραπευόμενοι που παρακολουθούν το πρόγραμμα χορήγησης βουπρενορφίνης του ΟΚΑΝΑ. Οι 46 καταγράφονταν ως άστεγοι – σύμφωνα με την τυπολογία ETHOS [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι] και είναι χορηγούμενοι στην Θ.Μ.Υ. Άμεσης Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ2). Όπως προαναφέρθηκε, η ΜΥΑΠ2 από τον Απρίλιο του 2020 εξυπηρετεί τους άστεγους ουσιοεξαρτημένους χρήστες που φιλοξενούνται στον Ξενώνα Μεταβατικής Φιλοξενίας ΙΟΝΙΣ του Δήμου Αθηναίων που λειτουργεί με την συνεργασία του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ. Η ΜΥΑΠ2 εξυπηρετεί επίσης έναν μικρό αριθμό αστέγων που διαμένουν στον δρόμο ή έχουν απομακρυνθεί από τον Ξενώνα. Επιπλέον, στην μελέτη ως ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 50 θεραπευόμενοι του ΟΚΑΝΑ που καταγράφονταν ως έχοντες στέγη και είναι χορηγούμενοι στην Θ.Μ.Υ. Άμεσης



Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ1) και στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) Αθήνας – πιο συγκεκριμένα στην ΜΟΘΕ Ευαγγελισμός, στην ΜΟΘΕ Μελισσιών Αμαλία Φλέμινγκ και στην ΜΟΘΕ ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ.

### **8.1.1 Κριτήρια συμπερίληψης**

- α) Να είναι ενήλικοι άνω των 18 ετών
- β) Να ζουν στην περιοχή των Αθηνών
- γ) Να κατανοούν πλήρως την ελληνική ή αγγλική γλώσσα
- δ) Να αναφέρουν κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη

### **8.1.2 Κριτήρια αποκλεισμού**

- α) Αδυναμία κατανόησης της ελληνικής και αγγλικής γλώσσας
- β) Να βρίσκονται την στιγμή της έρευνας σε κατάσταση τοξίκωσης

## **8.2 Ερευνητική Διαδικασία**

Κατόπιν έγκρισης της εν λόγω έρευνας από την επιστημονική επιτροπή του ΟΚΑΝΑ, η ερευνήτρια επικοινωνήσε με τους υπεύθυνους των μονάδων και τους ενημέρωσε για τον τρόπο προσέγγισης των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες στη συνέχεια ενημερώθηκαν για την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους, το δικαίωμα αποχώρησης σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας, την διαφύλαξη της ανωνυμίας τους, την προστασία του απορρήτου των πληροφοριών και τα πιθανά οφέλη της έρευνας. Εφόσον επιθυμούσαν να συμμετέχουν ενημερώνονταν για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, το χρόνο που απαιτούνταν και προγραμματιζόταν ένα ραντεβού. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων (διάρκειας περίπου 10 λεπτών) καθώς και το ερωτηματολόγιο Symptom Check - List 90 (SCL-90) (διάρκειας περίπου 15 λεπτών).

Στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) και στην ΘΜΥ Άμεσης Πρόσβασης (ΜΥΑΠ1) η επιλογή έγινε ανά 4 άτομα από την λίστα ημερήσιας χορήγησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κατά την ημέρα επίσκεψης της ερευνήτριας στην κάθε Μονάδα και αφορούσε την χορήγηση των ερωτηματολογίων στους ωφελούμενους που έχουν στέγη. Αναφορικά με τους άστεγους που χορηγούνταν στην Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης Αθήνας (ΜΥΑΠ2)

και διέμεναν στον Ξενώνα Μεταβατικής Φιλοξενίας ΙΟΝΙΣ τα στοιχεία αποκτήθηκαν από τη βάση δεδομένων του τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης του ΟΚΑΝΑ, ενώ στους υπόλοιπους άστεγους χορηγούμενους της μονάδας ζητήθηκε στο σύνολο τους να συμμετέχουν στην έρευνα, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού τους.

Η δυσκολία ως προς την συλλογή των δεδομένων ήταν ότι η ερευνητική μελέτη διεξήχθη εν μέσω της πανδημίας Covid-19 και στο πλαίσιο των μέτρων που έχει λάβει ο ΟΚΑΝΑ για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ήταν η αραιή προσέλευση των ωφελούμενων και η αποφυγή του συνωστισμού στους χώρους των μονάδων. Γι' αυτό το λόγο, ζητήθηκε επέκταση της έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας σε περισσότερες μονάδες από τον αρχικό σχεδιασμό με στόχο την ολοκλήρωση της μελέτης σε εύλογο χρονικό διάστημα.

### **8.3 Ερευνητικά Εργαλεία**

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια :

1. Δομημένο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο.

2. Για την μέτρηση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Symptom Check - List 90 (SCL-90).

Η Κλίμακα SCL-90 είναι ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) και αφορά κατά κύριο λόγο την καταγραφή της παρουσιαζόμενης ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα που συνθέτουν εννέα κύριες διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας (Ντώνιας κ.α., 1991) :

α) Σωματοποίηση (παράπονα σχετικά με την σωματική δυσλειτουργία, όπως πονοκέφαλος, ναυτία, στομαχικές διαταραχές)

β) Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα (παράπονα για επαναλαμβανόμενες σκέψεις και πράξεις)

γ) Διαπροσωπική Ευαισθησία (συναισθήματα ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, ιδιαίτερα σε σχέση με τους άλλους)

δ) Κατάθλιψη (παράπονα για απώλεια ενέργειας, αισθήματα απόσυρσης και θλίψης, έλλειψη ενδιαφέροντος για γεγονότα της ζωής)

ε) Άγχος (νευρική ανησυχία, ευερεθιστότητα)

στ) Επιθετικότητα (εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού, καταστροφικές παρορμήσεις)

ζ) Φοβικό Άγχος (παράλογος και επίμονος φόβος που οδηγεί το άτομο να αποφεύγει μέρη ή καταστάσεις, συμπτώματα αγοραφοβίας)

η) Παρανοειδής Ιδεασμός (καχυποψία, έλλειψη εμπιστοσύνη στους άλλους)

θ) Ψυχωτισμός (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αίσθηση ότι άλλοι ελέγχουν τις σκέψεις του)

Υπάρχουν εφτά διαπιστώσεις που αφορούν διάφορα συμπτώματα σχετικά με την όρεξη και τις διαταραχές ύπνου που δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των συνολικών δεικτών.

Από την Κλίμακα SCL-90 προκύπτουν τρεις συνολικοί δείκτες εκτίμησης της συμπτωματολογίας: α) ο Δείκτης Συνόλου Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ), ο οποίος παρέχει πληροφορίες για τον συνολικό αριθμό των συμπτωμάτων σε οποιοδήποτε βαθμό έντασης, β) ο Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), ο οποίος παρέχει πληροφορίες για τον βαθμό της έντασης της ενόχλησης και γ) ο Γενικός Δείκτης Σοβαρότητας (ΓΔΣ), ο οποίος συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και τον βαθμό έντασης της ενόχλησης από αυτά.

Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων οι ερωτώμενοι βαθμολογούν σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert με εύρος 0-4, σύμφωνα με την εμπειρία τους την τελευταία εβδομάδα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από τον Ντώνια κ.α. (1991) και παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Αν και η Κλίμακα SCL-90 αρχικά σχεδιάστηκε για την μέτρηση της ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς που δεν εμφάνιζαν διαταραχές χρήσης ουσιών, κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ουσιοεξαρτημένους ασθενείς, όπου τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα μπορεί να μην είναι αρκετά έντονα ή πολυάριθμα για να πληρούν τα κριτήρια του DSM (Schaefer et al, 1987).

Τέλος, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη (Δημογραφικών και SCL-90) είναι αυτοαναφοράς και αυτοσυμπληρούμενα, ενώ όσοι συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την ελληνική γλώσσα, υπήρχε η δυνατότητα χορήγησης των ερωτηματολογίων μεταφρασμένων στην Αγγλική.

#### **8.4 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας**

Στους συμμετέχοντες στην έρευνα χορηγήθηκαν έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης, σύμφωνα με τους κανόνες προστασίας των δικαιωμάτων των υποκειμένων [ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ]. Σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας τηρήθηκε η ανωνυμία των προσωπικών δεδομένων που συλλέγονταν υπό την έννοια

ότι δεν καταγράφονταν και δεν συνδέονταν τα στοιχεία που ταυτοποιούν τους ασθενείς με τα ιατρικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, τα αρχεία/δεδομένα της μελέτης καταχωρούνταν σε ηλεκτρονικά αρχεία και φυλάσσονταν σε Η/Υ, προστατευόμενα από κωδικό πρόσβασης και ονοματισμένα με μοναδικό κωδικό αντί για το όνομα του συμμετέχοντα, προκειμένου να διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία του. Παρά το γεγονός ότι στο ερωτηματολόγιο της Symptom Check - List 90 (SCL-90) υπάρχει πεδίο καταχώρησης Ονοματεπώνυμου, δίνονταν οδηγίες μη καταχώρησης του, προκειμένου να καταγράφεται ο μοναδικός κωδικός ταυτοποίησης του από την ερευνήτρια. Επιπλέον, τα ερευνητικά δεδομένα που αποκτήθηκαν από τη βάση ερευνητικών δεδομένων του τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης του ΟΚΑΝΑ παρέμειναν απόρρητα, έτυχαν ανάλογης ποσοτικής επεξεργασίας, τηρώντας παράλληλα το απόρρητο των πληροφοριών και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας.

### **8.5 Στατιστική Ανάλυση**

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας- Symptom Checklist 90-R έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis), με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών, από όπου προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

## 9. Αποτελέσματα

Το δείγμα μας αποτελείται από 96 άτομα εκ των οποίων οι 46 (47,9%) ήταν άστεγοι. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, δίνονται στον Πίνακα 2 που ακολουθεί, ανάλογα με το αν ήταν άστεγοι ή όχι.

**Πίνακας 2:** Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		Άστεγος/η				P Pearson's $\chi^2$ test
		Ναι (N=46, 47,9%)		Όχι (N50, 52,1%)		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	38	82,6	42	84,0	0,855
	Γυναίκα	8	17,4	8	16,0	
Ηλικία σε έτη, Μέση τιμή (SD)		45,6(8,6)		44,5(7,2)		0,510 <sup>+</sup>
Υπηκοότητα	Ελληνική	31	82,6	50	100,0	<b>0,002<sup>++</sup></b>
	Άλλη	8	17,4	0	0,0	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Κανένα	1	2,2	0	0,0	0,583 <sup>++</sup>
	Δημοτικού	13	28,3	8	16,0	
	Γυμνασίου	11	23,9	10	20,0	
	Λυκείου	7	15,2	13	26,0	
	Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	5	10,9	9	18	
	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)	4	8,7	6	12	
	Ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	3	6,5	3	6	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	2	4,3	1	2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου	25	54,3	18	36	0,137
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	12	26,1	22	44	
	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	9	19,6	10	20	
Έτη εκπαίδευσης, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		10,5(4,1)	11(7-12)	11,4(2,9)	12(9-14)	0,154 <sup>+++</sup>
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος – η	25	54,3	28	56	0,118 <sup>++</sup>
	Έγγαμος – η	5	10,9	0	0	
	Συμβίωση	0	0	3	6	
	Σε διάσταση	5	10,9	7	14	
	Διαζευγμένος – η	8	17,4	10	20	
	Χήρος -α	3	6,5	2	4	
Άγαμος	Όχι	21	45,7	22	44	0,871
	Ναι	25	54,3	28	56	
Έχετε παιδιά	Όχι	28	60,9	33	66	0,602
	Ναι	18	39,1	17	34	
Αν ναι πόσα, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,8(1)	1,5(1-2)	1,5(0,8)	1(1-2)	0,403
πόσα Ανήλικα, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,5(0,9)	0(0-1)	1,2(1)	1(0,5-1)	<b>0,033<sup>+++</sup></b>
πόσα Ενήλικα, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,3(1,1)	1(0-2)	0,3(0,4)	0(0-0,5)	<b>0,004<sup>+++</sup></b>

+ Student's t test ++Fisher's exact test +++Mann Whitney

Η μέση ηλικία των αστεγών ήταν 45,6 έτη (SD=8,6 έτη) και το 82,6% αυτών ήταν άνδρες. Βρέθηκε ότι τα ποσοστά όσων δεν είχαν Ελληνική υπηκοότητα ήταν σημαντικά υψηλότερα στους άστεγους. Το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση δεν διέφεραν στις συνθήκες διαμονής των συμμετεχόντων, και συγκεκριμένα τα ποσοστά των άγαμων ήταν 54,3% και 56% σε άστεγους και μη αντίστοιχα. Το αν είχαν παιδιά οι συμμετέχοντες και πόσα είχαν επίσης δε διέφερε σημαντικά ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής. Βρέθηκε όμως ότι ο αριθμός των ανήλικων τέκνων ήταν σημαντικά υψηλότερος στους συμμετέχοντες που δεν ήταν άστεγοι ενώ ο αριθμός των ενήλικων τέκνων ήταν σημαντικά υψηλότερος στους άστεγους.

Ακολουθεί ο Πίνακας 3 με κάποια στοιχεία που αφορούν στις συνθήκες διαμονής, στην εργασιακή καθώς και στην οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν ήταν άστεγοι ή όχι.

**Πίνακας 3:** Εργασιακή και Οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων

		Άστεγος/η				P Pearson's $\chi^2$ test	
		Ναι		Όχι			
		N	%	N	%		
<b>Συνθήκες Διαμονής</b>	Χωρίς σταθερό τόπο διαμονής	3	6,5	-		-	
	Άστεγος-η	2	4,3				
	Σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα	41	89,1				
<b>Διαμένετε με</b>	Μόνος – η	-		16	32		
	Με την οικογένεια καταγωγής			22	44		
	Με τη δική σας οικογένεια			3	6		
	Με τον/την σύντροφο			7	14		
	Με άλλους μη συγγενείς			2	4		
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Εργαζόμενος/η	2	4,3	12	24		<0,001
	Άνεργος/η	37	80,4	18	36		
	Οικονομικά ανενεργός/ή	7	15,2	20	40		
<b>Εάν εργάζεστε καθεστώς απασχόλησης</b>	Με πλήρη απασχόληση	0	0	6	50	-	
	Με μερική απασχόληση	0	0	0	0		
	Με περιστασιακή απασχόληση	0	0	5	41,7		
	Αδήλωτη εργασία	0	0	1	8,3		
	Υποστηριζόμενη απασχόληση	0	0	0	0		
<b>Εάν είστε οικονομικά ανενεργός</b>	Συνταξιούχος	0	0	3	15,8	0,443 <sup>+</sup>	
	Επίδομα αναπηρίας	1	25	8	42,1		
	Άλλο	3	75	8	42,1		
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Όχι	36	78,3	19	39,6	<0,001	
	Ναι	10	21,7	29	60,4		

+Fisher's exact test

Το 89,1% των αστέγων φιλοξενούνταν σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα ενώ το 44% όσων δεν ήταν άστεγοι διέμεναν με την οικογένεια καταγωγής τους. Βρέθηκε ότι τα ποσοστά των ανέργων ήταν σημαντικά υψηλότερα στους άστεγους συμμετέχοντες ενώ τα ποσοστά όσων λάμβαναν κάποιο επίδομα ήταν σημαντικά υψηλότερα σε όσους δεν ήταν άστεγοι.

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί δίνονται συγκεκριμένα τα επιδόματα που λάμβαναν οι συμμετέχοντες ανάλογα με το αν ήταν άστεγοι ή όχι.

**Πίνακας 4:** Κατηγορίες επιδομάτων που λάμβαναν οι συμμετέχοντες

<i><b>Εάν λαμβάνετε κάποιο επίδομα αναφέρετε ποιο</b></i>	<b>Άστεγος/η</b>			
	<b>Ναι</b>		<b>Όχι</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ - ΚΕΠΑ	1	2,2	10	20
ΚΕΑ	3	6,5	5	10
ΠΡΟΝΟΙΑΣ	4	8,7	3	6
ΑΛΛΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	0	0	6	12
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΝΑ	2	4,3	5	10

Παρακάτω δίνεται ο Πίνακας 5 με τα στοιχεία που αφορούν στα προγράμματα απεξάρτησης των συμμετεχόντων και κάποια επιπλέον στοιχεία που αφορούν στους άστεγους συμμετέχοντες.

**Πίνακας 5:** Στοιχεία για τα προγράμματα απεξάρτησης των συμμετεχόντων, χρόνια χρήσης και χρόνος αστεγίας

		Άστεγος/η				P Pearson's $\chi^2$ test
		Ναι		Όχι		
		N	%	N	%	
Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		20,2(8,6)	20(13-25)	21,4(8,4)	20(15-27)	0,509
Παρακολουθείτε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης	Όχι	0	0,0	0	0,0	-
	Ναι	46	100,0	50	100,0	
Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης	Όχι	11	23,9	12	24,0	0,992
	Ναι	35	76,1	38	76,0	
Εάν ναι, πόσες φορές έχετε ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,1(2)	2(2-4)	3,2(1,9)	2,5(2-4)	0,671
Τι είδους πρόγραμμα ήταν	Στεγνό	3	8,6	5	12,8	0,457*
	Πρόγραμμα Υποκατάστασης	13	37,1	9	23,1	
	Και τα δύο	19	54,3	25	64,1	
Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (χρόνια) που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα απεξάρτησης, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,4(4)	2,5(0,7-5)	5,9(4,1)	6(3-8)	<b>0,001**</b>
Σε ποιο πρόγραμμα	18 ΑΝΩ	4	8,7	4	8,0	-
	18 ΑΝΩ-ΚΕΘΕΑ	0	0,0	1	2,0	
	ΚΕΑΣ	0	0,0	1	2,0	
	ΚΕΘΕΑ	3	6,5	1	2,0	
	ΟΚΑΝΑ	36	78,3	41	82,0	
	ΡΕΤΟ	2	4,3	2	4,0	
Τι χρονικό διάστημα (χρόνια) ήσασταν άστεγος-η πριν ενταχθείτε στον ξενώνα, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		4,9(8,9)	1(0,5-5)	-		-

\*Fisher's exact test\*\*Mann Whitney

Η μέση διάρκεια χρήσης ουσιών ήταν τα 20,2 χρόνια (SD=8,6 χρόνια) και τα 21,4 χρόνια (SD=8,4 χρόνια) για τους άστεγους και μη αντίστοιχα. Επιπλέον όλοι οι συμμετέχοντες παρακολουθούσαν στην παρούσα φάση κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, με τα ποσοστά αυτών που είχαν παρακολουθήσει και στο παρελθόν κάποιο πρόγραμμα καθώς και το πρόγραμμα που είχαν παρακολουθήσει να μη διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το αν ήταν άστεγοι ή όχι. Πιο συγκεκριμένα στο παρελθόν είχαν ενταχθεί σε πρόγραμμα υποκατάστασης το 37,1% και το 23,1% των άστεγων και μη, αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν άστεγοι όμως είχαν παρακολουθήσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης.

Τέλος για τους συμμετέχοντες που ήταν άστεγοι το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο οποίο δεν είχαν στέγη πριν ενταχθούν στον ξενώνα ήταν τα 4,9 χρόνια (SD=8,9 χρόνια).



## Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R

Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες τόσο στις υποκλίμακες όσο και στους συνολικούς δείκτες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας ανάλογα με το αν οι συμμετέχοντες ήταν άστεγοι ή όχι. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν περισσότερη ενίσχυση του εκάστοτε συμπτώματος αλλά και του συνολικού δείκτη αντίστοιχα.

**Πίνακας 6:** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της SCL-90-R ανάλογα με την συνθήκη στέγασης

	Άστεγος/η				P Mann Whitney test
	Ναι		Όχι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Σωματοποίηση	12,5(9,8)	10,5(4-19)	10,9(9,3)	9(5-13)	0,481
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	14,7(8,8)	13,5(8-21)	13,2(7,9)	11,5(8-17)	0,398
Διαπροσωπική Ευαισθησία	10,4(7)	9,5(5,5-13)	9,2(5,8)	8(6-12)	0,412
Κατάθλιψη	22,4(11,1)	21(13,5-29)	19,8(11,2)	17,5(12-24)	0,196
Άγχος	12,3(9,3)	9(6-16)	8,9(9,1)	7(4-13)	<b>0,045</b>
Επιθετικότητα	4,9(4,2)	4(2-6)	5,6(6,5)	3(1-7)	0,450
Φοβικό άγχος	6,1(6)	5(1-8)	4,0(5,9)	3(1-6)	<b>0,046</b>
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,1(5,2)	9(5-14)	9,1(5,5)	8(5-13)	0,860
Ψυχωτισμός	8,9(6,7)	7,5(3-13)	7,6(6,7)	5,5(3-10)	0,278
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	1,3(0,7)	1,1(0,8-1,7)	1,1(0,7)	0,9(0,7-1,3)	0,254
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	52(18,5)	54(40-65)	48(16,4)	47(37-56)	0,205
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	2(0,6)	1,9(1,6-2,6)	2(0,6)	1,8(1,5-2,2)	0,476

Οι συμμετέχοντες που ήταν άστεγοι είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στα διατάσεις «Άγχος» και «Φοβικό άγχος», υποδηλώνοντας σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους και φοβικού άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν άστεγοι.

**Συσχέτιση κλίμακας ψυχοπαθολογίας με κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία που αφορούν στη χρήση ουσιών και στις συνθήκες διαμονής των συμμετεχόντων**

Στη συνέχεια ακολούθησαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τα συμπτώματα και τους γενικούς δείκτες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας και σαν ανεξάρτητες τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούν στη χρήση ουσιών και στις συνθήκες διαμονής τους. Οι αναλύσεις έγιναν με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και τα αποτελέσματα δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματοποίηση»:

**Πίνακας 7:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Σωματοποίησης» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,209	0,120	0,085
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,010	0,007	0,144
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	0,025	0,097	0,794
<b>Αγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(AEI-TEI)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,128	0,121	0,291
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	-0,113	0,113	0,321
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,060	0,109	0,582
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,139	0,133	0,300
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,197	0,177	0,270
	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,064	0,135	0,636
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>		0,004	0,006	0,502
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,014	0,011	0,214
	<b>Άστεγος/η</b>			
	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,049	0,103	0,634

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Σωματοποίηση».

- ❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα»:

**Πίνακας 8:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Ψυχαναγκαστικότητας - Καταναγκαστικότητας» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,156	0,094	0,101
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,007	0,005	0,189
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	0,062	0,076	0,417
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,156	0,094	0,103
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	-0,017	0,089	0,848
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,026	0,085	0,760
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	-0,035	0,104	0,739
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	-0,160	0,139	0,251
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>	Ναι	0,206	0,106	0,055
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,008	0,005	0,077
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)	0,009	0,009	0,328
	Ναι	0,139	0,080	0,089

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα».

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Διαπροσωπική Ευαισθησία»:

**Πίνακας 9:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Διαπροσωπική Ευαισθησίας» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,177	0,095	0,067
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,003	0,005	0,583
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,036	0,077	0,638
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,059	0,095	0,538
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	0,102	0,089	0,256
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,005	0,086	0,955
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,010	0,105	0,923
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	-0,018	0,143	0,900
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε χρήση</b>	Ναι	0,202	0,112	0,074
	Όχι (αναφορά)			
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,000	0,005	0,986
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)	0,007	0,009	0,462
	Ναι	0,137	0,082	0,100

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Διαπροσωπική ευαισθησία».

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κατάθλιψη»:

**Πίνακας 10:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Κατάθλιψης» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

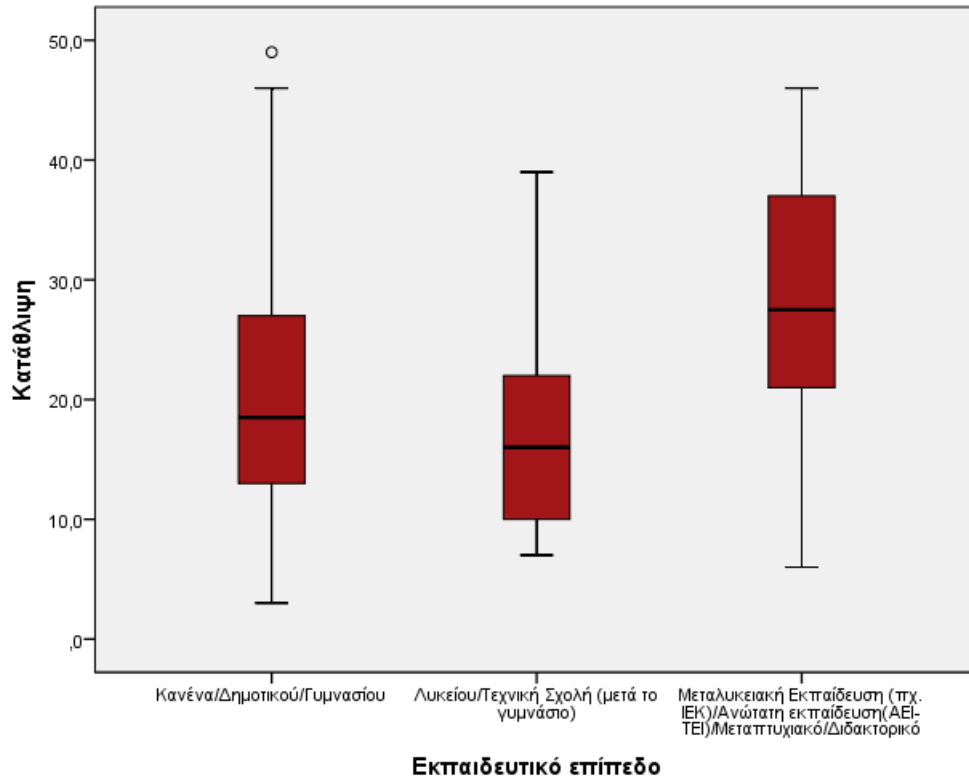
		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,077	0,072	0,288
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,003	0,004	0,412
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,044	0,058	0,450
	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(AEI-TEI)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,144	0,072	<b>0,050</b>
<b>Άγαμος</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,014	0,068	0,839
<b>Έχετε παιδιά</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,012	0,065	0,858
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,036	0,079	0,649
	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,028	0,106	0,795
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,088	0,081	0,279
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>		0,005	0,004	0,165
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,009	0,007	0,188
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,103	0,061	0,097

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κατάθλιψη». Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες με Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ) / Ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με όσους δεν είχαν πάει σχολείο ή ήταν απόφοιτοι Δημοτικού / Γυμνασίου.

Στο γράφημα 1 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Κατάθλιψη» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

**Γράφημα 1:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Κατάθλιψη» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο



❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Άγχος»:

**Πίνακας 11:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση του «Άγχους»  
ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,167	0,097	0,089
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,002	0,005	0,653
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	0,006	0,078	0,944
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,227	0,097	<b>0,022</b>
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	0,001	0,091	0,990
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,012	0,088	0,888
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,101	0,107	0,351
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,139	0,143	0,335
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>	Ναι	0,122	0,109	0,266
	Όχι (αναφορά)			
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,003	0,005	0,557
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)	0,022	0,009	<b>0,015</b>
	Ναι	0,182	0,083	<b>0,031</b>

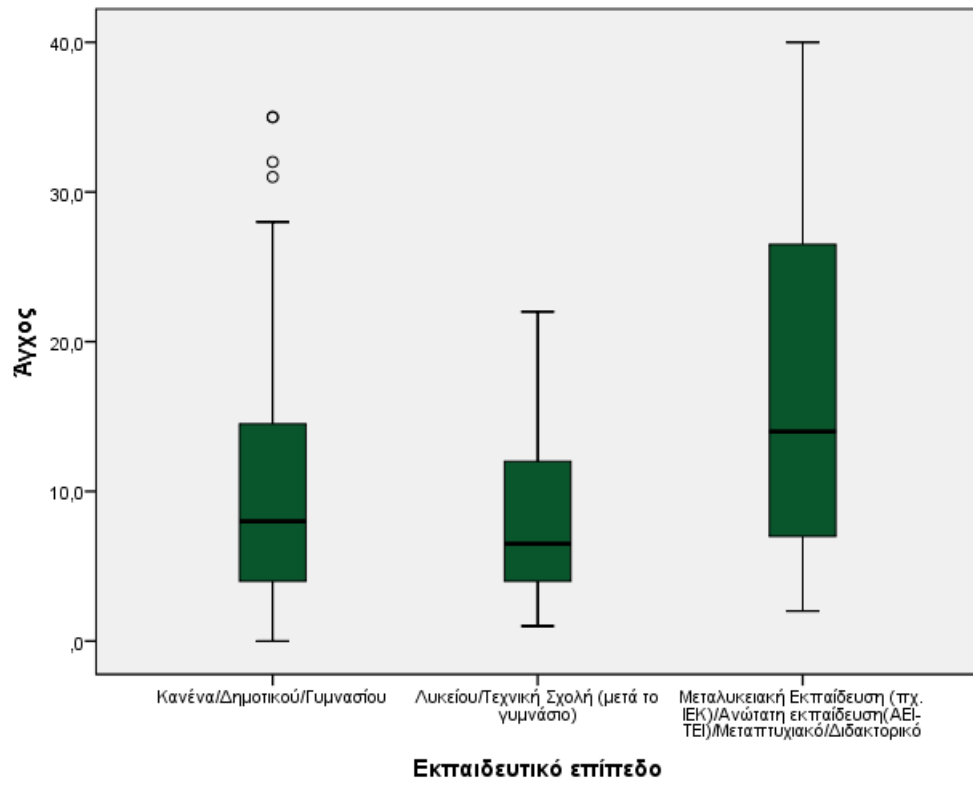
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος» βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που παρακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και το αν ήταν άστεγοι ή όχι. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ) / Ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με όσους δεν είχαν πάει σχολείο ή ήταν απόφοιτοι Δημοτικού / Γυμνασίου.
- Όσο μεγαλύτερο ήταν το χρονικό διάστημα που είχαν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης τόσο περισσότερο άγχος είχαν.
- Οι άστεγοι συμμετέχοντες είχαν περισσότερο άγχος σε σχέση με όσους δεν ήταν άστεγοι.

Στο γράφημα 2 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

**Γράφημα 2:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Άγχος» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο





❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Επιθετικότητα»:

**Πίνακας 12:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Επιθετικότητα» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

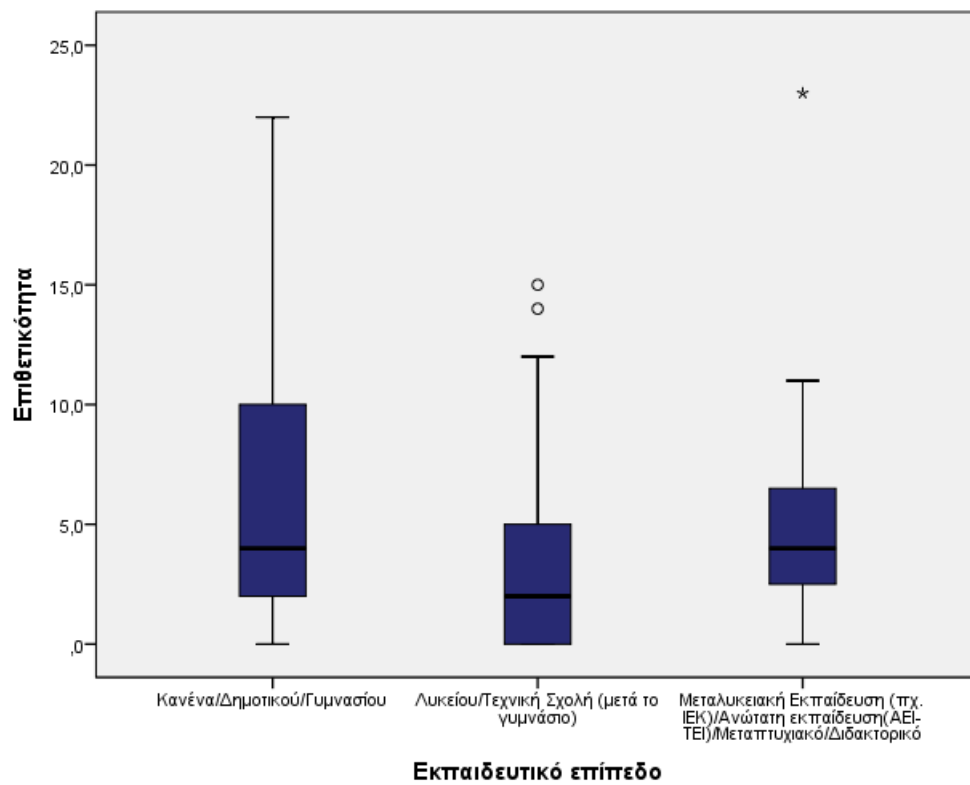
		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,065	0,115	0,574
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,009	0,006	0,140
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,238	0,093	<b>0,012</b>
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,028	0,116	0,808
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	-0,029	0,109	0,790
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,056	0,104	0,591
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	-0,026	0,128	0,841
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,013	0,170	0,939
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε χρήση</b>	Ναι	0,155	0,130	0,238
	Όχι (αναφορά)			
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,000	0,006	0,945
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)	0,017	0,011	0,121
	Ναι	0,156	0,099	0,117

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Επιθετικότητα». Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Λυκείου ή Τεχνικής σχολής (μετά το Γυμνάσιο) εμφάνιζαν λιγότερη επιθετικότητα σε σχέση με όσους δεν είχαν πάει σχολείο ή ήταν απόφοιτοι Δημοτικού / Γυμνασίου.

Στο γράφημα 3 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Επιθετικότητα» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

**Γράφημα 3:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση της «Επιθετικότητα» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο



❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Φοβικό Άγχος»:

**Πίνακας 13:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση του «Φοβικού Άγχους» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,164	0,119	0,174
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,004	0,006	0,494
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,057	0,096	0,557
	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,087	0,119	0,468
<b>Άγαμος</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,150	0,112	0,186
<b>Έχετε παιδιά</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,108	0,918
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,102	0,132	0,440
	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,242	0,175	0,171
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,113	0,134	0,401
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>		0,005	0,006	0,442
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,018	0,011	0,112
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,232	0,102	<b>0,025</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το αν οι συμμετέχοντες ήταν άστεγοι βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Φοβικό Άγχος». Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που ήταν άστεγοι εμφάνιζαν περισσότερο φοβικό άγχος σε σχέση με όσους δεν ήταν άστεγοι.

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός»:

**Πίνακας 14:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση του «Παρανοειδή Ιδεασμού» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,164	0,082	<b>0,050</b>
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,005	0,005	0,279
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,061	0,066	0,364
<b>Αγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,06	0,083	0,472
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	-0,059	0,078	0,451
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,006	0,074	0,939
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Ανεργος/η	0,085	0,091	0,353
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,041	0,121	0,739
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>	Ναι	0,183	0,093	<b>0,050</b>
	Όχι (αναφορά)			
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>	Όχι (αναφορά)	0,008	0,004	<b>0,038</b>
	Ναι	0,003	0,008	0,724
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,054	0,070	0,449

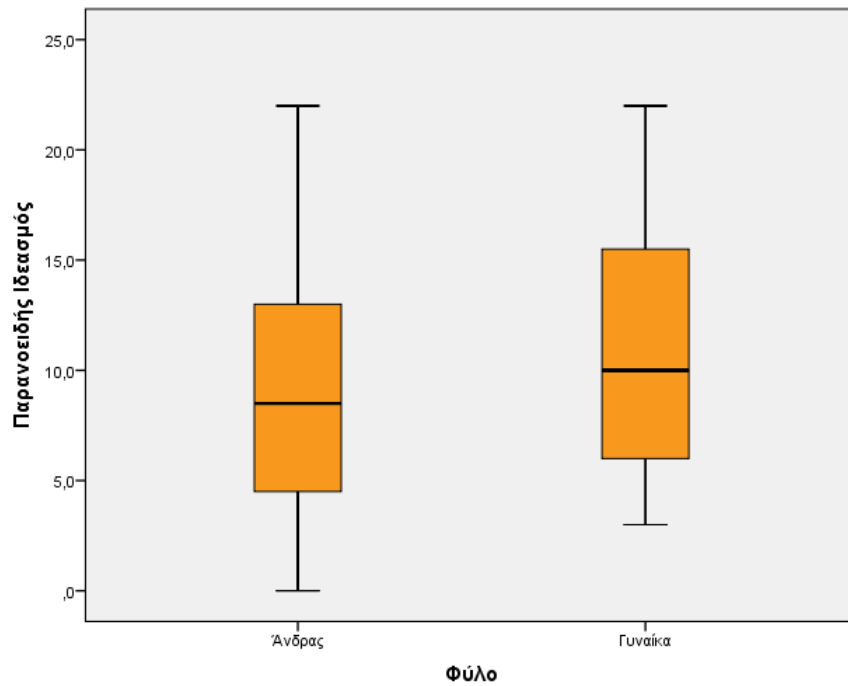
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο των συμμετεχόντων, το αν λάμβαναν κάποιο επίδομα και τα χρόνια χρήσης των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες εμφάνιζαν περισσότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού σε σχέση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που λάμβαναν κάποιο επίδομα εμφάνιζαν επίσης περισσότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού.
- Όσο περισσότερα ήταν τα χρόνια χρήσης των συμμετεχόντων τόσο περισσότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού είχαν.

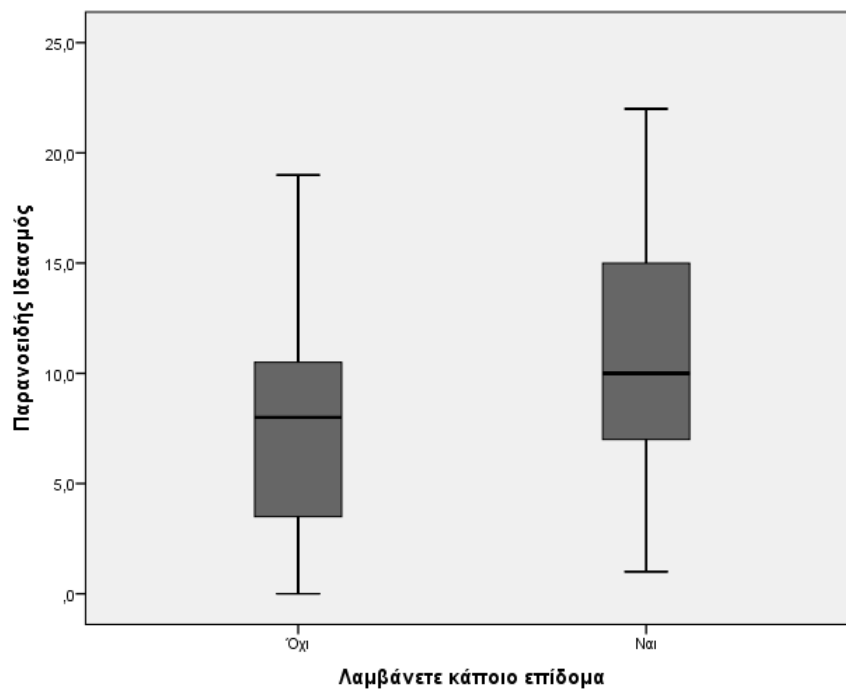
Στο γράφημα 4 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός» ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.

**Γράφημα 4:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Παρανοειδή Ιδεασμού» ανάλογα με το φύλο



Ακολουθεί το γράφημα 5 με τη βαθμολογία στη διάσταση «Παρανοειδής ιδεασμός» ανάλογα με το αν λάμβαναν κάποιο επίδομα ή όχι.

**Γράφημα 5:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Παρανοειδή Ιδεασμού» ανάλογα με το αν λάμβαναν κάποιο επίδομα



❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχωτισμός»:

**Πίνακας 15:** Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση του «Ψυχωτισμού» ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,116	0,100	0,249
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,007	0,005	0,181
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	0,006	0,081	0,937
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,184	0,100	0,070
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	0,037	0,094	0,695
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	0,038	0,090	0,674
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,067	0,111	0,545
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,137	0,147	0,357
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε χρήση</b>	Ναι	0,088	0,112	0,435
	Όχι (αναφορά)			
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,008	0,005	0,114
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)	0,017	0,009	0,075
	Ναι	0,143	0,085	0,097

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχωτισμός».

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ):

**Πίνακας 16:** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,066	0,038	0,087
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,002	0,002	0,291
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	-0,025	0,031	0,422
	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,055	0,038	0,155
<b>Άγαμος</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,003	0,036	0,924
<b>Έχετε παιδιά</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,035	0,878
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,023	0,042	0,587
	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,032	0,057	0,574
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,051	0,045	0,255
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>		0,002	0,002	0,225
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,007	0,004	0,066
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,059	0,033	0,074

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ).

❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ):

**Πίνακας 17:** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ) ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,088	0,051	0,091
<b>Ηλικία σε έτη</b>		-0,005	0,003	0,082
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο)	0,021	0,041	0,608
<b>Άγαμος</b>	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,092	0,051	0,075
	Όχι (αναφορά)			
<b>Έχετε παιδιά</b>	Ναι	-0,019	0,048	0,693
	Όχι (αναφορά)			
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Ναι	-0,007	0,046	0,873
	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	0,044	0,056	0,436
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Οικονομικά ανενεργός/ή	0,043	0,077	0,579
	Όχι (αναφορά)			
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση</b>	Ναι	0,062	0,060	0,304
	Όχι (αναφορά)	0,003	0,003	0,176
<b>Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>		0,008	0,005	0,088
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,074	0,044	0,096

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ).



- ❖ Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή το Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ):

**Πίνακας 18:** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) ανάλογα με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	0,028	0,025	0,264
<b>Ηλικία σε έτη</b>		0,000	0,001	0,766
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Κανένα/Δημοτικού/Γυμνασίου (αναφορά)			
	Λυκείου/Τεχνική Σχολή (μετά το γυμνάσιο) Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ)/Ανώτατη εκπαίδευση(ΑΕΙ-ΤΕΙ)/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,031	0,020	0,129
<b>Αγαμος</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,024	0,637
<b>Έχετε παιδιά</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,004	0,023	0,870
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	Εργαζόμενος/η (αναφορά)			
	Άνεργος/η	-0,008	0,028	0,785
<b>Λαμβάνετε κάποιο επίδομα</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,041	0,030	0,170
<b>Πόσα χρόνια κάνετε κάνατε χρήση Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,001	0,001	0,367
<b>Άστεγος/η</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,002	0,002	0,386
		0,034	0,022	0,124

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δε βρέθηκε να σχετίζεται με το Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ).

## 10. Συζήτηση

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία στον άστεγο πληθυσμό παρατηρούνται υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών, με προεξάρχουσες τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένη ψυχοπαθολογία και διαταραχή χρήσης ουσιών σε άστεγους και μη άστεγους ουσιοεξαρτημένους χρήστες που παρακολουθούν τα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA.

Τα αποτελέσματα φάνηκε να επιβεβαιώνουν εν μέρει τις αρχικές μας υποθέσεις. Στην παρούσα μελέτη ανάμεσα στους άστεγους και στους έχοντες στέγη παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις τόσο ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά, όσο και ως προς τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά.

Συγκεκριμένα, υψηλό ποσοστό των αστέγων δεν είχε Ελληνική υπηκοότητα. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στον OKANA μόλις από τον Απρίλιο του 2020 γίνονται δεκτά άτομα που είναι άστεγα χωρίς την προβλεπόμενη τυπική διαδικασία (κατ' εξαίρεση εισαγωγές) απαντώντας κατά κύριο λόγο στην ανάγκη διαχείρισης της πανδημίας Covid-19. Η απλούστευση των διαδικασιών εισαγωγής διευκόλυνε την πρόσβαση των άστεγων ξένης υπηκοότητας σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης, σε μια προσπάθεια κινητοποίησης και βελτίωσης του τρόπου ζωής τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την έλλειψη στέγης, το οποίο εντοπίζει μια νέα ομάδα στον άστεγο πληθυσμό της Αθήνας που αφορά υπηκόους άλλων χωρών που στερούνται τα απαραίτητα έγγραφα και δεν επωφελούνται από κάποια είδους στεγαστική βοήθεια (FEANTSA, 2018). Η επικράτηση της ξένης υπηκοότητας είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του άστεγου πληθυσμού που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στον σχεδιασμό και την οργάνωση των παρεμβάσεων κοινωνικής προστασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης στέγης.

Αναφορικά με την ύπαρξη και τον αριθμό τέκνων ανάμεσα σε άστεγους και μη άστεγους συμμετέχοντες δεν παρατηρήθηκαν διαφορές. Ωστόσο, ο αριθμός των ανήλικων τέκνων βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στους συμμετέχοντες που έχουν στέγη, σε αντίθεση με τους άστεγους που παρατηρήθηκε σημαντικά υψηλότερος αριθμός ενήλικων τέκνων. Η γονεϊκή ευθύνη λόγω της ύπαρξης ανήλικων τέκνων φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά στην διατήρηση μιας σταθερής στέγης. Οι γονείς χρήστες ουσιών, ιδιαίτερα οι μητέρες, έχοντας επίγνωση των αρνητικών

συνεπειών της χρήσης προσπαθούν να προστατέψουν τα παιδιά τους, διαχωρίζοντας την χρήση από την οικογενειακή ζωή και δίνοντας προτεραιότητα στην εξασφάλιση οικονομικής σταθερότητας (Κερασιώτη, 2017). Στην μελέτη των McMahon et al (2007) οι πατεράδες χρήστες ουσιών φαίνεται να δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου, προσπαθώντας να συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών τους αλλά και στην οικονομική τους στήριξη.

Επιπλέον, τα ποσοστά των ανέργων εμφανίζονται υψηλότερα στους άστεγους συμμετέχοντες σε σχέση με τους έχοντες στέγη, ενώ φαίνεται ότι οι έχοντες στέγη λαμβάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό κάποιο επίδομα συγκριτικά με τους άστεγους. Η μελέτη του Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ (2015) για την κοινωνική επισφάλεια και την έλλειψη στέγης στην Αθήνα αναφέρει ότι η ένταξη στην αγορά εργασίας αλλά και η διασφάλιση αξιοπρεπών εργασιακών συνθηκών καθίστανται ιδιαίτερα δύσκολες στην ευάλωτη ομάδα των αστεγών, ενώ η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες στεγαστικού αποκλεισμού. Οι άστεγοι στην πλειοψηφία τους είναι άτομα που δεν έχουν επίσημα έγγραφα, με αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στην πλειονότητα των κοινωνικών υπηρεσιών, προκειμένου να αιτηθούν κάποιο επίδομα. Επίσης, είναι σε τέτοιο βαθμό αποδιοργανωμένοι που δεν είναι καν ενήμεροι τόσο των δικαιωμάτων τους, όσο και των απαραίτητων διαδικασιών για την πρόσβαση τους στις κοινωνικό-προνοιακές υπηρεσίες.

Η παραμονή σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης φαίνεται να σχετίζεται με την συνθήκη στέγασης, αφού οι συμμετέχοντες με στέγη είχαν παρακολουθήσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κάποιο σχετικό πρόγραμμα. Η παραμονή σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους βασικότερους θεραπευτικούς στόχους, αφού οι θεραπευόμενοι έχουν την δυνατότητα να ρυθμίσουν τα θέματα υγείας τους, να μειώσουν την εγκληματική δραστηριότητα και να έχουν πρόσβαση σε στήριξη και θεραπεία. Συχνά στα πλαίσια ενός προγράμματος υποκατάστασης ή απεξάρτησης παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής επαγγελματικού προσανατολισμού, τεχνικές εύρεσης εργασίας και καλλιέργεια κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων που τα παρακολουθούν ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

Αναφορικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων οι συμμετέχοντες που καταγράφονταν ως άστεγοι εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του άγχους και του φοβικού άγχους, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με στέγη. Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει την ύπαρξη θετικής

συσχέτισης μεταξύ της αστεγίας και αγχώδους διαταραχής (Philippot et al., 2001; Χονδράκη κ.α., 2012; Leng, 2007). Η αστεγία συνιστά έναν χρόνιο στρεσογόνο παράγοντα για τα άτομα που την βιώνουν, λόγω της έντονης ανασφάλειας που αισθάνονται για την εξασφάλιση των βασικών τους αναγκών αλλά και λόγω της συνεχούς έκθεσης τους σε πολλαπλούς κινδύνους (Dearbhal, 2006). Ένας από τους σημαντικούς τομείς ανασφάλειας τους λόγω της έλλειψης έστω και ενός προσωρινού καταλύματος είναι ο βραδινός ύπνος, που τους καθιστά ευάλωτους σε ενδεχόμενη θυματοποίηση τους (Ζαραφωνίτου, 2012). Τα συμπτώματα άγχους αλλά και του φοβικού άγχους όπως τα αγοραφοβικά συμπτώματα πυροδοτούνται από την αγωνία που βιώνει ένα άστεγο άτομο λόγω της διαβίωσης του στο δρόμο και είναι απόρροια της μακροχρόνιας παραμονής του σε συνθήκη αστεγίας (Wasserman & Clair, 2010). Ωστόσο, οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να προϋπάρχουν της αστεγίας (Craig & Hodson, 1998; Stein et al., 2002) και να οδήγησαν σε αυτήν λόγω της ανικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τομείς της ζωής του. Η ανασφάλεια, το άγχος, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η ανησυχία για το μέλλον μπορούν να είναι αιτίες αλλά και ταυτόχρονα συνέπειες της έλλειψης στέγης (Καμπέρη, 2018).

Σύμφωνα με μελέτες οι εμπειρίες των αστέγων στο δρόμο φάνηκαν να αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) (Stewart et al., 2004; Tyler et al., 2003). Το εύρημα φαίνεται να είναι συνεπές με την συμπτωματολογία της ΔΜΣ, όπου συναντάται το άγχος, οι φοβίες όπως η αποφυγή συγκεκριμένων περιοχών, θεαμάτων και καταστάσεων που υπενθυμίζουν το γεγονός και αισθήματα ενοχής. Μεγάλο ποσοστό των άστεγων ανδρών και γυναικών είναι συχνά θύματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης (Kushel et al., 2003), με αποτέλεσμα το άγχος και η ανασφάλεια για ενδεχόμενη θυματοποίηση τους να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαβίωσης τους. Ενδιαφέρον είναι ότι τα άτομα με εμπειρίες κακοποίησης πριν την αστεγία έχουν αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης και μετά (Hodgson et al., 2013). Η ενδοοικογενειακή βία, η θυματοποίηση, η ΔΜΣ μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά, οδηγώντας το άτομο στην απώλεια στέγης. Ανεξάρτητα από το αν προϋπήρχε ψυχοπαθολογία ή όχι, η εμπειρία του ατόμου στην αστεγία δεν παύει ποτέ να βιώνεται ως τραύμα (Jasinski et al., 2005; Deck & Platt, 2014).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο του συνόλου των συμμετεχόντων συσχετίζεται με την παρουσία τόσο καταθλιπτικών συμπτωμάτων όσο και συμπτωμάτων άγχους. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες με μεταλυκειακή εκπαίδευση και ανώτατη εκπαίδευση

παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν πάει σχολείο ή ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού/Γυμνασίου. Οι περισσότεροι μορφωμένοι φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν από την χρήση αλλά και υψηλότερες προσδοκίες από τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο βαθμό άγχος αλλά και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους συμμετέχοντες. Τα προγράμματα θεραπείας χρειάζεται να ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες των ατόμων με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δημιουργώντας ένα πλαίσιο κινητοποίησης και ψυχοκοινωνικής στήριξης με στόχο την προσωπική τους ενδυνάμωση και την φροντίδα της ψυχικής τους υγείας.

Επίσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με τη διάσταση της επιθετικότητας του ερωτηματολογίου SCL-90. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Λυκείου εμφάνιζαν λιγότερη επιθετικότητα σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν πάει σχολείο ή ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού/Γυμνασίου. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνιστά την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων, την διαμόρφωση θετικών συμπεριφορών, την διαχείριση των συναισθημάτων, έτσι ώστε το άτομο να μάθει να ελέγχει και να οριοθετεί την συμπεριφορά του. Η καλλιέργεια προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που επιτυγχάνεται συχνά στο πλαίσιο του σχολείου φαίνεται να μετριάσει τα αισθήματα επιθετικότητας και θυμού.

Η διάσταση του άγχους φαίνεται να σχετίζεται και με την χρονική διάρκεια παραμονής σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης ή υποκατάστασης. Όσο μεγαλύτερη η χρονική διάρκεια της παραμονής τους σε κάποιο πρόγραμμα, τόσο περισσότερα τα συμπτώματα του άγχους που παρουσίαζαν. Η αποτοξίνωση και οι προσδοκίες που πιθανόν αφορούν σε αυτή δημιουργούν αισθήματα άγχους στους θεραπευόμενους. Σύμφωνα με μελέτη που αφορούσε ασθενείς που παρακολουθούσαν πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη ένα μεγάλο ποσοστό των θεραπευόμενων παρουσίαζε φόβο σχετικά με την μείωση του υποκατάστατου, μακρύ ιστορικό χρήσης και δυσκολία να πετύχουν έναν τρόπο ζωής ελεύθερο από ουσίες (Milby et al, 1994). Επομένως, παρά τον κεντρικό ρόλο των συμπτωμάτων του άγχους στον πληθυσμό της μελέτης, φαίνεται να επιμένουν και να μην μετριάζονται παρά την παραμονή σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Χρειάζεται τα θεραπευτικά προγράμματα να εμπλουτίσουν τις θεραπευτικές διαδικασίες που ακολουθούν με περαιτέρω εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, όπως οι τεχνικές διαχείρισης άγχους και προσωπικής ενδυνάμωσης.

Αναφορικά με την διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού του ερωτηματολογίου

SCL-90 φάνηκε ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερα συμπτώματα τέτοιου είδους σε σχέση με τους άνδρες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι γυναίκες χρήστριες ουσιών άστεγες και μη έχουν δεχθεί σε μεγάλο ποσοστό σωματική και σεξουαλική κακοποίηση τόσο στην ενήλικη όσο και στην παιδική ηλικία (Wenzel et al, 1996; Kushel et al., 2003). Η ύπαρξη συναισθηματικού τραύματος προκαλεί δυσκολία ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης και οικειότητας του ατόμου με το περιβάλλον του. Επομένως, οι γυναίκες φαίνεται να είναι αρκετά πιο επιβαρυνμένες τόσο ψυχικά όσο και σωματικά αναπτύσσοντας σε μεγάλο ποσοστό συμπτώματα καχυποψίας και επιθετικής συμπεριφοράς (Hotaling, 1988). Επιπλέον, ενώ έχει παρατηρηθεί στον γενικό πληθυσμό ότι η Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες (Αποστολόπουλος, 2018), στον πληθυσμό της μελέτης παρουσιάζεται πιο υψηλή στις γυναίκες πιθανόν λόγω της ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρήση ουσιών (McIntosh & Ritson, 2001).

Επιπρόσθετα, περισσότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού εμφάνιζαν οι συμμετέχοντες που λάμβαναν κάποιο επίδομα. Ζητήματα κοινωνικό-προνοιακά, όπως η μείωση των συντάξεων και των επιδομάτων αλλά και η αυστηροποίηση των προϋποθέσεων για την λήψη επιδομάτων αναπηρίας φαίνεται να δρουν επιβαρυντικά στην ψυχοπαθολογία τους. Οι χρήστες ουσιών ανεξάρτητα της συνθήκης στέγασης χρήζουν εξατομικευμένης υποστήριξης με στόχο την κινητοποίηση και την στήριξη τους σε πολλά επίπεδα της ζωής τους. Επομένως, είναι απαραίτητη η διαμόρφωση κοινωνικών πολιτικών που θα παρέχουν αίσθημα ασφάλειας στα άτομα αυτά, με στόχο την βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Τέλος, τα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού παρατηρήθηκαν αυξημένα στα άτομα που ανέφεραν περισσότερα χρόνια χρήσης ουσιών. Η μακροχρόνια χρήση ουσιών επιφέρει αλλοιώσεις στην συμπεριφορά αλλά και στον τρόπο σκέψης. Η αδυναμία του ατόμου να περιορίσει ή να διακόψει την χρήση ουσιών φαίνεται να εντείνει την τάση του να αποδίδει στους άλλους τα προβλήματα του και να λειτουργεί με καχυποψία και δυσπιστία τόσο ως προς το οικείο του περιβάλλον όσο και ως προς τους στόχους και τα κίνητρα που θέτονται στα πλαίσια ενός θεραπευτικού προγράμματος.

## Περιορισμοί της έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μόνο από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο (OKANA), συνθήκη που αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό της έρευνας, αφού οι χρήστες/χρήστριες ουσιών είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν στην μελέτη. Ο αριθμός του δείγματος ήταν μικρός ( N=96) λόγω της διεξαγωγής της μελέτης εν μέσω της πανδημίας Covid-19. Επιπλέον, η κατάσταση της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων μπορεί να επηρεάσει τα ψυχοπαθολογικά τους συμπτώματα και δεν έχει συμπεριληφθεί στην μελέτη. Ως εκ τούτου, οι παραπάνω περιορισμοί μπορεί να επηρεάσουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων.

## 11. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι άστεγοι βρέθηκαν αρκετά πιο επιβαρυνμένοι ψυχικά, καθώς κύριες διαστάσεις των ψυχοπαθολογικών τους συμπτωμάτων - άγχος και φοβικό άγχος - παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις από τους μη άστεγους χρήστες, επιβεβαιώνοντας την αρχική υπόθεση. Οι πολιτικές με πρωταρχικό στόχο την εύρεση κατοικίας όπως το «Housing First» που ισχύει αμβλύνουν την βλάβη που προκαλεί η έλλειψη της. Η καινοτομία του μοντέλου αυτού έγκειται ότι η εύρεση κατοικίας αποτελεί το σημείο εκκίνησης για την βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας και είναι σχεδιασμένο για τα άτομα που χρήζουν σημαντικό επίπεδο βοήθειας, όπως οι άστεγοι και οι ψυχικά ασθενείς (Coltman et al., 2015; Hwang et al, 2012; Barreto et al, 2019).

Η ακριβής αποτύπωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων των ουσιοεξαρτημένων χρηστών είτε είναι άστεγοι είτε όχι είναι απαραίτητη για την οργάνωση και τον σχεδιασμό των προγραμμάτων και των υπηρεσιών που συχνά απευθύνονται. Στο επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρουν τα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να συμπεριληφθούν η ψυχοεκπαίδευση, η εκμάθηση κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων με στόχο την καλύτερευση της ποιότητας ζωής - εκμάθηση τεχνικών ευρέσεως εργασίας, αναζήτηση επιδομάτων – και την φροντίδα σωματικής και ψυχικής υγείας – εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης άγχους και άλλων συμπτωμάτων – των ατόμων που τα παρακολουθούν. Τέλος, η ενοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και απεξάρτησης σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση των

αναγκών των ουσιοεξαρτημένων χρηστών αστέγων και μη (Χονδράκη κ.α, 2012).

Η φύση της μελέτης (συγχρονική) δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων για την επίδραση της έλλειψης στέγης στην ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία των ουσιοεξαρτημένων χρηστών που θα ήταν σημαντικό για την βαθύτερη κατανόηση της ψυχοπαθολογίας τους. Για τον λόγο αυτό, ερευνητικό ενδιαφέρον, θα είχε η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών ειδικά στον πληθυσμό των αστέγων – όχι μόνο ουσιοεξαρτημένων χρηστών για την εκτίμηση των ψυχοπαθολογικών τους συμπτωμάτων και την εξέλιξη τους σε βάθος χρόνου σε μια προσπάθεια κατανόησης των αιτιών της αστεγίας και της επίδρασης της στην ψυχοπαθολογία του ατόμου.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Αποστολόπουλος, Α. (2018). Συσχέτιση κατανομής διαταραχών προσωπικότητας και είδους διαπραχθέντων εγκλημάτων, σε πληθυσμούς αρρένων κρατουμένων. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Arapoglou, V. (2004) The governance of homelessness in the European South: spatial and institutional contexts of philanthropy in Athens. *Urban Studies*,41(3), 621-640.

Αράπογλου, Β., Γκούνης, Κ., Σιατίτσα, Δ., Σουλελέ, Δ. (2015). Κοινωνική επισφάλεια και έλλειψη στέγης στην Αθήνα. Διαδρομές αποκλεισμού και ένταξης. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Αρχικά αποτελέσματα πιλοτικής απογραφής αστέγων στο δρόμο και σε δομές υποστήριξης τους στους Δήμους: Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πειραιά, Ηρακλείου, Ν. Ιωνίας, Ιωαννιτών και Τρικκαίων.(Μάιος 2018).

Barreto, E., Bento, A., Leonori, L., Raimondi, S., Timms, P., Ryckmans, P. (2019). Αξιοπρέπεια και ευημερία. Πρακτικές προσεγγίσεις στην εργασία με αστέγους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Available at: <http://www.smes-europa.org/Dignity%20and%20Well-Being%20Greek%20.pdf>.

Breakey, W.R., Fischer, P.J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A.J., Ross, A., Royall, R.M., Stine, O.C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA*, 262, 1352–1357.

Brooner, R., King, V., Kidorf, M., Schmidt, C., Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54(1), 71-80.

Cacciola, S.J., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., McKay, J.R., Mulvaney, F.D.

(2001).The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend*, 61, 271–280.

Cheung, Y.W. (2000).Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal* 13,162 (12), 1697-1700.

Coltman, L., Gapka, S., Harriott, D., Koo, M., Reid, J. & Zsager, A. (2015). Understanding Community Integration in a Housing-First Approach: Toronto At Home/Chez Soi Community-Based Research. *Intersect A Global Journal of Social Work Analysis Research Polity and Practice*, 4(2).

Craig, T.K.J., Hodson, S. (1998). Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 28 (6), 1379 – 1388.

Dearbhal, M. (2006). Exploring the complex relationship between housing and health through consideration of the health needs of people who are homeless, prepared for the 2006 ENHR Conference Workshop 5 “The Residential Context of Health”, Brussels.

Deck, S. & Platt, P.A. (2014). Homelessness Is Traumatic: Abuse, Victimization, and Trauma Histories of Homeless Men. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(9), 1022-1043. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1074134>.

Derogatis, L.R., & Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33 (4), 981-989.

E.K.T.E.II.N (2020), Η κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα : Ετήσια έκθεση 2019. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα.

EMCDDA, (2004) Ετήσια έκθεση 2003: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία.

FEANTSA, “FEANTSA' s members”, txt at, <https://www.feantsa.org/en>

FEANTSA, FEANTSA COUNTRY FICHE-GREECE- LAST UPDATE :  
DECEMBER 2018 <https://www.feantsa.org/download/gr-country-profile-20188609335085222190081.pdf>

FEANTSA (2006). *ETHOS: European typology of homelessness and housing exclusion*. Available  
at: <https://www.feantsa.org/download/en16822651433655843804.pdf>.

Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., et al. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviors*, 23(6), 909-918.

Fichter, M.M., Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiat Scand*, 103, 94–104.

Folsom, D., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Garcia, P., et al. (2005). Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *Am J Psychiatry*, 162, 370–376.

Franken IH, Hendriks VM. (2001). Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *Am J Addict*, 10(1), 30–39.

Frankish, C.J., Hwang, S.W., Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2), 23–29.

Gelkopf, M., Weizman, T., Melamed, Y., Adelson, M., Bleich, A. (2006) Does psychiatric comorbidity affect drug abuse treatment outcome? A prospective assessment of drug abuse, treatment tenure and infectious diseases in an Israeli methadone maintenance clinic. *Isr J Psychiatry R*, 43(2), 126–36.

Gerra, G., Borella, F., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bubici, C., Bertacca, S. (2004). Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables

for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend*, 75(1), 37–45.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.

Hodgson, K. J., Shelton, K. H., van den Bree, M. B., & Los, F. J. (2013). Psychopathology in young people experiencing homelessness: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(6), 24-37.

Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using SCL-90*. Academic dissertation. Medical faculty of the University of Helsinki.

Hotaling, G. T., Finkelhor, D., Kirkpatrick, J.T. & Straus, M.A. (1988). *Family abuse and its consequences: New directions in research*. Newbury Park, CA: Sage.

Hwang, S.W., Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *Lancet (London, England)*. 384(9953), 1541–1547.

Jasinski, J.L., Wesely, J.K, Mustaine, E., Wright, J.D. (2005) The Experience of Violence in the Lives of Homeless Women: A Research Report, Available at: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/211976.pdf>

Καμπέρη, Ε. (2018). «Άστεγοι Πληθυσμοί-Εννοιολογικές Προσεγγίσεις περί της υγείας των αστέγων - Πρόσβαση στην Υγειονομική Περίθαλψη» (Πτυχιακή Εργασία). ΤΕΙ Ηπείρου, Ιωάννινα.

Κερασιώτη, Α. (2017). Μεγαλώνοντας με γονείς χρήστες ουσιών: Το βίωμα των παιδιών τους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σσ.41-42.

Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, et al. (2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res*, 36(6), 987-1007.

Kessler, R., Mc Gonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., Kendker, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51 (1), 8-19.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American journal of orthopsychiatry*, 66(1), 17-31.

Khantzian E. J., Treece C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1067-1077.

Koegel, P., Burnam, M.A., Farr, R.K. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1085–1092.

Κουραχάνης, Ν. (2015). Η Κοινωνική Πολιτική για τους Αστέγους στην Ελλάδα: Ποιοτική και Κριτική Ανάλυση ενός Ακραίου Κοινωνικού Αποκλεισμού. Διδακτορική Διατριβή. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Kushel, M.B., Evans, J.L., Perry, S., Robertson, M.J., Moss, A.R. (2003) No door to lock. Victimization among homeless and marginally housed persons. *Arch Intern Med*, 163, 2492-2499.

Κωνσταντοπούλου, Χ.(2017). *Αφηγήσεις της κρίσης. Μύθοι και πραγματικότητες της σύγχρονης κοινωνίας*. Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση

LaPorte, D.J., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Marshall, J.R. (1981). Treatment response in psychiatrically impaired drug abusers. *Compr Psychiatry*, 22(4), 411–419.

Lauber, C., Lay, B., Rossler, W., (2006) Homeless people at disadvantage in mental health services. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 138–145.

Leng, G. (2007). The impact of homelessness on health. A guide for local authorities. Local Government Association. Available at : [https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/22.7%20HEALTH%20AND%20HOMELESSNESS\\_v08\\_WEB\\_0.PDF](https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/22.7%20HEALTH%20AND%20HOMELESSNESS_v08_WEB_0.PDF)

Lieb, M., Wittchen, H., Palm, U., Apelt, S., Siegert, J., Soyka, M. (2010). Psychiatric comorbidity in substitution treatment of opioid-dependent patients in primary care: Prevalence and impact on clinical features. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 12(4), 5-16.

Maremmani, A. G., Pani, P. P., Rovai, L., Bacciardi, S., & Maremmani, I. (2017). Toward the identification of a specific psychopathology of substance use disorders. *Frontiers in psychiatry*, 8, 68.

Maremmani, I., Pacini, M., Lubrano, S., Perugi, G., Tagliamonte, A., Pani, P.P., Gerra, G., Shinderman, M. (2008). Long-term outcomes of treatment-resistant heroin addicts with and without DSM-IV axis I psychiatric comorbidity (dual diagnosis). *Eur Addict Res*, 14(3), 134–42.

Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Bizzarri, J. V., Trogu, E., Maremmani, A. G., et al. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from the Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 15.

McIntosh, C. & Ritson, B. (2001). Treating depression complicates by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment*.

McLellan, A.T., Lurorsky, L., O'Brien, C.P.(1986) Alcohol and drug abuse treatment in three different population: is there improvement and is it predictable. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 12, 101–20.

McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Druley, K.A. (1983) Increased effectiveness of substance abuse treatment: a prospective study of patient-

treatment matching. *J Nerv Ment Dis*, 171,597–605.

McMahon, T.J., Winkel, J.D, Suchman, N.E. & Rounsaville, B.J. (2007a). Drug-abusing fathers: Patterns of pair bonding, reproduction, and paternal involvement. *Journal of Substance Abuse*, 33,295-302.

Milby, J.B., Honmann, A.A., Gentile, M., et al. (1994). Methadone maintenance outcome as a function of detoxification phobia. *The American journal of psychiatry*

Milby J. B., Sims M. K., Khuder S., Schumacher J. E., Huggins N., Mclellan A. T., Woody G., Haas N. (1996). Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 22(1), 95-107.

Murray, H. W., Patkar, A. A., Mannelli, P., et al. (2003). Relationship of aggression, sensation seeking, and impulsivity, with severity of cocaine use. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(4),113-121.

North, C.S., Smith, E.M., Pollio, D.E., Spitznagel, E.L.(1996) Are the mentally ill homeless a distinct homeless subgroup? *Ann Clin Psychiatry*, 8, 117–128.

Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας SCL-90-R στον ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*.

OKANA, Available at :<https://www.okana.gr/meiwshthsblabhs/politiki-toy-okana-sth-meiwsh-ths-blabhs>

OKANA, Available at <https://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhs-antimetwpishs-ths-eksarthshs>

Pani, P.P., Maremmanni, A.G., Trogu, E., Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., Kirchmayer, U., Amato, L., Davoli, M., Ghibaudi, J., et al. (2015).Psychopathological symptoms in detoxified and non-detoxified heroin-dependent patients entering residential treatment. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 17(2–3),17–24.

Pani, P. P., Maremmani, A. G., Trogu, E., Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., et al. (2016). Psychopathology of addiction: May a SCL-90-based five dimensions structure be applied irrespectively of the involved drug?. *Annals of General Psychiatry*, 15(1), 13.

Pani, P.P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G.L., Ruiz, P., Akiskal, H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should it include anxiety, mood and impulse-control dysregulation? *J Affect Disord*, 122,185-197.

Pani, P.P., Trogu, E., Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., Kirchmayer, U., Amato, L., Davoli, M., Ghibaudi, J., Camposeragna, A., et al. (2014). Psychopathological symptoms of patients with heroin addiction entering opioid agonist or therapeutic community treatment. *Ann Gen Psychiatry*, 13(1),35.

Philippot, P., Lecocq, C., Sempoux, F., Nachtergael, H., Galand, B.(2007) Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970–2001. *J Social Issues*, 63, 483–504.

Παπαλιού, Ο., (2010), «Το ζήτημα των αστέγων: μια πρώτη προσέγγιση», Ναούμη, Μ., Παπαπέτρου, Γ., Σπυροπούλου, Ν., Φρονίμου, Ε., Χρυσάκης, Μ., (επιμ.), Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας 2010, ΙΝΚΠΟ/ΕΚΚΕ, Αθήνα, σσ.213-222.

Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1), 45–49.

Ravenhill, M. (2008). *The culture of homelessness*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., Goodwin, F. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic CatchmentArea (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

Ross J, Teesson M, Darke S, Lynskey M, Ali R, Ritter A, et al. (2005). The



characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug Alcohol Rev*, 24 (5),411–8.

Rota-Bartelink, A., Lipmann, B., (2007). Causes of homelessness among older people in Melbourne, Australia. *Aust N Z J Public Health*, 31, 252-258.

Rounsaville, B., Weismann, M., Kleber, H., Wilber, C. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 161-166.

Schaefer, M.R., Sobieraj, K., Hollyfield, R.L. (1987). Severity of alcohol dependence and its relationship to additional psychiatric symptoms in male alcoholic inpatients. *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 435-447.

Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leuncht, S., Rossler, W., Schouler-Ocak, M., Gutwinski, S. (2017) The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 117, 665-672.

Slegers, J. (2000). Similarities and Differences in Homelessness in Amsterdam and New York City. *Psychiat Serv*, 51, 100–104.

Spijker, J., Van-Limbeek, J., Jonkers, F. (1991). Psychopathology Among Residents of Long-Term Shelters in Amsterdam (in Dutch). *Amsterdam, Municipal Health Service*.

Stein, J.A., Leslie, B.M., Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26(10), 1011-27.

Stewart, A.J., Steiman, M., Cauce, A., Cochran, B.N., Whitbeck, L.B., Hoyt, D.R. (2004). Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(3), 325-331.

Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course-of-homelessness study. *Psychiatric*

*Serv*, 51, 1135-41.

Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (2000). Alcohol-and drug-use disorders in Australia: Implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 206-13.

Tyler, K.A., Whitbeck, L.B., Hoyt, D.R., Johnson, K.D. (2003). Self-mutilation and homeless youth: the role of family abuse, street experiences, and mental disorders. *J Res Adolesc*, 13(4), 457-474.

Uchtenhagen, A., & Zieglgansberger, W. (2000). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. *Munche/Jena*.

Vazquez, C., Munoz, M., Rodriguez, A. (1997). Homelessness in Spain. In: Helviec O, Kuntsmanmn (eds) Homeless: an international perspective. *Westport, CT Greenwood Press*.

Verheul, R., Van Den Brink, W., Hartgers, C.(1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*. *Pergamon Press: Elsevier Science Ltd*, 23, 6869-882.

Wasserman, J., & Clair, J. (2010). At home on the street. People, poverty and a hidden culture of homelessness. *London: Lynne Rienner Publishers Inc*.

Wenzel, S.L., Ebener, P., Koegel, P. & Gelberg, L. (1996). Drug abusing homeless admissions to California's public substance abuse treatment system. *Journal of Psychoactive Drugs*, (28) 147-159

Williams, J.G., Kubelik, A.R., Livak, K.J., Rafalski, J.A., Tingey, S.V., (1990). DNA polymorphisms amplified by arbitrary primers are useful as genetic markers. *Nucleic Acids Res*, 18(22), 6531-6535.

Wooditch, A., Mbaba, M., Kiss, M., Lawson, W., Taxman, F., & Altice, F. L. (2018). Housing experiences among opioid-dependent, criminal justice-involved individuals in

Washington, DC. *Journal of Urban Health*, 95(1), 61-70.

Woody, G., Luborsky, L., Mc Lellan, A., O'Brien, C., Bexk, A., Blaine, J., Herman, I., Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 636-645.

Woody, G., McLellan, A., O'Brien, C. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (11), 1081-1086.

World Health Organization (1995), Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization, Geneva: WHO.

World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime (2020) *International standards treatment drug use disorders* Available at: [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO\\_International\\_Standards\\_Treatment\\_Drug\\_Use\\_Disorders\\_April\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf).

Χονδράκη, Π. (2012). Επιδημιολογική Μελέτη της Ψυχοπαθολογίας σε δείγμα αστέγων στο Δήμο Αθηναίων. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Χονδράκη, Π., Μαδιανός, Ν. & Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2012). Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. *Ψυχιατρική*, 23(4), 334-343.

Ζαραφονίτου, Χ., & Ερευνητική Ομάδα Φοιτητών (Συνεργ.) (2012). Θυματοποίηση, ανασφάλεια και καταγραφή αναγκών των αστέγων του Δήμου Καλλιθέας. Έκθεση ερευνητικών πορισμάτων. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Zelenev, A., Marcus, R., Kopelev, A., Cruzado-Quinones, J., Spaulding, A., Desabrais, M., Lincoln, T. & Altice, F.L. (2013). Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail. *AIDS and Behavior*, 17(2), 181–194.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## ETHOS- Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την Έλλειψη Στέγης και τον Αποκλεισμό από την Κατοικία

### ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία

Η έλλειψη στέγης είναι ένα από τα κύρια προβλήματα που συμπεριλαμβάνει η Στρατηγική για την Κοινωνική Προστασία και Ενσωμάτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η πρόληψη της έλλειψης στέγης και η επανοστέγηση των ατόμων απαιτεί την κατονομάση των διαδικασιών που οδηγούν σε αυτήν και ένα μη εκτεταμένη αντίληψη για το τι σημαίνει έλλειψη στέγης. Η FEANTSA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των οργανώσεων που εργάζονται με τους αστεγούς) έχει αναπτύξει μια τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία, που ονομάζεται ETHOS. Η ευκολία αυτή ξεκινάει από την κατανόηση ότι υπάρχουν τρεις παράμετροι που συνιστούν την έννοια του "αστέγου", η έλλειψη των απαιτών περιγράψει την έλλειψη στέγης:

- Το να έχει κάποιος σπίτι σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οικείο (ή χώρα), στο οποίο το άτομο και η οικογένειά του έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση)


- Το να είναι κανείς σε θέση να διαθέτει προσωπικό χώρο και να απολαμβάνει τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση) και
- Το να έχει κανείς έναν νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία ενός χώρου (νομική διάσταση).

Αυτή η ανάλυση οδηγεί στις 4 κύριες διαφοροποιήσεις: Άσπετοι στον δρόμο, Έλλειψη κατοικίας, Επικραλής στέγη και Ανεπιθύμη ή Ακατάλληλη στέγη, οι οποίες όλες υποδηλώνουν την έλλειψη στέγης.

Κατά συνέπεια η τυπολογία ETHOS κατατάσσει τους ανθρώπους που είναι άσπετοι σύμφωνα με τις συνθήκες διαβίωσης και στέγης: Οι 4 αυτές βασικές εννοιολογικές κατηγορίες χωρίζονται σε 13 υποκατηγορίες σύμφωνα με επιμέρους λεπτομερείς κριτήρια, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή και την χαρακτηριστική των προβλημάτων, την αξιολόγηση και παρακολούθηση του φαινομένου και την αξιολόγησή του.

	Αιτιατογενείς Ορισμοί	Συνθήκες Διαβίωσης	Γενικοί Προσδιοριστικοί Όροι Κατοικίας
ΑΣΠΕΤΟΙ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	1 Άσπετοι που ζουν στο δρόμο	1.1 Διαμονή σε δημόσιους χώρους ή ιδιωτικούς χώρους	Διαμονή στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς το κατάλυμα να μπορεί να θεωρηθεί τύπος κατοικίας
	2 Διαμονή σε χώρους μη επιτρεπόμενους περιπτώσεις	2.1 Διακένωση σε ξενώνες ύπνου	Άσπετοι χωρίς σταθερά τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διασκέδαση υποθαλασσοκαταλύματα
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΕΙΣ	3 Διαμονή σε ξενώνες για αστεγούς	3.1 Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.2 Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.3 Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι σύντομος*
	4 Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1 Διαμονή σε ξενώνες για γυναίκες	Σύντομη* φιλοξενία γυναικών που έχουν βιώσει ενδο-οικογενειακή βία.
	5 Διαμονή σε κέντρα για μεταναστευτικές πρόσφυγες	5.1 Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο 5.2 Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	Ερασιχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκμετάλλευσης.
	6 Πρόσωπα που φεύγουν από ιδρύματα	6.1 Εξήγηση από σωφρονιστικό καθεστώς – Αποφυλακιστέοι 6.2 Εξήγηση από Ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία ή απορροή από Οικιακά προγράμματα για χρήση ουσιών 6.3 Αξίλη φιλοξενία σε ιδρύματα Παθολογικής Προστασίας στέγης ανήλικων	Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση Παράταση της νοσηλείας λόγω της έλλειψης στέγης  Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με την συμπλήρωση των 18 χρόνων)
	7 Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	7.1 Σταθερή φροντίδα για ηλικιωμένους αστεγούς 7.2 Υποστηριζόμενη διαμονή για ηλικιωμένους αστεγούς	Διαμονή μακράς διάρκειας* και παροχή φροντίδας για ηλικιωμένους αστεγούς
	8 Άσπετοι που ζουν σε επικραλή κατοικία	8.1 Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη) 8.2 Διαμονή σε εκτετατές παράνομες ή παράτυπες υπνοκομίες 8.3 Παράνομη καταστέγηση της (για σταθερή σκακι)	Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι σε κανονική και μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης Διαμονή χωρίς νόμιμη ενέκταση –παράνομη κατάληψη Καταστέγηση της χώρας νόμιμα δικαιώματα
ΑΠΕΡΙΣΤΕΥΤΟΙ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΚΡΑΛΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	9 Άσπετοι που ζουν υπό την απειλή εξώσεως	9.1 Αναγκαστική είσοδος με δικαστική εντολή από ενδοοικογενειακή βία 9.2 Ειδική κατάσχεση ιδιόκτητης κατοικίας	Όπου εντολές για είσοδο είναι σε ισχύ  Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση
	10 Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1 Διαμονή στην οικογενειακή κατά με καταγραφή από την αστυνομία περιστατικό βίας	Όπου η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλιστεί ασφαλή διαμονή σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας
ΑΠΕΡΙΣΤΕΥΤΟΙ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ Η ΑΝΕΠΙΣΤΕΥΤΟΙ – ΑΝΕΠΙΣΤΕΥΤΟΙ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΕΙΣ	11 Άσπετοι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1 Τραχόματα – Ανεπιθύμητα 11.2 Μη συμβατικές κατασκευές 11.3 Προσωρινές κατασκευές	Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παρόμοια Ημ-μόνιμες κατασκευές, λιγότερα ή container
	12 Άσπετοι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα	12.1 Καταλληλότητα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται ακατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία
	13 Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων στον ίδιο χώρο	13.1 Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο.

Σημείωση: Οι διαμονές μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του έτους  
Οι διαμονές μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πάνω του έτους  
Αυτός ο αριθμός είναι συμβατός με τους ορισμούς των απογραφών, όπως αναφέρονται στην Έκθεση του 2006 της UNICEF / EUROSTAT

 FEANTSA is supported financially by the European Commission. The views expressed herein are those of the author(s) and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.

**European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL**  
**FEANTSA** Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Brussels ■ Belgium ■ Tel.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ ethos@feantsa.org ■ www.feantsa.org

**EL**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Έντυπο Ενημέρωσης

#### ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ούσα,

σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στην επιστημονική μου μελέτη με θέμα : «**Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αστέγων και μη αστέγων ουσιοεξαρτημένων χρηστών, υπαγόμενων σε πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατων**».

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση εξαρτήσεων - Εξαρτησιολογία» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Για την υλοποίηση των σκοπών της έρευνας θα χρειαστώ τη συνεργασία σας, που προϋποθέτει τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων :

- Συμπλήρωση ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Symptom Checklist 90 (SCL-90) (διάρκειας περίπου 15 λεπτών)

Η συνεισφορά σας θα συνδράμει σημαντικά στην διερεύνηση και αξιολόγηση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που εμφανίζουν άστεγοι και μη άστεγοι ουσιοεξαρτημένοι χρήστες, οι οποίοι παρακολουθούν τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων.

Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα διατηρηθούν **ανώνυμες** και **απόρρητες**. Η συμμετοχή σας είναι **προαιρετική** και διατηρείτε το δικαίωμα αποχώρησης από αυτή σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Επισημαίνουμε ότι **δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις**. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις και να σημειώσετε αυθόρμητα ότι σας εκφράζει. Ενδιαφερόμαστε για την προσωπική σας γνώμη.

Η παρούσα μελέτη έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών. (αρ. πρωτ. 40029-09/11/20)

Ευαγγελία Τσούμα

Αν θέλετε περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο email: [etsouma@okana.gr](mailto:etsouma@okana.gr).

Ημερομηνία :

Υπογραφή συμμετέχοντα:

Υπογραφή ερευνητή/τριας:

## Έντυπο Συγκατάθεσης

Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αστέγων και μη αστέγων ουσιοεξαρτημένων χρηστών, υπαγόμενων σε πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατων

Εγώ ο/η ..... (ονοματεπώνυμο με κεφαλαία)

Επιβεβαιώνω ότι

- έχω διαβάσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση για αυτή τη μελέτη,
- μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να διαβάσω τις πληροφορίες προσεκτικά και να αποφασίσω για το αν θα συμμετάσχω στη μελέτη αυτή,
- οι πληροφορίες και διαδικασίες της μελέτης μου εξηγήθηκαν από ..... (ονοματεπώνυμο ερευνητή-τριας) στις ..... (ημερομηνία) κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης της συγκατάθεσης για αυτή τη μελέτη.
- Κατανοώ ότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που θα παρέχω κατά τη διάρκεια των ερευνητικών διαδικασιών της μελέτης θα αξιοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δε θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά μου.
- Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων, η οποία θα λάβει χώρα σύμφωνα με όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
- Έχω κατανοήσει ότι τα αρχεία/δεδομένα της μελέτης που με αφορούν θα καταστραφούν μετά το πέρας του χρονικού διαστήματος εκπόνησης της μελέτης. Επιπλέον, τα δεδομένα που καταχωρίζονται σε ηλεκτρονικά αρχεία φυλάσσονται σε Η/Υ ή άλλη ηλεκτρονική συσκευή, προστατευόμενα από κωδικό πρόσβασης και ονοματισμένα με μοναδικό κωδικό αντί για το όνομά μου, προκειμένου να διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία μου.
- Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.
- Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της, ακόμα και μετά από την υπογραφή του συγκεκριμένου εγγράφου.
- Κατανοώ ότι εάν έχω περαιτέρω ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με αυτή τη μελέτη/έρευνα, μπορώ να επικοινωνήσω με την ερευνήτρια της μελέτης Ευαγγελία Τσόυμα στο [etsouma@okana.gr](mailto:etsouma@okana.gr).

**Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, συμφωνώ να συμμετέχω στην μελέτη αυτή.**

Ημερομηνία:

Υπογραφή συμμετέχοντα:

Υπογραφή ερευνητή/τριας: