



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ
ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

ΝΙΚΟΛΕΤΑ Α. ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ
Κοινωνική Λειτουργός Δήμου Αθηναίων

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ, 2024

Π.Μ.Σ. «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

**ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ
ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

A.M. 20200305

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

*Αθανάσιος Δουζένης, Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοιατροδικαστικής, Διευθυντής Β΄
Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Αττικών, ΕΚΠΑ*

*Μαρίνα Οικονόμου, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο
Νοσοκομείο*

*Μαρί-Λουίζ Ψαρρά, Διδάκτωρ Εγκληματολογίας, Κλινική Ψυχολόγος, Β΄
Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αττικών, ΕΚΠΑ*

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. «Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας» ήταν μια απαιτητική διαδικασία που δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή των καθηγητών μου στη διάρκεια αυτών των δύο χρόνων του μεταπτυχιακού. Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Δουζένη Αθανάσιο, που δέχτηκε να είναι ο επιβλέπων καθηγητής μου, μεταδίδοντας τις πολύτιμες γνώσεις του. Μου έδωσε το έναυσμα και το κίνητρο να συνεχίσω τις σπουδές μου, ενισχύοντας το πάθος και το ζήλο μου να ασχοληθώ με τον τομέα της Ψυχοπαθολογίας.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα άλλα δύο μέλη, που πρωτίστως δέχτηκαν να γίνουν μέλη της τριμελούς επιτροπής μου, κ. Οικονόμου Μαρίνα και κ. Μαρί-Λουίζ Ψαρρά, που ανταποκρίθηκαν στη βοήθεια που χρειάστηκα, όπως επίσης και στα προβλήματα που αντιμετώπισα κατά τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής εργασίας. Επιπλέον, σημαντική αναφορά αξίζουν όλοι οι καθηγητές μου και τα άτομα που πέρασαν από τις διαλέξεις του μαθήματος που ο καθένας με τον δικό του μοναδικό τρόπο συνέβαλαν να αποκτήσω μια ολιστική προσέγγιση στα ζητήματα της Ψυχοπαθολογίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το επιστημονικό προσωπικό του OKANA που μου έδωσε την έγκριση να συλλέξω δείγμα από τις μονάδες του και την αμέριστη βοήθεια τους σε αυτό το ταξίδι συλλογής του δείγματος, που αποτέλεσε μία επίπονη διαδικασία με αρκετά εμπόδια και δυσκολίες. Ήταν εκεί καθ' όλη τη διάρκεια και με αγκάλιασαν σαν να ήμουν ένα δικό τους άτομο.

Όσον αφορά τον δικό μου κύκλο, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς ξεχωριστά τα άτομα που με στηρίζουν όλα αυτά τα χρόνια της ακαδημαϊκής μου πορείας και πιστεύουν σε μένα και τις δυνατότητές μου.

Ιδιαίτερη αναφορά θα ήθελα να κάνω στο φίλο μου Ι. Κ. που χωρίς αυτόν δε θα είχα καταφέρει να φτάσω στο επιστημονικό επίπεδο που βρίσκομαι σήμερα, μεταλαμπαδεύοντας μου τις χρήσιμες και πολύτιμες γνώσεις του.

Επιπροσθέτως, πολύ κοντινά μου πρόσωπα και καρδιακοί φίλοι που νιώθω οικογένειά μου, ήταν ουσιαστικά δίπλα μου από την αρχή σε αυτό το ταξίδι του μεταπτυχιακού και αποτελέσαν τα θεμέλια και την εναρκτήρια δύναμή μου, καθώς βρίσκονταν εκεί σε όλες τις δύσκολες στιγμές, έχοντας οπλιστεί με υπομονή, και μου έδιναν τη δύναμη να συνεχίσω όταν έλεγα πως δεν θα τα καταφέρω.

Οι ευχαριστίες δεν θα μπορούσαν να κλείσουν κάνοντας μια εκτενή αναφορά στην οικογένεια μου και τον αδερφό μου, που είναι τα σημαντικότερα πρόσωπα στη ζωή μου, η πηγή αισιοδοξίας, έμπνευσης και έμπρακτης στήριξης, που πάντα ήταν εκεί για μένα, κάνοντας άπειρες θυσίες και τους οφείλω αυτό που είμαι σήμερα. Η άνευ όρων αγάπη τους, η πρακτική και ηθική αρωγή τους σε όλα τα στάδια της ζωής μου, κατάφεραν να με οδηγήσουν σε ένα επαγγελματικό και ακαδημαϊκό μονοπάτι που χωρίς αυτούς δεν θα είχα καταφέρει τίποτα.

Στους γονείς μου Αθανάσιο και Ιωάννα...

Η αισιοδοξία και η δύναμή μου...

Στον αδερφό μου Ηλία...

Απεριόριστη αγάπη...

Στον παππού μου Νίκο που έφυγε,

αφήνοντας ένα κενό...

Περιεχόμενα

Περίληψη	7
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	13
1.1 Εισαγωγή.....	13
1.2 Ιστορική αναδρομή	15
1.3 Ορισμοί Τοξικοεξάρτησης.....	17
1.4 Τοξικοεξάρτηση και η σχέση της με την παραβατικότητα.....	23
1.4.1. Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών.....	25
Άρθρο 30 - Μεταχείριση Εξαρτημένων Χρηστών από Ναρκωτικές Ουσίες.....	25
1.4.2 Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη	27
1.5 Η τοξικοεξάρτηση ως απόρροια του κοινωνικού αποκλεισμού, του στίγματος και της προκατάληψης	29
1.5.1 Κοινωνικός αποκλεισμός.....	29
1.5.2 Στίγμα	30
1.5.3 Προκαταλήψεις.....	32
1.6 Προσεγγίσεις για την τοξικοεξάρτηση.....	33
1.6.1 Ψυχοδυναμική προσέγγιση τοξικοεξάρτησης.....	33
1.6.2 Συστημική προσέγγιση τοξικοεξάρτησης	34
1.6.3 Γνωσιακή Συμπεριφορική προσέγγιση της τοξικοεξάρτησης.....	35
1.6.4 Συμπεριφορική προσέγγιση της τοξικοεξάρτησης.....	36
1.7 Ο ρόλος της οικογένειας του χρήστη ουσιών	36
1.8 Συννοσηρότητα	38
1.8.1 Ψυχοπαθολογία χρήσης ουσιών	38
1.8.2 Αιτιοπαθογένεια	40
1.8.3 Τοξικοεξάρτηση γένους θηλυκού.....	47
1.9 Αστεγία.....	48
1.9.1 Ορισμοί, κατηγοριοποίηση και ψυχικές διαταραχές αστέγων	48
1.9.2. Αυτοκτονική συμπεριφορά αστέγων.....	52

1.9.3 Μεταδιδόμενες Ασθένειες	54
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ.....	57
2.1 Μεθοδολογία.....	57
Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις.....	57
Ποσοτική Μέθοδος.....	57
Υποθέσεις εργασίας.....	57
Συμμετέχοντες/ Δειγματοληψία	58
Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης.....	61
2.2 Αποτελέσματα.....	64
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	64
Άστεγοι.....	64
Μη άστεγοι	76
2.3 Επίπεδα υγείας και ψυχοπαθολογίας	88
Άστεγοι.....	88
Μη άστεγοι	90
2.4 Έλεγχος ερευνητικών υποθέσεων	92
Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ αστέγων και μη αστέγων.....	92
Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων	94
Διαφοροποίηση στα σωματικά συμπτώματα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων ..	95
Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων..	96
Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων ...	97
Συζήτηση.....	100
Συμπεράσματα	104
Πηγές-Βιβλιογραφία	109
Παραρτήματα.....	122

Περίληψη

Εισαγωγή: Η σχέση ανάμεσα στην τοξικοεξάρτηση και την ψυχοπαθολογία αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο έχει αποδειχθεί από πλήθος ερευνών και μετα-αναλύσεων της επιστημονικής κοινότητας. Η αστεγία και η παραβατικότητα, δυο χαρακτηριστικά άμεσα εξαρτώμενα από την τοξικοεξάρτηση και την ψυχοπαθολογία, έρχονται να συμπληρώσουν και ολοκληρώσουν τους σκοπούς αυτής της ερευνητικής μελέτης που στόχος της είναι η ανάδειξη της συννοσηρότητας. Από την ψυχοπαθολογία των αστέγων, υπερεκπροσωπείται με υψηλό ποσοστό η καταθλιπτική με 24,6% και αγχώδης διαταραχή με 24,6%, ποσοστά που συνολικά ξεπερνούν το 50%. Αντίστοιχα, ο συγκρίσιμος πληθυσμός των μη άστεγων, έδειξε να έχει υψηλά ποσοστά στην καταθλιπτική διαταραχή με ποσοστό 16,9%, ενώ το 20,3 % είχε αγχώδη διαταραχή. Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες, οι συναισθηματικές διαταραχές και συγκεκριμένα η καταθλιπτική και αγχώδης διαταραχή παρουσιάζουν ένα προβάδισμα συγκριτικά με άλλες ψυχικές διαταραχές στον άστεγο πληθυσμό. Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στον άστεγο πληθυσμό επιβεβαιώνεται σε σχέση με τους μη άστεγους που η ψυχοπαθολογία φαίνεται ότι χρειάζεται ένα πλαίσιο φροντίδας, θεραπείας και υποστήριξης από μονάδες κοινωνικής πρόνοιας και ψυχιατρικές κλινικές.

Σκοπός έρευνας: Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη και η συσχέτιση ψυχοπαθολογίας και παραβατικότητας σε άστεγους τοξικοεξαρτημένους σε σύγκριση με μη άστεγο πληθυσμό. Επιπλέον, η έρευνα συμπληρώθηκε με δευτερεύοντα στοιχεία, όπως η ανεργία και η σχέση της με την αστεγία, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, το φύλο και έγιναν οι κατάλληλες συσχετίσεις.

Μεθοδολογία της έρευνας: Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη σε τυχαίο δείγμα, τόσο αντρών όσο και γυναικών 130 αστέγων και 59 μη αστέγων, μέσω του OKANA, στο χώρο εποπτευόμενης χρήσης, στο Υπνωτήριο του OKANA, και Ξενώνα Άστεγων τοξικοεξαρτημένων. Η έρευνα ξεκίνησε με την εθελοντική συμμετοχή ατόμων

συμπληρώνοντας μία φόρμα συγκατάθεσης. Στη συνέχεια, δόθηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, όπως επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία, χρόνια χρήσης, ενεργός ψυχοπαθολογία. Χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) ερωτηματολόγια της γενικής ψυχοπαθολογίας, (Symptom Checklist 90-R [SCL-90] και της γενικής υγείας – General Health Questionnaire (GHQ-28). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25 και οι συσχετίσεις έγιναν με independent t-tests και chi-squares, ενώ ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χαρακτηρίστηκε το $\leq \text{sig } 0,05$.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας στον άστεγο πληθυσμό σε σχέση με το μη άστεγο. Συγκεκριμένα, με ποσοστό 24,6% εκπροσωπούνται οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές. Διαπιστώθηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Ειδικότερα, οι άστεγοι έχουν υψηλότερη σωματοποίηση ($p=0,004$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,002$), άγχος ($p=0,023$), επιθετικότητα ($p=0,010$), φοβικό άγχος ($p=0,003$), ψυχωτισμό ($p=0,000$), καθώς και υψηλότερη βαθμολογία στις διάφορες αιτιάσεις ($p=0,008$). Συνολικά, οι άστεγοι ($M=1.63$, $SD=.64$) έχουν υψηλότερο γενικό δείκτη συμπτωμάτων συγκριτικά με τους μη άστεγους ($M=1.30$, $SD=.62$), καθώς $t(187)=-3.289$, $p=.001$. Επίσης, οι άστεγοι έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, καθώς $t(187)=-3.289$, $p=.001$. Τέλος, οι άστεγοι ($M=.77$, $SD=.58$) έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους μη άστεγους ($M=.52$, $SD=.51$) όσον αφορά το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, αφού $t(187)=-2.846$, $p=.005$.

Σχετικά με την παραβατικότητα, ενώ βρέθηκαν θετικές συσχετίσεις και το 72,3% των αστέγων έχει εμπλοκή με το σύστημα απονομής της δικαιοσύνης, με βάση το chi-square test, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων, καθώς $\chi^2(1) = .025$, $p=.502$. Διαπιστώθηκε επίσης, πως η αστεγία δε σχετίζεται με τα σωματικά συμπτώματα ($p=0,061$), το άγχος/αυπνία ($p=0,117$), την κοινωνική δυσλειτουργία ($p=0,099$), και τη

σοβαρή κατάθλιψη ($p= 0,333$). Συνολικά διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γενική υγεία μεταξύ άστεγων ($M= 38.09$, $SD= 14.79$) και μη άστεγων ($M= 33.61$, $SD= 14.16$), καθώς $t(187) = -1.956$, $p= .062$. Για να διαπιστωθεί εάν οι άνδρες άστεγοι τοξικομανείς ήταν πιο παραβατικοί από τις γυναίκες άστεγες τοξικομανείς χρησιμοποιήθηκαν διασταυρώσεις και chi-square test. Διαπιστώθηκε ότι 76 άνδρες και 18 γυναίκες είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή υπόδικοι. Ωστόσο, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων, καθώς $\chi^2(1) = 1.956$, $p= .124$

Τέλος, για να διαπιστωθεί εάν οι γυναίκες άστεγες τοξικομανείς σκόραραν υψηλότερα στην ψυχοπαθολογία από τους άνδρες άστεγους τοξικομανείς χρησιμοποιήθηκαν independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι το φύλο των αστέγων δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σωματοποίηση ($p= 0,418$), τον ιδεοψυχαναγκασμό ($p= 0,655$), τη διαπροσωπική ευαισθησία ($p= 0,246$), την κατάθλιψη ($p= 0,149$), το άγχος ($p= 0,374$), την επιθετικότητα ($p= 0,126$), το φοβικό άγχος ($p= 0,295$), τον ψυχωτισμό ($p= 0,676$), τις διάφορες αιτιάσεις ($p= 0,313$), το γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($p= 0,299$), το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων ($p= 0,299$) και το δείκτη ενόχληση των θετικών συμπτωμάτων ($p= 0,642$). Ωστόσο, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ($M= 2.25$, $SD= .90$) είχαν περισσότερο παρανοειδή ιδεασμό από τους άνδρες ($M= 1.81$, $SD= .83$), καθώς $t(128) = -2.467$, $p= .015$

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα έδειξαν πως επαληθεύτηκε οι άστεγοι τοξικοεξαρτημένοι έχουν ενεργή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τους μη άστεγους με κυρίαρχη τις συναισθηματικές διαταραχές, όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Οι υπόλοιπες υποθέσεις δεν επιβεβαιώθηκαν, καθώς δεν έχουν στατιστική σημαντικότητα, παρόλο που υπήρχαν συσχετίσεις.

Λέξεις κλειδιά: ψυχοπαθολογία, αστεγία, τοξικοεξάρτηση, παραβατικότητα

Abstract

Introduction: The relationship between drug addiction and psychopathology is a global phenomenon that has been proven by numerous studies and meta-analyses of the scientific community. Homelessness and delinquency, two characteristics, directly affected by drug dependence and psychopathology come to complement and complete the aims of this research study whose aim is to point out the comorbidity. Regarding the psychopathology of homeless people, depressive disorder is overrepresented with a high percentage of 24.6% and anxiety disorder with 24.6%, percentage that exceed 50%. Respectively, the comparable non-homeless population showed high rates of depressive disorder at a percentage of 16.9%, while 20.3% had an anxiety disorder. According to scientific researches, emotional disorders and specifically depressive and anxiety disorder show a precedence in the homeless population. The existence of psychopathology in the homeless population is confirmed in relation to the non-homeless where psychopathology seems to need a framework of care, treatment and support by social welfare units and psychiatric clinics.

Objective: The purpose of this thesis is the study and correlation of psychopathology and delinquency in homeless drug addicts compared to a non-homeless population. In addition, the survey was supplemented with secondary data, such as unemployment and its relation with homelessness, educational level, age, gender and appropriate correlations were made.

Methodology: This study was conducted on a random sample of both men and women of 130 homeless and 59 non-homeless people by OKANA, at the supervised use site, OKANA's Dormitory and Hostel for Homeless Addicts. The survey was initiated by individuals volunteering by completing a consent form. A self-completing questionnaire was given with socio-demographic data such as level of education, age, years of use, active psychopathology. Two (2) questionnaires of general

psychopathology, (Symptom Checklist 90-R [SCL-90] and general health - General Health Questionnaire (GHQ-28) were used. Statistical analysis of the results was performed using the IBM SPSS 25 statistical program and correlations were performed using independent t-tests and chi-squares, while the statistical significance level was defined as $\leq \text{sig } 0.05$.

Results: The results of the study seem to confirm the hypothesis that there is a positive correlation between psychopathology in the homeless population compared to the non-homeless. In particular, anxiety and depressive disorders are represented at a percentage of 24.6%. Several statistically significant correlations were found. In particular, homeless people have higher somatization ($p = 0.004$), interpersonal sensitivity ($p = 0.002$), anxiety ($p = 0.023$), aggression ($p = 0.010$), phobic anxiety ($p = 0.003$), psychoticism ($p = 0.000$), as well as higher scores on the various complaints ($p = 0.008$). Overall, the homeless individuals ($M = 1.63$, $SD = .64$) have a higher overall symptom index compared to non-homeless individuals ($M = 1.30$, $SD = .62$), as $t(187) = -3.289$, $p = .001$. Also, the homeless individuals have higher index scores for the overall positive symptoms, as $t(187) = -3.289$, $p = .001$. Finally, homeless people ($M = .77$, $SD = .58$) have higher scores than non-homeless people ($M = .52$, $SD = .51$) on the index of disturbance of positive symptoms, as $t(187) = -2.846$, $p = .005$.

Regarding delinquency, while positive correlations were found and 72.3% of homeless people implicated in administration of justice, based on the chi-square test, it was found that there is no statistically significant differentiation in delinquency between homeless and non-homeless people, as $\chi^2(1) = .025$, $p = .502$. It was also found that homelessness was not associated with physical symptoms ($p = .061$), anxiety/insomnia ($p = .117$), social dysfunction ($p = .099$), and severe depression ($p = .333$). Overall, it was found that there were no differences in general health between homeless ($M = 38.09$, $SD = 14.79$) and non-homeless ($M = 33.61$, $SD = 14.16$), as $t(187) = -1.956$, $p = .062$. Cross-tabulations and chi-square test were used to determine whether male homeless drug addicts were more delinquent than female homeless drug addicts. It was found that 76

males and 18 females were involved with the administration of justice or under arrest. However, it was found that there was no statistically significant difference in delinquency between male and female homeless people, as $\chi^2 (1) = 1.956, p = .124$

Finally, in order to were used to determine whether female homeless drug addicts scored higher on psychopathology than male homeless drug addicts independent t-tests. It was found that the gender of the homeless was not statistically significantly associated with somatization ($p = 0.418$), obsessive-compulsive disorder ($p = 0.655$), interpersonal sensitivity ($p = 0.246$), depression ($p = 0.149$), anxiety ($p = 0.374$), aggression ($p = 0, 126$), phobic anxiety ($p = 0, 295$), psychoticism ($p = 0, 676$), miscellaneous blaming ($p = 0, 313$), general symptom index ($p = 0, 299$), index for all positive symptoms ($p = 0, 299$) and index of annoyance of positive symptoms ($p = 0, 642$). However, it was found that females ($M = 2.25, SD = .90$) had more paranoid ideation than males ($M = 1.81, SD = .83$), as $t (128) = -2.467, p = .015$

Conclusion: The results showed that it was verified that homeless drug addicts have active psychopathology compared to non-homeless people with predominant emotional disorders as reported in the bibliography. The remaining hypotheses were not confirmed as they lacked statistical significance, although correlations were present.

Key words: psychopathology, homelessness, drug addiction, delinquency

ΜΕΡΟΣ Α': ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Εισαγωγή

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει να επιδείξει σημαντικές αναφορές στην σχέση μεταξύ τοξικοεξάρτησης και ψυχιατρικής διαταραχής. Η παρούσα διπλωματική έρευνα πραγματεύεται το φαινόμενο της συννοσηρότητας, δηλαδή της συνύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης από ουσίες, τη λεγόμενη «διπλή διάγνωση». Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο φαινόμενο με πολλές συνιστώσες που αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος και μελέτης τόσο της επιστημονικής κοινότητας, όσο και της κοινωνίας των πολιτών.

Η πανδημία του κορονοϊού έθεσε στην επικαιρότητα ζητήματα δημόσιας υγείας, ασφάλειας και προστασίας των πολιτών. Ωστόσο, περιθωριοποιημένες ομάδες ανθρώπων, όπως οι τοξικοεξαρτημένοι, οι άστεγοι, οι ψυχικά ασθενείς, βίωναν συνεχώς λόγω της κοινωνικής περιθωριοποίησης, μια διαρκής ανασφάλεια, όντας κοινωνικά αποκλεισμένοι. Ως κοινωνικό φαινόμενο, η τοξικοεξάρτηση εκφράζει τη δυσφορία του σύγχρονου ανθρώπου να ζει μέσα σε συνθήκες κοινωνικής και πολιτικής παρακμής, αποτελώντας τον αδύναμο κρίκο της κοινωνικής αλυσίδας απ' όλα τα κοινωνικά στρώματα (Μάτσα, 2011).

Η παρουσίαση της βιβλιογραφικής επισκόπησης που ακολουθεί στο θεωρητικό μέρος, κρίνεται απαραίτητη για να παρουσιάσουμε το θεωρητικό υπόβαθρο, στο οποίο στηρίζεται η παρούσα μελέτη. Η επιλογή των κυριότερων θεωρητικών αξόνων, δηλαδή των θεμάτων και των προβληματισμών που θα μας απασχολήσουν, κρίθηκε με βάση τις ανάγκες και τις προτεραιότητες της συγκεκριμένης έρευνας.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το ερευνητικό μέρος, το οποίο χωρίζεται σε δύο σκέλη. Το θεωρητικό μέρος αφορά εννοιολογικές προσεγγίσεις, ορισμούς της τοξικοεξάρτησης, συννοσηρότητα και διπλή διάγνωση, αστεγία, αυτοκτονική

συμπεριφορά αστέγων, κλείνοντας με το νόμο περί εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο δεύτερο σκέλος, το ερευνητικό αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατίθεται τα δημογραφικά στοιχεία, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία των αστέγων, συγκρίνοντας με το δείγμα των μη αστέγων, ενώ τέλος παρουσιάζεται ο έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων.

Μετά το ερευνητικό μέρος, ακολουθούν η συζήτηση, όπου διατυπώνονται τα δυνατά σημεία, οι προβληματισμοί και οι μελλοντικές προτάσεις της παρούσας έρευνας, καθώς και τα συμπεράσματα, όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία. Ακολουθεί η παρουσίαση των πηγών και της βιβλιογραφίας, ενώ παρουσιάζονται και τα παραρτήματα, που περιέχουν την έγκριση της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για χορήγηση ερωτηματολογίων, δήλωση εχεμύθειας του OKANA για την προστασία προσωπικών δεδομένων, έντυπο συγκατάθεσης σε ερευνητική διαδικασία και η αίτηση έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Τέλος, παρατίθενται τα δύο (2) ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, της γενικής ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και της γενικής υγείας (GHQ-28) όπως και ο κατάλογος των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Σε όλους τους πολιτισμούς οι άνθρωποι από τα πανάρχαια χρόνια, κατέφευγαν στη χρήση διάφορων ουσιών. Οι ουσίες αυτές, που συμπεριλαμβάνονται και τα ναρκωτικά, ονομάζονται ψυχοτρόπες, λόγω της επίδρασής τους στον ψυχισμό του ανθρώπου. Οι ναρκωτικές ουσίες προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της συνείδησης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου (Μαρσέλος, 1981).

Είναι γεγονός, πως σε κάθε κοινωνία η χρήση ουσιών είναι άμεσα συνυφασμένη και ταυτισμένη με συγκεκριμένες πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές λειτουργίες. Κάθε ψυχοτρόπος ουσία έχει και μια συμβολική διάσταση για τα άτομα που την χρησιμοποιούν, αλλά και ολόκληρο το κοινωνικό σύστημα στο οποίο αυτή η ομάδα ανθρώπων ανήκει. Ήδη από την αρχαιότητα, διακρίνεται η θεραπευτική διάσταση των ναρκωτικών ουσιών που στόχο είχε τη θεραπεία πολλών ασθενειών. Επίσης, σε πολιτιστικό επίπεδο γινόταν η χρήση τους στο πλαίσιο ιερών τελετών (διονυσιακών, βακχικών, μυστικισμών ή θρησκευτικών λειτουργιών) στην Αρχαία Ελλάδα (Μάτσα, 2022).

Η κοινωνική και πολιτιστική σημασία της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών συντελείται βάσει των ιστορικών γεγονότων και των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών σε μια κοινωνία. Οποιαδήποτε μεταβολή ή αλλαγή συμβαίνει, μεταβάλλει και τη στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Ο όρος τοξικομανία που χρησιμοποιούνταν αρχικά, προέρχεται από τη λέξη «τοξικόν» που σημαίνει δηλητήριο και τη λέξη «μανία» που αναφέρεται σε μια ψυχιατρική διαταραχή. Ήδη από τον περασμένο αιώνα, η τοξικοεξάρτηση ήταν ενσωματωμένη στο πεδίο της ψυχιατρικής και αποτελούσε κοινωνική μάστιγα και ασθένεια, θέτοντας σε κίνδυνο τόσο την ατομική, όσο και τη δημόσια υγεία. Η τοξικομανία θεωρούνταν νόσος και ο τοξικομανής διεστραμμένος και τρελός.

Το 1950 ο Π.Ο.Υ. ορίζει ως τοξικομανία «την κατάσταση η οποία οφείλεται στην περιοδική ή χρόνια δηλητηρίαση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ναρκωτικών, φυσικών ή συνθετικών ουσιών».

Υπάρχει επομένως μία ανάπτυξη του ψυχολογικής εξάρτησης της τοξικομανίας, δίνοντας πλέον έμφαση στη διαδικασία της απεξάρτησης και τη θεραπευτική της υπόσταση. Χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι η ακατανίκητη επιθυμία και συνήθεια για κατανάλωση όλο και μεγαλύτερης δόσης ναρκωτικών.

Παράλληλα, την ίδια περίοδο, είχε δημιουργηθεί μια ρομαντική σκοπιά για τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Δεν είναι τυχαίο το ότι πολλές φορές ταυτίζονται οι τοξικές ουσίες με μια αίσθηση ελευθερίας και μορφή αντίδρασης απέναντι στο συντηρητισμό της εποχής. Η σχέση μεγάλων μουσικών ρευμάτων της εποχής (δεκαετία 1960-1970), ταυτίζεται με τη χρήση τοξικών ουσιών δίνοντας το έναυσμα στους νέους να υιοθετήσουν αυτό που θα ονόμαζε κανείς η «μόδα της εποχής». Το εμπόριο ναρκωτικών ουσιών πίσω από τη βιομηχανία της μουσικής δείχνει το πέρασμα από την αθώα του πλευρά και τη διασκέδαση, σε μετασηματισμό επιχειρηματικότητας με απώτερο σκοπό το κέρδος εις βάρος των ανθρώπων. (Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών Εθνική Μονάδα Πληροφοριών [Σ.Ο.Δ.Ν.-Ε.Μ.Π.], 2012)

Το 1964 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αποφασίζει να αντικαταστήσει τον όρο τοξικομανία με τον όρο τοξικοεξάρτηση. Μέχρι τη δεκαετία του 1970 λοιπόν, παρατηρούνταν η γραμμική αιτιότητα βάσει του ιατρικού μοντέλου, κατά την οποία η ουσία είναι το αίτιο και η αρρώστια το αποτέλεσμα της δράσης της στον οργανισμό. Έτσι, σταδιακά άρχισε να αναγνωρίζεται ο ρόλος της ψυχολογικής εξάρτησης μέσω των ψυχοτρόπων ουσιών (Μάτσα, 2022).

Από το 1980 και έπειτα ο ΠΟΥ αναγνώρισε και επίσημα τη σωματική και ψυχική εξάρτηση, ως κύρια χαρακτηριστικά της τοξικομανίας και της σημασίας που έχει σε κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο. Μ' αυτό τον τρόπο μπόρεσαν σταδιακά να διαμορφωθούν παρεμβάσεις στην κοινότητα για την πρόληψη της τοξικοεξάρτησης.

1.3 Ορισμοί Τοξικοεξάρτησης

Έχει παρατηρηθεί ότι ο όρος της τοξικοεξάρτησης διαφέρει σε κάθε επιστημονικό ερευνητή αναλόγως της ιδεολογικής και επιστημονικής του κατεύθυνσης (Τσίλη, 1995).

Ο όρος addiction (εθισμός) στα αρχαία γαλλικά σημαίνει «δίνω το σώμα μου ως ενέχυρο για ένα απλήρωτο χρέος». Η χρήση του ίδιου ακριβούς όρου από τους Αγγλοσάξονες παραπέμπει στο «δίνομαι σε» και «επιδίδομαι σε» με μια πιο φιλελεύθερη έννοια και αφήνει να εννοηθεί την προσκόλληση του υποκειμένου σε ένα αντικείμενο υλικού αγαθού και την αυτό-αλλοτρίωση, δηλαδή τη διαδικασία αποξένωσης του ανθρώπου από τον ίδιο του τον εαυτό, σε σχέση με το αντικείμενο (Bergeret, 2000). Ωστόσο, ο όρος τοξικοεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες δεν ταυτίζεται με τον όρο *addiction*, καθώς ο όρος αυτός του εθισμού δεν αφορά αποκλειστικά τις ουσίες, αλλά και την τροφή, σεξ, τζόγο και άλλα, υποδηλώνοντας μια εν γένει εξαρτητική συμπεριφορά του ατόμου.

Ο Μάνου (1997) αναφέρει χαρακτηριστικά πως ο όρος «ουσία» μπορεί να αναφέρεται σε κάποια ψυχοδραστική ουσία, της οποίας γίνεται κατάχρηση, είτε σε κάποιο φάρμακο, είτε σε κάποια τοξίνη. Πλέον ο όρος ναρκωτικά χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλες τις ουσίες που ανήκουν στην κατηγορία των εξαρτησιογόνων, ακόμα και εκείνων, που η αναλγητικοναρκωτική τους δύναμη δεν αποτελεί την χαρακτηριστική τους ιδιότητα. Περιλαμβάνει στην ουσία πολλές κατηγορίες φαρμάκων, όπως αναλγητικά, ηρεμιστικά, παραισθησιογόνα, ψευδαισθησιογόνα και εκείνων που εγείρουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) (Πούλου, 1997).

Κατηγοριοποίηση:

- Κατασταλτικά του ΚΝΣ : Χωρίζονται σε δύο υποκατηγορίες, τα καταπραϋντικά-υπνωτικά και στα ήπια ηρεμιστικά. Περιλαμβάνονται το αλκοόλ, τα ηρεμιστικά, βαρβιτουρικά.
- Αναλγητικά: όπιο, ηρωίνη, μεθαδόνη, μορφίνη, φαιντανύλη
- Διεγερτικά: αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνη, κοκαΐνη και κρακ, έκσταση

- Παιραισθησιογόνα: LSD, χασίς, μανιτάρια

Κλινικά η εξάρτηση διαγιγνώσκεται με τη χρήση του DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) και διαφέρει από την περιστασιακή χρήση ναρκωτικών κατάχρησης. Για να διαγνωστεί ένας ασθενής με εθισμό στα ναρκωτικά, θα πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια για κάθε φάρμακο κατάχρησης τα οποία ορίζονται ως ήπια, μέτρια και βαριά. Γενικά, τα τέσσερα στάδια του εθισμού είναι: περιστασιακή χρήση, ψυχαγωγική χρήση, τακτική χρήση και εθισμός. Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν πως χαρακτηριστικό των ναρκωτικών είναι η καταναγκαστική πρόσληψη και στην συνέχεια η υποτροπή του χρήστη ουσιών μετά την αποχή του.

Εξάρτηση από ουσίες - Διαγνωστικά κριτήρια βάσει DSM V (Γκοτζαμάνης, 2015)

Σύμφωνα με το **DSM V**, απαιτούνται **τουλάχιστον 2** από τα κάτωθι κριτήρια κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών, για να διαγνωσθεί μία διαταραχή χρήσης ουσιών:

1. Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες δόσεις ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο από όσο σκόπευε το άτομο.
2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση.
3. Σημαντικός χρόνος σπαταλάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την προμήθεια της ουσίας, τη χρήση της ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματά της.
4. Λαχτάρα, ή σφοδρή επιθυμία χρήσης της ουσίας.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης σε μείζονες υποχρεώσεις στην δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι.
6. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλα τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από χρήση της ουσίας.

7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται εξ αιτίας της χρήσης.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνα.
9. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλη τη γνώση ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο μπορεί να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί εξαιτίας της ουσίας.
10. Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα εξής:
 - μια ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα
 - σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με συνεχιζόμενη χρήση ίδιας ποσότητας της ουσίας
11. Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα εξής :
 - το χαρακτηριστικό για την ουσία σύνδρομο απόσυρσης επί μείωσης της ποσότητας ή διακοπής της χρήσης της ουσίας
 - ή ίδια (ή μία συναφής) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφισθούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα του συνδρόμου απόσυρσης.

Τα παραπάνω δεν ισχύουν για όσους λαμβάνουν τις ουσίες κάτω από στενή ιατρική παρακολούθηση.

Η βαρύτητα διακρίνεται σε: Ήπια: 2-3 κριτήρια, Μέση: 4-5 κριτήρια, Βαρεία: 6 ή περισσότερα κριτήρια.

Η ανάγκη εξακρίβωσης δύο μόνο κριτηρίων για να εδραιωθεί η διάγνωση αντανάκλα τη μεγάλη ευαισθησία των κριτηρίων ως προς το ότι η τοξικοεξάρτηση

αντιμετωπίζεται ως ασθένεια, η οποία είναι συγκρίσιμη με εκείνη των κριτηρίων της 4^{ης} έκδοσης, DSM IV, που απαιτούνταν 3 η περισσότερα διαγνωστικά κριτήρια (Hasin et al., 2013).

Οι Jian-feng Liu και Jun-xu Li (2018) ορίζουν την τοξικοεξάρτηση ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα εγκεφαλική διαταραχή, η οποία σχετίζεται με τα νευρωνικά δίκτυα και τη λειτουργία της αμυγδαλής. Η αμυγδαλή αποτελεί τον βασικό ρυθμιστή των συναισθημάτων και σχετίζεται με την ανάδυση προβληματικών συμπεριφορών (Παπακώστας, 2022). Επί της ουσίας, ανιχνεύει, γενικεύει και διατηρεί συγκινήσεις που σχετίζονται με τον φόβο (Britton et al., 2010).

Οι ψυχοδραστικές ουσίες έχουν αντίκτυπο τόσο στις σωματικές όσο και στις ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Το άτομο λαμβάνει την ουσία, είτε καθημερινά, είτε περιοδικά με σκοπό να ανακουφίσει τα δυσάρεστα πολλές φορές συμπτώματα που νιώθει. Τα αποτελέσματα της δράσης αυτών των ουσιών είναι αποφυγή της δυσφορίας και των αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να προκαλέσει η στέρησή της (Μαλλιώρα, 2006)

Μετά τη σωματική εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο το άτομο καλείται να ανταπεξέλθει σε έναν κόσμο που ο ίδιος δεν έχει την κυριότητα του εαυτού του, αλλά η ουσία καθορίζει όλες τις πτυχές της ζωής του. Ως ψυχολογική εξάρτηση «*θεωρείται η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επιθυμία χρήσης μόνιμης ή περιστασιακής, την απουσία ή ύπαρξη μικρής ανάγκης για αύξηση της δόσης, την ύπαρξη αισθήματος απόλαυσης του χρήστη από τη χρήση και την έλλειψη ή -περιστασιακή εμφάνιση δυσάρεστων αποτελεσμάτων γι' αυτόν*». Η ψυχολογική εξάρτηση δημιουργεί ανάγκη για συνεχής αναζήτηση της ναρκωτικής ουσίας. (Τερζίδης, 2013).

Τοξικομανία ορίζεται ως η παθολογική κατάσταση που το άτομο έχει απωλέσει τον έλεγχο της χρήσης της τοξικής ουσίας. Έχει αναπτύξει εξάρτηση και στη διακοπή της λήψης παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο. Το στερητικό σύνδρομο είναι αποτέλεσμα της σωματικής εξάρτησης του ατόμου, που διαρκεί έως και δέκα ημέρες και αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Συνήθη συμπτώματα είναι διάρροια, ρίγη, αϋπνία,

ιδρώτας και αδυναμία που συνοδεύονται με έντονη επιθυμία για κατανάλωση της ουσίας. Εντονότερα παρατηρούνται στερητικά μετά την παύση ή ελάττωση της χρήσης οπιοειδών, καταπραϊντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών. Τα αποτελέσματα των στερητικών συμπτωμάτων των διεγερτικών, όπως κοκαΐνη, αμφεταμίνες και νικοτίνη είναι λιγότερο εμφανή σε σχέση με άλλες κατηγορίες ψυχοδραστικών ουσιών. Τέλος, στα ψευδαισθησιογόνα δεν έχει εμφανισθεί σημαντικό στερητικό σύνδρομο ακόμα και μετά από επανειλημμένη χρήση τους.

Η ουσία εντάσσεται στην καθημερινότητα του ατόμου και γίνεται ένα υποκείμενο άμεσα εξαρτώμενο από αυτήν. Η φύση του δεσμού του τοξικομανή με το αντικείμενο της εξάρτησης γίνεται τόσο αναγκαία σε σημείο εμμονής και γι' αυτό πολλές φορές το άτομο καταφεύγει και σε άλλες μεθόδους (βία, παραβατικότητα) για την απόκτησή της. Η ουσία γίνεται αναπόσπαστο μέρος του οργανισμού του, που είναι απαραίτητη για την επιβίωσή του (Μαλλιώρα, 2006).

Σύμφωνα με το μοντέλο παρέμβαση στην κρίση όλα τα άτομα εστιάζουν σε μηχανισμούς που θα τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν σε μια στρεσογόνα κατάσταση στη ζωή τους. Τα άτομα αναπτύσσουν προστατευτικούς παράγοντες που τους βοηθούν να επιβιώσουν. Το πώς αυτοί οι μηχανισμοί άμυνας πυροδοτούνται εξαρτάται και απ' την προσωπικότητα του κάθε ατόμου (Liu, Li, 2018).

Η Μάτσα αναφέρει πως η τοξικοεξάρτηση είναι πολυδιάστατη. Αρχικά, έχει οικονομική διάσταση, διότι το εμπόριο ναρκωτικών παγκοσμίως χρησιμοποιείται ως ένα οικονομικό, επικερδές μέσον. Η πολιτική διάσταση διαφαίνεται ιστορικά λόγω της βιομηχανικής επανάστασης, καθώς η εξάρτηση έχει άμεση συνάφεια με πλήθος κοινωνικών προβλημάτων όπως η ανεργία, η φτώχεια και η παραβατικότητα. Μια ακόμη διάσταση της είναι η ψυχολογική, καθώς όπως θα αναλυθεί παρακάτω η τοξικοεξάρτηση στηρίζεται πάνω σε δύο βασικούς άξονες: η σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Αυτή που κυρίως ταλανίζει το άτομο και δυσκολεύεται να την αποβάλλει είναι η ψυχολογική. (Ναζεντιάδου, 2018)

Ο τοξικομανής αισθάνεται πως αποκτά μια νέα ταυτότητα και την έννοια του «ανήκειν» ακόμα και αν αυτή είναι του κοινωνικού περιθωρίου. Αναφέρει πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που ωθούν τα άτομα στη έναρξη των ναρκωτικών είναι κληρονομήσιμα και όχι ο καθαυτός εθισμός στα ναρκωτικά. Η Μάτσα συμπληρώνει επίσης, πως η χρήση ουσιών είναι σαν ένα αποτέλεσμα «μιας κρύπτης» που ο Tisseron την παρομοιάζει με την έννοια του μυστικισμού και του πένθους μέσα στο σύνολο της οικογένειας (Μάτσα, 2012).

Σύμφωνα με την Olivestein (1982), η πολυπλοκότητα και πόσο σύνθετο φαινόμενο αποδεικνύεται η τοξικοεξάρτηση, διαφαίνεται ανάμεσα σε τρεις παράγοντες: την ουσία, την προσωπικότητα του χρήστη και το περιβάλλον του τοξικοεξαρτημένου. Όταν συνυπάρχουν και τα τρία αυτά στοιχεία, υπάρχει το πέρασμα από τη χρήση στην κατάχρηση και την εξάρτηση. Είναι όπως αποκαλεί η «τριπλή συνάντηση» μιας ευάλωτης προσωπικότητας, ενός ψυχισμού δηλαδή που ταλαιπωρείται από το περιβάλλον που τον περικλείει, λαμβάνοντας υπόψιν το κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο. Επομένως, η τοξικοεξάρτηση δεν εξαντλείται μόνο στη σχέση της προσωπικότητας με την ουσία.

Οι Sylvie και Pierre Angel (2010) έρχονται να συμπληρώσουν πως η τοξικοεξάρτηση είναι τρισδιάστατο φαινόμενο που κινείται ανάμεσα σε τρεις παράλληλες τροχιές. Η πρώτη αφορά την προσωπικότητα και το ιστορικό του ατόμου. Τα τοξικοεξαρτημένα άτομα πρόκειται για ευάλωτα άτομα και εκτεθειμένα που πολλές φορές έχουν παρουσιάσει κατά την παιδιά τους ηλικία διαταραχή διαγωγής και συμπεριφοράς. Χαρακτηρίζεται το ιστορικό τους είτε από προσκολλήσεις, είτε από εγκατάλειψη.

Το δεύτερο σκέλος της διάστασης αφορά την ιδιότητα της φαρμακευτικής αυτής ουσίας. Δηλαδή, πόσο συχνά λαμβάνεται από το άτομο, η ποσότητα και ο τρόπος που καταναλώνεται. Τέλος, ένας επιβαρυντικός παράγοντας είναι το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον. Οι ψυχοδραστικές ουσίες συνδέονται με τις κοινωνικές τάξεις, το ηλικιακό φάσμα και αναπτύσσονται μέσα σε ένα συγκεκριμένο

κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, οι νέοι δείχνουν μια ιδιαίτερη προτίμηση στα εισπνεόμενα, μεγαλύτερης ηλικίας σε ενέσιμα, ενώ ανέκαθεν η κοκαΐνη έκανε την εμφάνιση της σε χώρους του θεάματος και των επιχειρήσεων της λεγόμενης «άνωτερης τάξης». Το κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζει την πορεία εξέλιξης του τοξικοεξαρτημένου ατόμου και πόσο μάλλον το οικογενειακό. Μερικές φορές, υπάρχουν στην οικογένεια του χρήστη, γονείς με διαταραχές προσωπικότητας, διπολική διαταραχή, ψύχωση ή κατάχρηση αλκοόλ, διαταραχές οι οποίες είναι κατά το ήμισυ κληρονομικές (Angel & Angel, 2010).

1.4 Τοξικοεξάρτηση και η σχέση της με την παραβατικότητα

Όσον αφορά την εγκληματικότητα και τις ψυχοδραστικές ουσίες, βιβλιογραφικές αναφορές αποδεικνύουν τη στενή σχέση τους, διότι η κατανάλωση παράνομων ουσιών σχετίζεται ως ένα βαθμό με την αποκλίνουσα συμπεριφορά και τα προβλήματα με το νόμο. Η παραβατικότητα παραμένει αναπόσπαστο στοιχείο του τρόπου ζωής των χρηστών ουσιών, αποτελώντας μια εύκολη λύση για την εξασφάλιση της ουσίας. Επομένως, πρόκειται για μία αμφίδρομη σχέση. Έρευνες αναφέρουν πως η παραβατικότητα είναι συνυφασμένη κυρίως με μικροποσά για την εξασφάλιση μόνο της ναρκωτικής ουσίας (Angel & Angel, 2010).

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι δυνατό να προκαλέσει αλλαγές στη στάση, τις αντιλήψεις, τις αξίες και να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας στην προσπάθεια αλλαγής του ατόμου. Μ' αυτό τον τρόπο το άτομο γίνεται ευάλωτο τόσο από την έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου, όσο και από την ανάγκη του να καλύψει την επιθυμία για χορήγηση της ουσίας, οδηγώντας τον σε μια κατάσταση παράνομης δραστηριότητας και υποπολιτισμού. Οι ακόλουθες κατηγορίες εγκλημάτων σχετίζονται με την τοξικοεξάρτηση:

- Εγκλήματα που έχουν σχέση με την επήρεια της φαρμακευτικής ουσίας, το λεγόμενο «ψυχοφαρμακολογικό» μοντέλο, που αποδίδει την εγκληματικότητα

στην επίδραση της ουσίας στον οργανισμό του χρήστη. Πολλές αξιόποινες πράξεις και εγκληματικές ενέργειες διαπράττονται υπό την επήρεια ψυχοδραστικής ουσίας.

- Εγκλήματα με σκοπό τις οικονομικές απολαβές και απώτερος στόχος είναι η εξασφάλιση της δόσης και η προμήθεια ναρκωτικών ουσιών.
- Εγκλήματα που σχετίζονται με την διακίνηση και πώληση ναρκωτικών ουσιών. Πρόκειται για το συστημικό μοντέλο, που αφορά ένα παράνομο κύκλωμα αγοράς ναρκωτικών ουσιών και διακίνησης τους, το οποίο οδηγεί στη βίαιη εγκληματικότητα.
- Αδικήματα που σχετίζονται με το νόμο περί ναρκωτικών ουσιών διαπράττονται δηλαδή κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών (Διακογιάννης, 2008)

Το δεύτερο μοντέλο αναφέρει πως η εγκληματικότητα οδηγεί στη χρήση ουσιών. Εδώ διακρίνονται δυο υποκατηγορίες, το ψυχοπαθολογικό και το ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Το πρώτο δίνει έμφαση στις διαταραχές προσωπικότητας που πολλές εξ αυτών ωθούν το άτομο στη χρήση ουσιών και την εμπλοκή τους με το σύστημα απονομής της δικαιοσύνης. Το δεύτερο μοντέλο, εστιάζει στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που δημιουργούν ένα σύστημα παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, το οποίο προηγείται της χρήσης και της εγκληματικότητας.

Οι φαρμακολογικές επιπτώσεις της χρήσης ουσιών που έχουν σχέση με παράνομη δραστηριότητα περιλαμβάνουν το στοιχείο των μη αναστολών και τη παρόρμησης, συμπεριφορές που ωθούν το άτομο να πράξει κάτι που χωρίς την επήρεια δεν θα το έκανε, όπως να οδηγήσει με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Η χρήση βίας συνδέεται τόσο με την παρανοϊκότητα όσο και με την ψύχωση που προκαλείται από τη χρήση κάποιων ουσιών (Σπύρου & Πλυτάς, 2016).

Όλες οι ουσίες σχετίζονται με παραβατικές συμπεριφορές. Κάποιες περισσότερο και κάποιες λιγότερο οδηγούν το χρήστη ουσιών να παραβατήσει. Μερικές εξ αυτών, όπως τα υπνωτικά, MDMA, έκσταση, μεθαμφεταμίνη, αμφεταμίνες

και κοκαΐνη συμβάλλουν στη μείωση της κριτικής ικανότητας του ατόμου και την άρση αναστολών του (Διακογιάννης, 2008)

1.4.1. Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών

Άρθρο 30 - Μεταχείριση Εξαρτημένων Χρηστών από Ναρκωτικές Ουσίες

Η χρήση ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα που απασχολεί συχνά τη δικαιοσύνη. Τα εξαρτημένα άτομα εμπλέκονται σε ποινικά αδικήματα, ενώ πολλοί χρήστες βρίσκονται στη φυλακή για εγκλήματα που σχετίζονται με τη χρήση (Πουλόπουλος, 2011).

Ο όρος τοξικοεξαρτημένος ή απλώς εξαρτημένος κατά τον Κώδικα Νόμων για τα Ναρκωτικά (ΚΝΝ) θεωρείται «*όποιος απέκτησε την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορεί να την αποβάλει με δικές του δυνάμεις*». Ο ορισμός των ναρκωτικών δίνεται στο άρθρο 1§1 του ΚΝΝ. Σύμφωνα μ' αυτόν, τα ναρκωτικά είναι «*ουσίες τεχνητές ή φυσικές που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου από αυτές*».

Για τη διάγνωση της εξάρτησης ενός προσώπου από ναρκωτικά συνεκτιμώνται ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: πιστοποιήσεις αναγνωρισμένων υπηρεσιών απεξάρτησης, χορήγησης υποκαταστάτων ή ανταγωνιστικών στα οπιοειδή ουσιών, περίθαλψης για παθήσεις συνδεδεμένες με τη χρήση ουσιών, ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα που αφορούν τον κατηγορούμενο, ευρήματα εργαστηριακών εξετάσεων που αποκαλύπτουν χρήση ναρκωτικών για μακρόχρονες περιόδους.

Η ελαφρυντική μεταχείριση του εξαρτημένου μικροδιακινητή που υποστηρίζει ο εμπνευστής του Ν. 4139/2013 και ο μη τιμωρητικός χαρακτήρας αποτελούν επίτευγμα του νόμου 4139/2013 σε σχέση με τον 1729/1987 που προβλεπόταν ποινή φυλάκισης από 10 ημέρες μέχρι 5 έτη για την πράξη της χρήσης. Μετά από σταδιακές νομοθετικές παρεμβάσεις, ο Ν. 4139/2013 στο άρθρο 29 παρ. 2 δίνει τελικά τη

δυνατότητα στο δικαστήριο να απαλλάξει το δράστη, εκτιμώντας τις περιστάσεις, εφόσον αποδεικνύεται ότι ήταν περιστασιακός χρήστης και δεν πρόκειται να επαναλάβει την πράξη αυτή.

Επιπλέον, αντιμετωπίζεται ήπια ο χρήστης, που από την μικροποσότητα που διαθέτει για προσωπική χρήση, διαθέτει σε τρίτο, επίσης μικροποσότητα για προσωπική χρήση. Κατ' αυτό τον τρόπο, υπάρχει ειδική μεταχείριση του εξαρτημένου χρήστη για την πράξη της χρήσης ναρκωτικών, για την οποία προβλέπεται η αθώωση του στο άρθρο 30 παρ. 4 Ν. 4139/2013.

Φαίνεται πως ο νόμος Ν. 4139/2013 ακολουθεί μια κατεύθυνση κυρίως θεραπευτική, μη τιμωρητική κατά την οποία διακρίνει τον απλό χρήστη, τον εξαρτημένο χρήστη, τον διακινητή-χρήστη και τον μεγαλοδιακινητή. Επιφυλάσσει ήπια μεταχείριση στους δύο πρώτους και αυστηροποιείται ως προς την διακίνηση, αναλόγως των περιστάσεων (ποσότητας, οργανωμένου δικτύου, διακίνησης, κλπ). Το βασικότερο όλων είναι ότι προβλέπει θεραπευτικά μέτρα εναλλακτικά της φυλάκισης και μάλιστα μόνο αν το επιθυμεί ο εξαρτημένος, γεγονός που ανταποκρίνεται στην φιλελεύθερη φυσιογνωμία του ελληνικού ποινικού δικαίου.

Η χρήση και κατ' επέκταση η εξάρτηση από τα ναρκωτικά έχει εύκολα συνδεθεί με την εγκληματικότητα και η σχέση τους είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Δεν προκύπτει ξεκάθαρα, αν η χρήση ναρκωτικών και κατ' επέκταση η εξάρτηση προηγείται ή όχι της εγκληματικότητας. Ταυτόχρονα, ο εξαρτημένος χρήστης ερχόμενος σε επαφή με το παράνομο κύκλωμα διακίνησης ναρκωτικών, καταλήγει να διακινεί και ο ίδιος ναρκωτικά, διαμορφώνοντας άλλοτε το προφίλ του «μικροδιακινητή» και άλλοτε το προφίλ του κατ' επάγγελμα διακινητή. Γι' αυτό το λόγο προκύπτει η αναγκαιότητα επέμβασης από το νομοθέτη και θέσπισης νόμων για την αντιμετώπιση και ρύθμιση του φαινομένου των ναρκωτικών.

1.4.2 Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη

Για το σκοπό της διαπίστωσης της εξάρτησης του κατηγορουμένου, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, προκειμένου να καθοριστεί αν υπάρχει εξάρτηση και σε περίπτωση που αυτή υπάρχει, να προσδιοριστεί το είδος και η έκτασή της (άρθρο 30§2 του Ν. 3459/2006). Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα εργαστήρια της ιατροδικαστικής και τοξικολογίας των ΑΕΙ της χώρας, τις ιατροδικαστικές υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά και περιφερειακά νοσοκομεία, εφόσον έχουν τη δυνατότητα να διεξάγουν τέτοια.

Σε κάθε φάση της ποινικής διαδικασίας δύναται να διαταχθεί πραγματογνωμοσύνη είτε αυτεπάγγελτα είτε μετά από αίτημα του κατηγορουμένου, προκειμένου να καθοριστεί αν πράγματι υπάρχει εξάρτηση, όπως επίσης και το είδος και η βαρύτητα αυτής. Η αποδοχή ή η απόρριψη του αιτήματος για πραγματογνωμοσύνη πρέπει να αιτιολογείται ειδικά. Η πραγματογνωμοσύνη συνεκτιμάται με τα παραπάνω διαγνωστικά κριτήρια.

Ο εξεταζόμενος χαρακτηρίζεται ως εξαρτημένος όταν πληροί **τρία (3) τουλάχιστον** από τα παρακάτω κριτήρια, η βεβαίωση εξάρτησης θεωρείται δεδομένη.

1. Καταναλώνει ουσίες σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο απ' αυτήν που είχε πρόθεση. Αυτό προκύπτει συνήθως από τη λήψη πλήρους ιστορικού ή και από την προσκόμιση εγγράφων νοσηλείας σε νοσοκομείο λόγω στερητικών συνδρόμων ή περιστατικών λήψης υπερβολικών δόσεων της ναρκωτικής ουσίας.
2. Έχει την επίμονη/ακατανίκητη επιθυμία ή έχει κάνει μία ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες για να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας, πράγμα που μπορεί να προκύψει από την προσκόμιση βεβαιώσεων

- παρακολούθησης προγράμματος απεξάρτησης ή βεβαιώσεων ιατρών που παρακολουθούσαν τον εξεταζόμενο πριν τη σύλληψή του.
3. Καταναλώνει μεγάλο μέρος του χρόνου σε δραστηριότητες αναγκαίες για την προμήθεια της ουσίας (πχ. κλοπές) για χρήση της ουσίας (επανειλημμένη χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια της ημέρας) ή για την αποκατάσταση από την επίδρασή της.
 4. Εμφανίζει καταστάσεις μέθης ή στερητικά συμπτώματα, ενώ:
 - α) αναμενόταν να εκπληρώσει σημαντικές υποχρεώσεις στη δουλειά του, στο σχολείο ή στο σπίτι (πχ. δεν πηγαίνει στη δουλειά γιατί βρίσκεται σε κατάσταση κακουχίας από στέρησης, δεν πηγαίνει σχολείο ή δεν εργάζεται γιατί βρίσκεται κάτω από την άμεση επίδραση της ουσίας, είναι σε κατάσταση μέθης ενώ φροντίζει παιδιά)
 - β) αναλαμβάνει δραστηριότητες επικίνδυνες για τη σωματική του ακεραιότητα (πχ οδήγηση οχήματος κλπ)
 5. Εγκαταλείπει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές ασχολίες εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.
 6. Συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την επίγνωση ύπαρξης ενός διαρκούς ή περιοδικού κοινωνικού, ψυχολογικού και σωματικού προβλήματος υγείας που το προκαλεί ή το επιδεινώνει.
 7. Έχει ανάγκη για σημαντικά μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας (ανάπτυξη ανοχής, αύξηση της κατανάλωσης της ουσίας, προκειμένου να φτάσει στη μέθη ή το επιθυμητό αποτέλεσμα) ή εμφανίζει σημαντικά μειωμένη επίδραση με τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδια ποσότητας ναρκωτικής ουσίας.
 8. Εμφανίζει στερητικά συμπτώματα. Το κριτήριο αυτό εξαρτάται από το χρόνο διενέργειας της πραγματογνωμοσύνης. Σε κάθε περίπτωση, η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων του κατηγορουμένου μετά τη σύλληψή του και εντός του Καταστήματος Κράτησης αποτελεί μια σοβαρή ένδειξη για την κατάφαση του κριτηρίου αυτού, καθώς η

έλλειψη των ναρκωτικών ουσιών οδηγεί στα συμπτώματα αυτά, ιδίως στην περίπτωση της ηρωίνης.

9. Χρησιμοποιεί την ουσία συχνά για να ανακουφιστούν ή να αποφευχθούν τα στερητικά συμπτώματα;

Ανεξάρτητα από τα 9 αυτά κριτήρια, πρέπει να ληφθούν υπόψιν προηγούμενες εκθέσεις πραγματογνωμοσύνης (εάν υπάρχουν) που αναφέρεται εάν ο εξεταζόμενος κρίθηκε ως τοξικομανής, η ύπαρξη καταδικαστικής απόφασης με την οποία αναγνωρίστηκε η ιδιότητα του τοξικομανούς, η αναβολή στράτευσης εξαιτίας χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή η κρίση ως ακατάλληλου (15) για εκπλήρωση των στρατιωτικών καθηκόντων κλπ. (Τσόλιας, 2009)

1.5 Η τοξικοεξάρτηση ως απόρροια του κοινωνικού αποκλεισμού, του στίγματος και της προκατάληψης

1.5.1 Κοινωνικός αποκλεισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός οδηγεί αυτόματα το άτομο στο περιθώριο ειδικότερα όταν αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικής φύσεως. Η μείωση των εισοδημάτων και η ανεργία εντείνει ακόμη περισσότερο την προβληματική κατάσταση των τοξικοεξαρτημένων. Ωστόσο, ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια δεν είναι έννοιες ταυτόσημες, αλλά έννοιες που συναθροίζονται. Αυτό που τις διαχωρίζει είναι πως ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελεί μια κατάσταση, αλλά μια διαδικασία και δεύτερον δεν αναφέρεται κατ' αποκλειστικότητα μόνο σε οικονομικά αίτια. Είναι πολλές οι περιπτώσεις που οι άνθρωποι είναι σε οικονομικά δυσμενέστερη θέση, αλλά κοινωνικά ενσωματωμένοι και αντίθετα είναι εύποροι, αλλά κοινωνικά αποκλεισμένοι. Επομένως, ο κοινωνικός αποκλεισμός, συμπεριλαμβάνει για παράδειγμα, τους τοξικοεξαρτημένους, τους ψυχικά πάσχοντες, άστεγους, πρόσφυγες που κοινό τους

χαρακτηριστικό είναι πως δεν ακολουθούν την κοινωνική νόρμα και γι' αυτό το λόγο είναι κοινωνικά απροστάτευτοι και ανήμποροι (Βενιέρης, 2006)

Ως κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να οριστεί *«η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα ή οι κοινωνικές ομάδες αποκλείονται πλήρως ή μερικώς από τη συμμετοχή τους στην κοινωνία την οποία ζουν»* (De Haag, 2001).

Όπως τονίζει και το Annual Report of the state of the drugs problem in the European union, ως κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται *«μια κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν η κοινωνική απομόνωση, η μη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα και η οικονομική δυσχέρεια»* (EMCDDA, 2003).

Οι τοξικοεξαρτημένοι εισπράττοντας αυτή την κοινωνική περιθωριοποίηση, καταφεύγουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ως μια μορφή αυτοθεραπείας του εαυτού τους, καλύπτοντας τα καταπιεσμένα συναισθήματα που νιώθουν, καθώς οι ουσίες τους προσφέρουν ένα «ασφαλές» περιβάλλον (Πουλόπουλος, 2011).

Η χρήση ναρκωτικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ως συνέπεια ή ως αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς η κατανάλωσή τους μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική περιθωριοποίηση των ατόμων μπορεί να είναι η αιτία έναρξης ψυχοδραστικών ουσιών. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ εξάρτησης και κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μία σχέση αιτιώδους συνάφειας, διότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ισχύει για όλους τους χρήστες ναρκωτικών (EMCDDA, 2003).

1.5.2 Στίγμα

Αναφορικά με τον όρο του κοινωνικού αποκλεισμού που προηγήθηκε σχετικά με τους χρήστες ουσιών, ως απόρροια όλων αυτών δημιουργείται στίγμα εις βάρος της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. (Etesam et. al., 2014)

Στιγματιστικές εκφράσεις συνόδευαν πάντοτε τους χρήστες ουσιών. Συγκεκριμένα, αν ανατρέξει κανείς στα ιστορικά δεδομένα, το 1953 χρησιμοποιούνταν ο όρος “Junk” στην Αμερική κυρίως για τους χρήστες ηρωίνης. Είναι ένας όρος «αργκό» και περιγράφει τα τοξικοεξαρτημένα άτομα ως «σκουπίδια της κοινωνίας, ή «απόβλητα» (The Lancet, 2010).

Βιβλιογραφικές έρευνες αναφέρουν πως το στίγμα που συνοδεύει τα τοξικοεξαρτημένα άτομα θεωρείται σε παγκόσμια κλίμακα κοινό και κατατάσσονται ως μια απ’ τις πιο στιγματισμένες κατηγορίες ανθρώπων (Brown et al., 2015). Οι χρήστες ουσιών, αναφορικά με το ηθικό μοντέλο του εθισμού, θεωρούνται υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει, καθώς η χρήση θεωρείται δική τους επιλογή και είναι άξιοι στιγματισμού και σκληρής αντιμετώπισης στην καθημερινή τους ζωή. (Silveira et al., 2018).

Ο Goffman (2009) υποστηρίζει πως το στίγμα επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και την ταυτότητα του ατόμου με αποτέλεσμα τον πλήρη αποκλεισμό στην πρόσβασή του, κυρίως στο σύστημα υγείας και εν γένει στην πλήρη κοινωνική αποδοχή. Ανάλογα με τον τύπο των ναρκωτικών, παρατηρείται και μια ιεραρχία στη στιγματισμένη αντιμετώπιση των συμπεριφορών χρήσης (Muncan et al., 2020). Ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι ο κοινωνικός στιγματισμός είναι εντονότερος σε ανθρώπους που κάνουν ενέσιμη χρήση. Παρατηρείται λοιπόν, ότι στην περίπτωση ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, τα εξαρτημένα άτομα θεωρούνται ανεύθυνα και επικίνδυνα λόγω της επιλογής τους για χρήση μέσω της ενέσεως (Cama et al., 2016). Η κατανόηση των λόγων, που τα εξαρτημένα άτομα υφίστανται στιγματιστική συμπεριφορά και απάνθρωπη πολλές φορές μεταχείριση, φαίνεται να οφείλεται σε ένα συνονθύλευμα ιστορικών, κοινωνικοπολιτικών και οικονομικών παραγόντων (Pickard, 2017).

1.5.3 Προκαταλήψεις

Το στίγμα ενθαρρύνει τα αρνητικά στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τον τοξικοεξαρτημένο πληθυσμό. Έχει αποδειχθεί ότι τα εξαρτημένα άτομα σε ναρκωτικές ουσίες θεωρούνται αναξιόπιστα, αδύναμα και απρόθυμα στη διακοπή χρήσης (Wogen & Restrepo, 2020). Ο τοξικοεξαρτημένος πληθυσμός είναι φορέας στιγματιστικών αντιλήψεων και έχει βιώσει προκαταλήψεις και επιθέσεις με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αποξένωσης και κοινωνικής περιθωριοποίησης (Παπαρρηγόπουλος, Δουζένης, Τζαβέλλας, Λιάππας, 2019).

Υπάρχει η προκατάληψη επίσης, πως τα τοξικοεξαρτημένα άτομα δεν δύναται να ανταπεξέλθουν σε προγράμματα θεραπείας και απεξάρτησης (Πουλόπουλος, 2011). Το στίγμα της εξάρτησης που τους συνοδεύει, δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την επαφή με το ιατρικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σταθερή πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και θεραπευτικά προγράμματα (Παπαρρηγόπουλος και συν. 2019). Παράλληλα, παρατηρούνται και προκαταλήψεις από την πλευρά των υγειονομικών που σχετίζονται με την αποφυγή επαφής με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Ο αποκλεισμός της πρόσβασής τους στο σύστημα υγείας, αποτελεί συνολικά μια αποτρεπτική προσέγγιση εξυπηρέτησης, αναπαράγοντας τις στάσεις και τις αντιλήψεις που συνοδεύουν την τοξικοεξάρτηση (Earnshaw et al., 2013).

1.6 Προσεγγίσεις για την τοξικοεξάρτηση

1.6.1 Ψυχοδυναμική προσέγγιση τοξικοεξάρτησης

Ο δεσμός της ουσίας με το υποκείμενο προϋποθέτει μια σχέση αναγκαιότητας που παραπέμπει στις φυσιολογικές ανάγκες ενός βρέφους που έχει ανάγκη την μητέρα του για να επιβιώσει. Ωστόσο, αυτό αφορά καθαρά το κομμάτι της σωματικής εξάρτησης διότι το άτομο αδυνατεί να απεμπλακεί απ' τον κόσμο των ψυχοδραστικών ουσιών λόγω ψυχολογικής εξάρτησης.

Η Ferrara (2006) μελετά τι ωθεί το υποκείμενο στις συμπεριφορές εξάρτησης και πώς αυτή η ψυχοδραστική ουσία γίνεται αναγκαία για τη σωματική και ψυχική λειτουργία του ατόμου. Φτάνει λοιπόν κανείς στο σημείο να μην έχει τη δυνατότητα διάκρισης της ψυχικής από τη σωματική εξάρτηση (Λαζαράτου, 2014).

Αυτές οι ικανοποιήσεις προέρχονται από την εξωτερική πραγματικότητα που μας περιβάλλει. Ο Bowlby χαρακτηριστικά αναφέρει ότι η εξάρτηση είναι προϊόν ανικανότητας επεξεργασίας του άγχους αποχωρισμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως το άτομο, το υποκείμενο χρειάζεται ένα άλλο υποκείμενο ή αντικείμενο για να εξαρτηθεί, όπως ένα μωρό παιδί χρειάζεται ως φυσική παρουσία τη μητέρα του. Αντίθετα, κατά την παιδική ηλικία τα παιδιά που βιώνουν το άγχος αποχωρισμού, μη ικανοποιητικές σχέσεις μπορούν να αναπτύξουν απόσυρση συναισθημάτων και συμπεριφορές εξάρτησης. Η σωματική εξάρτηση γίνεται ψυχολογική και το υποκείμενο αδυνατεί να θέσει όρια στον εαυτό του και απειλείται τόσο η ταυτότητά του όσο και η ναρκισσιστική ακεραιότητα του υποκειμένου (Green, 2002).

1.6.2 Συστημική προσέγγιση τοξικοεξάρτησης

Σύμφωνα με το μοντέλο της συστημικής θεωρίας, επηρεάζεται όλο το σύστημα τη οικογένειας, όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα. Οι Sylvie Angel και Pierre Angel αναφερόμενοι στον ψυχίατρο και οικογενειακό θεραπευτή Ντενί Βαλέ κάνουν λόγο για τον όρο «οικογενειοποίηση» των ναρκωτικών ουσιών.

Εξαιτίας της βαθύτερης φύσης του χρήστη με τις ουσίες του, η φύση δεσμού που τους ενώνει αποτελεί έναν δεσμό εξάρτησης που καθοδηγεί την ύπαρξη του υποκειμένου. Μ' αυτό τον τρόπο η ουσία εισέρχεται μέσα στην οικογένεια, θεωρείται αναπόσπαστο μέλος της, που παίρνει τις διαστάσεις που πρέπει να επιβιώσει και να τραφεί. Διατηρεί λοιπόν διαγενεακούς δεσμούς ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, τόσο στους κάθετους δεσμούς (παππούς-γιαγιά) όσο και στους οριζόντιους δεσμούς μεταξύ της ίδια γενιάς και κυρίως αδερφών. Αποτελεί λοιπόν η ουσία το κέντρο, το σκοπό και το μέσον συγχρόνως ολόκληρης της ψυχικής και κοινωνικής ύπαρξης του υποκειμένου.

Στα άκαμπτα οικογενειακά συστήματα διαφαίνονται ιδιαίτερα έννοιες της συννοσηρότητας οικογενειακών εξαρτήσεων. Η ακαμψία προκύπτει από το γεγονός της μη επιτρεπόμενης «εισβολής» ενός νέου γεγονότος, καθώς κάθε διαδικασία εξόδου από το δύσκαμπτο αυτό σύστημα θεωρείται ως απειλή που διαταράσσει την οικογενειακή ομοιότητα. Αυτό προκύπτει ως κάτι παθολογικό που χρειάζεται άμεσα θεραπεία όλο το σύστημα της οικογένειας. Γι' αυτό το λόγο είναι συνετό, όταν ο χρήστης απευθύνεται σε θεραπεία και ξεκινά αυτή τη διαδικασία απεξάρτησης, να προσέρχονται σε θεραπεία και η οικογένειά του (Angel & Angel, 2010).

Σύμφωνα με την συστημική προσέγγιση λοιπόν, στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, η εξάρτηση δεν ορίζεται ως κάτι ατομικό που αφορά αποκλειστικά και μόνο τον χρήστη ουσιών, καθώς δεν γίνεται να αποσυνδεθεί από το περιβάλλον που τον περικλείει. Αυτό αποκαλείται ως συνεξάρτηση, διότι ολόκληρη η οικογένεια εμφανίζεται εξαρτημένη από το προϊόν (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

1.6.3 Γνωσιακή Συμπεριφορική προσέγγιση της τοξικοεξάρτησης

Η γνωσιακή συμπεριφορική είναι μια δομημένη θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει στην αντιμετώπιση του προβλήματος στο εδώ και τώρα, δίνοντας έμφαση στο παρόν. Επιχειρείται η ελάττωση των υπερβολικών συναισθηματικών αντιδράσεων και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Βασισμένη κυρίως στην πρόληψη υποτροπών, η θεραπεία εστιάζει σε γνωστικά, συναισθηματικά και περιστασιακά κίνητρα χρήσης και παρέχει κατάρτιση δεξιοτήτων για την αντιμετώπισή της μέσω εναλλακτικών λύσεων, αναγνωρίζοντας και τροποποιώντας τις λανθασμένες συμπεριφορές (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2019).

Η γνωσιακή συμπεριφορική όσον αφορά τις ψυχοτρόπες ουσίες ακολουθεί τις συγκεκριμένες στρατηγικές παρέμβασης:

- (α) προσδιορισμός των ενδοπροσωπικών παραγόντων που προκαλούν υποτροπή στο άτομο
- (β) εκπαίδευση στην αντιμετώπιση της εξάρτησης
- (γ) εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης ουσιών
- (δ) αντικατάσταση δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τη χρήση με άλλες δραστηριότητες
- (στ) λειτουργική ανάλυση της χρήσης ουσιών

Η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες βάσει της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης επομένως, είναι αποτέλεσμα ενός φαύλου κύκλου μεταξύ αρνητικών συναισθημάτων και δυσλειτουργικών συμπεριφορών, όπως είναι η αποφυγή προβλημάτων. Οι βασικές αντιλήψεις που ενισχύουν τη συνέχιση της εξάρτησης είναι η αντίληψη της ανακούφισης («κάνω χρήση για να χαλαρώσω»), η αντίληψη της ευχαρίστησης («επιλέγω να κάνω χρήση, γιατί θα νιώσω όμορφα») και η αντίληψη σχετικά με την αποδοχή της χρήσης («μπορώ να το κόψω ανά πάσα στιγμή»). Επιπλέον, τα ερεθίσματα που έχει συνδυάσει ο χρήστης με την δυσλειτουργική και προβληματική συμπεριφορά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Ουσιαστικά, η συγκεκριμένη προσέγγιση βοηθά το τοξικοεξαρτημένο άτομο να συνειδητοποιήσει το

πρόβλημα της χρήσης και πώς αυτό επηρεάζει την λειτουργικότητά του, ώστε να καταφέρει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του υποχρεώσεις (Range & Mathias, 2012).

1.6.4 Συμπεριφορική προσέγγιση της τοξικοεξάρτησης

Σε αυτό που πρέπει να επικεντρωθεί κανείς βάσει της συμπεριφορικής θεωρίας είναι πως η συχνότητα των δράσεων εξαρτάται από τις συνέπειες παρόμοιων δράσεων του παρελθόντος (Μέλλον, 2013). Η βασική θέση του συμπεριφορισμού είναι πως η ψυχολογία ασχολείται μόνο με τη μελέτη της παρατηρήσιμης συμπεριφοράς. Επομένως, η ενασχόληση του ατόμου με καταναγκαστικές συμπεριφορές (όπως η εξάρτηση) συνιστά ένα μέσο διαφυγής από την τιμωρία ή τις απειλές τιμωρίας, δράσεις που παρατηρούνται από αρνητική ενίσχυση και επαναλαμβάνονται επειδή έχουν τερματίσει κάποια πράγματα ή συμβάντα. Ένας τρόπος διαφυγής είναι οι εξαρτητικές συμπεριφορές, που συμπεριλαμβάνεται και το αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Μέλλον, 2011).

1.7 Ο ρόλος της οικογένειας του χρήστη ουσιών

Ο Γεωργάκας (2007) αναφέρει ότι η οικογένεια ενδέχεται να συμβάλλει στην εξάρτηση και είναι μια από τις πρωταρχικές αιτίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξή της. Είναι ωστόσο, γεγονός πως υπάρχει μια αμφιλεγόμενη σημασία ως προς την συμβολή της οικογένειας. Δεν μπορεί κάποιος να την κατηγορήσει ή να τη θεωρήσει εξ' ολοκλήρου υπεύθυνη για το εξαρτημένο μέλος της, αλλά ούτε μπορεί να θεωρηθεί αθώα.

Η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα επικοινωνίας και αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας προσπαθώντας να διατηρήσουν την ισορροπία, την ομοιόσταση, τη διατήρηση της ταυτότητας. Στις προσαρμοστικές αλλαγές που συμβαίνουν σε μια κοινωνία, επηρεάζεται και η οικογένεια. Στο πλαίσιο αυτό η

τοξικοεξάρτηση θεωρείται ως προσπάθεια ρύθμισης των οικογενειακών συναλλαγών, ενώ συγχρόνως αποτελεί μια αναζήτηση της προσωπικής ταυτότητας, αρκετά επώδυνη. Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί την εφαρμογή της μεταφοράς των κακών οικογενειακών σχέσεων ανάμεσα στο άτομο και τους γονείς του.

Η διαγενεακή διάσταση της τοξικοεξάρτησης όπως αναφέρθηκε και στη συστημική προσέγγιση αφορά κυρίως το παιδί που μπορεί να λειτουργήσει ως πυλώνας των οικογενειακών συγκρούσεων που εκτυλίσσονται μέσα στο σπίτι. Υψηλά ποσοστά παραμέλησης και κακοποίησης εμφανίζονται στο οικογενειακό περιβάλλον του εξαρτημένου. Τα παιδιά των εξαρτημένων κινδυνεύουν τέσσερις φορές περισσότερο να πέσουν θύματα ενδοοικογενειακών συγκρούσεων σε σχέση με τα παιδιά μη εξαρτημένων (Παπαρρηγόπουλος και συν., 2019).

Πρόκειται για γονείς που αδυνατούν να αναλάβουν τη θέση του γονέα στο οικογενειακό σύστημα και το παιδί αποτελεί το σημείο αγκίστρωσης πάνω στο οποίο θα αναπτυχθούν οι συγκρούσεις. Το παιδί θα προβάλλεται διαρκώς ως πρόσχημα για το ξέσπασμα διενέξεων και εντάσεων στο σπίτι, που ο κάθε γονιός έχει να απευθύνει στον άλλο. Επιπροσθέτως, το παιδί, ο έφηβος και στη συνέχεια ο νέος προσπαθώντας να αποδομήσει στα ναρκωτικά μια λύση, ο ίδιος «εργαλειοποιείται» στο σύστημα της οικογένειας. Ωστόσο, στην προσπάθεια του να καταφέρει να αναπτύξει και να «σηκώσει» και πάλι το σύστημα της οικογένειας, κακοποιεί το δικό του σώμα.

Πολλοί γονείς είναι αυτοί που δεν αντιλαμβάνονται ή καλύτερα «εθελουφλούν» στις ενδείξεις που προδίδουν την τοξικοεξάρτηση στο παιδί τους, όπως τα σωματικά σημάδια: διεσταλμένες κόρες ματιών, σπασμένα δόντια, μαύροι κύκλοι, έλλειψη υγιεινής. Αδυνατούν να δώσουν ερμηνεία στις αλλαγές αυτές και το αποφεύγουν. Η στάση αυτή των γονιών απέναντι στην εξάρτηση ονομάζεται οικογενειακή τύφλωση (Angel & Angel, 2010).

1.8 Συννοσηρότητα

1.8.1 Ψυχοπαθολογία χρήσης ουσιών

Ο όρος «συννοσηρότητα» ή «διπλή διάγνωση» αναφέρεται στη συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών. Διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές κάνουν την εμφάνισή τους με τη χρήση ουσιών, είτε προϋπήρχαν. Ο Wilmschurt (2011) καταγράφει συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, διπολική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠΥ), (κυρίως στην εφηβική ηλικία), διαταραχές διατροφής, διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματικό γεγονός, ενώ μπορούν να συνυπάρξουν ταυτόχρονα. Ανάλογα με το είδος της εκάστοτε διαταραχής, τα κλινικά χαρακτηριστικά διαφέρουν. Για παράδειγμα, οι χρήστες ηρωίνης με αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη είχαν διαφορετική κλινική εικόνα από άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και κάνουν χρήση ηρωίνης (Maremmani, Pacini & Pani, 2007).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της συννοσηρότητας είναι πως η ψυχιατρική διαταραχή εμφανίζεται με ένα μόνιμο και όχι παροδικό τρόπο και δεν εξαφανίζεται μετά το πέρας της τοξίκωσης ή όταν εκδηλωθεί το στερητικό σύνδρομο. Γι' αυτό το λόγο, είναι εξαιρετικά δύσκολη η ανακάλυψη της συννοσηρότητας, διότι μιμείται συμπτώματα αποκλειστικά των ψυχικών διαταραχών.

Το άτομο όταν βρίσκεται σε κατάσταση ευαλωτότητας και κάνει χρήση ουσιών για πολλά χρόνια τείνει να παρουσιάσει ψυχική διαταραχή ή να οδηγηθεί σε οργανικές μεταβολές, που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Ένα συχνό σφάλμα είναι η μη σωστή αναγνώριση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και των συμπτωμάτων που οδηγούν στη χρήση. Βιολογικά, επηρεάζονται οι νευροδιαβιβαστές που έχουν άμεση σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Το καλύτερο δυνατό που μπορεί να κάνει ο θεραπευτής είναι η παρατήρηση των συμπτωμάτων, όταν το άτομο βρίσκεται στην απεξάρτηση και έχει καταφύγει σε μεθόδους θεραπείας. Η αποχή λοιπόν μπορεί να επιδείξει τις διαφορές αυτές.

Διάφορες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στον κλινικό πληθυσμό. Οι Mueser et. al (2003), διαπίστωσαν ότι η χρήση ουσιών σε ψυχιατρικούς ασθενείς ποικίλλει από 20-65% στην Αμερική και Αυστραλία. Αντίστοιχα, στην Ευρώπη, υπάρχουν αυξημένα ποσοστά ιδίως στην Ισπανία (59%) (Nocon et. al., 2007), Αγγλία (48%) (Phillips & Johnson, 2003), Γερμανία (21-29%) (Soyka et. al, 1993). Αντιστρόφως, ανάλογη διακύμανση εμφανίζεται στα ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών σε δείγματα ατόμων που πραγματοποιούν χρήση ουσιών. Η μεγάλη διακύμανση στα παραπάνω ποσοστά προκύπτει από μεθοδολογικές δυσκολίες, όπως ο τρόπος αξιολόγησης της χρήσης ουσιών, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Mueser et. al., 2003). Επίσης, οι διαφορές μεταξύ των χωρών οφείλονται σε θέματα πολιτικής και νομοθεσίας των ναρκωτικών.

Στον ελληνικό πληθυσμό η παρουσία ταυτόχρονης συννοσηρότητας ανέρχεται σε ποσοστό 80%. Τα άτομα με διπλή διάγνωση τείνουν να εμφανίζουν μια βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, αυτοκτονικότητα και αυτοτραυματισμό. Επίσης, παρουσιάζουν αποκλίνουσα συμπεριφορά και αυξημένη επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, αυξημένο αριθμό προβλημάτων υγείας, όπως μεταδιδόμενες νόσοι με το αίμα (AIDS), μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής (Λεωνιδάκη & Μαλλιώρη, 2009).

Ψυχιατρικός πληθυσμός με διαταραχή χρήσης ουσιών: Οι διαταραχές χρήσης ουσιών εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Το 15% των ατόμων με συναισθηματικές ή αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν μέσα σε ένα διάστημα 12 μηνών κάποια διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με το 11% του γενικού πληθυσμού. Αυτά τα ποσοστά αφορούν την ταυτόχρονη εμφάνιση των δύο διαταραχών τους τελευταίους 12 μήνες. Αξίζει να τονιστεί, διότι η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πολύ υψηλότερη (Kessler et. al., 1994).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τους τύπους συννοσηρότητας τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ή σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή χρήσης ουσιών, ενώ ακολουθούν τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης (Regier et. al., 1990)

Άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές: Τα ποσοστά συννοσηρότητας παρουσιάζονται μεγαλύτερα σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών, απ' ότι σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Κοινό εύρημα διάφορων μελετών και ερευνών είναι πως τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών τείνουν να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή από το γενικό πληθυσμό και συγκεκριμένα αγχώδεις διαταραχές (Λεωνιδάκη & Μαλλιώρα, 2009).

1.8.2 Αιτιοπαθογένεια

Η Μάτσα (2017) αναφέρει τέσσερις (4) υποθέσεις σχετικά με τη σχέση τοξικοεξάρτησης και παρουσία ψυχικής διαταραχής, το φαινόμενο της διπλής διάγνωσης. Στις δύο πρώτες υποθέσεις διακρίνεται μια σχέση αιτιακή και αλληλοδιαδοχής, δηλαδή το ένα να είναι επακόλουθο του άλλου. αιτιακή σχέση (το ένα είναι επακόλουθο του άλλου).

A. Η ψυχική διαταραχή ως κύρια διάγνωση

Η διαταραχή χρήσης ουσιών ως απόρροια ψυχικής διαταραχής στηρίζεται στην υπόθεση αυτό-χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, αυτή η υπόθεση αναφέρει πως η χρήση ουσιών χρησιμοποιείται, για να ανακουφίσει και να απαλύνει τον ανθρώπινο ψυχολογικό πόνο. Ακόμα, επισημαίνει πως υπάρχει ένας σημαντικός βαθμός που επηρεάζει την ιδιαιτερότητα προτίμησης του ναρκωτικού. Δηλαδή, η επιλογή της εκάστοτε ουσίας, βασίζεται στην φαρμακευτική της επίδραση σε σχέση με το είδος των οδοντηρών συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Ωστόσο, ερευνητικά

υπάρχει μερική στήριξη αυτής της υπόθεσης και φορά περισσότερο το πρώτο σκέλος, παρά το δεύτερο.

Κριτική έχει ασκηθεί στη συγκεκριμένη υπόθεση, διότι δεν λαμβάνει υπόψη βιολογικούς μηχανισμούς και κλινικές παρατηρήσεις για την επίδραση των ουσιών στη ψυχική υγεία. Η χρήση ουσιών γίνεται για ανακούφιση της δυσφορίας και των αρνητικών συναισθημάτων και τα άτομα με ψυχική διαταραχή είναι πιο επιρρεπή.

Ο Khantzian (1997) αναφέρει το μοντέλο της αυτοϊασης, στο οποίο αναφέρεται πως τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας καταφεύγουν στη χρήση ουσιών προκειμένου να βελτιώσουν τις παράνοιες και τα ψυχωτικά τους επεισόδια, το άγχος, τη μοναξιά, την πλήξη, την περιθωριοποίηση, το στίγμα, κρίσεις πανικού με το πρόσχημα της εσωτερικής ισορροπίας και μείωσης της ευαίσθητης πλευράς τους στον εξωτερικό περίγυρο που πολλές φορές προσπαθεί να τους εκμεταλλευτεί. Είναι σαν ένας τρόπος απόδρασης για την ανακούφιση των δυσάρεστων συναισθημάτων.

Παράλληλα, έχει αναπτυχθεί και μια άλλη θεωρία για να εξηγήσει το γιατί κανείς να καταφύγει στη χρήση ουσιών, το οποίο είναι, το «μοντέλο της υπερευαισθησίας των ατόμων με ψυχική διαταραχή στη χρήση ουσιών». Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, μεσολαβεί ένα διάστημα από την ψυχική διαταραχή μέχρι και το διάστημα έναρξης των ψυχοδραστικών ουσιών. Αυτό το διάστημα χαρακτηρίζεται από απομόνωση, περιθωριοποίηση του ατόμου, μοναξιά, στίγμα, έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων και προστατευτικών παραγόντων, φτώχεια, αδιαφορία ή έλλειψη οικογένειας, η διαμονή σε περιοχές με υψηλή περιεκτικότητα σε ναρκωτικά σε συνδυασμό με τραυματικά γεγονότα ζωής. Για παράδειγμα, μια σεξουαλική κακοποίηση σε γυναίκες-θύματα μπορεί να ταυτιστεί με ψυχιατρική συννοσηρότητα (Mueser et al, 1998).

Επίσης, το μοντέλο υπερευαισθησίας αναφέρει πως τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι βιολογικά και ψυχολογικά πιο ευάλωτα, λόγω της επίδρασης περιβαλλοντικών και γενετικών επιρροών. Τα άτομα με σχιζοφρένεια τείνουν να βιώνουν αρνητικές εμπειρίες ακόμα και μετά τη χρήση μικρής ποσότητας ουσιών, που κάνει πιθανότερη

τη διάγνωση κατάχρησης ουσιών. Με άλλα λόγια, αυτή η υπερευαισθησία των ατόμων με ψυχική διαταραχή στις επιδράσεις των ουσιών, ευθύνεται για τα υψηλά ποσοστά διαταραχής χρήσης ουσιών. Το μοντέλο υπερευαισθησίας θα πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω ερευνητικά, αν και υπάρχουν ευρήματα στη βιβλιογραφία που προσφέρουν κάποια στήριξη (Mueser et. al., 1998)

B. Η διαταραχή χρήσης ουσιών ως κύρια διάγνωση

Η χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικές επιπλοκές καταλήγοντας σε μια ψυχική ασθένεια. Η εκδοχή αυτή, στηρίζεται στο γεγονός πως οι επιδράσεις των διαφόρων ουσιών, δύναται να επηρεάσουν την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, η κάνναβη έχει βρεθεί να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικής ασθένειας, και ειδικότερα στην ανάπτυξη ψυχωτικής και καταθλιπτικής διαταραχής. Η κάνναβη σε συνδυασμό με το αλκοόλ, παρόλο που κατά την κοινή γνώμη θεωρείται ως λιγότερο επικίνδυνος, δύναται να πυροδοτήσει ψυχική ασθένεια.

Το κύριο συστατικό της κάνναβης, η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη φαίνεται να μπορεί να προκαλεί ψυχωτικά συμπτώματα σε μη ψυχωτικά άτομα. Ωστόσο, η κάνναβη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας, μόνο όταν μια συγκεκριμένη γενετική αλληλουχία είναι παρούσα, που είναι εκδήλωση ενός γονιδιακού πολυμορφισμού, κάτι που δείχνει τη ζωτική σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του βιολογικού και περιβαλλοντικού παράγοντα.

Οι Stefanis et. al. (2004), υποστηρίζουν τη θετική σχέση μεταξύ κάνναβης και σχιζοφρενικών συμπτωμάτων στον ελληνικό πληθυσμό, που προκύπτει από τα αποτελέσματα περιγραφικής συναφειακής (cross-sectional) έρευνας στο γενικό πληθυσμό.

Η ηρωίνη φαίνεται να σχετίζεται με ψυχωτικού τύπου διαταραχές και ψυχοπαθητική συμπεριφορά, ειδικά σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες, αλκοόλ και ψυχοδιεγερτικές ουσίες.

Η κοκαΐνη και τα διεγερτικά είναι ικανά για την πρόκληση βραχείας ψυχωτικής αντίδρασης και παρανοϊκών ιδεών. Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις για εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μετά από μακρόχρονη χρήση που θα μπορούσαν να παίζουν κάποιο ρόλο στην εκδήλωση σχιζοφρένειας, αλλά γενικότερα δεν υπάρχει αρκετή έρευνα για τη στήριξη ενός τέτοιου συμπεράσματος. Μακρόχρονη χρήση διεγερτικών, φαίνεται επίσης να μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και διαταραχές διάθεσης. Οι πιθανές αυτές επιδράσεις της κοκαΐνης και των διεγερτικών γενικότερα, σχετίζονται με την άμεση επίδρασή τους στο σύστημα ντοπαμίνης και την αυξημένη απελευθέρωσή της.

Γ. Τρίτος παράγοντας

Η τρίτη υπόθεση αναφέρεται στην ταυτόχρονη ύπαρξη ψυχοδραστικών ουσιών και ψυχικής ασθένειας, έχοντας μια κοινή βάση. Αυτή η κοινή βάση ή αιτιώδης παράγοντας, θα έλεγε κανείς πως είναι βιολογικοί και κοινωνικοί, που συνδέονται με το ιστορικό του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο μεγάλωσε. Στην κατηγορία αυτή πολλές θεωρίες μπορούν να συμπεριληφθούν και ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω.

Γενετικός παράγοντας.

Οι γενετικοί παράγοντες συντελούν είτε σε ψυχικές διαταραχές ή σε διαταραχές χρήσης ουσιών. Δεν έχει αποδειχθεί αν ο ίδιος κοινός αιτιολογικός γενετικός παράγοντας κρύβεται πίσω από τα διαφορετικά είδη διαταραχών. Χρειάζονται έρευνες που να εξετάζουν αν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχών χρήσης ουσιών στις οικογένειες ατόμων με ψυχική διαταραχή, ή αντιστρόφως αν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών στις οικογένειες ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών. Τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών είναι αντικρουόμενα και δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ενός τέτοιου συμπεράσματος.

Νευροβιολογικοί παράγοντες.

Η θεωρία του βιολογικού παράγοντα απορρέει από τη νευροβιολογία των ατόμων με διπλή διάγνωση. Αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν η Λεωνιδάκη και Μαλλιώρη (2009), ότι η συνύπαρξη σχιζοφρένειας και τοξικοεξάρτησης απορρέει τις ίδιες βιολογικές ανωμαλίες και τα ίδια γνωστικά ελλείμματα. Κάποια δυσλειτουργία στο ντοπαμινεργικό σύστημα ευθύνεται τόσο για την σχιζοφρένεια, όσο και για την εξάρτηση από τις ουσίες. Όλες οι εξαρτητικές ουσίες επιδρούν άμεσα ή έμμεσα στο σύστημα της ντοπαμίνης και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ευφορίας του χρήστη, την έντονη ευχαρίστηση και επιθυμία για χρήση.

Επίσης, με την αύξηση τη ντοπαμίνης σε υγιή άτομα, έχει παρατηρηθεί η σχέση της με τη σχιζοφρένεια, καθώς και εκδηλώσεις ψυχωτικών επεισοδίων. Επομένως, αυτό αφορά μια βιολογική προδιάθεση του ατόμου και είναι άρρηκτα συνδεδεμένο και με τη νευροβιολογία της επιθετικότητας (Λεωνιδάκη & Μαλλιώρη, 2009).

Τραυματική εμπειρία.

Μία διαφορετική εκδοχή είναι ότι και τα δύο είδη διαταραχών είναι αποτέλεσμα τραυματικής εμπειρίας που έχει συμβεί στο παρελθόν. Σε έρευνα που διεξήχθη από της Kolodziej et al. (2005), βρήκαν ότι το 21% των ατόμων με διάγνωση διπολικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών, εμφάνιζε παράλληλα και διαταραχή μετατραυματικού άγχους.

Ωστόσο, οι έρευνες αυτές δεν είναι αρκετές για να αποφανθούμε ότι η προηγούμενη τραυματική εμπειρία είναι η αιτία και των δύο διαταραχών. Τα άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών μπορεί να έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν κάποια τραυματική εμπειρία και να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες, όταν εκτεθούν σε τραυματική εμπειρία, λόγω των λιγότερο ανεπτυγμένων μηχανισμών αντιμετώπισης. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με ψυχική διαταραχή. Για να οδηγηθεί λοιπόν κανείς σε έγκυρα συμπεράσματα για το

είδος της σχέσης μεταξύ ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Διαταραχές προσωπικότητας.

Στους τρίτους παράγοντες εμπίπτουν και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η παρορμητικότητα, η αναζήτηση έντονων συναισθημάτων και η ευαισθησία στο άγχος είναι χαρακτηριστικά προσωπικότητας που φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις διαταραχές χρήσης ουσιών. Σε συναφειακές έρευνες, έχει βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν ταυτόχρονα διαταραχή χρήσης ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας επιδεικνύουν μεγαλύτερη παρορμητικότητα.

Μάλιστα, μια πρόσφατη μακρόχρονη έρευνα βρήκε ότι η διαταραχή συμπεριφοράς και η διαταραχή προσωπικότητας στο ξεκίνημα της εφηβείας είναι παράγοντες πρόβλεψης για διαταραχή χρήσης ουσιών (Cohen et. al., 2007). Η παρορμητικότητα είναι ένα παράδειγμα από τα πολλά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που μπορούν να αναφερθούν.

Διάφοροι άλλοι παράγοντες.

Διάφοροι άλλοι παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην συννοσηρότητα ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών. Βιβλιογραφικά, προκύπτει ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν άμεση σχέση με τη χρήση ουσιών και την κατάθλιψη. Τα οικογενειακά προβλήματα, τα ανεπαρκή οικογενειακά όρια, η έλλειψη οριοθέτησης, η ανεργία, το χρόνιο και άμεσο στρες και η χαμηλή κοινωνική τάξη έχουν συνδεθεί τόσο με τη χρήση ουσιών, όσο και με την κατάθλιψη (Volkow, 2004).

4. Μοντέλο διπλής κατεύθυνσης

Τέλος, η τέταρτη υπόθεση είναι το μοντέλο της ανεξάρτητης συνύπαρξης της ουσιοεξάρτησης και ψυχικής διαταραχής που θεωρούνται οι διαταραχές προσωπικότητας, όπως οι αντικοινωνικές και οριακές διαταραχές. Οι Clark et al.

(2002) υποστηρίζουν ότι οι αντικοινωνικές συμπεριφορές στην παιδική ηλικία, όπως επιθετικότητα απέναντι σε ανθρώπους και ζώα, καταστροφή περιουσίας, κλοπές, παραβιάσεις προκύπτουν από τη συσσωρευμένη αντιξοότητα που καλείται να αντιμετωπίσει ο χρήστης ουσιών.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο ασθενής υποφέρει από δυο διαφορετικές διαταραχές που η μία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από το ποια είναι η αιτία τους. Οι διαταραχές μπορεί να μην σχετίζονται μεταξύ τους, εννοώντας πως η πορεία της κάθε διαταραχής είναι ανεξάρτητη, είτε καθεμία να προδιαθέτει για την εμφάνιση της άλλης.

Η αξία του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στο ότι η συνεμφάνιση ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών μπορεί να αλλάξουν την παρουσία η μία της άλλης, κάνοντας τη διάγνωση και τη θεραπεία πιο δύσκολη. Έτσι, αυτό το μοντέλο επίσης τονίζει την αξία των μελετών για την επιδημιολογία και τη θεραπεία της διπλής διάγνωσης και δίνει έμφαση στο ότι η θεραπεία της μιας των δύο διαταραχών θα βελτίωνε την πορεία της άλλης.

Εξετάζοντας επομένως την 4^η υπόθεση, δείχνει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ βασικών ψυχικών διαταραχών με την εξάρτηση ουσιών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας, στις διαταραχές διαγωγής, στις αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης, τις διαταραχές προσωπικότητας και στη σχέση της ουσιοεξάρτησης με την αυτοκτονία.

Η συνύπαρξη χρήσης ουσιών με ψυχικές διαταραχές αφορά σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως είναι οι ψύχωση και οι συναισθηματικές διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας. Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πως οι οργανικού τύπου ψυχικές διαταραχές που μπορεί να προκληθούν κατά τη διάρκεια της χρήσης δεν συνάδουν με τις ψυχικές διαταραχές που αναφέρονται στα δύο ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10, διότι αυτά είναι απόρροια της στέρησης της ουσίας και τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά την πάροδο

ενός μήνα. Οι παράνοιες, που συχνά αναφέρονται κατά τη διάρκεια της χρήσης ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (Νικολάου & Μάτσα, 2004).

1.8.3 Τοξικοεξάρτηση γένους θηλυκού

Ενδιαφέρον προκαλεί στη διεθνή κοινότητα ο αριθμός των εξαρτημένων γυναικών από ψυχοδραστικές ουσίες. Είναι γεγονός ότι τα ποσοστά εξάρτησης των γυναικών, είναι αρκετά μεγαλύτερα σε σύγκριση με αυτό των ανδρών (Rhodes, Gottfredson & Hill, 2018). Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει δημοσιεύσει το ΕΚΤΕΠΝ το 2018, οι γυναίκες χρήστριες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν προβλήματα στην ψυχική τους υγεία, σε σχέση με τους άνδρες, ενώ παρ' όλα αυτά φαίνεται να αποτελούν τη μειονότητα στα θεραπευτικά προγράμματα (Κουκίδης, Κολιός & Βλάχου, 2020).

Η πλειοψηφία των γυναικών χρηστών έχει διαγνωστεί με τουλάχιστον μια συναισθηματική ή αγχώδη διαταραχή. Οι γυναίκες που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών έχουν ως σκοπό να αντιμετωπίσουν έναν πρότερο στρεσογόνο παράγοντα στη ζωή τους, που βιώνεται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό. Συναισθηματικός πόνος, βία, σεξουαλική κακοποίηση, τραυματικά γεγονότα και αστεγία αποτελούν λόγους εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής στρες, κατάθλιψης και άγχους (Κασσέρη & Αυδή, 2008).

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της κατάχρησης ουσιών για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, παρόλο που ο επιπολασμός της οριακής διαταραχής προσωπικότητας δεν διαφέρει ανάμεσα στα φύλα (Goldstein, Smith, Dawson and Grant, 2015). Επιπροσθέτως, ενώ η αποφευκτική και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν αρνητικούς προβλεπτικούς παράγοντες όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών από άντρες, στις γυναίκες αντίθετα δεν εμφανίζεται η ίδια δυνατότητα πρόβλεψης (Goldstein et al., 2015).

Άλλες διαταραχές, όπως οι διατροφικές διαταραχές, παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στο γυναικείο πληθυσμό, συνδυαστικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, δημιουργώντας δυσμενείς συνθήκες θεραπείας για τις γυναίκες χρήστριες (Greenfield et al., 2011).

Εδώ έρχεται να προστεθεί για ακόμα μία φορά η κοινωνική διάσταση του στίγματος στις γυναίκες χρήστριες. Η χρήση δεν ταυτίζεται με τη γυναίκα. Στερεοτυπικές αντιλήψεις έχουν αντίκτυπο στην σημερινή κοινωνία που θέλει τον άντρα να βρίσκεται μόνο στη χρήση. Η μαζική υπερεκπροσώπηση των ανδρών στην ηρωίνη δεν φαίνεται να παρατηρείται σε άλλα είδη ουσιών (Κουκίδης και συν., 2020).

Το κοινωνικό στίγμα αποκλείει τις γυναίκες, πολλές φορές, από την πρόσβασή τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Είναι συχνό φαινόμενο, ένα ποσοστό των γυναικών να μην επιθυμούν τη συμμετοχή τους σε θεραπεία, διότι φοβούνται την εμπλοκή με τον νόμο ή ακόμα και την απώλεια της επιμέλειας των παιδιών τους. Κυριαρχούν συναισθήματα, όπως η ενοχή, ο φόβος, η ντροπή και αυτά δείχνουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις του στίγματος.

1.9 Αστεγία

1.9.1 Ορισμοί, κατηγοριοποίηση και ψυχικές διαταραχές αστέγων

Στο αστικό περιβάλλον ο αριθμός των αστέγων συνεχώς αυξάνεται. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης η αστεγία έγινε ακόμα πιο ορατή με ολοένα και περισσότερους αστέγους να διαβιούν στον δρόμο. Από το τέλος του 20ού αιώνα μέχρι και σήμερα, η στεγαστική αποστέρηση είναι ένα από τα πιο σύνθετα, οδυνηρά και με εκθετικά ανοδική τάση κοινωνικά ζητήματα, η οποία βιώνεται από ένα τμήμα του συνολικού πληθυσμού που ζει σε συνθήκες ευαλωτότητας. Η οικονομική κρίση οδηγεί στη μείωση των επιδομάτων και κονδυλίων, στο κλείσιμο των ψυχιατρικών μονάδων και τη μη χρηματοδότησή τους, όπως επίσης και στο κλείσιμο των μονάδων

ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης αστέγων χρηστών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όλος αυτός ο πληθυσμός να βρεθεί ξανά άστεγος.

Σύμφωνα με την European Federation of National Organizations Working with the Homeless (ETHOS) και το European Observatory on Homelessness, ως άτομο με έλλειψη στέγης ορίζεται: *«ο μη έχων μια αξιοπρεπή κατοικία (ή χώρο) επαρκή για να καλύψει τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του (φυσική διάσταση), δεν είναι σε θέση να διατηρήσει το απόρρητο και να απολαύσει κοινωνικές σχέσεις (κοινωνική διάσταση), και ο μη έχων αποκλειστική κατοχή, ασφάλεια και νόμιμο τίτλο (νομική διάσταση)»*.

Στην Ελλάδα, θεσμικά η αστεγία ορίζεται στον Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012), σύμφωνα με το άρθρο 29, παρ.1 & 2: *«Ως άστεγοι ορίζονται όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης»*.

Συμβατικοί ορισμοί της αστεγίας αναφέρουν πως άστεγος θεωρείται το άτομο που χαρακτηρίζεται από έλλειψη σταθερής στέγης, στα άτομα που υπάρχει η εναλλαγή σπιτιού και δρόμου, μεταφερόμενοι από το δρόμο σε σπίτι και το αντίστροφο, άνθρωποι που διαμένουν σε καταφύγια αστέγων, κοινωνικές κουζίνες και ξενώνες. Ωστόσο, ο όρος της αστεγίας για να αντικατοπτριστεί είναι στην πραγματικότητα εκτενέστερος και δύσκολο να θεσμοθετηθεί μέσα σε «καλούπια». Ακόμη και άτομα που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες θεωρούνται άστεγα (Fischer & Breakey, 1991).

Ο Scott (1993) διαχωρίζει τους άστεγους σύμφωνα με τη χρονιότητα, τη γεωγραφική θέση εντοπισμού τους και τα χαρακτηριστικά τους. Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η τοποθέτηση της Ravenhill (2008), η οποία λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της έννοιας «εστία» και τον συσχετισμό της με υποκειμενικούς

παράγοντες, κατηγοριοποιεί εστιάζοντας στους παράγοντες και όχι στον όρο «άστεγος».

α) Άστεγοι (roofless). Αυτή η κατηγορία απαρτίζεται από τα άτομα τα οποία η κοινωνία θεωρεί ως άστεγα. Συγκεκριμένα αφορά όσους δεν έχουν μια στέγη και τα βράδια αναγκάζονται να κοιμηθούν σε δρόμους, παγκάκια, πάρκα ή ανάμεσα σε θάμνους.

β) Οι στερούμενοι κατοικίας (homeless). Άτομα που δεν ανήκουν στη προηγούμενη κατηγορία, οι οποίοι θεωρούνται επίσης άστεγοι καθώς διαβιούν σε τροχόσπιτα, σκηνές, υπόστεγα, αυτοκίνητα.

γ) Άτομα που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης (precariously housed). Άτομα σε καταλήψεις, ξενώνες και φθηνά ξενοδοχεία (hostels), σπίτια οικείων, όσοι αναμένεται να υποστούν έξωση και άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά καταλύματα.

δ) Άτομα που διαβιούν σε ανεπαρκή/ακατάλληλα καταλύματα (adequate housing)

Αντίθετα συμπεριλαμβάνει και μορφές έλλειψης στέγης οι οποίες, σε πρώτη δεν θα ήταν ορατές. Κρυφές μορφές ή περιπτώσεις στις οποίες υποβόσκει ο κίνδυνος του στεγαστικού αποκλεισμού, όπως η ενδοοικογενειακή βία ή τα υπερχρεωμένα νοικοκυριά, συμπεριλαμβάνονται σε αυτή την τυπολογία (Κουραχάνης, 2015).

Η απώλεια της σταθερής στέγασης αποτελεί ένα γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική λειτουργία των ατόμων, συμβάλλοντας στην δυσκολία κάλυψης των καθημερινών τους αναγκών. Εκπληρώνοντας τη βασική ανάγκη για κάλυψη στέγης, μπορούν να τεθούν νέοι στόχοι ανάκαμψης και βοήθειας (Kerman, Sylvestre, Aubry, Distasio & Schütz, 2018).

Οι Gaebel και Zielasek (2015), αναφέρουν ότι το 50% του πληθυσμού των αστέγων εμφανίζουν κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής, ενώ ένα επιπλέον 25% υποφέρει από συννοσηρότητα ψυχικής ασθένειας και προβλήματα χρήσης ουσιών.

Η κατάχρηση ουσιών από αστέγους και συγκεκριμένα παράνομων και φθηνών ουσιών που έχουν εμφανιστεί στο προσκήνιο, αποτελεί μια παγκόσμια ανησυχία στην

χάραξη πολιτικών για την αντιμετώπιση των ψυχοδραστικών ουσιών, παρά για άλλες εξαρτήσεις, όπως για παράδειγμα το αλκοόλ.

Άστεγοι που ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ήταν πολύ περισσότερο πιθανόν να έχουν χρησιμοποιήσει περισσότερη κοκαΐνη και μαριχουάνα απ' ό τι οι νέοι χρήστες συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι μικρότερης ηλικίας χρήστες ουσιών φαίνεται πως κάνουν περισσότερο περιστασιακή χρήση των ψυχοτρόπων ουσιών σχετικά με τα άτομα που βρίσκονται πάνω από 35 χρόνια στη χρήση. Αν και η καθημερινή χρήση μαριχουάνας και κοκαΐνης ελαφρώς αυξήθηκε ανάμεσα στο νεαρό πληθυσμό, τα πρωτεία βρίσκονται στις ηλικίες 35+.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014 στο δήμο της Αθήνας έδειξε πως οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς κατά την πλειονότητά τους ήταν άνδρες (74%) και δεν είχαν καμία ψυχιατρική περίθαλψη από την κοινωνική πρόνοια και μονάδες ψυχιατρικής αποκατάστασης. Παράλληλα, οι μισοί σχεδόν (44,4%) των ψυχιατρικών περιπτώσεων λάμβανε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (Χονδράκη, Π., Μαδιανός, Μ.Γ., Δραγιώτη, Ε., & Παπαδημητρίου, Γ.Ν., 2013).

Επίσης, μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά των αστέγων του Δήμου Αθηναίων, όπως προέκυψαν από την πιλοτική καταγραφή του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2018), εστιάζοντας στους ορατούς άστεγους. Η μελέτη ανέδειξε δύο μεγάλες κατηγορίες αστέγων. Την πρώτη κατηγορία αποτελούν οι νεοάστεγοι, οι οποίοι βρέθηκαν στο δρόμο εξαιτίας της οικονομικής αδυναμίας που προκλήθηκε από την οικονομική κρίση. Οι άνθρωποι αυτοί απολάμβαναν αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης πριν από την κρίση και διέθεταν ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο. Έγιναν άστεγοι λόγω δομικών παραγόντων, όπως είναι η ανεργία και οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες (Theodorikakou et al., 2013). Τη δεύτερη κατηγορία αποτελούν άστεγοι θεωρούμενοι ως «αποκλίνοντες», που χαρακτηρίζονται από πολλαπλό κοινωνικό στιγματισμό και μειονεξίες (χρήστες ναρκωτικών ουσιών, πρόσφυγες, μετανάστες, Ρομά, ΛΟΑΤΚΙ, ψυχικά ασθενείς κ.ά.)

Σύμφωνα με έρευνες που αφορά τους αστέγους έδειξε το υψηλό ποσοστό ύπαρξης ψυχικών διαταραχών. Έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότεροι άστεγοι έχουν συναισθηματικές διαταραχές και σχιζοφρένεια. Εκτός των συναισθηματικών διαταραχών εμφανίζονται και άτομα με φοβίες, με διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνική και αγχώδεις διαταραχές.

Στο ερωτηματολόγιο γενικής ψυχοπαθολογίας, SCL-90 (Derogatis, 1977), που δόθηκε σε άστεγο πληθυσμό, παρατηρήθηκαν επίσης υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, κάτι που και στην παρούσα έρευνα έχει δοθεί για να μετρηθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Έρευνες για τη συσχέτιση μεταξύ άστεγου πληθυσμού και φύλου είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο και δεν υπάρχουν πολλά αποτελέσματα. Το American Psychologist αναφέρει ότι το 22% ανδρών και γυναικών είχαν διαταραχή προσωπικότητας με κυριότερες τις παρανοειδής, σχιζοειδής και σχιζότυπη και σε πολύ μικρό ποσοστό η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (Fischer & Breakey, 1991).

1.9.2. Αυτοκτονική συμπεριφορά αστέγων

Μεγάλη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της αστεγίας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Έχοντας ένας άστεγος για μεγάλο χρονικό διάστημα αυτοκτονικό ιδεασμό, μπορεί να σχεδιάσει μια απόπειρα αυτοκτονίας, που ωστόσο να μην καταφέρει να την ολοκληρώσει, βάζοντας δηλαδή τέρμα στη ζωή του (Brown et al., 2021).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 800.000 άτομα αυτοκτονούν ημερησίως, σημειώνοντας αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια. Με βάση τα στοιχεία του 2019 ήταν η τέταρτη (4^η) αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 15-29 ετών. Το προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα κινδύνου αδιαμφισβήτητα. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε αναφέρει πως υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ νέων που βιώνουν την έλλειψη στέγης

και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Bommersbach, Stefanovics, Rhee, Tsai, & Rosenheck, 2020).

Διάφοροι κοινωνικό δημογραφικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην πρόβλεψη της αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, των οικονομικών, οικογενειακής κατάστασης και επίπεδο εκπαίδευσης. Για την πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αρκεί κανείς να διαπιστώσει την πρόσφατη σωματική ή ψυχική κατάσταση, το ιστορικό κατάθλιψης, χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλ, ιστορικό ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας και προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. (Eynan et al., 2002).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την έλλειψη στέγης αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες αυτοκτονικής συμπεριφοράς που αξίζει να αναφερθούν. Αρχικά, η παιδική έλλειψη στέγης και το διάστημα που ένα άτομο διαβεί στο δρόμο αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα. Διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών, που το άτομο δε λαμβάνει κάποιου είδους υποστηρικτική βοήθεια από κάποιο οργανισμό, συμβάλλει στη δημιουργία ενστίκτων επιβίωσης στο δρόμο (Scott et al., 2010).

Επιπλέον η αντίληψη της έλλειψης αυτοεκτίμησης που έχει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του, η μοναξιά, το αίσθημα του ότι δεν ανήκουν πουθενά, ταλανίζονται σε ένα φαύλο κύκλο, όντας παγιδευμένοι, οδηγούνται πολλές φορές στις αυτοκτονικές σκέψεις. Αισθήματα ενοχής και αυτοκατηγορίας για το τι έχει συμβεί λάθος στη ζωή τους ή τι θα μπορούσαν να έχουν αλλάξει βρίσκονται στο επίκεντρο. Το στίγμα που περιβάλλουν τα ουσιοεξαρτώμενα άστεγα άτομα, τα οποία είναι διπλά στιγματισμένα από επιστημονικούς και μόνο όρους, η έλλειψη ενός υποστηρικτικού δικτύου, η μη πρόσβαση του σε παροχή υπηρεσιών της κοινότητας και πλαισίου που θα τους βοηθήσει στα πρώτα τους βήματα να επανενταχθούν στην κοινωνία, είναι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που φαίνεται μια ατέρμονη και αέναη διαδικασία γι' αυτά τα άτομα. (Boyd, Hayward, Bassett, & Hoff, 2016)

Διεθνώς η βιβλιογραφία έχει να επιδείξει και σημαντικές αναφορές στο θέμα της αστεγίας και της τοξικοεξάρτησης. Οι Alison Duke και Adam Searby αναφέρουν

χαρακτηριστικά πως οι άστεγοι και συγκεκριμένα οι γυναίκες άστεγες αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, απ' ό,τι τα άτομα που διαμένουν σε κάποιο εστία. Προφανώς, οι προστατευτικοί παράγοντες είναι σχεδόν μηδαμινοί και η έκθεση σε κινδύνους είναι εξαιρετικά αυξημένη. Εδώ έρχεται για ακόμα μια φορά το ζήτημα της έμφυλης διάστασης της ουσιοεξάρτησης. Μελέτες στη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι το άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη και διαταραχές χρήσης ουσιών, βρίσκονται στο επίκεντρο. Προβλήματα ψυχικής υγείας προϋπήρχαν και σε συνδυασμό με την έλλειψη στέγης τείνουν να αυξηθούν (Duke & Searby, 2019)

Όπως αναφέρθηκε, έλλειψη στέγης και χρήση ουσιών συχνά συνυπάρχουν. Είναι αδιαμφισβήτητο ένα κοινωνικό φαινόμενο που ταλανίζει την κοινωνία. Δείγμα από νοσοκομεία, επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), δείχνει πως υπήρξε διπλάσια αύξηση των άστεγων τοξικοεξαρτημένων, κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19. Δεδομένου του αποκλεισμού του ευάλωτου πληθυσμού απ' τις υπηρεσίες υγείας, σημαίνει πως το δείγμα είναι στην πραγματικότητα πολύ μεγαλύτερο (Doran et al., 2018).

1.9.3 Μεταδιδόμενες Ασθένειες

Οι ψυχοδραστικές ουσίες αυξάνουν τον κίνδυνο διαταραχών συμπεριφοράς, που οδηγούν σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η εμφάνιση της ηπατίτιδας Β και C είναι σχεδόν δεδομένη, όταν η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών γίνεται από τους γονείς, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και ύστερα, πόσο μάλλον μεγαλώνοντας το παιδί σε ένα περιβάλλον που είναι εκτεθειμένο σε αυτούς τους κινδύνους (Dube et al., 2003).

Έχει βρεθεί επίσης, ότι η χρήση μεθαμφεταμίνης από τοξικοεξαρτημένους αστέγους, σχετίζεται με υψηλά ποσοστά HIV και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ). Αυτό συμβαίνει, διότι ο ευάλωτος αυτός πληθυσμός, προκειμένου να ανταπεξέλθει και να επιβιώσει σε συνθήκες δρόμου, αναγκάζεται πολλές φορές να

περιέλθει και σε παράνομες δραστηριότητες για την εξασφάλιση της δόσης που χρειάζεται. Δεδομένου ότι, η μεθαμφεταμίνη είναι και διεγερτική ουσία που «ανεβάζει» το άτομο, καταφεύγουν πολλές γυναίκες στην πορνεία.

Η κοινή χρήση σύριγγων είναι μερικές παράμετροι που αυξάνουν τους κινδύνους για HIV. Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες και λόγω των συνθηκών υγιεινής. Βιολογικά, ο κόλπος της γυναίκας μπορεί να επηρεαστεί περισσότερο από ενός άνδρα, όταν το γεννητικό σύστημα είναι εκτεθειμένο σε συνθήκες αστεγίας (Altice et al., 2011).

Συγκεκριμένα έρευνες αποδεικνύουν, πως υπάρχει μεγάλη σύνδεση μεταξύ διαταραχών χρήσης ουσιών, ψυχιατρικών προβλημάτων και αστεγίας. Η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών είναι άμεσα συνυφασμένη με προβλήματα υγείας, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ηπατίτιδα και πλήθος κοινωνικών προβλημάτων (Dube et al., 2003).

Όσον αφορά το AIDS είναι η συντομογραφία της ασθένειας του αποκτημένου ανοσοποιητικού ελλείμματος. Πρόκειται για μία νόσο που προκαλείται από τον ιό ανθρώπινου ανοσοελλείμματος (HIV). Ο ιός μεταδίδεται με την ανταλλαγή σωματικών υγρών, αίμα, σπέρμα και εμβρυϊκό υλικό. Η μόλυνση με σύριγγες είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη στο χώρο των εξαρτήσεων και τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την οροθετικότητα. Αυτό συμβαίνει, καθώς το άτομο προσπαθώντας να επιβιώσει σε αυτή τη συνθήκη που καλείται να ανταπεξέλθει και έχοντας μία εξάρτηση δεν χρησιμοποιεί αποστειρωμένες σύριγγες.

Τα χρόνια αστεγίας και της χρήσης στο δρόμο επηρεάζουν δραματικά την κατάσταση υγείας των ατόμων. Υπάρχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, μεταξύ των αστέγων και ιδιαίτερα στις γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερους πολλές φορές κινδύνους όσον αφορά την υγεία τους (Nordentoft & Wandall-Holm, 2003; Nusselder et al., 2013). Άτομα με σοβαρές ή χρόνιες παθήσεις, σε συνδυασμό με την έλλειψη στέγης και πολλές φορές την ρατσιστική αντιμετώπιση που δέχονται από τη δημόσια

υγεία και του αποκλεισμού τους από φορείς, όπως νοσοκομεία, δυσχεραίνει την κατάσταση υγείας τους (Hwang et al., 2009).

Παράλληλα, η έλλειψη στέγης οδηγεί στην απειλή της υγείας των ατόμων, την μη ανάρρωση τους και παίρνει πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα να αναρρώσει κανείς που βρίσκεται στο δρόμο συγκριτικά με κάποιον που βρίσκεται σε ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης (Schanzer et al., 2007). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να υπερτερεί η κατάχρηση ουσιών στο δρόμο και να μην υπάρχει πρόληψη στην υγειονομική περίθαλψη και να παρατηρείται η αύξηση της οροθετικότητας σε άστεγο τοξικοεξαρτημένο πληθυσμό (Parker, 2010).

ΜΕΡΟΣ Β': ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

2.1 Μεθοδολογία

Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της συννοσηρότητας (ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και τοξικοεξάρτησης) σε άστεγους τοξικοεξαρτημένους σε σύγκριση με εξαρτημένα άτομα που δεν είναι άστεγα.

Ποσοτική Μέθοδος

Κατά την παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε ως κατάλληλη η ποσοτική μέθοδος. Η ποσοτική μέθοδος αφορά μια διαδικασία συλλογής δεδομένων μέσω της διαρκούς παρακολούθησης και καταγραφής. Αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό (Grawitz, 2006).

Στη παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε η διαδικασία συλλογής δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίων και υπάρχουν ορισμένες υποθέσεις εργασίας.

Υποθέσεις εργασίας

Υπόθεση 1: Οι άστεγοι τοξικοεξαρτημένοι θα παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία από τους μη άστεγους.

Υπόθεση 2: Οι άστεγοι τοξικοεξαρτημένοι θα είναι περισσότερο παραβατικοί σε σχέση με τους μη άστεγους

Υπόθεση 3: οι άστεγοι τοξικοεξαρτημένοι θα έχουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα συγκριτικά με το μη άστεγο πληθυσμό

Υπόθεση 4: οι άνδρες άστεγοι τοξικομανείς ήταν πιο παραβατικοί από τις γυναίκες άστεγες τοξικομανείς

Υπόθεση 5: Οι γυναίκες άστεγες τοξικοεξαρτημένες θα έχουν υψηλότερη ψυχοπαθολογία από τους άστεγους τοξικοεξαρτημένους άνδρες

Συμμετέχοντες/ Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία διενεργήθηκε με βάση την συμπωματική, ή αλλιώς δειγματοληψία ευκολίας, κατά την οποία όπως αναφέρει ο Σταλίκας (2011), το δείγμα συγκροτείται από τα άτομα που είναι άμεσα προσβάσιμα στους ερευνητές κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

Η δειγματοληψία έγινε με την προϋπόθεση ότι επιθυμεί το άτομο να συμμετάσχει στην έρευνα και δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες φόρμα συγκατάθεσης. Επίσης, η έρευνα εγκρίθηκε από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και συγκεκριμένα από το τμήμα έρευνας. Η έγκριση του ΟΚΑΝΑ επισυνάπτεται στο παράρτημα.

Ο πληθυσμός αναφοράς της συγκεκριμένης έρευνας συνίσταται σε άρρενες και θήλειες ενήλικες. Ως κριτήριο συμμετοχής στην παρούσα μελέτη, ορίζονται όλα τα άτομα ανεξαρτήτως εθνικότητας, τα οποία είναι τοξικοεξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες, όπως ορίζεται στο σχετικό ΦΕΚ, έχουν ενεργή ψυχοπαθολογία και είναι άστεγα. Η ψυχοπαθολογία των μελών του δείγματος τεκμηριώνεται μέσω διαγνώσεων του ΚΕΠΑ (Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας), ιδιωτών ψυχιάτρων και ψυχιάτρων που στελεχώνουν τον ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ.

Ως κριτήριο αποκλεισμού τέθηκε στην έρευνα α) η μη δυνατότητα ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας, β) νοητική καθυστέρηση, γ) σοβαρές σωματικές ασθένειες που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της συνείδησης σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Brinkley, Schmitt, Smith, & Newman, 2001; Calvo et al., 2016; de Tribolet-Hardy et al., 2014) και δ) άτομα που μόλις έχουν κάνει τη χρήση τους και η νοητική και διανοητική τους ικανότητα δεν τους επιτρέπει να έχουν διαύγεια. Το

δείγμα αποτελείται από 130 άτομα, που δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε τις ημερομηνίες από αρχές Δεκεμβρη μέχρι τέλη Γενάρη για τον πληθυσμό των αστέγων, ενώ για τον πληθυσμό των μη αστέγων το μήνα Μάιο.

Το δείγμα συλλέχθηκε από τον ΟΚΑΝΑ και συγκεκριμένα, από το Χώρο Εποπτευόμενης Χρήσης, από το Υπνωτήριο Αστέγων του ΟΚΑΝΑ και από τον Ξενώνα Άστεγων Τοξικοεξαρτημένων. Ο Ξενώνας είναι μια καινοτόμα πρωτοβουλία που τέθηκε σε ισχύ κατά τη διάρκεια της καραντίνας, όπου οι αφανείς πολίτες της χώρας, οι άστεγοι, ήταν αυτοί που απέμειναν στους δρόμους τη διάρκεια της καραντίνας. Ο Δήμος Αθηναίων με το Κέντρο Υποδοχής Αστέγων (ΚΥΑΔΑ), τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) με τη βοήθεια της «Αποστολής» της Ιεράς Μονής Αρχιεπισκοπής Αθηνών και με τη συνεργασία του Δικτύου Ομότιμων Χρηστών Ψυχοδραστικών Ουσιών, της «PRAKSIS» , Γιατρών του Κόσμου, του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος «Προμηθέας», του Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», και του Οργανισμού «STEPS» δημιούργησαν μια νέα δομή προσωρινής – μεταβατικής φιλοξενίας προκειμένου να βρουν στέγη και φροντίδα συμπολίτες μας που είναι άστεγοι και ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού ή/και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Ο Ξενώνας παρέχει υπηρεσίες στέγασης και νοσηλευτικής φροντίδας, ατομικής υγιεινής, συμβουλευτικής, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και βοήθεια στην επανένταξη είτε σε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, είτε στη διεκπεραίωση διάφορων νομικών και γραφειοκρατιών εκκρεμοτήτων σε 24ωρη βάση. Στο χώρο μπορούν να φιλοξενηθούν 70 άτομα με δυνατότητα έως 140 άτομα και για διάστημα 6 μηνών (Δήμος Αθηναίων, 2020).

Ο πρώτος Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης στην Ελλάδα "STEKI 46" ξεκίνησε τη λειτουργία του στο κέντρο της Αθήνας βάσει της άδειας λειτουργίας που εκδόθηκε με την υπ' αριθμ. Υπουργική Απόφαση Δ2α/64914/5-11-2021. Με το ΦΕΚ 1607/Β/27-

4-2020 καθορίστηκαν σαφώς και ρητά οι όροι και οι προϋποθέσεις της ίδρυσης και λειτουργίας των Χώρων Εποπτευόμενης Χρήσης (ΧΕΧ) στην Ελλάδα.

Ο Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης ουσιαστικά, αποτελεί τον χώρο, στον οποίο ενεργοί χρήστες μπορούν να κάνουν χρήση ουσιών επιτηρούμενοι, με ασφάλεια, με καθαρά σύνεργα, μειώνοντας τους κινδύνους για την υγεία τους, αλλά και τη μετάδοση νοσημάτων. Η θεραπευτική προσέγγιση συνοδεύεται με τη φροντίδα υγείας και τη διασύνδεση των ωφελομένων με άλλες υπηρεσίες, με απώτερο στόχο την ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Παράλληλα, ο Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης συμβάλει στον περιορισμό της όχλησης που μπορεί να δημιουργείται στα σημεία συνάθροισης των ουσιοεξαρτημένων, αλλά και της παραβατικότητας που πιθανόν συνδέεται με τη χρήση.

Υπάρχουν δώδεκα (12) θέσεις ενέσιμης και εισπνεόμενης χρήσης, όπου οποιοδήποτε άτομο επιθυμεί μπορεί να προσέλθει στο χώρο με τις δικές του ναρκωτικές ουσίες και να κάνει χρήση. Λειτουργεί καθημερινά 9 π.μ. με 3 μ.μ., ενώ σύντομα ανακοινώθηκε πως θα υπάρξει επέκταση του ωραρίου λειτουργίας. Διατίθενται υλικά ασφαλέστερης χρήσης, παρέχεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω εξειδικευμένου προσωπικού (γιατροί, νοσηλεύτες), αντιμετώπιση overdose, δυνατότητα εισπνεόμενης ναλοξόνης, διασύνδεση και παραπομπές του ατόμου σε διάφορες υπηρεσίες, ατομική υγιεινή, σίτιση, μπάνιο και παροχή ρουχισμού και τέλος ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Τα άτομα μπορούν να κάνουν τη χρήση τους και στη συνέχεια να περάσουν στον πρώτο όροφο, όπου βρίσκεται ο σταθμός φροντίδας εξαρτημένων ατόμων. Εκεί έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο) και τους παρέχεται ένα πρόχειρο γεύμα και να καθίσουν στο χώρο όση ώρα επιθυμούν (ΟΚΑΝΑ, 2021).

Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης

Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία. Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με βασικούς άξονες ερωτήσεων κλειστού τύπου, όπως το φύλο, η ηλικία, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, χρόνια ανεργίας, χρόνια στην χρήση, καθώς και στοιχεία ψυχιατρικού ενδιαφέροντος και παραβατικότητας (εάν υπάρχει ύπαρξη ή όχι ψυχικής διαταραχής και ποια διάγνωση), όπως επίσης και οροθετικότητας.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας–Symptom Checklist 90-R [SCL-90].

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R [SCL-90]) αναπτύχθηκε από τον από τον Derogatis (1977) και επικεντρώνεται στην καταγραφή της ήδη υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Σκοπός της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας ήταν να καταγράψει την παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία, μέσω προτάσεων αναφοράς που περιγράφουν συμπεριφορικές, ψυχολογικές και σωματικές αιτιάσεις (Ντόνιας, Καραστεργίου, & Μάνος, 1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 2, 42-48.)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας αποτελείται από 90 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 9 υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αυτές είναι: η σωματοποίηση, η ψυχαναγκαστικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός, και διάφορες αιτιάσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν τις ερωτήσεις μέσω μιας 5-βάθμιας κλίμακας Likert από το 0 (Καθόλου) έως το 4 (Υπερβολικά) ανάλογα με τον βαθμό ενόχλησης που τους έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα που περιγράφεται στην κάθε πρόταση.

Η Κλίμακα εξάγει έναν συνολικό δείκτη συμπτωμάτων ο οποίος προκύπτει ως το πηλίκο του αθροίσματος της βαθμολόγησης όλων των ερωτήσεων και του συνολικού αριθμού των ερωτήσεων που απαντήθηκαν, μια συνολική βαθμολογία για τα θετικά συναισθήματα η οποία προκύπτει ως άθροισμα του αριθμού των ερωτήσεων οι οποίες είχαν μη μηδενική απάντηση και έναν δείκτη ενόχλησης των θετικών συναισθημάτων, ο οποίος προκύπτει ως το πηλίκο του αθροίσματος της βαθμολόγησης

για όλες τις ερωτήσεις και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων. Σχετικά με την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου η κλίμακα Ψυχοπαθολογίας έχει μεταφραστεί στα ελληνικά μέσω της διαδικασίας της αντίστροφης μετάφρασης και έχει προσαρμοστεί στο ελληνικό δείγμα από όπου προέκυψε πως έχει ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου καθώς και συγκλίνουσα εγκυρότητα.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας – General Health Questionnaire (28) – GHQ (28). Η παραγοντική ανάλυση του GHQ-28 περιλαμβάνει τέσσερις (4) υποκλίμακες, 7 στοιχείων: σωματικά συμπτώματα (στοιχεία 1-7), άγχος-αϋπνία (στοιχεία 8-14), κοινωνική δυσλειτουργία (στοιχεία 15-21), σοβαρή κατάθλιψη (στοιχεία 22-28). Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και διαλογής ως εργαλείο τη ψυχολογικής ευεξίας και ανίχνευσης σωματικών συμπτωμάτων και πιθανή ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Το GHQ-28 αντιμετωπίζει δύο βασικές ανησυχίες: α) την αδυναμία εκτέλεσης κανονικών λειτουργιών και β) την εμφάνιση νέων και οδονηρών φαινομένων (Goldberg & Hillier, 1978).

Υπάρχει μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα του άγχους και τη συνολική βαθμολογία, που δείχνει ότι το άγχος είναι κοινό σύμπτωμα ψυχιατρικών διαταραχών (Goldberg & Hillier, 1978). Αντίστοιχα, οι υποκλίμακες δεν είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη και οι δευτερεύουσες βαθμολογίες δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για να υποδεικνύουν συγκεκριμένες ψυχολογικές διαγνώσεις. Αντίθετα, το μέτρο χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της παρουσίας συμπτωμάτων σε σύγκριση με αυτό που είναι φυσιολογικό για το άτομο (Salter et. Al, 2013).

Όσο για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχει εξεταστεί με δοκιμές και έχει πραγματοποιηθεί επανέλεγχος. Σε δείγμα 20 ατόμων αναφέρθηκε εξαιρετική δίμηνη αξιοπιστία δοκιμής επανεξέτασης. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο επιτρέπει διαθέτει ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων.

Στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών (Garyfallos et al, 1991)

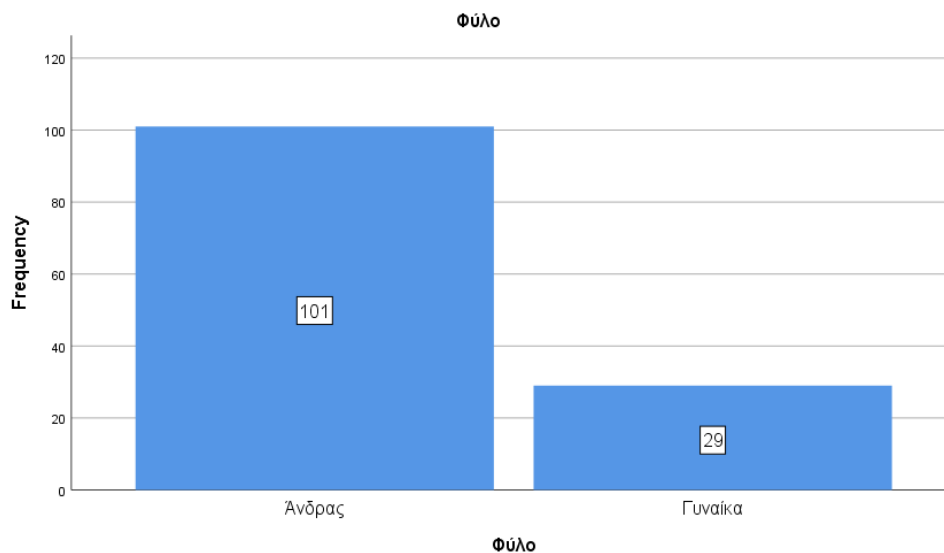
2.2 Αποτελέσματα

Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελούνταν από 189 τοξικομανείς εκ των οποίων οι 130 (68,8%) ήταν άστεγοι και οι 59 (31,2%) δεν ήταν άστεγοι.

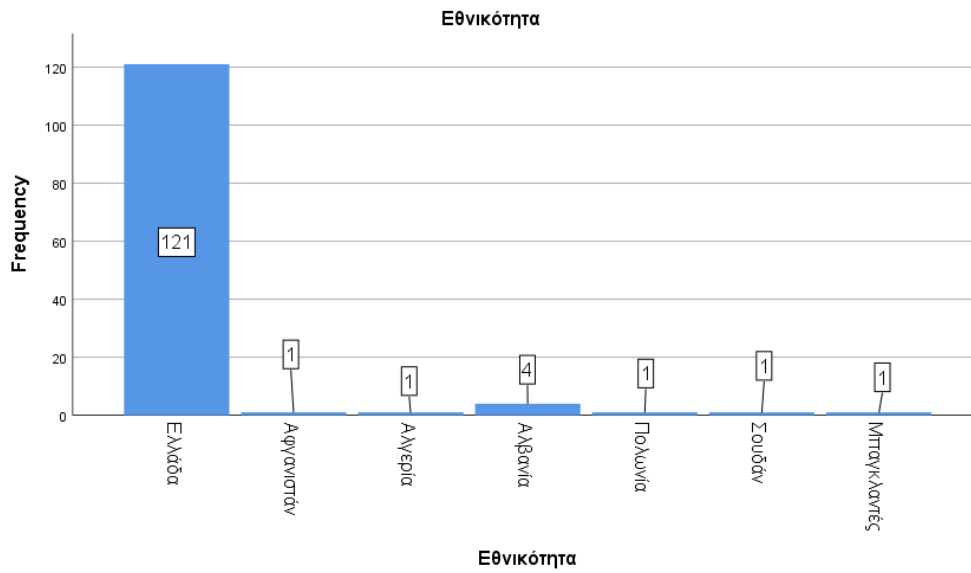
Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Άστεγοι

Όσον αφορά τους άστεγους (N=130), το 77,7% (n=101) ήταν άνδρες και το 22,3% (n=29) ήταν γυναίκες (Διάγραμμα 1). Οι ηλικίες των αστέγων κυμαίνονταν μεταξύ 19 και 65 ετών (M= 44.09, SD= 9.57) (Πίνακας 1). Επίσης, το 93,1% (n=121) είχαν ελληνική εθνικότητα (Διάγραμμα 2).

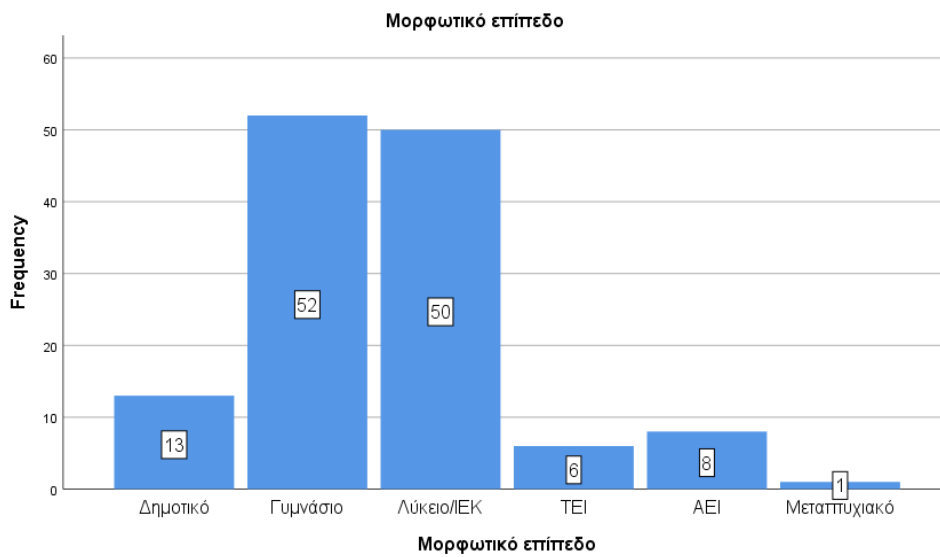


Διάγραμμα 1 : Φύλο αστέγων



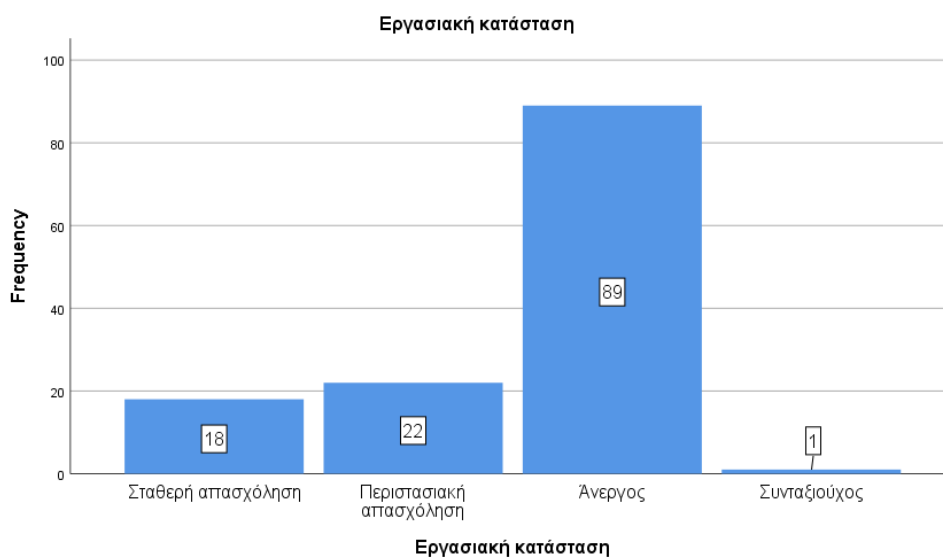
Διάγραμμα 2 : Εθνικότητα αστέγων

Το 10% (n=13) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 40% (n=52) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 38,5% (n=50) ήταν απόφοιτοι λυκείου/ΙΕΚ, ενώ το 4,6% (n=6) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 6,2% (n=8) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και το 0,8% (n=1) είχαν μεταπτυχιακό (Διάγραμμα 3).

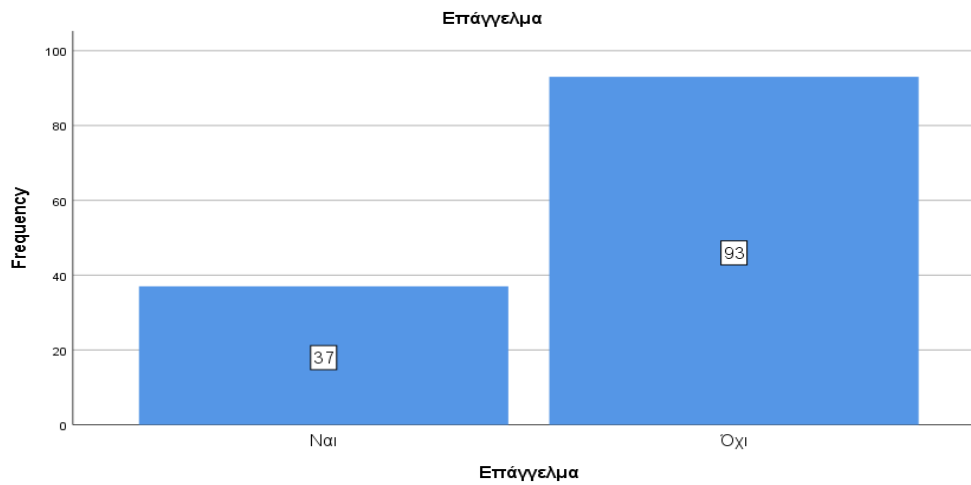


Διάγραμμα 3 : Μορφωτικό επίπεδο αστέγων

Το 13,8% (n=18) είχαν σταθερή απασχόληση, το 16,9% (n=22) είχαν περιστασιακή απασχόληση, ενώ το 68,5% (n=89) ήταν άνεργοι και το 0,8% (n=1) ήταν συνταξιούχοι (Διάγραμμα 4). Το χρονικό διάστημα της ανεργίας κυμαίνονταν μεταξύ 1 μήνα και 40 μηνών (M= 6.68, SD= 8.40) (Πίνακας 1). Το 28,5% (n=37) εργάζονταν ενώ το 71,5% (n=93) δεν εργάζονταν (Διάγραμμα 5).

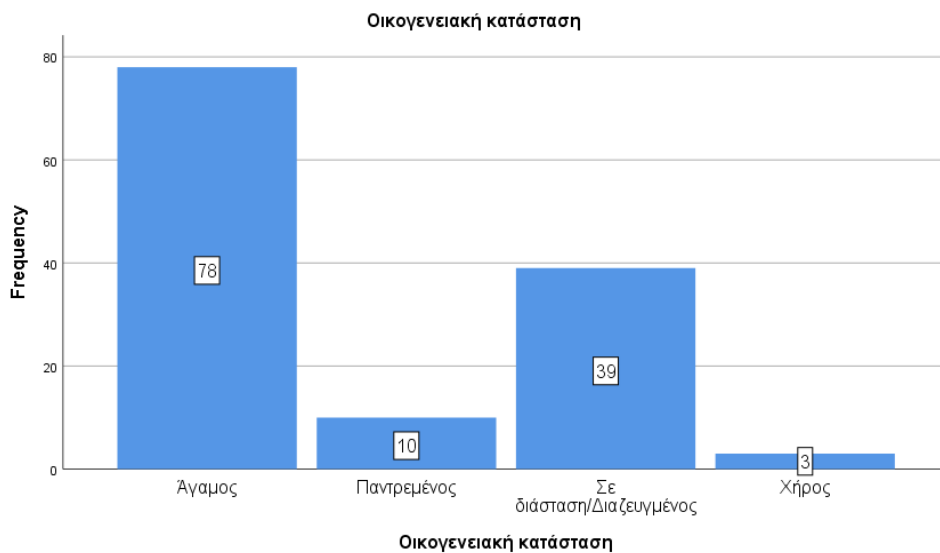


Διάγραμμα 4 : Εργασιακή κατάσταση αστέγων



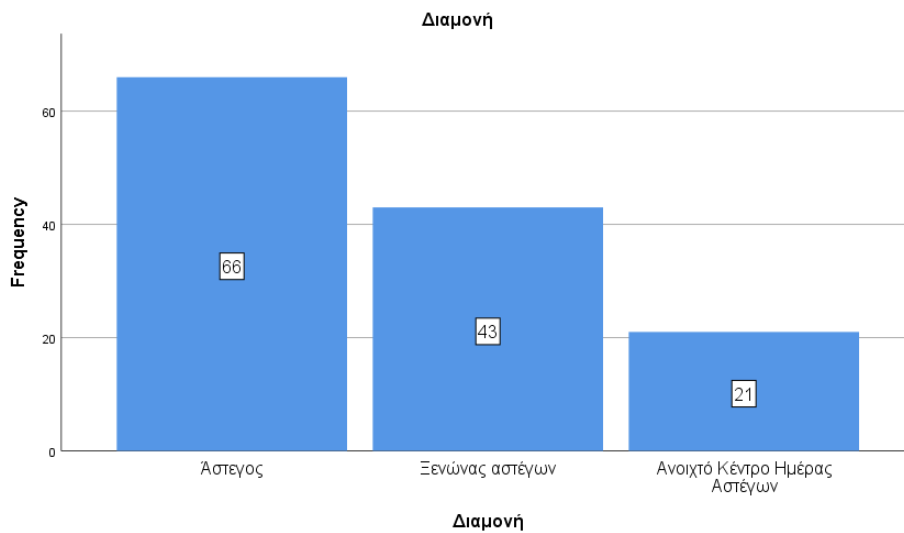
Διάγραμμα 5 : Επάγγελμα αστέγων

Επίσης, το 60% (n=78) ήταν άγαμοι, ενώ το 7,7% (n=10) ήταν παντρεμένοι, το 30% (n=39) ήταν σε διάσταση/χωρισμένοι και το 2,3% (n=3) ήταν χήροι (Διάγραμμα 6).

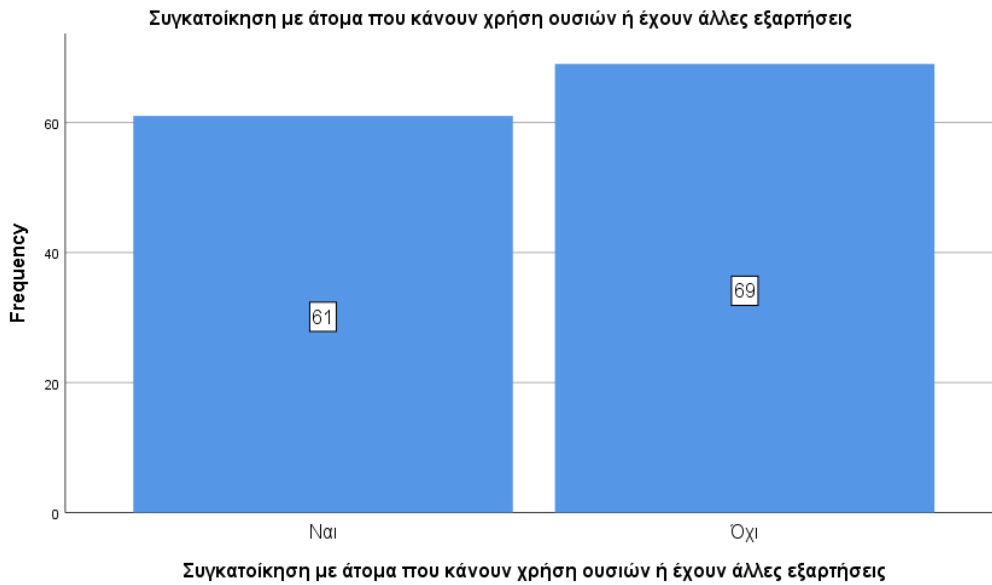


Διάγραμμα 6 : Οικογενειακή κατάσταση αστέγων

Παράλληλα, το 50,8% (n=66) ήταν άστεγοι, το 33,1% (n=43) έμεναν σε ξενώνα αστέγων και το 16,2% (n=21) έμεναν στο Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας Αστέγων (Διάγραμμα 7). Το 46,9% (n=61) συγκατοικούσαν με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν άλλες εξαρτήσεις (Διάγραμμα 8).

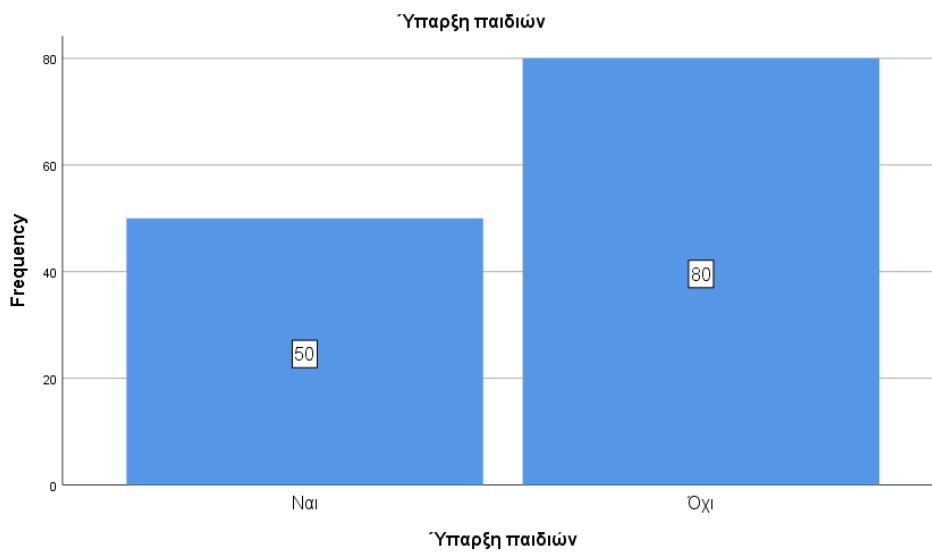


Διάγραμμα 7 : Διαμογή αστέγων



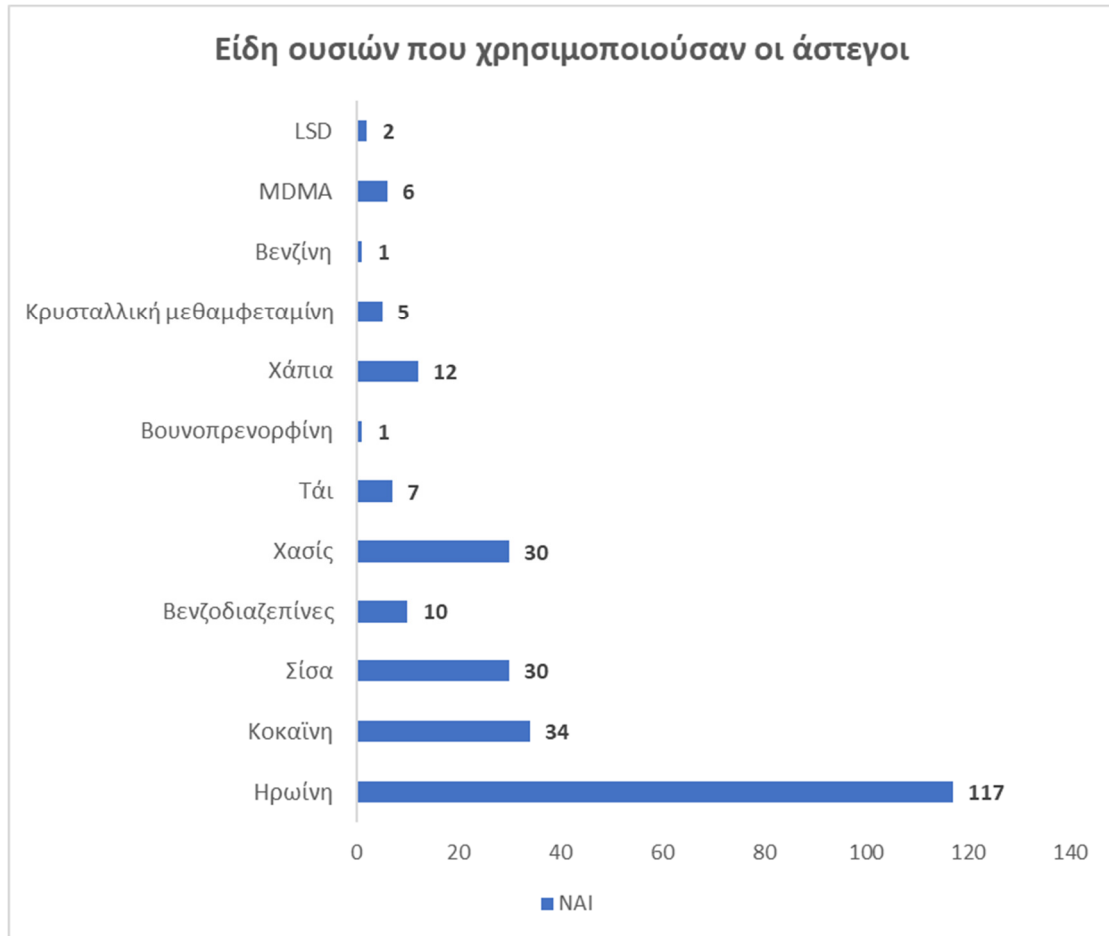
Διάγραμμα 8 : Συγκατοίκηση αστέγων με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν άλλες εξαρτήσεις

Επιπλέον, το 38,5% (n=50) είχαν παιδί/ά (Διάγραμμα 9). Συγκεκριμένα, το 50% (n=25) είχαν 1 παιδί, το 36% (n=18) είχαν 2 παιδιά και το 14% (n=7) είχαν 3 παιδιά.



Διάγραμμα 9 : Υπαρξη παιδιών των αστέγων

Όσον αφορά τα χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών, αυτά κυμαίνονταν μεταξύ 1 και 46 ετών ($M= 23.36$, $SD= 11.22$) (Πίνακας 1). Το 90% ($n=117$) έκαναν χρήση ηρωίνης, το 26,2% ($n=34$) έκαναν χρήση κοκαΐνης, το 23,1% ($n=30$) έκαναν χρήση σίσα, το 7,7% ($n=10$) έκαναν χρήση βενζοδιαζεπινών, το 23,1% ($n=30$) έκαναν χρήση χασίς, το 5,4% ($n=7$) έκαναν χρήση τάι, το 0,8% ($n=1$) έκανε χρήση βουνοπρενορφίνης, το 9,2% ($n=12$) έκανε χρήση χαπιών, το 3,8% ($n=5$) έκαναν χρήση κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης, το 0,8% ($n=1$) έκανε χρήση βενζίνης, το 4,6% ($n=6$) έκαναν χρήση MDMA, και το 1,5% ($n=2$) έκαναν χρήση LSD (Διάγραμμα 10).

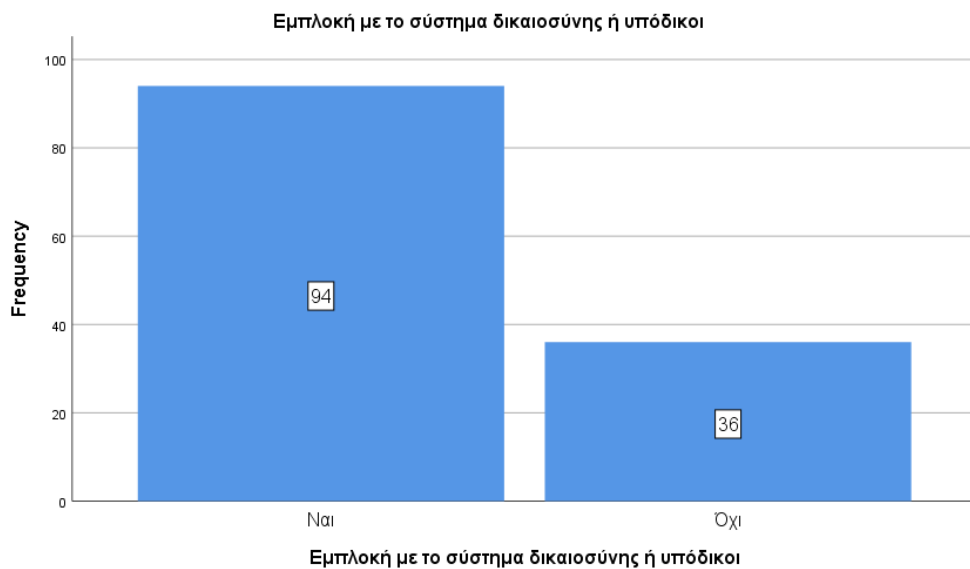


Διάγραμμα 10 : Είδη ουσιών που χρησιμοποιούσαν οι άστεγοι

	Min	Max	M	SD
Ηλικία	19	65	44,09	9,572
Χρονικό διάστημα ανεργίας	1	40	6,68	8,402
Χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών	1	46	22,35	11,224

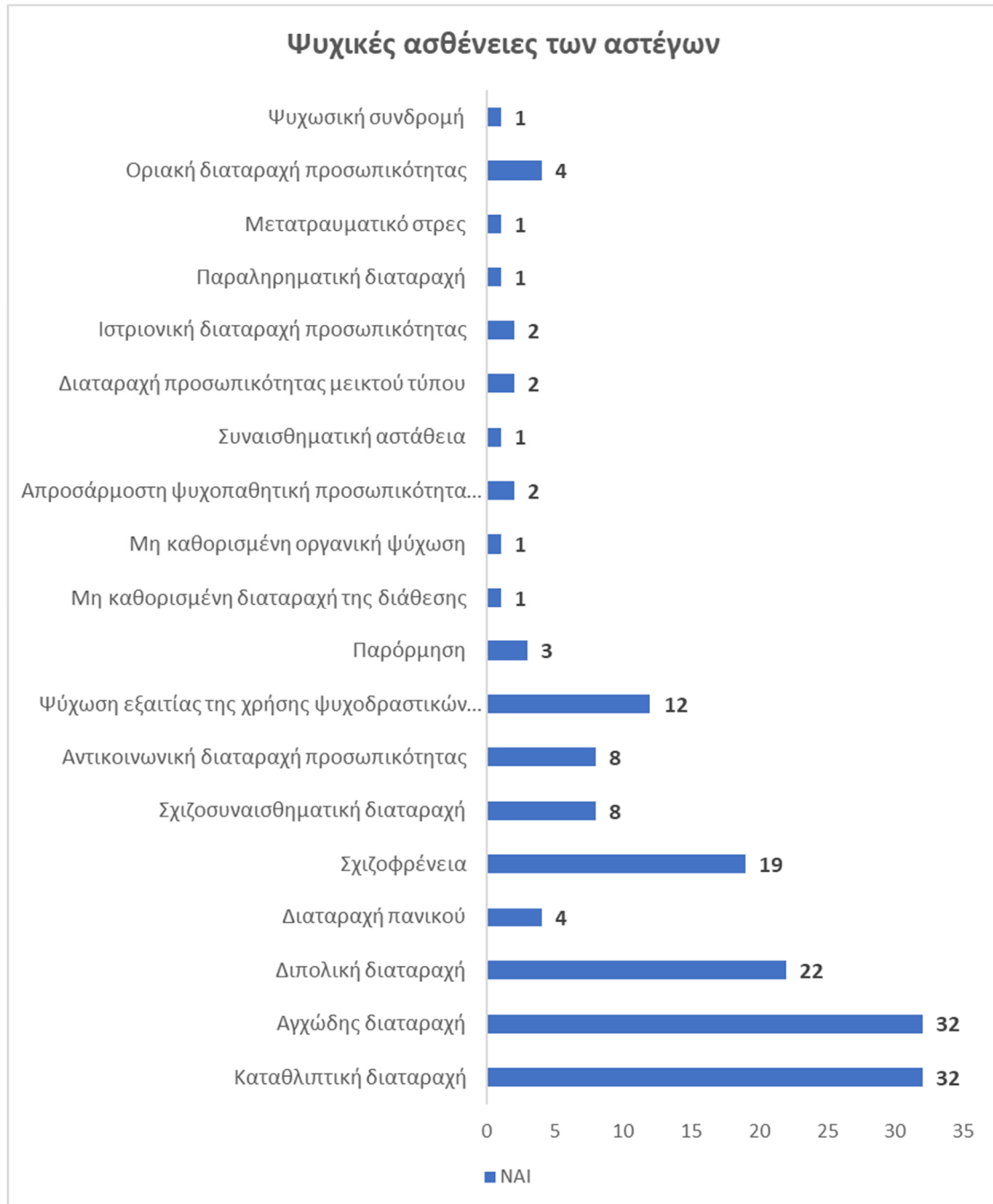
Πίνακας 1 : Ηλικία, χρονικό διάστημα ανεργίας και χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών των αστέγων

Επιπρόσθετα, το 72,3% (n=94) είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή ήταν υπόδικοι (Διάγραμμα 11).



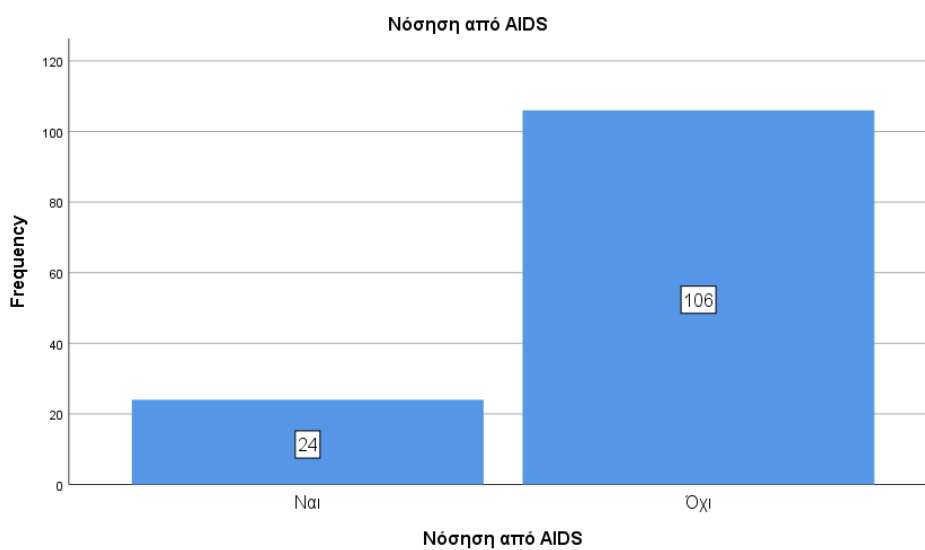
Διάγραμμα 11 : Παραβατικότητα αστέγων

Όσον αφορά τις ψυχικές ασθένειες, το 24,6% (n=32) είχαν καταθλιπτική διαταραχή, το 24,6% (n=32) είχαν αγχώδη διαταραχή, το 16,9% (n=22) είχαν διπολική διαταραχή, το 3,1% (n=4) είχαν διαταραχή πανικού, το 14,6% (n=19) είχαν σχιζοφρένεια, το 6,2% (n=8) είχαν σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, το 6,2% (n=8) είχαν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, το 9,2% (n=12) είχαν ψύχωση εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, το 2,3% (n=3) είχαν παρόρμηση, το 0,8% (n=1) είχε μη καθορισμένη διαταραχή της διάθεσης, το 0,8% (n=1) είχε μη καθορισμένη οργανική ψύχωση, το 1,5% (n=2) είχαν απροσάρμοστη ψυχοπαθητική προσωπικότητα εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, το 0,8% (n=1) είχε συναισθηματική αστάθεια, το 1,5% (n=2) είχαν διαταραχή προσωπικότητας μεικτού τύπου, το 1,5% (n=2) είχαν ιστριονική διαταραχή προσωπικότητας, το 0,8% (n=1) είχε παραληρηματική διαταραχή, το 0,8% (n=1) είχε μετατραυματικό στρες, το 3,1% (n=4) είχαν οριακή διαταραχή προσωπικότητας, και το 0,8% (n=1) είχε ψυχωσική συνδρομή (Διάγραμμα 12). Η ψυχοπαθολογία των μελών του δείγματος τεκμηριώνεται μέσω διαγνώσεων του ΚΕΠΑ (Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας), ιδιωτών ψυχιάτρων και ψυχιάτρων που στελεχώνουν τον ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ.



Διάγραμμα 12 : Ψυχικές ασθένειες των αστέγων

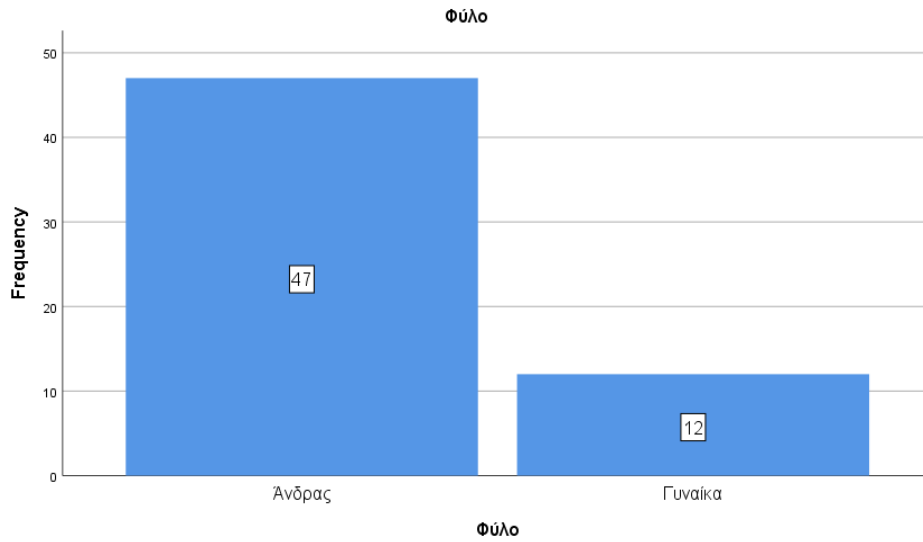
Τέλος, το 18,5% (n=24) είχαν νοσήσει από AIDS (Διάγραμμα 13).



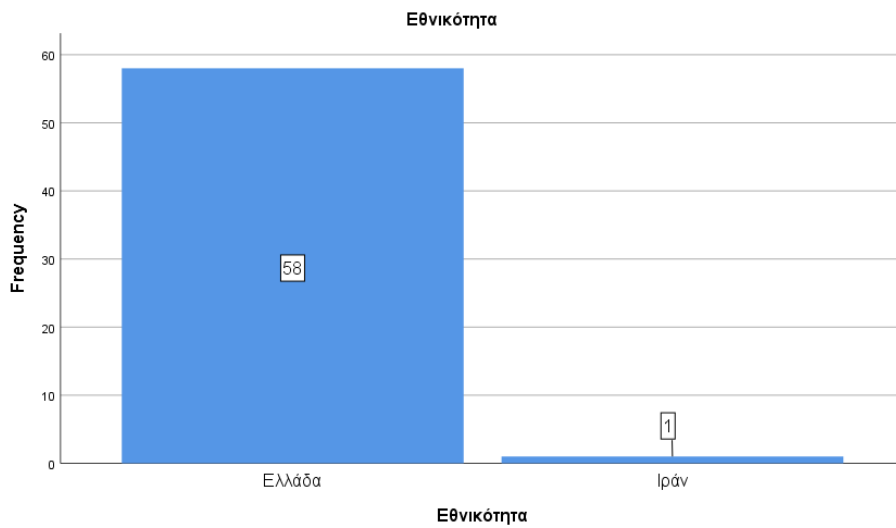
Διάγραμμα 13 : AIDS στους άστεγους

Μη άστεγοι

Όσον αφορά τους μη άστεγους (N=59), το 79,7% (n=47) ήταν άνδρες και το 20,3% (n=12) ήταν γυναίκες (Διάγραμμα 14). Οι ηλικίες των μη άστεγων κυμαίνονταν μεταξύ 19 και 63 ετών (M= 42.44, SD= 10.25) (Πίνακας 2). Επίσης, το 98,3% (n=58) είχαν ελληνική εθνικότητα (Διάγραμμα 15).

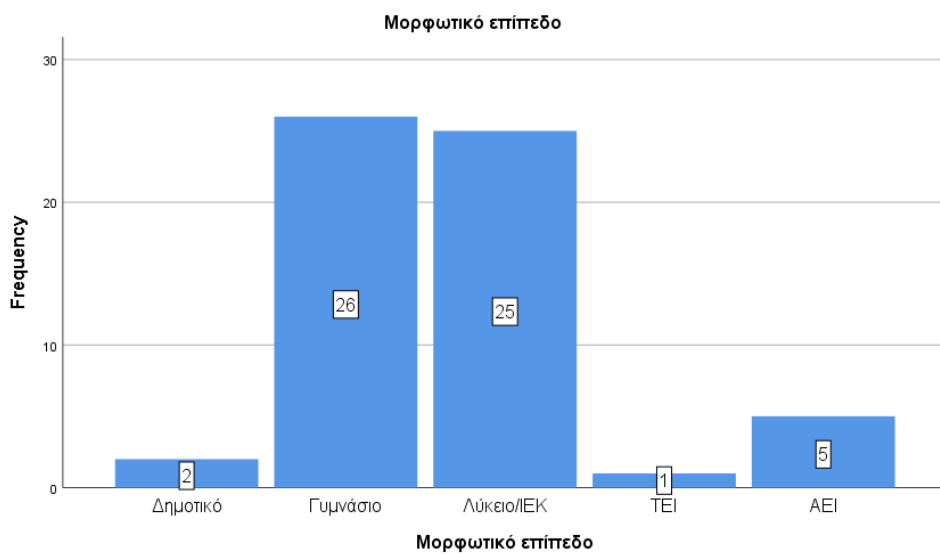


Διάγραμμα 14 : Φύλο μη αστέγων



Διάγραμμα 15 : Εθνικότητα μη αστέγων

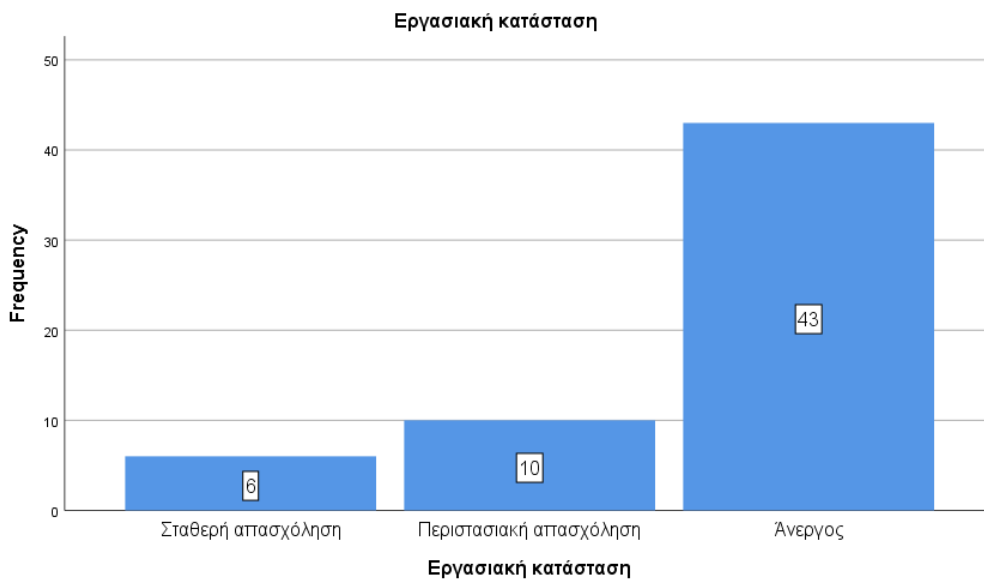
Το 3,4% (n=2) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 44,1% (n=26) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 42,4% (n=25) ήταν απόφοιτοι λυκείου/ΙΕΚ, ενώ το 1,7% (n=1) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 8,5% (n=5) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (Διάγραμμα 16).



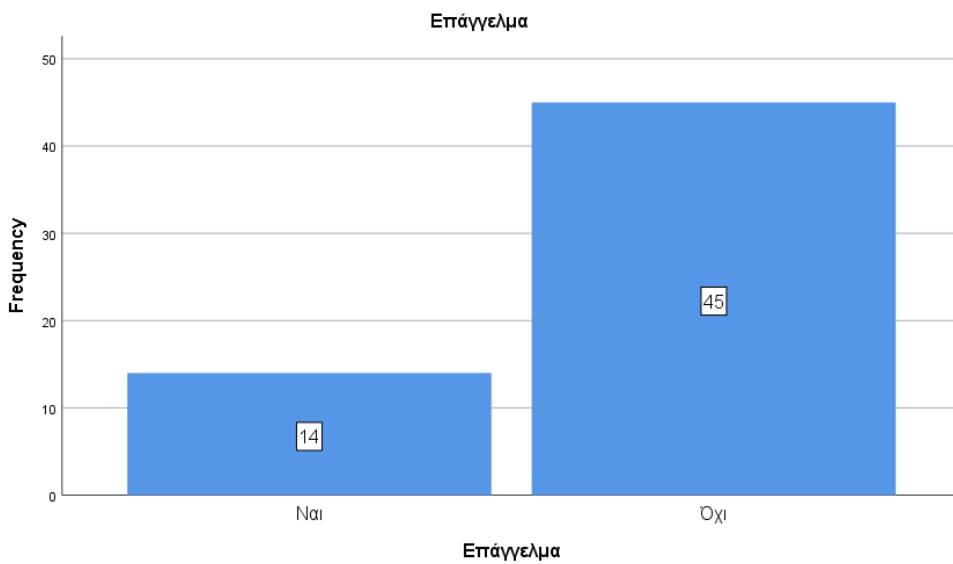
Διάγραμμα 16 : Μορφωτικό επίπεδο μη αστέγων

Το 10,2% (n=6) είχαν σταθερή απασχόληση, ενώ το 16,9% (n=10) είχαν περιστασιακή απασχόληση και το 72,9% (n=43) ήταν άνεργοι (Διάγραμμα 17). Το χρονικό διάστημα ανεργίας κυμαίνονταν μεταξύ 1 μήνα και 40 μηνών (M= 7.37, SD= 8.21) (Πίνακας 2).

Το 23,7% (n=14) εργάζονταν ενώ το 76,3% (n=45) δεν εργάζονταν (Διάγραμμα 18).

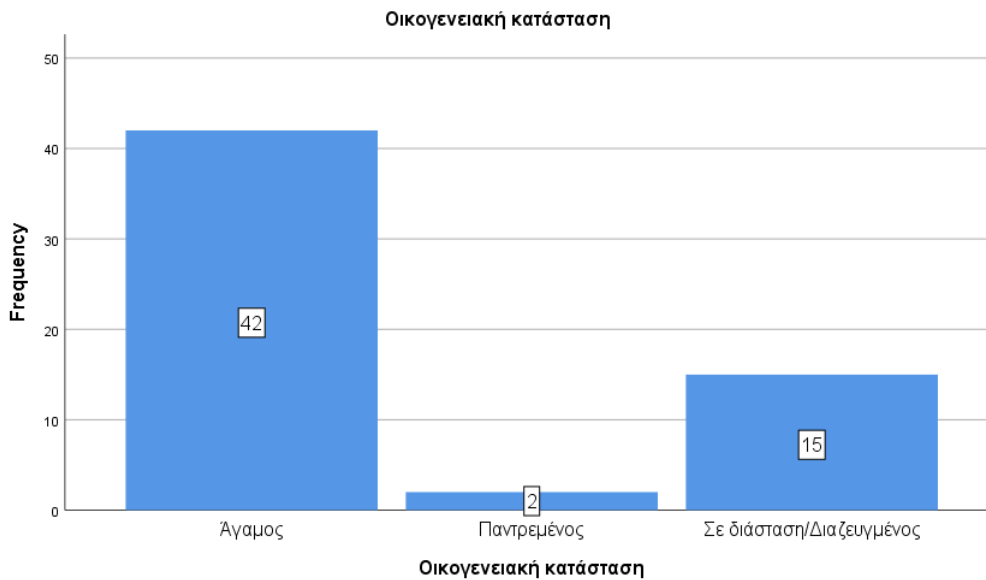


Διάγραμμα 17 : Εργασιακή κατάσταση μη αστέγων



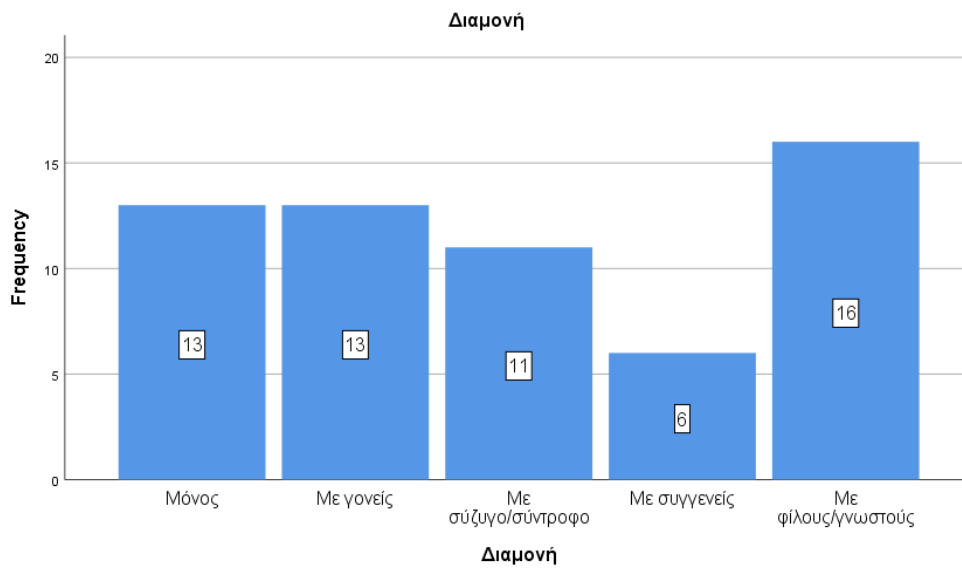
Διάγραμμα 18 : Επάγγελμα μη αστέγων

Παράλληλα, το 71,2% (n=42) ήταν άγαμοι, το 3,4% (n=2) ήταν παντρεμένοι και το 25,4% (n=15) ήταν σε διάσταση/διαζευγμένοι (Διάγραμμα 19).

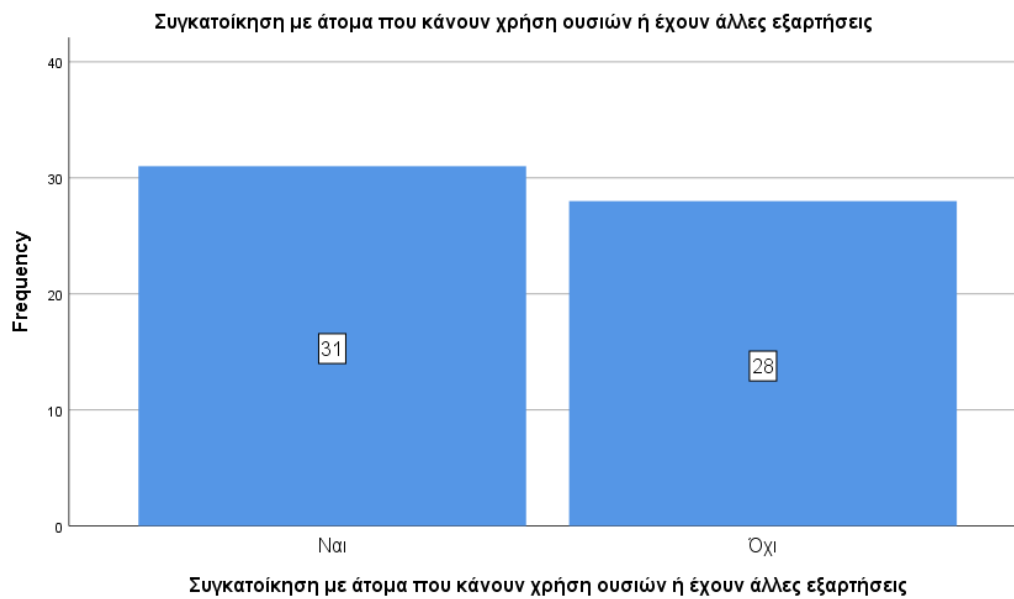


Διάγραμμα 19 : Οικογενειακή κατάσταση μη αστέγων

Το 22% (n=13) έμεναν μόνοι τους, ενώ το 22% (n=13) έμεναν με γονείς, το 18,6% (n=11) με σύζυγο/σύντροφο, το 10,2% (n=6) με συγγενείς και το 27,1% (n=16) με φίλους/γνωστούς (Διάγραμμα 20). Μάλιστα, το 52,5% (n=31) συγκατοικούσαν με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν άλλες εξαρτήσεις (Διάγραμμα 21).

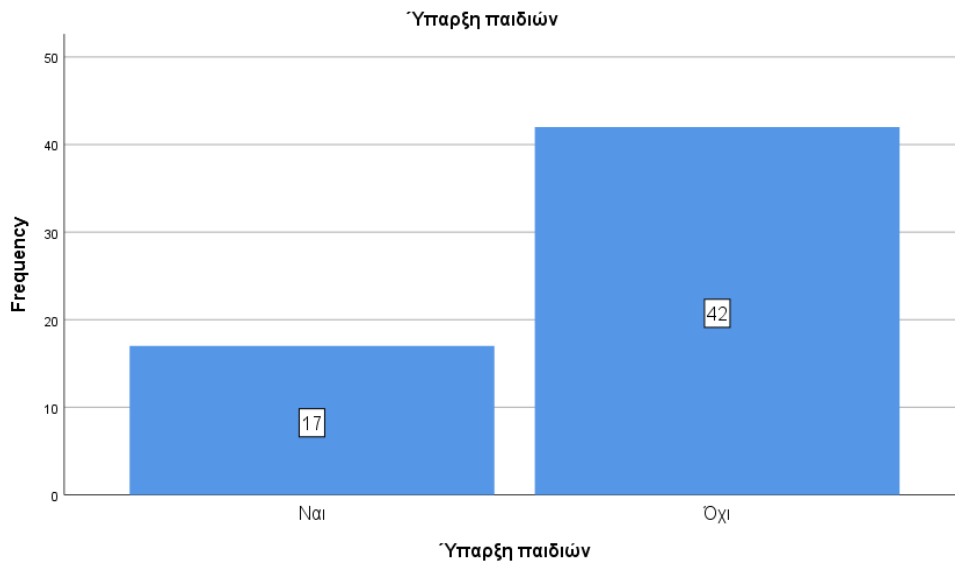


Διάγραμμα 20 : Διαμογή μη αστέγων



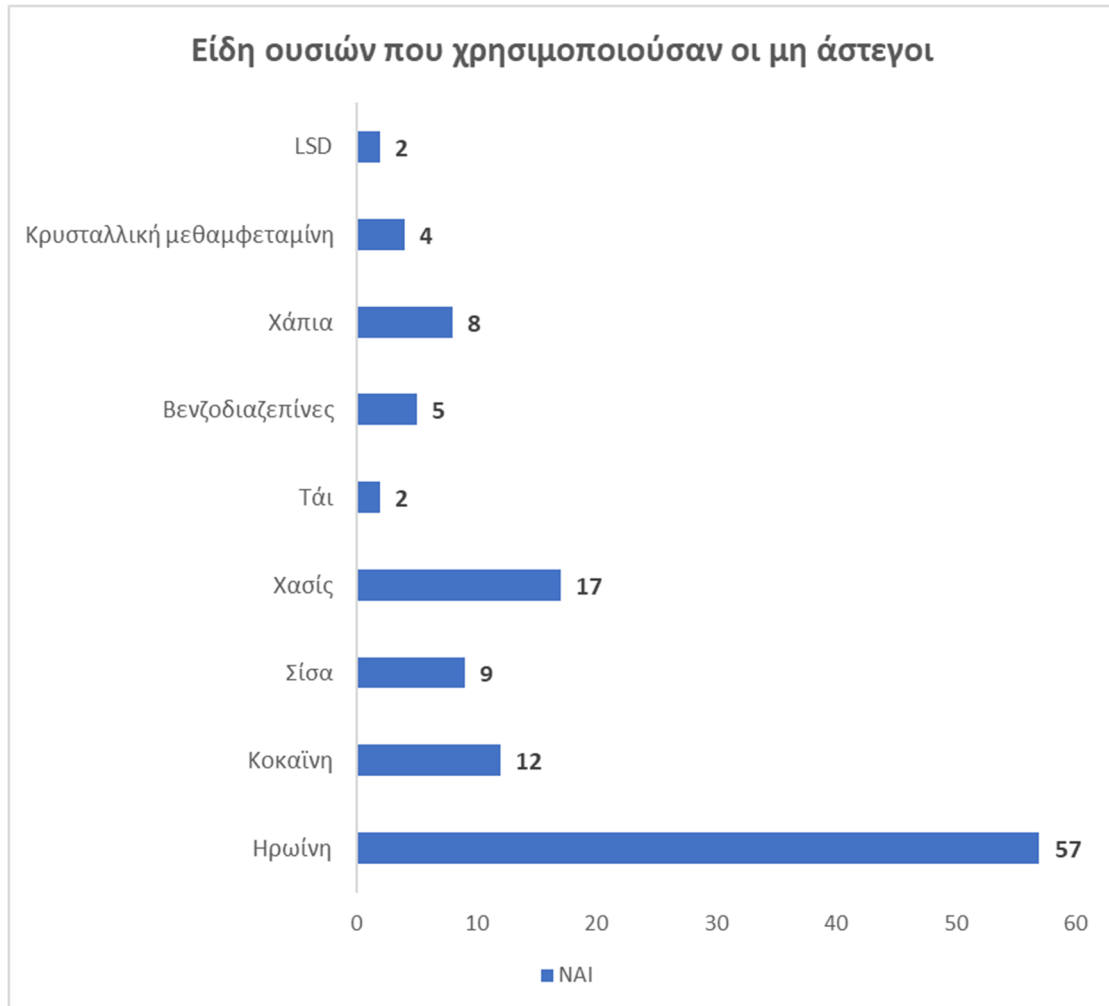
Διάγραμμα 21 : Συγκατοίκηση μη αστέγων με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν άλλες εξαρτήσεις

Επίσης, το 28,8% (n=17) είχαν παιδιά (Διάγραμμα 22). Συγκεκριμένα, το 41,2% (n=7) είχαν 1 παιδί, το 47,1% (n=8) είχαν 2 παιδιά και το 11,8% (n=2) είχαν 3 παιδιά.



Διάγραμμα 22 : Υπαρξη παιδιών των μη αστέγων

Όσον αφορά τα χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών, αυτά κυμαίνονταν μεταξύ 1 και 43 ετών (M= 21.22, SD= 11.57) (Πίνακας 2). Πιο αναλυτικά, το 96,6% (n=57) χρησιμοποιούσαν ηρωίνη, το 20,3% (n=12) χρησιμοποιούσαν κοκαΐνη, το 15,3% (n=9) χρησιμοποιούσαν σίσα, το 28,8% (n=17) χρησιμοποιούσαν χασίς, το 3,4% (n=2) χρησιμοποιούσαν τσίχλα, το 8,5% (n=5) χρησιμοποιούσαν βενζοδιαζεπίνες, το 13,6% (n=8) χρησιμοποιούσαν χάντση, το 6,8% (n=4) χρησιμοποιούσαν κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη, και το 3,4% (n=2) χρησιμοποιούσαν LSD (Διάγραμμα 23).

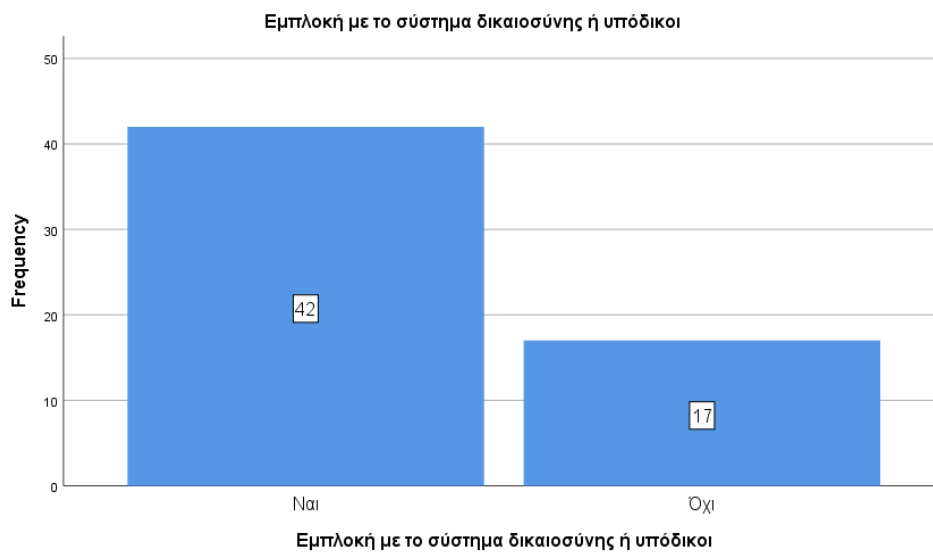


Διάγραμμα 23 : Είδη ουσιών που χρησιμοποιούσαν οι μη άστεγοι

	Min	Max	M	SD
Ηλικία	19	63	42,44	10,257
Χρονικό διάστημα ανεργίας	1	40	7,37	8,217
Χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών	1	43	21,22	11,579

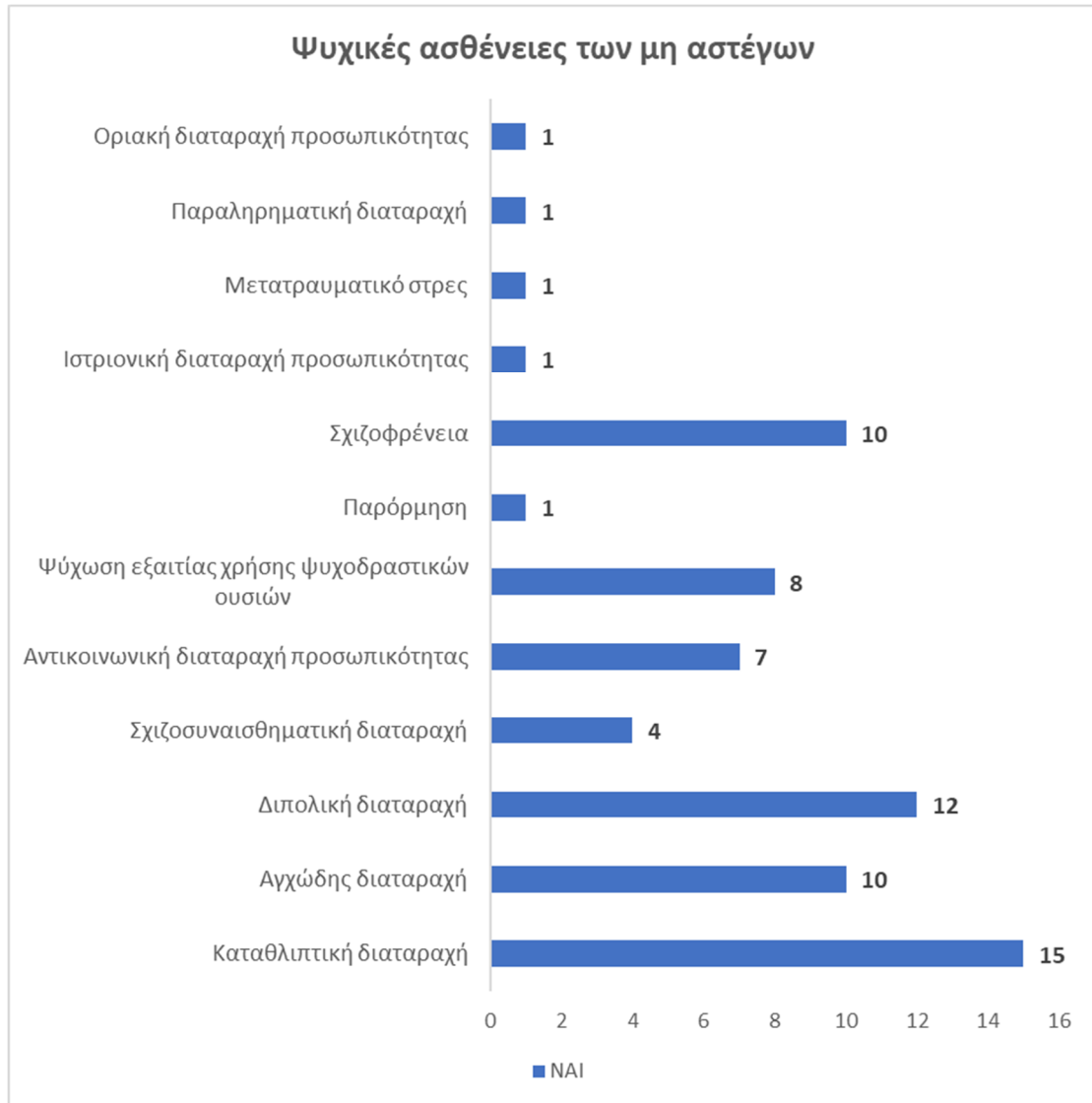
Πίνακας 2 : Ηλικία, χρονικό διάστημα ανεργίας και χρόνια χρήσης παράνομων ουσιών των αστέγων

Επιπρόσθετα, το 71,2% (n=42) είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή ήταν υπόδικοι (Διάγραμμα 24).



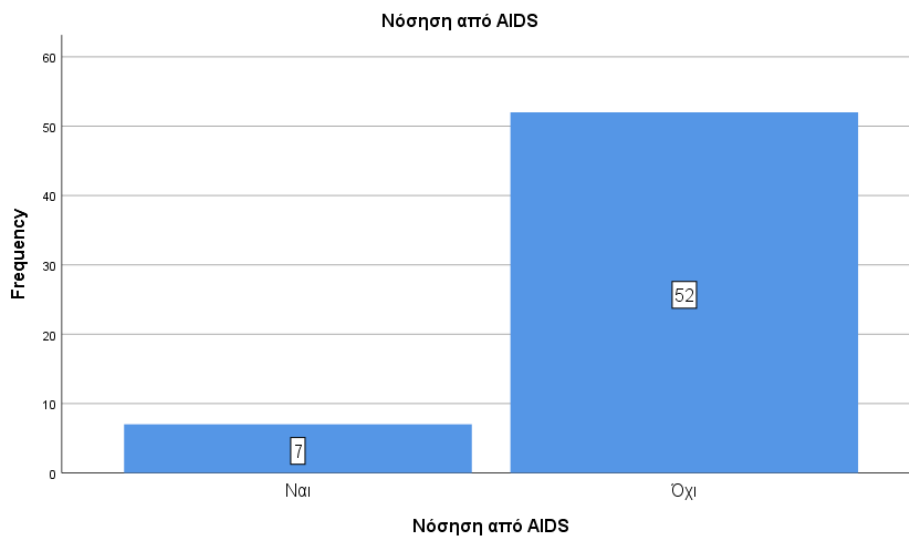
Διάγραμμα 24 : Παραβατικότητα μη αστέγων

Ταυτόχρονα, όσον αφορά τις ψυχικές ασθένειες, το 25,4% (n=15) είχαν καταθλιπτική διαταραχή, το 16,9% (n=10) είχαν αγχώδη διαταραχή, το 20,3% (n=12) είχαν διπολική διαταραχή, το 6,8% (n=4) είχαν σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, το 11,9% (n=7) είχαν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, το 13,6% (n=8) είχαν ψύχωση εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, το 1,7% (n=1) είχε παρόρμηση, το 16,9% (n=10) είχαν σχιζοφρένεια, το 1,7% (n=1) είχε ιστριονική διαταραχή προσωπικότητας, το 1,7% (n=1) είχε μετατραυματικό στρες, το 1,7% (n=1) είχε παραληρηματική διαταραχή, και το 1,7% (n=1) είχε οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Διάγραμμα 25). Η ψυχοπαθολογία των μελών του δείγματος τεκμηριώνεται μέσω διαγνώσεων του ΚΕΠΑ (Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας), ιδιωτών ψυχιάτρων και ψυχιάτρων που στελεχώνουν τον ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ.



Διάγραμμα 25 : Ψυχικές ασθένειες των μη αστέγων

Τέλος, το 11,9% (n=7) είχαν νοσήσει από AIDS (Διάγραμμα 26).



Διάγραμμα 26 : AIDS στους μη άστεγους

2.3 Επίπεδα υγείας και ψυχοπαθολογίας

Άστεγοι

Με βάση την κλίμακα GHQ-28 διαπιστώθηκε ότι οι άστεγοι είχαν μέτρια γενική υγεία ($M=38.09$, $SD= 14.79$). Συγκεκριμένα, είχαν μέτρια σωματικά συμπτώματα ($M= 9.08$, $SD= 4.41$), άγχος/αυπνία ($M= 10.76$, $SD= 4.62$), κοινωνική δυσλειτουργία ($M= 9.78$, $SD= 4.86$) και σοβαρή κατάθλιψη ($M= 8.48$, $SD= 5.05$). Από την άλλη, με βάση την κλίμακα SCL-90 διαπιστώθηκε ότι οι άστεγοι είχαν χαμηλή σωματοποίηση ($M= 1.48$, $SD= .91$), ιδεοψυχαναγκασμό ($M= 1.76$, $SD= .75$), διαπροσωπική ευαισθησία ($M= 1.54$, $SD= .68$), κατάθλιψη ($M= 3.00$, $SD= .83$), άγχος ($M= 1.53$, $SD= .87$), επιθετικότητα ($M= 1.61$, $SD= 1.05$), φοβικό άγχος ($M= 1.22$, $SD= .79$), παρανοειδή ιδεασμό ($M= 1.91$, $SD= .86$) και ψυχωτισμό ($M= 1.43$, $SD= .76$). Συνολικά διαπιστώθηκε ότι οι άστεγοι δεν είχαν σοβαρά θετικά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας αφού ο γενικός δείκτης των συμπτωμάτων ($M= 1.63$, $SD= .64$) και ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($M= .77$, $SD= .58$) ήταν μικρότερα από 2. Επίσης, και ο δείκτης για το σύνολο θετικών συμπτωμάτων ήταν σχετικά χαμηλός ($M= 36.87$, $SD= 14.61$) (Πίνακας 3).

Κλίμακα	Μεταβλητή	Εύρος	Min	Max	M	SD
GHQ-28	Σωματικά συμπτώματα	0-21	0	21	9,08	4,417
	Άγχος / Αυπνία	0-21	2	21	10,76	4,625
	Κοινωνική δυσλειτουργία	0-21	0	21	9,78	4,863
	Σοβαρή κατάθλιψη	0-21	0	21	8,48	5,058

	Γενική υγεία	0-84	7	82	38,09	14,791
SCL-90	Σωματοποίηση	0-12	,00	6,67	1,48	,915
	Ιδεοψυχαναγκασμός	0-10	,40	3,80	1,76	,757
	Διαπροσωπική ευαισθησία	0-9	,22	3,22	1,54	,680
	Κατάθλιψη	0-13	,38	5,62	2,00	,836
	Άγχος	0-10	,00	3,80	1,53	,875
	Επιθετικότητα	0-6	,00	4,00	1,61	1,050
	Φοβικό άγχος	0-7	,00	3,43	1,22	,790
	Παρανοειδής ιδεασμός	0-6	,00	4,67	1,91	,866
	Ψυχωτισμός	0-10	,00	3,80	1,43	,763
	Διάφορες αιτιάσεις	0-7	,00	7,00	1,79	,974
	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0-4	,37	3,49	1,63	,649
	Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	0-90	8,25	78,50	36,87	14,611
	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	0-4	,03	3,04	,77	,585

Πίνακας 3 : Επίπεδα υγείας και ψυχοπαθολογίας των αστέγων

Μη άστεγοι

Με βάση την κλίμακα GHQ-28 διαπιστώθηκε ότι οι μη άστεγοι είχαν μέτρια προς καλή γενική υγεία ($M=33.61$, $SD= 14.16$). Συγκεκριμένα, είχαν μέτρια σωματικά συμπτώματα ($M= 7.80$, $SD= 4.10$), άγχος/αυπνία ($M= 9.63$, $SD= 4.50$), κοινωνική δυσλειτουργία ($M= 8.49$, $SD= 5.08$) και σοβαρή κατάθλιψη ($M= 7.69$, $SD= 5.27$). Από την άλλη, με βάση την κλίμακα SCL-90 διαπιστώθηκε ότι οι μη άστεγοι είχαν χαμηλή σωματοποίηση ($M= 1.09$, $SD= .71$), ιδεοψυχαναγκασμό ($M= 1.54$, $SD= .73$), διαπροσωπική ευαισθησία ($M= 1.21$, $SD= .67$), κατάθλιψη ($M= 1.77$, $SD= .91$), άγχος ($M= 1.22$, $SD= .84$), επιθετικότητα ($M= 1.18$, $SD= .98$), φοβικό άγχος ($M= .86$, $SD= .72$), παρανοειδή ιδεασμό ($M= 1.64$, $SD= .87$) και ψυχωτισμό ($M= .98$, $SD= .62$). Συνολικά διαπιστώθηκε ότι οι μη άστεγοι δεν είχαν σοβαρά θετικά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας αφού ο γενικός δείκτης των συμπτωμάτων ($M= 1.30$, $SD= .62$) και ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($M= .52$, $SD= .51$) ήταν μικρότερα από 2. Επίσης, και ο δείκτης για το σύνολο θετικών συμπτωμάτων ήταν χαμηλός ($M= 29.40$, $SD= 14.15$) (Πίνακας 4).

Κλίμακα	Μεταβλητή	Εύρος	Min	Max	M	SD
GHQ-28	Σωματικά συμπτώματα	0-21	0	18	7,80	4,101
	Άγχος / Αυπνία	0-21	2	21	9,63	4,506
	Κοινωνική δυσλειτουργία	0-21	1	21	8,49	5,083
	Σοβαρή κατάθλιψη	0-21	0	21	7,69	5,279
	Γενική υγεία	0-84	7	69	33,61	14,169
SCL-90	Σωματοποίηση	0-12	,00	3,33	1,09	,714

Ιδεοψυχαναγκασμός	0-10	,30	3,30	1,54	,733
Διαπροσωπική ευαισθησία	0-9	,22	2,89	1,21	,672
Κατάθλιψη	0-13	,23	6,08	1,77	,913
Άγχος	0-10	,00	3,40	1,22	,849
Επιθετικότητα	0-6	,00	3,83	1,18	,982
Φοβικό άγχος	0-7	,00	3,71	,86	,720
Παρανοειδής ιδεασμός	0-6	,00	3,50	1,64	,875
Ψυχωτισμός	0-10	,00	2,70	,98	,628
Διάφορες αιτιάσεις	0-7	,00	2,86	1,40	,771
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0-4	,37	3,36	1,30	,629
Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	0-90	8,25	75,50	29,40	14,154
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	0-4	,03	2,81	,52	,512

Πίνακας 4 : Επίπεδα υγείας και ψυχοπαθολογίας των μη αστέγων

2.4 Έλεγχος ερευνητικών υποθέσεων

Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Έλεγχος 1^{ης} ερευνητικής υπόθεσης

Για να διερευνηθεί εάν οι τοξικοεξαρτημένοι άστεγοι βαθμολογούνται πιο ψηλά στην ψυχοπαθολογία από τους τοξικοεξαρτημένους μη άστεγους, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι οι άστεγοι έχουν υψηλότερη σωματοποίηση ($p=0,004$), διαπροσωπική ευαισθησία ($p=0,002$), άγχος ($p=0,023$), επιθετικότητα ($p=0,010$), φοβικό άγχος ($p=0,003$), ψυχωτισμό ($p=0,000$), καθώς και υψηλότερη βαθμολογία στις διάφορες αιτιάσεις ($p=0,008$). Συνολικά, οι άστεγοι ($M=1.63$, $SD=.64$) έχουν υψηλότερο γενικό δείκτη συμπτωμάτων συγκριτικά με τους μη άστεγους ($M=1.30$, $SD=.62$), καθώς $t(187)=-3.289$, $p=.001$. Επίσης, οι άστεγοι έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, καθώς $t(187)=-3.289$, $p=.001$. Τέλος, οι άστεγοι ($M=.77$, $SD=.58$) έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους μη άστεγους ($M=.52$, $SD=.51$) όσον αφορά το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, αφού $t(187)=-2.846$, $p=.005$ (Πίνακας 5). Συνεπώς, επιβεβαιώνεται η πρώτη ερευνητική υπόθεση, αφού βρέθηκε ότι οι τοξικοεξαρτημένοι άστεγοι βαθμολογούνται πιο ψηλά στην ψυχοπαθολογία από τους τοξικοεξαρτημένους μη άστεγους.

	Είδος διαμονής	M	SD	t	p
Σωματοποίηση	Μη άστεγοι	1,09	,714	-2,935	,004
	Άστεγοι	1,48	,915		

*Π.Μ.Σ Ψυχοιατροδικαστική
Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας*

Ιδεοψυχαναγκασμός	Μη άστεγοι	1,54	,733	-1,804	,073
	Άστεγοι	1,76	,757		
Διαπροσωπική ευαισθησία	Μη άστεγοι	1,21	,672	-3,140	,002
	Άστεγοι	1,54	,680		
Κατάθλιψη	Μη άστεγοι	1,77	,913	-1,698	,091
	Άστεγοι	2,00	,836		
Άγχος	Μη άστεγοι	1,22	,80	-2,294	,023
	Άστεγοι	1,53	,87		
Επιθετικότητα	Μη άστεγοι	1,18	,982	-2,604	,010
	Άστεγοι	1,61	1,050		
Φοβικό άγχος	Μη άστεγοι	,86	,720	-2,996	,003
	Άστεγοι	1,22	,790		
Παρανοειδής ιδεασμός	Μη άστεγοι	1,64	,875	-1,967	,061
	Άστεγοι	1,91	,866		
Ψυχωτισμός	Μη άστεγοι	,98	,628	-3,991	,000
	Άστεγοι	1,43	,763		
Διάφορες αιτιάσεις	Μη άστεγοι	1,40	,771	-2,679	,008
	Άστεγοι	1,79	,974		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Μη άστεγοι	1,30	,629	-3,289	,001
	Άστεγοι	1,63	,649		
	Μη άστεγοι	29,40	14,154	-3,289	,001

Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Άστεγοι	36,87	14,611		
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Μη άστεγοι	,52	,512	-2,846	,005
	Άστεγοι	,77	,585		

Πίνακας 5 : Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Έλεγχος 2^{ης} ερευνητικής υπόθεσης

Για να διερευνηθεί εάν οι άστεγοι τοξικομανείς βαθμολογούνται πιο ψηλά στην αναφερόμενη παραβατικότητα από τους τοξικομανείς μη άστεγους πραγματοποιήθηκαν διασταυρώσεις και chi-square test. Βρέθηκε ότι οι 42 μη άστεγοι και οι 94 άστεγοι είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή ήταν υπόδικοι. Ωστόσο, με βάση το chi-square test, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων, καθώς $\chi^2(1) = .025$, $p = .502$ (Πίνακας 6). Συνεπώς, δεν επιβεβαιώνεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση.

	Εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή υπόδικοι		χ^2	p
	Ναι	Όχι		
Μη άστεγοι (N= 59)	42	17	,025	,502
Άστεγοι (N=130)	94	36		

Πίνακας 6 : Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Διαφοροποίηση στα σωματικά συμπτώματα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Έλεγχος 3^{ης} ερευνητικής υπόθεσης

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι άστεγοι τοξικομανείς βαθμολογούνται πιο ψηλά στην ασθένεια (σωματικά συμπτώματα) από τους μη άστεγους τοξικομανείς, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι το είδος διαμονής δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα σωματικά συμπτώματα ($p= 0,061$), το άγχος/αυπνία ($p= 0,117$), την κοινωνική δυσλειτουργία ($p= 0,099$), και τη σοβαρή κατάθλιψη ($p= 0,333$). Συνολικά διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γενική υγεία μεταξύ άστεγων ($M= 38.09$, $SD= 14.79$) και μη άστεγων ($M= 33.61$, $SD= 14.16$), καθώς $t (187)= -1.956$, $p= .062$ (Πίνακας 7). Επομένως, απορρίπτεται η τρίτη ερευνητική υπόθεση.

	Είδος διαμονής	M	SD	t	p
Σωματικά συμπτώματα	Μη άστεγοι	7,80	4,101	-1,887	,061
	Άστεγοι	9,08	4,417		
Άγχος / Αυπνία	Μη άστεγοι	9,63	4,506	-1,575	,117
	Άστεγοι	10,76	4,625		
Κοινωνική δυσλειτουργία	Μη άστεγοι	8,49	5,083	-1,660	,099
	Άστεγοι	9,78	4,863		

Σοβαρή κατάθλιψη	Μη άστεγοι	7,69	5,279	-,972	,333
	Άστεγοι	8,48	5,058		
Γενική υγεία	Μη άστεγοι	33,61	14,169	-1,956	,062
	Άστεγοι	38,09	14,791		

Πίνακας 7 : Διαφοροποίηση στα σωματικά συμπτώματα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων

Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων

Έλεγχος 4^{ης} ερευνητικής υπόθεσης

Για να διαπιστωθεί εάν οι άνδρες άστεγοι τοξικομανείς ήταν πιο παραβατικοί (σύμφωνα με τα λεγόμενά τους) από τις γυναίκες άστεγες τοξικομανείς χρησιμοποιήθηκαν διασταυρώσεις και chi-square test. Διαπιστώθηκε ότι 76 άνδρες και 18 γυναίκες είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή υπόδικοι. Ωστόσο, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων, καθώς $\chi^2 (1) = 1.956, p = .124$ (Πίνακας 8). Επομένως, απορρίπτεται η τέταρτη ερευνητική υπόθεση.

		Εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή υπόδικοι		χ^2	p
		Ναι	Όχι		
Φύλο	Άνδρας	76	25	1,954	,124
	Γυναίκα	18	11		

Πίνακας 8 : Διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών
άστεγων

Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων

Έλεγχος 5^{ης} ερευνητικής υπόθεσης

Για να διαπιστωθεί εάν οι γυναίκες άστεγες τοξικομανείς βαθμολογούνται υψηλότερα στην ψυχοπαθολογία από τους άνδρες άστεγους τοξικομανείς χρησιμοποιήθηκαν independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι το φύλο των αστέγων δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σωματοποίηση ($p= 0,418$), τον ιδεοψυχαναγκασμό ($p= 0,655$), τη διαπροσωπική ευαισθησία ($p= 0,246$), την κατάθλιψη ($p= 0,149$), το άγχος ($p= 0,374$), την επιθετικότητα ($p= 0,126$), το φοβικό άγχος ($p= 0,295$), τον ψυχωτισμό ($p= 0,676$), τις διάφορες αιτιάσεις ($p= 0,313$), το γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($p= 0,299$), το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων ($p= 0,299$) και το δείκτη ενόχληση των θετικών συμπτωμάτων ($p= 0,642$). Ωστόσο, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ($M= 2.25$, $SD= .90$) είχαν περισσότερο παρανοειδή ιδεασμό από τους άνδρες ($M= 1.81$, $SD= .83$), καθώς $t(128) = -2.467$, $p= .015$ (Πίνακας 9). Συνεπώς, απορρίπτεται η πέμπτη ερευνητική υπόθεση.

	Φύλο	M	SD	t	p
Σωματοποίηση	Άνδρας	1,45	,960	-,813	,418
	Γυναίκα	1,60	,740		
Ιδεοψυχαναγκασμός	Άνδρας	1,74	,816	-,448	,655
	Γυναίκα	1,81	,511		

*Π.Μ.Σ Ψυχοιατροδικαστική
Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας*

Διαπροσωπική ευαισθησία	Άνδρας	1,51	,691	-1,164	,246
	Γυναίκα	1,67	,631		
Κατάθλιψη	Άνδρας	1,94	,875	-1,451	,149
	Γυναίκα	2,20	,657		
Άγχος	Άνδρας	1,50	,899	-,892	,374
	Γυναίκα	1,66	,783		
Επιθετικότητα	Άνδρας	1,53	1,063	-1,540	,126
	Γυναίκα	1,87	,973		
Φοβικό άγχος	Άνδρας	1,18	,793	-1,052	,295
	Γυναίκα	1,36	,774		
Παρανοειδής ιδεασμός	Άνδρας	1,81	,835	-2,467	,015
	Γυναίκα	2,25	,901		
Ψυχοτισμός	Άνδρας	1,45	,811	,420	,676
	Γυναίκα	1,38	,578		
Διάφορες αιτιάσεις	Άνδρας	1,83	1,038	1,014	,313
	Γυναίκα	1,63	,699		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Άνδρας	1,60	,689	-1,042	,299
	Γυναίκα	1,74	,480		
Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Άνδρας	36,16	15,505	-1,042	,299
	Γυναίκα	39,37	10,800		

Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Άνδρας	,76	,629	-,466	,642
	Γυναίκα	,82	,402		

Πίνακας 9 : Διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία μεταξύ ανδρών και γυναικών άστεγων

Συζήτηση

Ξεκινώντας περιγραφικά, η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 189 τοξικοεξαρτημένων αστέγων και μη, οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετέχουν, γνωρίζοντας και κατανοώντας την ελληνική γλώσσα και τηρώντας το πρωτόκολλο συνεργασίας και διεξαγωγής της έρευνας. Σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση ψυχοπαθολογίας και παραβατικότητας σε άστεγους τοξικοεξαρτημένους σε σύγκριση με μη άστεγο πληθυσμό. Δευτερεύοντα στοιχεία συσχετίσεων, όπως η ανεργία και το μορφωτικό επίπεδο συμπληρώθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα.

Το σύνολο απαρτίζεται από το 68,8% που ήταν άστεγοι, ενώ το 31,2% ήταν μη άστεγοι, εκ των οποίων το 77,7% είναι άνδρες και το 22,3% γυναίκες. Συγκεκριμένα, 93,1% ήταν Έλληνες. Ενδιαφέρον προκαλεί σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το ότι το 40% των αστέγων ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, γεγονός που επιβεβαιώνεται και βιβλιογραφικά, ποσοστό πολύ κοντά στο 38,5% που είναι απόφοιτοι λυκείου. Εξ αυτών μόνο το 10% είναι απόφοιτοι δημοτικού.

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί το μέτριο προς χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του τοξικοεξαρτημένου πληθυσμού. Περίπου ο μισός πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου. Αυτό επιβεβαιώνεται και βιβλιογραφικά, καθώς στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών περιλαμβάνονται το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου (EMCDDA, 2003 ; Πουλόπουλος, 2011)

Όσον αφορά την ανεργία που είναι και βασικό κριτήριο που ταλανίζει τον πληθυσμό των αστέγων, το 68,5% είναι άνεργοι, ποσοστό μεγαλύτερο και από τους μισούς (50%), ενώ κάποιοι δεν έχουν εργαστεί ποτέ στη ζωή τους. Αξίζει να αναφερθεί, πως πολύ μικρό ποσοστό και μη στατιστικά σημαντικό ήταν κάτοχοι τίτλων σπουδών και μεταπτυχιακού διπλώματος.

Σε σύγκριση με άλλες έρευνες, υπάρχει συσχέτιση ανεργίας και τοξικοεξάρτησης. Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί για ορισμένους χρήστες μια

μορφή αυτοθεραπείας. Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να ευοδωθεί σε περιβάλλοντα που αναπτύσσουν το «τέλειο» υπόβαθρο για να αναπτυχθούν το οργανωμένο έγκλημα και η παραγωγή παράνομων ουσιών. Επομένως, η ανεργία σχετίζεται τόσο με την τοξικοεξάρτηση, όσο και με την παραγωγή παράνομων ουσιών (Πουλόπουλος, 2011). Στην παρούσα έρευνα το χρονικό διάστημα της ανεργίας κυμαίνονταν μεταξύ 1 μήνα και 40 μηνών ($M= 6.68$, $SD= 8.40$), το 28,5% ($n=37$) εργάζονταν, ενώ το 71,5% ($n=93$) δεν εργάζονταν.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο στιγματισμός, η ανεργία που συνοδεύουν ένα χρόνιο ψυχιατρικό άτομο, ασκούν πίεση σε ένα ευάλωτο και εύθραυστο Εγώ, το οποίο μέσα από την κοινωνική υποβάθμιση (downward-drift hypothesis) θα περιθωριοποιηθεί και θα οδηγηθεί στη χρήση (Νικολάου & Μάτσα, 2004).

Σχετικά με τη διαμονή των αστέγων οι περισσότεροι εξ αυτών προσήλθαν στο Χώρο Εποπτευόμενης Χρήσης και διέμεναν στο δρόμο (50,8%), ενώ το 33,1% στον Ξενώνα Άστεγων τοξικοεξαρτημένων και στο Υπνωτήριο.

Όσον αφορά την παραβατικότητα, φαίνεται πως το ποσοστό είναι αρκετά υψηλό. Το 72,3% των άστεγων τοξικοεξαρτημένων με ενεργή ψυχοπαθολογία, είχε εμπλοκή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Τα εξαρτημένα άστεγα άτομα συνήθως εμπλέκονται σε ποινικά αδικήματα, ενώ πολλοί χρήστες ουσιών βρίσκονται στη φυλακή για εγκλήματα παρόμοιας φύσης με τη χρήση ή διακίνηση και κατοχή ναρκωτικών ουσιών. Το θέμα αυτό απασχολεί αρκετά τη δικαιοσύνη, η οποία καλείται να έχει πλέον το ρόλο του θεραπευτή και όχι του τιμωρού. (Πουλόπουλος, 2011). Υψηλά ποσοστά βίας, ανθρωποκτονιών και ληστειών ή αδικημάτων με μικροποσά αναφέρουν άλλες έρευνες σχετίζεται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας και στο κομμάτι που υπάρχει συσχέτιση είναι η ύπαρξη συννοσηρότητας (ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών) σε άστεγο και μη πληθυσμό. Η συνύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών, η οποία ονομάζεται κοινώς συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, δεν αποτελεί

νέο φαινόμενο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια το θέμα έχει ενταχθεί στο προσκήνιο και στις ανησυχίες επαγγελματιών, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού σε πολλές χώρες, ειδικά μετά την περίοδο της καραντίνας. Στην πραγματικότητα, συχνά αρμόζει να αναφέρεται κανείς σε πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς τα συγκεκριμένα άτομα πάσχουν επίσης συχνά από σωματικές ασθένειες, π.χ. μόλυνση από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), της ηπατίτιδας C, καθώς και από κοινωνικές διαταραχές, όπως οικογενειακά προβλήματα, ανεργία, εγκλεισμό σε φυλακή ή έλλειψη στέγης, όπως παρουσιάζεται και στην τρέχουσα διπλωματική έρευνα (EMCDDA, 2004)

Αναφορικά με άλλες έρευνες, δείχνουν να υπάρχουν πολύ υψηλά ποσοστά συσχέτισης ψυχικών διαταραχών και χρήσης ουσιών. Είναι ένα «πρόβλημα», ένα κοινωνικό φαινόμενο που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα και συγκριμένα, επιστήμονες ερευνητές και θεραπευτές που ασχολούνται με τα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή βρίσκεται σε ποσοστό από 20-60%. Η Epiemiologic Catchment Area Study στην Αμερική αναφέρει πως σε έρευνα που διεξήχθη σε πληθυσμό 2.000 ατόμων άτομα με ιστορικό οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με άτομα χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό.

Παράλληλα με τη χρήση ουσιών έχουν παρατηρηθεί διαταραχές σκέψης, αντίληψης, κατάθλιψης, άγχους, παρόρμησης και έντονες εναλλαγές συναισθήματος σε διπολικούς ασθενείς. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, θεωρείται ως μια από τις κύριες αιτίες αυτοκτονικών διαταραχών (Νικολάου & Μάτσα, 2004).

Αυτό επιβεβαιώνεται και από πλήθος ερευνών που αναφέρουν, πως ο επιπολασμός αυτοκτονικότητας στους αστέγους ανέρχεται σε υψηλά ποσοστά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η αυτοκτονία ορίζεται ως μία από τις κύριες αιτίες θανάτους σε άστεγο πληθυσμό (Kidd, 2006; Patterson & Holden 2012).

Στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας και με βάση τα ευρήματα της διαπιστώθηκαν τα εξής: το 24,6% έχει αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή στον πληθυσμό των αστέγων, το 16,9% διπολική, το 14,6% σχιζοφρένεια, το 6,2% σχιζοσυναισθηματική, το 6,2% αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ενώ το 9,2% είχε ψύχωση οφειλόμενη στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Ωστόσο, σχετικά με τα ποσοστά αναφέρεται πως η προσπάθεια καθορισμού της αιτιοπαθογένειας της συννοσηρότητας οδηγεί σε έναν ατέρμονο κύκλο, διότι τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλοεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν ενδείξεις, ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρροή των ατόμων σε τέτοια προβλήματα. Ωστόσο, οι συναισθηματικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν, λόγω της χρήσης ναρκωτικών, όπως η καταθλιπτική διαταραχή. Στα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, υπήρχε ξεχωριστή ερώτηση που ρωτούσε τι είδους ψυχική διαταραχή έχει ο ερωτώμενος και αυτό επιβεβαιωνόταν τόσο από έγγραφο πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕΠΑ), είτε από τον ψυχίατρο του ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ που αναγραφόταν η διάγνωση το ασθενούς.

Συμπεράσματα

Ένας από τους λόγους της 2^{ης} ερευνητικής υπόθεσης που δεν επαληθεύτηκε, είναι πως οι άστεγοι τείνουν να έχουν εμπλοκή με το σύστημα απονομής της δικαιοσύνης σε σχέση με τον μη άστεγο πληθυσμό. Βρέθηκε ότι οι 42 μη άστεγοι και οι 94 άστεγοι είχαν εμπλοκή με το σύστημα δικαιοσύνης ή ήταν υπόδικοι. Ωστόσο, με βάση το chi-square test, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην παραβατικότητα μεταξύ αστέγων και μη αστέγων, καθώς $\chi^2(1) = .025$, $p = .502$

Ωστόσο, οι στατιστική διαφορά κρίνεται μη σημαντική. Επομένως, διερευνά κανείς το γεγονός πως η παραβατικότητα δεν σχετίζεται με την αστεγία στη συγκεκριμένη έρευνα. Τόσο οι άστεγοι, όσο και οι μη άστεγοι τείνουν να παραβατήσουν. Αυτό συμβαίνει για πολλούς και διάφορους λόγους. Αρχικά, όπως σημειώνεται και σε βιβλιογραφικές αναφορές το ουσιοεξαρτημένο άτομο, το ενδιαφέρει η απόκτηση της ουσίας και η προμήθεια της με οποιοδήποτε τρόπο. Κατά τη συλλογή του δείγματος, υπήρχε ένα θολό τοπίο για το ποιος διαμένει σε κάποια οικία ή βρίσκεται μόνιμα στο δρόμο ή σε ξενώνα. Υπήρχαν άτομα που έμεναν για 2-3 εβδομάδες σε πλατείες, μη τηρώντας την προσωπική τους υγιεινή και παραβατούσαν για την απόκτηση της τροφής τους ή της ουσίας, ενώ άλλοτε διέμεναν με φίλους ή συγγενείς σε σπίτι.

Παράλληλα, πολλά άτομα κινδύνευαν με εξώσεις, πλειστηριασμούς, μη ηλεκτροδοτούμενα σπίτια. Άτομα που διαβιούν σε επισφαλείς συνθήκες θεωρούνται βιβλιογραφικά άστεγοι. Παράλληλα, οι μη άστεγοι θεωρούνταν και άτομα που διαμένουν με τους γονείς τους, συγγενείς ή σε σπίτια φίλων, αλλά πολλές φορές διέμεναν στο δρόμο για μέρες. Ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ παραβατικότητας και αστεγίας αυτή δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική. Οι παράγοντες οφείλονται στις αντικειμενικές δυσκολίες που έχουν να κάνουν με τον ουσιοεξαρτώμενο πληθυσμό. Πολλοί ίσως να μην είχαν τη διάθεση και την όρεξη συμπλήρωσης ερωτηματολογίων

και συμμετοχής στην έρευνα και το έκαναν, διότι έβλεπαν και τους υπόλοιπους να συμμετέχουν.

Επιπροσθέτως, η 3^η ερευνητική υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε που αναφέρει πως οι τοξικοεξαρτημένοι άστεγοι θα εμφανίσουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σχέση με το μη άστεγο πληθυσμό. Αυτό προκαλεί έκπληξη και ένα ενδιαφέρον ως αντικείμενο μελέτης, γιατί η αστεγία είναι άμεση συνδεδεμένη με την κακή υγιεινή.

Τα άτομα που πλήττονται από έλλειψη στέγης, φυλάκιση, χρήση ουσιών, σεξουαλική εργασία ή σοβαρή ψυχική ασθένεια βιώνουν σημαντική υπερβολική κακή υγεία και πρόωρο θάνατο. Αν και αυτές οι εμπειρίες συχνά συνυπάρχουν, τα αποτελέσματα υγείας που σχετίζονται με την επικάλυψη τους δεν έχουν προηγουμένως αναθεωρηθεί. Η θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, την αυτοαξιολόγηση της υγείας και την ποιότητα ζωής μεταξύ των ανθρώπων που επηρεάζονται από περισσότερες από μία από αυτές τις εμπειρίες.

Ενώ υπάρχει όπως και στη 2^η υπόθεση θετική συσχέτιση, έτσι και στην 3^η ερευνητική υπόθεση διαπιστώθηκε ότι το είδος διαμονής δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα σωματικά συμπτώματα ($p= 0,061$), το άγχος/αυπνία ($p= 0,117$), την κοινωνική δυσλειτουργία ($p= 0,099$), και τη σοβαρή κατάθλιψη ($p= 0,333$). Συνολικά διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη γενική υγεία μεταξύ άστεγων ($M= 38.09$, $SD= 14.79$) και μη άστεγων ($M= 33.61$, $SD= 14.16$), καθώς $t(187)= -1.956$, $p= .062$ (Πίνακας 7). Επομένως, απορρίπτεται η τρίτη ερευνητική υπόθεση.

Περνώντας στην 4^η και 5^η ερευνητική υπόθεση που δεν κατάφεραν να επαληθευτούν δείχνει πως το φύλο δε συσχετίζεται με την παραβατικότητα. Εν δυνάμει και τα 2 φύλα τείνουν να παραβατήσουν και δεν είναι οι άνδρες περισσότερο παραβατικοί. Επίσης, οι γυναίκες για το εάν θα εμφανίσουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τους άνδρες και πάλι δεν ισχύει, δίνοντας στο φως ευρήματα πως το φύλο δε συσχετίζεται στη συγκεκριμένη έρευνα θετικά με την παραβατικότητα και την ψυχοπαθολογία.

Αυτό που επιβεβαιώνεται και αφορά την διπλωματική έρευνα είναι η ύπαρξη ενεργούς ψυχοπαθολογίας στον άστεγο πληθυσμό σε σχέση με τον μη άστεγο (1^η ερευνητική υπόθεση). Αρχικά, ο άστεγος είναι εκτεθειμένος ως προς τους κινδύνους που υπάρχουν στο δρόμο και δε βρίσκεται σε ένα προστατευμένο πλαίσιο. Υπάρχει, όπως έχει αναφερθεί και βιβλιογραφικά, υψηλή αυτοκτονικότητα στον άστεγο πληθυσμό. Το υποστηρικτικό περιβάλλον και η ψυχιατρική περίθαλψη είναι αναπόσπαστα κομμάτια θεραπείας ενός άστεγου τοξικοεξαρτημένου. Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η παρακολούθηση του από επαγγελματίας βοηθούν και εντείνουν μια καλύτερη μετάβαση της ψυχικής ασθένειας. Άλλωστε αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014 στο δήμο της Αθήνας που έδειξε πως οι ψυχικά ασθενείς άστεγοι κατά την πλειονότητά τους άνδρες (74%) δεν είχαν καμία ψυχιατρική περίθαλψη από την κοινωνική πρόνοια και μονάδες ψυχιατρικής αποκατάστασης, ενώ το 44,4% των ψυχιατρικών περιπτώσεων λάμβανε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (Χονδράκη, Μαδιανός, Δραγιώτη & Παπαδημητρίου, 2013).

Τέλος θα ήθελα να επισημάνω κάποιες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Στα δυνατά σημεία της έρευνας, συγκαταλέγονται το γεγονός πως αποτελεί την πρώτη έρευνα που διεξήχθη μετά τον κορονοϊό. Όπως αναφέρθηκε, η καραντίνα, ήταν μία περίοδος ορόσημο, όπου ο πληθυσμός σταμάτησε να δουλεύει, αναπτύχθηκαν νέες εφαρμογές και συνθήκες. Ωστόσο, αυτοί που παρέμειναν στη θέση τους ήταν άστεγοι. Οι αόρατοι που έγιναν πλέον ορατοί την περίοδο της πανδημίας. Παρά το γεγονός ότι έχουν πραγματοποιηθεί πλήθος ερευνών σε πληθυσμών ουσιοεξαρτώμενων ατόμων, είτε σε κέντρα απεξάρτησης, είτε σε μεθόδους και αποτελεσματικότητας θεραπειών, η «πιάτσα» των παράνομων ναρκωτικών ουσιών και το άντρο της παραβατικότητας αλλάζει με βάσει τις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Οι άστεγοι απλά είναι απόρροια αυτών των αλλαγών. Η Marcel Reimen, πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου του ΕΚΤΕΠΙΝ αναφέρει «Όταν βλέπουμε χρήστες ναρκωτικών, τείνουμε να αποδίδουμε τα προβλήματά τους στη χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, οι χρήστες

ναρκωτικών παρουσιάζουν διαταραχές στην ψυχική υγεία τους, τις οποίες συχνά δεν είμαστε σε θέση να εντοπίσουμε. Στο πλαίσιο της θεραπείας των χρηστών ναρκωτικών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συννοσηρότητα.»

Ένα ακόμα δυνατό σημείο της έρευνας ήταν το άνοιγμα του πρώτου Χώρου Εποπτευομένης Χρήσης του ΟΚΑΝΑ. Ήταν η πρώτη έρευνα που διεξήχθη σε αυτό το χώρο και στα θετικά του συγκαταλέγεται πως δεν χρειάζεται κανείς να είναι εγγεγραμμένος στον ΟΚΑΝΑ, αλλά απευθύνεται σε όλα τα τοξικοεξαρτημένα άτομα, ανεξαρτήτως εάν είναι άστεγοι ή μη, εάν είναι στη χορήγηση, ή εάν πληρούν κριτήρια εισαγωγής. Σύνηθες είναι ο πληθυσμός αυτός να ταλαιπωρείται υπερβολικά με τη γραφειοκρατία για να καταφέρει να εισέλθει σε διάφορες δημόσιες υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην έχουν τη δυνατότητα να προσέλθουν σε ένα νοσοκομείο ή να ανοίξουν ένα τραπεζικό λογαριασμό. Χάρη στο ΧΕΧ, τα ουσιοεξαρτώμενα άτομα απέκτησαν εύκολα και πρόσβαση στο δικό τους «οικογενειακό» χώρο και ένα προστατευτικό πλαίσιο, όπου μπορούν να κάνουν τη χρήση τους σε ένα ασφαλές περιβάλλον.

Όσον αφορά τις πρακτικές δυσκολίες και περιορισμούς θα αναφερόταν κανείς πως ο πληθυσμός αυτός χρειάζεται μια ιδιαίτερη μεταχείριση στη διαδικασία λήψης ερευνητικού υλικού. Πολλές φορές δεν ήταν σε θέση άτομα να συμμετέχουν, καθώς βρισκόταν σε κατάσταση τοξίκωσης ή δυσκολευόταν στη συγκέντρωση. Επίσης, χρειαζόταν πολλές φορές οριοθέτηση από το προσωπικό. Το μέγεθος του δείγματος αν και είναι μεγάλο, αφήνει περιθώρια για συλλογή μεγαλύτερου δείγματος, ώστε η έρευνα να είναι περισσότερο αξιόπιστη. Πολλοί από τους συμμετέχοντες εξαιτίας των γεγονότων ζωής τους, ήταν αρκετά καχύποπτοι στη συμπλήρωση του έντυπου συναίνεσης, ακόμα και όταν τους διευκρινιζόταν πως διατηρείται ανωνυμία. Η συμπλήρωση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων θεωρούνταν και ανασταλτικός παράγοντας συμμετοχής στην έρευνα, διότι πολλοί θεωρούσαν ότι έδιναν πολλές προσωπικές πληροφορίες. Η καχυποψία ωστόσο, είναι μέρος της ζωής των

ουσιοεξαρτώμενων ατόμων και ανάγκης για την επιβίωσή τους και έπρεπε να ληφθεί υπόψη.

Ένας ακόμα περιορισμός αποτέλεσε και το ίδιο αντικείμενο της έρευνας. Ποιος εν τέλει θεωρείται άστεγος; Ενώ βιβλιογραφικά γνωρίζει κανείς πως όταν διαμένεις στο δρόμο για διάστημα άνω των 6 ετών, είσαι άστεγος πολλοί δεν είχαν βεβαίωση αστεγίας. Άλλοτε έμεναν μία εβδομάδα σε γνωστούς και συγγενείς, άλλοτε στο δρόμο για μερικούς μήνες και μετά στην προσπάθεια τους να μπουν σε κάποιο υπνωτήριο. Τέλος, παρατηρείται και το λεγόμενο φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας, όπου μετά την εισαγωγή του στο Υπνωτήριο πολλά άτομα δεν τηρούν τους κανονισμούς και ξαναβρίσκονται στο δρόμο σε επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης, διαιωνίζοντας μια κατάσταση που ο μόνος που πλήττεται στην πραγματικότητα είναι ο τοξικοεξαρτημένος άστεγος.

Πηγές-Βιβλιογραφία

Πηγές

Δήμος Αθηναίων. (2020, Απρίλιος 22). «Ξενώνας για άστεγους τοξικοεξαρτημένους από Δήμο Αθηναίων – OKANA – ΚΕΘΕΑ»

<https://www.cityofathens.gr/xenonas-gia-astegoys-toxikoexartime/>

ΕΚΤΕΠΙΝ (2019). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2019: Τάσεις και εξελίξεις.*

ΕΚΤΕΠΙΝ (2018). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα - Ετήσια έκθεση 2017.* Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.

OKANA.(2021). «Χώρος εποπτευόμενης χρήσης “STEKI 46”»

<https://www.okana.gr/el/services/meiosi-blabis/horos-epopteyomenis-hrisis-steki-46>

Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών-Εθνική Μονάδα Πληροφοριών. (2012).

Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα έτους 2010.

https://www.aade.gr/sites/default/files/2020-03/sodn_2010.pdf

European Federation of National Organisations Working with the Homeless –

FEANTSA. (2003) <https://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa>

Ελληνόγλωσση

Angel, S., & Angel, P., (2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειές τους: Μια συστημική προσέγγιση* (επιμ. Βιολέτα Καφταντζή . μτφρ. Α. Βερβερίδης, Δ. Σιζοπούλου). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Βενιέρης, Δ. (2006), *Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνικά Δικαιώματα*, Αθήμα: Τόπος (Μοτίβο Εκδοτική)

- Γεωργάκας, Π. (2007). *Εξάρτηση, μια ατομική επιλογή-Απεξάρτηση, μια συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (2011). *Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας μοντέλα παρέμβασης: από την ολιστική στη γενική-ολιστική προσέγγιση*. Αθήνα: Τόπος.
- Διακογιάνης, Ι. (2008). *Ψυχοιατροδικαστική*. Κύπρος: Broken Hill Publishers Ltd.
- Grawitz, M. (2006). *Μέθοδοι των κοινωνικών επιστημών, Τόμος Α* (επιμ. μτφρ Ε. Αστερίου). Αθήνα: Οδυσσέας.
- Grawitz, M. (2006). *Μέθοδοι των κοινωνικών επιστημών, Τόμος Β* (επιμ. μτφρ Ε. Αστερίου). Αθήνα: Οδυσσέας.
- Κασσέρη, Ζ., & Αυδή, Ε. (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: μια αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 5(1), 1-32.
- Κουκιάς, Ν. (2016) «Σχέσεις Ουσίας: Γονεϊκότητα και Διαδικασίες Απεξάρτησης». *Περιοδικό Εξαρτήσεις* DOI: <https://doi.org/10.57160/XJQZ7726>
- Κουκίδης, Μ., Κολιός, Γ., & Βλάχου, Γ. (2020). *Εμφυλές διαστάσεις της ουσιοεξάρτησης: μια εισαγωγή*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Κουραχάνης, Ν. (2015). «Η κοινωνική πολιτική για τους αστέγους στην Ελλάδα. Ποιοτική και κριτική ανάλυση ενός ακραίου κοινωνικού αποκλεισμού. Επιθεώρηση Κοινωνικών ερευνών, 145.
- Μάνος, Ν. (1997). *«Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής»*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μαλλιώρη, Μ. (2006). Διαταραχές συνδεδεμένες με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στο Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας (επιμ.), *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* (σ. 227-240). Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Μαρσέλος, Μ. (1981). *Ναρκωτικά*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Μάτσα, Κ. (2022). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές*. Αθήνα: Άγρα
- Μάτσα, Κ. (2017). *Παρίες ανάμεσα στους παρίες. Τοξικομανείς και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Άγρα.

- Μάτσα, Κ. (2012). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη, ο τοξικομανής και ο θάνατος*, Αθήνα: Άγρα.
- Μέλλον, Ρ. (2011). Συμπεριφορισμός. Στο Α. Ποταμιάνος & Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.), Προσωπικότητα : θεωρίες, κλινική πρακτική και έρευνα (σ. 163-203). Αθήνα: Παπαζήσης.
- Μέλλον, Ρ. (2013). Η Ψυχολογία της Συμπεριφοράς. Αθήνα: Πεδίο.
- Λαζαράτου, Ε. (2014). *Ψυχικές διαταραχές στην εφηβεία: διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εθνικό και ΚΦαποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Π.Ε. Πετράκης
- Λεωνιδάκη, Β., & Μαλλιώρα, Μ. (2009). Συννοσηρότητα χρήσης ουσιών και ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική*, 20, 17-34.
- Nakken, C. (2006). *Το προφίλ του εθισμού: Κατανοήστε τη διαδικασία της εξάρτησης και την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά* (μτφρ. Κ. Παναγιωτόπουλος). Αθήνα: Ισόρροπον.
- Ναζεντιάδου, Η. (2018). *Η τοξικοεξάρτηση είναι κοινωνικό φαινόμενο*. Αθήνα: Εθνικό Συμβούλιο κατά των Ναρκωτικών.
- Νικολάου Κ., & Μάτσα, Κ. (2004). Το φαινόμενο της συννοσηρότητα στις εξαρτήσεις. Στο Ι.Α. Λιάππας & Β. Πομίνι (επιμ.), *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα* (σ. 106-117). Αθήνα: ΙΤΑΚΑ – Ελληνικό Τμήμα.
- Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
- Olivenstein, C. (1982). *Η ζωή του τοξικομανή*. Αθήνα: Παλλάδα.
<https://www.psychology.gr/addictions/4755-i-texni-stin-apeksartisi.html>
- Παπακώστας, Ι. (2022). *Οι Γνωσιακές Ψυχοθεραπείες και το Τρίτο Κύμα Ψυχοθεραπειών στις Αγχώδεις Διαταραχές*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Παπαρρηγόπουλος, Θ., & Δάλλα, Χ. (2019). *Οι εξαρτήσεις. Αίτια, Μηχανισμοί, Εκδηλώσεις, Αντιμετώπιση*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης

- Παπαρρηγόπουλος, Θ., Δουζένης, Α., Τζαβέλλας, Η., Λιάππας, Ι. (2019). «*Ηθική και δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία*». Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.
- Πούλου, Μ. (1997). *Η ποινική αξιολόγηση της εξάρτησης από τα Ναρκωτικά* (Διδακτορική διατριβή). Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Σπύρου, Σ. & Πλυτάς, Ν. (2016). *Θεραπεία χρηστών και παραβατικότητα: Κρίση εν μέσω κρίσης. Τιμητικός Τόμος Κουράκη*, Αθήνα: Αντ. Ν. Σακκουλά
- Σταλίκας, Α. (2011). *Μέθοδοι Έρευνας στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τόπος.
- Τερζίδης, Χ. (2013). *Τοξικοεξάρτηση: Προσέγγιση των Θεσμών της υπό το Πρίσμα της Κοινωνιολογίας του Δικαίου* (Διδακτορική διατριβή). Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανακτήθηκε από:
<https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/29163?lang=el#page/36/mode/2up>
- The Lancet. (2010). *Stigmatisation of problem-drug users. The Lancet*, 376(9743), 744. doi:10.1016/s0140-6736(10)61360-8
- Τσίγκανου, Ι., Τσατσαρώνη, Χ., Καρακούλα, Π., & Κίτσιου, Α. (επιμ.) (2020). *Οψεις ουσιοεξάρτησης της Ελλάδας της κρίσης*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Τσίλη, Σ. (1995). *Η Τοξικομανία ως Ιδεολογικό διακύβευμα-Η περίπτωση της Ελλάδας*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Τσόλιας Γ., Η ποινική αντιμετώπιση του τοξικομανούς δράστη σύμφωνα με τη νομολογία του Αρείου Πάγου και συναφείς προβληματισμοί, ανάμεσα στους οποίους και κάποιιο για την έννοια των «αυτοτελών ισχυρισμών», ΠοινΔικ. 2009, σελ. 464 επ.
- Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία: Μια αναπτυξιακή προσέγγιση*. (επίμ., Η.Γ. Μπεζεβέγκης). Αθήνα: Gutenberg.

Χονδράκη, Π., Μαδιανός, Μ.Γ., Δραγιώτη, Ε., & Παπαδημητρίου, Γ.Ν.
(2013). Άστεγοι ψυχικά ασθενείς στην περιοχή της Αθήνας: Μια συγχρονική μελέτη για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες και την αναζήτηση βοήθειας. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), 544–553. doi: 10.1177/0020764013503150

Ξενόγλωσση

- Altice, F. L., Bruce, R. D., Lucas, G. M., Lum, P. J., Korthuis, P. T., Flanigan, T. P., ... Finkelstein, R. (2011). HIV Treatment Outcomes Among HIV-Infected, Opioid-Dependent Patients Receiving Buprenorphine/Naloxone Treatment within HIV Clinical Care Settings: Results From a Multisite Study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56, 22-32. doi:10.1097/qai.0b013e318209751e
- Bommersbach TJ, Stefanovics EA, Rhee TG, Tsai J, Rosenheck RA. (2020). Suicide attempts and homelessness: timing of attempts among recently homeless, past homeless, and never homeless adults. *Psychiatr Serv*, 71(12), 1225–31.
- Boyd, J. E., Hayward, H., Bassett, E. D., & Hoff, R. (2016). Internalized stigma of mental illness and depressive and psychotic symptoms in homeless veterans over 6 months. *Psychiatry Research*, 240, 253-259. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.035
- Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S., & Newman, J. P. (2001). Construct validation of a self-report psychopathy scale: does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1021- 1038. doi:https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00178-1

- Britton, J. C., Lissek, S., Grillon, C., Norcross, M. A., & Pine, D. S. (2010). Development of anxiety: the role of threat appraisal and fear learning. *Depression and Anxiety*, 28(1), 5–17. doi:10.1002/da.20733
- Brown LA, Denis CM, Leon A, Blank MB, Douglas SD, Morales KH, Crits-Christoph PF, Metzger DS, Evans DL. (2021). Number of opioid overdoses and depression as a predictor of suicidal thoughts. *Drug Alcohol Depend*, 224, 108728. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108728>
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & Hippel, C. (2016). Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs, 51 (12), 1664-1668. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1188951>
- Calvo, N., Nasillo, V., Ferrer, M., Valero, S., Perez-Conill Rde, S., Rovira-Machordom, M., . . . Casas, M. (2016). Study of prevalence of Personality Disorders in inmate men sample with Substance Use Disorders using of PDQ-4+ Self-Report.. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 44(5), 178-182.
- Cohen P, Chen H, Crawford TN et al. Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alc Depend* 2007, 88:S71–S84
- De Haan, A. (2001), «Social exclusion: Enriching the understanding of deprivation», Paper prepared for the World Development Report 2001 Forum on Inclusion, Justice and Poverty Reduction
- de Tribolet-Hardy, F., Vohs, K., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2014). Psychopathy, intelligence, and impulsivity in German violent offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 238-244. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.018>
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research
- Doran, K. M., Rahai, N., McCormack, R. P., Milian, J., Shelley, D., Rotrosen, J., & Gelberg, L. (2018). Substance use and homelessness among emergency

- department patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 328–333. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.04.021
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. doi:10.1542/peds.111.3.564
- Duke, A., & Searby, A. (2019). Mental Ill Health in Homeless Women: A Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(7), 605–612. doi:10.1080/01612840.2019.1565875
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 110-122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- EMCDDA (2003). «Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Social exclusion and reintegration» Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2003). «Annual report: The state of the drugs problem in the European Union and Norway». Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2004). «Annual report: The state of the drugs problem in the European Union and Norway». Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eynan R, Langley J, Tolomiczenko G, Rhodes AE, Links P, Wasylenki D, Goering P. (2002). The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 32(4), 418–27.
- Etesam, F., Assarian, F., Hosseini, H., Ghoreishi, F.S. (2014). *Stigma and Its Determinants Among Male Drug Dependents Receiving Methadone*

- Maintenance Treatment. Archives of Iranian Medicine, 17 (2), 108-114.*
Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24527971/>
- Fischer, P. J., & Breakey, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist, 46*(11), 1115-1128. doi:10.1037/0003-066X.46.11.1115
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). *Άστεγοι και ψυχικά άρρωστοι - μια πρόκληση ψυχικής υγείας για την Ευρώπη. Acta Psychiatrica Scandinavica, 131*(4), 236–238. doi:10.1111/acps.12394
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E. and Mala, O. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 371-378.
- Goffman, E. (Ed.) (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Simon and Schuster.
- Goldberg, DP & Hillier, VF (1979). Μια κλιμακωτή έκδοση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας. *Psychological Medicine, 9*, 139-45
- Goldstein, R.B., Smith, S.M., Dawson, D.A. and Grant, B.F. (2015). Sociodemographic and Psychiatric Diagnostic Predictors of 3-Year Incidence of DSM-IV Substance Use Disorders among Men and Women in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors, 29* (4), pp. 924-932. <https://doi.org/10.1037/adb0000080>
- Green, A. (2002). A dual conception of narcissism: Positive and negative organizations. *Psychoanalytic Quarterly, 71*(4), 631-649. doi:10.1002/j.2167-4086.2002.tb00020.x
- Greenfield, S.F., Rosa, C., Putnins, S.I., Green, C.A., Brooks, A.J., Calsyn, D.A. and Winhusen, T. (2011). Gender research in the national institute on drug abuse

- national treatment clinical trials network: A summary of findings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 (5), pp. 301-312.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2011.596875>
- Guillén, A. I., Marín, C., Panadero, S., & Vázquez, J. J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive Behaviors*, 103, 106246.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- Hasin DS, O'Brien, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton W, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M, Grant BF, DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale, *Am J Psychiatry*. 2013 Aug 1; 170(8): 834–851.
- Hwang, S. W., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P. J., & Dunn, J. R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *British Medical Journal*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b4036>
- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Huhges M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among persons aged 15–54 in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:8–19
- Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., Distasio, J., & Schütz, C. G. (2018). *Predictors of Mental Health Recovery in Homeless Adults with Mental Illness. Community Mental Health Journal*. doi:10.1007/s10597-018-0356-3
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kidd SA. (2006). Factors precipitating suicidality among homeless youth: a quantitative follow-up. *Youth & society*. 37(4), 393–422.

- Kolodziej ME, Griifin ML, Najavitis LM, Otto MW, Greenfield SF, Weiss RD.
Anxiety disorders among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2005, 80:251–257
- Liu, J., & Li, J. (2018). Drug addiction: a curable mental disorder? *Acta Pharmacologica Sinica*, 39(12), 1823-1829. doi:10.1038/s41401-018-0180-x
- Maremmani I, Pacini M, Pani P. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: Should depression be considered a "dual diagnosis"? *Ann Gen Psychiatry* 2007, 6:31
- Muncan, B., Walters, S.M., Ezell, J., & Ompad, D.C. (2020). “They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17 (53). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734
- Mueser K, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York, The Guilford Press
- Nocon A, Berge D, Astals M, Martin-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res* 2007, 13:192–200
- Nordentoft, M., & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Bmj*, 327, 81– 83. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.81>
- Nusselder, W. J., Sloekers, M. T., Krol, L., Sloekers, C. T., Looman, C. W. N., & van Beeck, E. F. (2013). Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010. *PLoS ONE*, 8(10), e73979. doi:10.1371/journal.pone.0073979
- Parker, D. (2010). Housing as an intervention on hospital use: Access among chronically homeless persons with disabilities. *Journal of Urban Health*, 87(6), 912– 919. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9504-y>

- Patterson A.A., Holden R.R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide Life Threat Behav.*, 42(2), 147–56.
- Phillips P, Johnson S. Drug and alcohol misuse among inpatients with psychotic illnesses in three inner-London psychiatric units. *Psychiatr Bull* 2003, 27:217–220
- Pickard, H. (2017). Responsibility without Blame for Addiction. *Neuroethics*, 10, 169–180. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9295-2>
- Rangé, B. P., & Mathias, A. C. R. (2012). Cognitive-behavior therapy for substance abuse. *Edited by Irismar Reis de Oliveira*, 157.
- Ravenhill, J. (2008). Fighting Irrelevance: An Economic Community 'with ASEAN Characteristics'. *The Pacific Review*, IR Working Paper 3.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd EH, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990, 264: 2511–2518
- Rhodes, B. E., Gottfredson, N. C. and Hill, L. M. (2018). Desistance and treatment seeking among women with substance use disorders. *Qualitative Health Research*, 28 (8), pp. 1330-1341.
- Salter, K., Campbell, N., Richardson, M., Mehta, S., Jutai, J., Zettler, L., Moses, M., McClure, A., Mays, R., Foley, N., & Teasell, R. (2013). *Μέτρα αποτελεσμάτων στην αποκατάσταση του εγκεφαλικού*
http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter21_Outcome-Measures_FINAL_16ed.pdf
- Schanzer, B., Dominguez, B., Shrout, P.E., & Caton, C.L. (2007). Homelessness, health status, and health care use. *American Journal of Public Health*, 97(3), 464–469. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.076190>

- Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3): 314-324.
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W.-T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., ... Nock, M. K. (2010). Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 712–719. doi:10.1097/psy.0b013e3181e3333d
- Silveira, P.S., Casela, A.L.M., Monteiro, E.P., Ferreira, G.C.L., Freitas, J.V.T., & Machado, N.M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health*, 3 (1), 42-52. <https://doi.org/10.1037/sah0000069>
- Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R et al. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 242:362–372
- Suarez, A., Berrios, A., Bonilla, E., & Vázquez, J.J. (2018). Homeless people in Nicaragua: A point-in-time count in León. *Journal of International Development*, 30(1), 155–158. <https://doi.org/10.1002/jid.3303>
- Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction* 2004, 99: 1333–1341
- Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1704-1712. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.04.003
- Theodorikakou, O., Alamanou, A., & Katsadoros, K. (2013). “Neo-homelessness” and the Greek Crisis. *European Journal of Homelessness*, 7(2): 203-210.
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Zúñiga, C. (2017). Actors, observers, and causal attributions of homelessness: Differences in attribution for the causes of

homelessness among domiciled and homeless people in Madrid (Spain). *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 15–22. <https://doi.org/10.1037/ort0000130>

Volkow ND. The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 2004, 56:714–717

Wogen, J., & Restrepo, M.R. (2020). Human Rights, Stigma, and Substance Use. *Health and Human Rights Journal*, 22 (1), 51-60. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348456/>

Παραρτήματα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΗΝ ΤΟ 1837



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

Αθήνα, 08.11.2022

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η

Βεβαιώνεται ότι η κ. Κοττανίδου Νικολέτι εγγεγραφή στο Α' εξάμηνο σπουδών του ΠΜΣ της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ», κατά το ακαδ. έτος 2020 - 2021 και έλαβε τον αριθμό μητρώου 20200305.

Η χρονική διάρκεια φοίτησης για την απονομή του Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΜΣ, σύμφωνα με τη νομοθεσία, αντίστοιχο του M.Sc) ορίζεται σε **τέσσερα** (4) ακαδημαϊκά εξάμηνα.

Η βεβαίωση χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.



Η Γραμματέας της Ιατρικής Σχολής

Δρ. Ελένη Σ. Βασιλοπούλου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»
ΛΙΕΥΘ. ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ

Αθήνα, 25 Οκτωβρίου 2022

ΘΕΜΑ : Αίτημα έγκρισης χορήγησης ερωτηματολογίου για τη διενέργεια
ερευνητικής διπλωματικής εργασίας

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Η κ. Κοτιανίδου Νικολέτα είναι φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχοιατροδικαστική», της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με αριθμό μητρώου 20200305.

Στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών του Π.Μ.Σ. η κ. Κοτιανίδου καλείται να εκπονήσει διπλωματική εργασία σε αντικείμενο συναφές με το αντικείμενο του Π.Μ.Σ.

Η ερευνητική διπλωματική εργασία της φοιτήτριας έχει τον τίτλο: «Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας».

Η έρευνα ακολουθεί όλους τους κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονική και ακαδημαϊκή έρευνα. Κανένα ατομικό στοιχείο αναγνώρισης δε θα είναι διαθέσιμο.

Επιστημονικά υπεύθυνος, διευθυντής του Π.Μ.Σ. και επιβλέπων της διπλωματικής εργασίας είναι ο υπογράφων, Καθηγητής Ψυχιατρικής – Ψυχοιατροδικαστικής Ε.Κ.Π.Α. κ. Δουζένης Αθανάσιος.

Υπεύθυνη φοιτήτρια είναι η κ. Νικολέτα Κοτιανίδου, Καινινική Λειτουργός, η οποία θα διαχειρίζεται αποκλειστικά τις πληροφορίες της ερευνητικής μελέτης.



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



OKANA

ΔΗΛΩΣΗ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Εγώ η **Κοτιανίδου Νικολέτα** με την παρούσα δήλωση, **αναλαμβάνω ρητά την υποχρέωση**, στο πλαίσιο της συμμετοχής μου στη μελέτη «**Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας**».

πέραν των δεσμεύσεων 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, από την κείμενη εθνική νομοθεσία για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ενδεικτικά Ν. 2472/1997, Ν.3471/2006, Ν.3917/2011, Ν. 4070/2012, Ν. 4624/2019 Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ), 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις) και από τους κώδικες επιστημονικής, ερευνητικής και επαγγελματικής δεοντολογίας,

- να διαφυλάττω την εμπιστευτικότητα και τον απόρρητο χαρακτήρα δεδομένων, πληροφοριών και κάθε άλλου υλικού που πρόκειται να μου γνωστοποιηθεί ή να περιέλθει με οποιονδήποτε τρόπο εις γνώση μου,

- να μην αποκαλύπτω, κοινοποιώ, διαθέτω πληροφορίες εμπιστευτικού χαρακτήρα ή να επιτρέπω ή να καθιστώ δυνατή την πρόσβαση οποιουδήποτε τρίτου άμεσα ή έμμεσα σε αυτές ή να επιτρέπω ή να καθιστώ δυνατή την κοινοποίηση ή δημοσιοποίηση εμπιστευτικών πληροφοριών σε οποιονδήποτε τρίτο
- να χρησιμοποιώ τις **εμπιστευτικές πληροφορίες**¹, για τις οποίες λαμβάνω γνώση, μόνο για τους σκοπούς του έργου που μου έχει ανατεθεί ή/και για τους σκοπούς για τους οποίους μου κοινοποιήθηκαν οι εν λόγω πληροφορίες, καθώς και να τηρώ την αρχή της εχεμύθειας και μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο λήξη της ιδιότητάς μου ως μέλους της ερευνητικής ομάδας της συγκεκριμένης μελέτης
- ότι, εάν οι πληροφορίες και τα δεδομένα της μελέτης που θα συλλέξω ή επεξεργαστώ δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια, δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που δεν θα επιτρέπουν την εξακρίβωση της ταυτότητας των συμμετεχόντων στη μελέτη. Για την επίτευξη αυτού του στόχου τα δεδομένα που συλλέγονται είναι ανωνυμοποιημένα με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η πλήρης απομάκρυνση από τη δυνατότητα ταυτοποίησης του υποκειμένου.
- Ότι, από τις πληροφορίες που θα λάβω ή επεξεργαστώ, σε περίπτωση που έχω βάσιμη αιτία να πιστεύω ότι υφίσταται κακοποίηση ανήλικου/υπερήλικου, παρόλο που θα καταβάλω κάθε εύλογη προσπάθεια για να προστατεύσω την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, υποχρεούμαι να προβώ στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και είναι πιθανό οι δικαστικές αρχές να απαιτήσουν πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες
- Ότι, από τις πληροφορίες που θα λάβω ή επεξεργαστώ, σε περίπτωση που έχω βάσιμη αιτία να πιστεύω ότι κάποιος-α από τους/τις συμμετέχοντες-ουσες είναι σε κίνδυνο για αυτοκτονία ή να βλάψει τον εαυτό του/της με όποιο άλλο τρόπο, υποχρεούμαι να προβώ στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Ημερομηνία08/11/2022.....

Υπογραφή ερευνητή-τριας 

¹ Με τον όρο «**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**» νοούνται όλες οι πληροφορίες, τα στοιχεία, οι μέθοδοι, οι τεχνικές και οι διαδικασίες που αφορούν στην οργάνωση, λειτουργία, αρμοδιότητες, καθήκοντα, έργο, εκθέσεις, ερωτηματολόγια, φόρμες, θέσεις, διαπιστώσεις, έγγραφα, έργα, ερευνητικό και αναπτυξιακό σχεδιασμό, τεχνογνωσία, συστήματα και μέσα, που φέρουν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και σχετικές πληροφορίες. Ως εμπιστευτική πληροφορία νοείται και κάθε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα, δηλ. κάθε πληροφορία που μπορεί να αφορά ένα πρόσωπο, η ταυτότητα του οποίου είναι γνωστή ή μπορεί να προσδιοριστεί. Τα δεδομένα αυτά μπορεί να αναφέρονται σε ερευνητές/εργαζόμενους/απασχολούμενους στον ΟΚΑΝΑ, σε πρόσωπα με τα οποία συναλλάσσεται ή συνεργάζεται ερευνητικά/άλλως ο ΟΚΑΝΑ ή πρόσωπα, τα δεδομένα των οποίων περιέχονται σε αρχεία ή υπόκεινται σε επεξεργασία στο πλαίσιο των ερευνητικών δραστηριοτήτων, ερευνητικών έργων, εργασιών, πειραμάτων, μεθοδολογίας, εκθέσεων, ερωτηματολογίων, συνεντεύξεων, μετρήσεων, αρχείων, βάσεων δεδομένων συστημάτων, παραδοτέων του ΟΚΑΝΑ, σύμφωνα και με το αντίστοιχο έντυπο του Πανεπιστημίου Κρήτης, το οποίο αξιοποιήθηκε για τη σύνταξη του παρόντος. Οι εμπιστευτικές πληροφορίες μπορεί να περιέχονται και σε υλικούς φορείς ήχου ή εικόνας, δισκέτες ή ψηφιακούς δίσκους ηλεκτρονικών υπολογιστών, μηχανές, πρωτότυπα κάθε είδους και εφαρμογές, σχέδια, ορισμούς και επεξηγήσεις, είδη οιασδήποτε κατασκευής, εικαστικές παραστάσεις, έγγραφα αναγνώσιμα από μηχανές ή τον άνθρωπο ή και να έχουν χαρακτήρα προφορικής δήλωσης.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ
ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Ο ΔΟΥΖΕΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ) ΚΑΙ Η ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ
ΝΙΚΟΛΕΤΑ (ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ) (συμπληρώνεται το Τμήμα/Μονάδα/Δομή του Οργανισμού κατά
των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ή το όνομα του/της υπευθύνου της έρευνας) διεξάγουν μελέτη
με θέμα: ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ
ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ (καταγράφεται ο τίτλος της ερευνητικής μελέτης).

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του άστεγου τοξικοεξαρτημένου πληθυσμού της Αθήνας με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η καταγραφή τους θα γίνει με τη μορφή δύο (2) ερωτηματολογίων που θα δοθούν για τους σκοπούς της έρευνας. Συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες. **(καταγράφεται ο σκοπός και οι ειδικότεροι στόχοι της μελέτης).**

Αν δεχθείτε να λάβετε μέρος στη μελέτη θα χρειαστεί να συμμετάσχετε στις ακόλουθες ερευνητικές διαδικασίες **(καταγράφονται οι διαδικασίες, π.χ. συνέντευξη, συμπλήρωση ερωτηματολογίου, τοξικολογικός έλεγχος ούρων, focus group, χορήγηση βιολογικού υλικού)**: Η διαδικασία θα γίνει μέσω ποσοτικής έρευνας με τη μορφή 2 ερωτηματολογίων που θα επισυναφθούν. Το ένα ερωτηματολόγιο αφορά την γενική υγεία (general health Questionnaire) που μετρά αν υπάρχουν ενοχλήσεις και πως είναι η υγεία του ατόμου τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Το 2^ο ερωτηματολόγιο αφορά την ψυχοπαθολογία και υπάρχει κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι.

Το έντυπο αυτό σας χορηγείται με σκοπό να σας πληροφορήσει για το σκοπό και τους στόχους της παρούσας μελέτης. Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα αντιμετωπισθούν με εχεμύθεια. Πρόσβαση στην πληροφορία αυτή θα έχουν μόνο οι ερευνητές/τριες που συμμετέχουν στη μελέτη.

Η παρούσα μελέτη έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (αρ. πρωτ.....).

Εγώ ο/η ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

Επιβεβαιώνω ότι

- έχω διαβάσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση για αυτή τη μελέτη,
- είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη και είμαι ικανοποιημένος/η με τις απαντήσεις και τις επεξηγήσεις που μου δόθηκαν,
- μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να διαβάσω τις πληροφορίες προσεκτικά και να αποφασίσω για το αν θα συμμετάσχω στη μελέτη αυτή, και
- οι πληροφορίες και διαδικασίες της μελέτης μου επεξηγήθηκαν από ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ (ονοματεπώνυμο ερευνητή) στις (ημερομηνία) κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης της συγκατάθεσης για αυτή τη μελέτη.
- κατανοώ ότι πιθανά να μην υπάρχουν οφέλη για εμένα, λαμβάνοντας μέρος σε αυτήν τη μελέτη, αλλά άλλα άτομα (π.χ. άλλοι-ες θεραπευόμενοι-ες, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον) μπορεί να ωφεληθούν στο μέλλον από τις πληροφορίες που θα παρέχω κατά τη συμμετοχή μου σε αυτή.
- κατανοώ ότι η συλλογή και η χρήση οποιουδήποτε βιολογικού μου δείγματος (π.χ. ούρα, ιστός, γενετικό υλικό)**ΟΧΙ**.....δεν θα μου προκαλέσει απολύτως κανέναν κίνδυνο.
- 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 δεν 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 οι πληροφορίες που θα παρέχω σε αυτήν τη μελέτη θα ηχογραφηθούν/μαγνητοσκοπηθούν, αλλά δεν θα μπορούν να ταυτοποιηθούν με εμένα, καθώς η διαχείρισή τους από το ερευνητικό προσωπικό θα γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η πλήρης απομάκρυνση από τη δυνατότητα ταυτοποίησης του υποκειμένου (ανωνυμοποίηση)
- έχω κατανοήσει ότι, εφόσον συμμετέχω σε Ομάδα Εστίασης, παρόλο που έχει ζητηθεί από όλους-ες τους/τις συμμετέχοντες-ουσες να μην αποκαλύψουν πληροφορίες που θα έρθουν σε γνώση τους στο πλαίσιο της μελέτης, το ερευνητικό προσωπικό δεν μπορεί να εγγυηθεί για την τήρηση της εμπιστευτικότητας από όλους-ες τους/τις συμμετέχοντες, αν και έχει προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για τη διαφύλαξη της ιδιωτικότητας των συζητήσεων.

- έχω κατανοήσει ότι τα αρχεία /δεδομένα της μελέτης που με αφορούν θα διατηρηθούν για πέντε (5) χρόνια σε κατάλληλα φυλασσόμενο χώρο και μετά το πέρας αυτού του διαστήματος θα καταστραφούν. 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 πλήρης απομάκρυνση από τη δυνατότητα εξακρίβωσης από τη ταυτότητα του υποκειμένου. Με την εκπνοή της περιόδου διατήρησης τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαγράφονται ή καταστρέφονται. Αν έχω οποιαδήποτε παρατήρηση για τον τρόπο που χειρίζεστε τα προσωπικά μου δεδομένα μπορώ να επικοινωνήσω με τον πιστοποιημένο υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων του ΟΚΑΝΑ, κα Διαμαντή Γιώτα (email: dro@okana.gr).
- κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.
- συμφωνώ να αποθηκευτούν οι πληροφορίες/δεδομένα που θα παρέχω για αυτήν τη μελέτη, προκειμένου να αξιοποιηθούν και σε μελλοντικές ερευνητικές μελέτες.
- έχω κατανοήσει ότι, εάν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στη μελέτη και από τις πληροφορίες που θα παράσχω, το ερευνητικό προσωπικό έχει βάσιμη αιτία να πιστεύει ότι υφίσταται κακοποίηση ανήλικου/υπερήλικου, παρόλο που θα καταβάλει κάθε εύλογη προσπάθεια για να προστατεύσει την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών μου, υποχρεούται να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και είναι πιθανό οι δικαστικές αρχές να απαιτήσουν πρόσβαση στις πληροφορίες που έχω παράσχει κατά τη διάρκεια της μελέτης.
- έχω κατανοήσει ότι, εάν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στη μελέτη και από τις πληροφορίες που θα παράσχω, το ερευνητικό προσωπικό έχει βάσιμη αιτία να πιστεύει ότι είμαι σε κίνδυνο για αυτοκτονία ή να βλάψω τον εαυτό μου με όποιο άλλο τρόπο, υποχρεούται να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω από τη μελέτη, ανακαλώντας τη συγκατάθεση μου, ακόμα και μετά από την υπογραφή του συγκεκριμένου εγγράφου, χωρίς καμία επίπτωση στην ιατρική μου περίθαλψη ή χωρίς καμία άλλη επίπτωση:

- όταν το επιθυμήσω,
- χωρίς καμία εξήγηση
- ή να αρνηθώ να απαντήσω σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και να συνεχίσω να συμμετέχω στην έρευνα.

Επιπλέον, κατανοώ ότι:

- σε περίπτωση που αισθανθώ άβολα ή συναισθηματικά αναστατωμένος-η όταν απαντώ σε κάποιες από τις ερωτήσεις, μπορώ ανά πάσα στιγμή εάν θέλω να κάνω ένα διάλειμμα ή να σταματήσω τη συνέντευξη.
- ενδέχεται το ερευνητικό προσωπικό να ζητήσει την απόσυρσή μου από τη μελέτη, χωρίς την άδειά μου, εάν κρίνει ότι είναι προς όφελός μου.

Συμφωνώ ότι το προσωπικό του Οργανισμού μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου στο μέλλον:

προκειμένου να παρέχω περαιτέρω πληροφορίες **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
για τη συγκεκριμένη μελέτη.

προκειμένου να ερωτηθώ εάν επιθυμώ να συμμετάσχω σε **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
μελλοντικές μελέτες/ έρευνες του Οργανισμού.

Κατανοώ ότι εάν έχω περαιτέρω ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με αυτή τη μελέτη/έρευνα, μπορώ να επικοινωνήσω με τον/την Επιστημονικά Υπεύθυνο-η **ΔΟΥΖΕΝΗ ΑΘΑΝΑΣΙΟ** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **thandouz@med.uoa.gr** τηλέφωνο επικοινωνίας **210 58 32 426** και το ερευνητικό προσωπικό **ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ** στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

niki.ko-@hotmail.com ή **n.kotianidou@athens.gr** τηλέφωνο επικοινωνίας **6971906474**

Έχω ενημερωθεί ότι για τυχόν παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με οποιοδήποτε στοιχείο της διαδικασίας θα πρέπει να επικοινωνήσω με το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **niki.ko-@hotmail.com** ενώ για τυχόν παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων θα πρέπει να επικοινωνήσω με τον/την

Επιστημονικά Υπεύθυνο-η στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **thandouz@med.uoa.gr** και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, συμφωνώ να συμμετέχω στην μελέτη αυτή. Θα λάβω το πλήρες αντίγραφο του εντύπου συγκατάθεσης.

Ημερομηνία

Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντα-ουσας
.....

Υπογραφή ερευνητή-τριας
.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΟΚΑΝΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ¹ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Ημερομηνία που υποβάλλεται η αίτηση			
Ημέρα: 07	Μήνας: 11	Έτος: 2022	
Τίτλος ερευνητικής μελέτης:			
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ			

Ημερομηνία που παραλήφθηκε η αίτηση²			
Ημέρα:	Μήνας:	Έτος:	Ωρα:
Αριθμός Πρωτοκόλλου Αίτησης			

Α. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ³

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΗΣ	
Τίτλος	ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ
Επιστημονική Περιοχή	ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

¹ Η αίτηση υποβάλλεται από τον/την Επιστημονικά Υπεύθυνο-η της ερευνητικής μελέτης

² Τα συγκεκριμένα στοιχεία συμπληρώνονται από το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης

³ Σε περίπτωση που κατά τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου στο οποίο ζητούνται στοιχεία που δεναφορούν στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη για την οποία υποβάλλεται η αίτηση, ο αιτών/η αιτούσα αναγράφει τη φράση «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ».

Είδος της μελέτης (π.χ. πιλοτική, κλινική, γενετική, κοινωνική, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, κ.λπ.)	ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΜΟΡΦΗ 2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΟΥΝ
Συνεργαζόμενα Τμήματα/Μονάδες	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΟΚΑΝΑ (ΥΠΝΩΤΗΡΙΟ ΑΣΤΕΓΩΝ, ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ, ΧΩΡΟΣ ΕΠΟΠΤΕΥΜΟΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ -ΧΕΧ Η ΣΤΕΚΙ 46-ΜΥ ΑΘΗΝΣ -ΞΕΝΩΝΑΣ ΑΣΤΕΓΩΝ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ, ΣΦΕΑ-ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
Συνεργαζόμενοι Φορείς	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ-ΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ			
Επώνυμο	Όνομα	Ειδικότητα	Τμήμα
ΔΟΥΖΕΝΗΣ	ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Β' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ				
Επώνυμο	Όνομα	Ειδικότητα	Τμήμα	Περιγραφή ρόλου στην ερευνητική μελέτη
ΚΟΤΙΑ ΝΙΔΟΥ	ΝΙΚΟΛΕΤΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ ΜΕ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΤΟΝ ΔΟΥΖΕΝΗ ΑΘΑΝΑΣΙΟ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΜΕΛΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ: Γεννήθηκε στην Αθήνα και σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Έλαβε Μεταπτυχιακό στην Ψυχιατρική Κλινική του Sheffield και την ειδικότητα της Ψυχιατρικής το 1992 στο Λονδίνο, Μ. Βρετανία. Επέστρεψε στην Ελλάδα το 1995 και αρχικά εργάστηκε στον ΟΚΑΝΑ, όπου συμμετείχε στο σχεδιασμό και υλοποίηση προγραμμάτων υποκατάστασης μέχρι το 2000. Εξελέγη λέκτορας Ψυχοτροδικαστικής της Ιατρικής σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στη συνέχεια Επίκουρος (2005) και εν συνεχεία Αναπληρωτής καθηγητής (2012). Το 2017 εξελέγη τακτικός καθηγητής Ψυχιατρικής Ψυχοτροδικαστικής. Έχει τη διεύθυνση της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝ Αττικών απ' το 2013. Είναι πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχοτροδικαστικής Εταιρείας. Διετέλεσε καθηγητής μου κατά τη διάρκεια φοίτησης 2020-2022 και είναι επιβλέπων στην διπλωματική εργασία. Έχει περισσότερες από 180 δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές.

ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ: Γεννήθηκε στην Ορεστιάδα Έβρου στις 12/04/1997. Αποφοίτησε απ' το Γενικό Λύκειο Ορεστιάδας. Σπούδασε Κοινωνική Εργασία στην Κομοτηνή στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης με κατεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας και αποφοίτησε με βαθμό 8,1. Έχει παρακολουθήσει πλήθος σεμιναρίων σχετικά με την ψυχιατρική και ψυχοτροδικαστική κατά τη διάρκεια των σπουδών της, όπως επισυνάπτεται και στο βιογραφικό.

Στη συνέχεια, το Μάιο του 2020 προσλήφθηκε στο Δήμο Αθηναίων ως ΠΕ Κοινωνική Λειτουργός στη Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Κοινωνική Υπηρεσία.

Πλήθος περιπτώσεων και ωφελούμενων από ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (αποφυλακισμένοι, τοξικομανείς, ψυχιατρικοί, με προβλήματα υγείας)- (περίπου 500 άτομα μέχρι σήμερα) έχουν εξυπηρετηθεί. Την περίοδο της καραντίνας πραγματοποιούνταν κανονικά επισκέψεις σε σπίτια για κοινωνική έρευνα. Εκεί που ευάλωτος πληθυσμός δεν μπορούσε να εξυπηρετηθεί, να βγει απ' το σπίτι, οι κοινωνικές υπηρεσίες ήταν κοντά στον ευάλωτο πληθυσμό.

Στην συνέχεια, το Σεπτέμβριο του 2020 ξεκίνησε τις μεταπτυχιακές σπουδές στο Τμήμα Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στον τομέα της Ψυχοιατροδικαστικής. Το Μάρτιο του 2021 και κατά τη διάρκεια της καραντίνας ξεκίνησε εθελοντισμό ως μέλος μιας οργάνωσης “Steps”. Στόχος της οργάνωσης είναι να παρέμβει στα άτομα που διαβιών σε κατάσταση δόμου και κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η παρέμβαση γίνεται μέσω ομάδων streetwork. Διαθέτει ομάδα με γιατρούς που περιθάλπει πλήθος ατόμων που έχουν τραύματα από κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη κυρίως, ομάδα street lawyering για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων, τη νομική υποστήριξη και συμβουλευτική στο δρόμο, να ακούσουν, να αφουγκραστούν προβλήματα που ταλανίζουν αυτό τον πληθυσμό.

Περίληψη (έως 500 λέξεις)

Η περίληψη της μελέτης αφορά την διεξαγωγή έρευνας σε πληθυσμό άστεγων τοξικοεξαρτημένων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ταυτόχρονα, λόγω των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης πολλοί καταφεύγουν στην παραβατικότητα ή είναι υπόδικοι. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί η έμφυλη διάσταση της ουσιοεξάρτησης. Ποιο φύλο είναι περισσότερο ευάλωτο; Ποιοι είναι περισσότερο περιθωριοποιημένοι και αποκλεισμένοι. Δεν πάει να αναδείξει τις διαφορές του φύλου, αλλά να τονίσει τις δυσκολίες, τα προβλήματα των συνθηκών διαβίωσης. Προηγούμενες μελέτες αναδεικνύουν πληθώρα ψυχιατρικών προβλημάτων. Μιλάει κανείς για συννοσηρότητα. Αυτό πρόκειται να μελετηθεί.

Αναλυτική
Περιγραφή(έως 5.000
λέξεις)

ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: Κοτιανίδου Νικολέτα⁴

Επιστημονικά Υπεύθυνος καθηγητής: κ. Δουζένης Αθανάσιος

1.Στόχοι του Ερευνητικού Έργου

Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθούν ερωτήματα όπως εάν η ψυχική υγεία των ατόμων που ζούνε σε κατάσταση δρόμου έχει επιβαρυνθεί και έχει επηρεαστεί με τις τρέχουσες καταστάσεις που μαστίζουν την κοινωνία. Η περίοδος της καραντίνας ήταν ορόσημο, μια περίοδος σταθμός. Ατομα παραμελημένα, που δεν είχαν κανέναν είχαν αποκλειστεί από υπηρεσίες υγείας, λόγω έλλειψης γραφειοκρατίας. Μια ακόμα παράμετρος είναι η έμφυλη διάσταση της ουσιοεξάρτησης. Μια ποσοτική έρευνα που αφορά τον πληθυσμό, εξαρτημένο πληθυσμό ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. Τι διαφορές υπάρχουν ; Επηρεάζουν οι ψυχοδραστικές ουσίες την ανάπτυξη κάποιας ψυχικής διαταραχής; Η αστεγία και τα κοινωνικά προβλήματα επιδεινώνουν και επιβαρύνουν την ψυχική υγεία των χρηστών του δρόμου; Ποιος ο ρόλος της παραβατικότητας σε όλο αυτό και πως έχει επηρεαστεί; Παράλληλα, σε ερωτηματολόγιο θα διερευνηθούν οι οικογενειακές συνθήκες του καθενός και εάν είχαν παραβατήσει στο παρελθόν και επίσης ποιος ήταν ο λόγος και πότε μπήκαν οι ψυχοδραστικές ουσίες στη ζωή τους. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο να τους ερωτηθεί ποιος ήταν και ο ρόλος των ειδικών που συνάντησαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Υπάρχει το στίγμα και η κοινωνική απομόνωση γι' αυτούς; Μια ακόμη παράμετρος που θα μπορούσε να συσχετιστεί είναι αυτή του φύλου και της επιθετικότητας.

Σε ποιο φύλο συναντάται η περισσότερη επιθετικότητα και αν υπάρχει αυτή η συνάφεια

2. Θεωρητικό πλαίσιο

Τα άτομα που πραγματοποιούν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και που ζουν σε καταστάσεις αστεγίας είναι αδιαμφισβήτητα ευάλωτοι με πληθώρα κοινωνικών προβλημάτων και κοινωνικού αποκλεισμού. Οι ψυχοδραστικές ουσίες πυροδοτούν μια βίαιη συμπεριφορά προκειμένου ο χρήστης να αποκτήσει πρόσβαση στη δόση του. Πολλοί είναι αυτοί που είναι άμεσα εμπλεκόμενοι με την παραβατικότητα επομένως. Θα φτάσουν σε καταστάσεις και συμπεριφορές ακραίες προκειμένου να εξασφαλίσουν τη δόση τους. Στην παρούσα εργασία θα εξεταστεί εάν οι χρήστες που παράλληλα είναι άστεγοι και διαμένουν στο Δήμο Αθηναίων, έχουν επιδείνωση στην κατάσταση της ψυχικής τους υγείας και εάν πιθανώς έχει αναπτυχθεί κάποια ψυχική διαταραχή (Σκανδάμη, 2015)

Ο άστεγος πληθυσμός αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα υγείας τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Οι άστεγοι πρόκειται για εκείνη την ομάδα ανθρώπων οι οποίοι βρίσκονται στον δρόμο για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, αδυνατώντας να εξασφαλίσουν μια στέγη, και να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες. Επίσης, οι άνθρωποι αυτοί πολλές φορές επιλέγουν να μείνουν σε κάποιο φθηνό ξενοδοχείο, η σε κάποιον ξενώνα αστέγων αλλά και σε κάποιο ίδρυμα πολλές φορές. Οι άνθρωποι που υφίστανται μια τέτοια κατάσταση έχουν πολλές πιθανότητες να είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας ή πρόσφατα να έχουν αποφυλακιστεί. Μπορεί επίσης να είναι άτομα τα οποία βιώνουν την φτώχεια στο έπακρο ή περιπτώσεις που κατοικούν σε κάποια ακατάλληλη κατοικία. Επίσης, τα άτομα που βιώνουν την έλλειψη στέγης βιώνουν επίσης τον κοινωνικό αποκλεισμό και πολλές φορές αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα που κλονίζουν την ψυχική τους υγεία (Βλάση, 2013).

Προηγούμενες παρεμφερείς μελέτες που έχουν γίνει αναφέρονται παρακάτω. Η αστεγία προκαλεί ψυχικές νόσους. Σύμφωνα με έρευνες, οι διαταραχές στους άστεγους είναι σε υψηλά ποσοστά. Οι άστεγοι στερούνται την ορθή οικονομική και υλική στέριση, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα να έχουν δημιουργηθεί στον εσωτερικό τους κόσμο αρκετοί παράγοντες κινδύνου. Μερικού από αυτούς είναι το

άγχος, η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός, τα οποία οδηγούν στην δυσφορία και την κατάθλιψη.

Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες που είναι σχετικές με την αστεγία μπορούν να επιδεινωθούν στις άστεγες μητέρες που διακρίνονται από μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Chambers et al., 2014). Οι γυναίκες που έχουν εισόδημα χαμηλότερο από το οριακό, έχουν πολύ μικρά ποσοστά ψυχιατρικών οντοτήτων σε σχέση με τις άστεγες. Συχνά οι τελευταίες έχουν διαταραχή μετατραυματικού στρες, εξάρτηση από ναρκωτικά και αλκοόλ και κατάθλιψη, τα δυο πρώτα των οποίων αποτελούν τις πιο κοινές διαταραχές σε αυτούς τους πληθυσμούς. Τα ποσοστά της αλκοολικής ψύχωσης ήταν σχεδόν ίδια με αυτά της κατάθλιψης. Η εκτίμηση που προέκυψε από την έρευνα ήταν ότι τα άτομα που είχαν κάποια ψύχωση, ή προσπέρασαν την δήλωση του συμπτώματός τους ή δεν δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Όμως, όσοι είχαν κατάθλιψη ή κάποια διαταραχή προσωπικότητας, δέχονταν να το δηλώσουν, με αποτέλεσμα τα ποσοστά για τα 2 νοσήματα τελευταία να είναι αρκετά υψηλά. Σε έρευνα με δείγμα 185 άστεγους στην Κοπεγχάγη, σημειώθηκαν μεγάλα ποσοστά συννοσηρότητας ψυχικής νόσου και κατάχρησης ουσιών. Στην ίδια έρευνα εντοπίστηκε ότι το 65% των άστεγων έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, και ταυτόχρονα ήταν χρήστες ναρκωτικών (Fazel & Seewald, 2012). Η εργασία είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί καθώς το θέμα διερεύνησης σε άτομα που διαβιούν στο δρόμο και είναι ταυτόχρονα χρήστες ή έχουν εμπλοκή με το νόμο είναι γνωστό. Ωστόσο, υπάρχει και μια νέα παράμετρος στη ζωή όλης της κοινωνίας, αυτή της πανδημίας και είναι εξαιρετικά δυσθεώρητο το πως αυτό έχει επηρεάσει την ψυχική υγεία των χρηστών του δρόμου ή ακόμα και αν τους έχει δημιουργήσει η επιδεινώσει την ήδη τρέχουσα ψυχική τους κατάσταση ή διαταραχή. Θα διερευνηθεί επίσης το δείγμα ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες και πόσο η εξάρτηση καθορίζει τη ζωή τους και πολλοί πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης και σωματεμπορίας. Η εκμετάλλευση κυρίως των γυναικών που γίνονται εργάτριες του δρόμου για να εξασφαλίσουν την χρήση τους είναι καθημερινό φαινόμενο. Ωστόσο, αυτό συμβαίνει πολλές φορές και στους άντρες. Η ανάμειξη κυκλωμάτων είναι πολύ συχνή και ιδιαίτερα την περίοδο της πανδημίας στην καραντίνα, οι οίκοι ανοχής ήταν κλειστοί και οι περισσότεροι στράφηκαν στις γυναίκες που εργάζονται στο δρόμο. (Λάζος, 2003)

3. Μεθοδολογία

Το δείγμα θα προέρχεται από χρήστες του δρόμου του Δήμου Αθηναίων σε περιοχές όπως Γκάζι, Κεραμεικός, Εξάρχεια και Ομόνοια. Θα είναι ενήλικες και των δύο φύλων. Τα κριτήρια επιλογής θα είναι να είναι ενεργοί χρήστες ουσιών και θα εξετάζεται μέσα από ερωτηματολόγια πως είναι η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας και εάν υπάρχει κάποια ψυχική ασθένεια. Τα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος θα είναι ηλικιακά, θα είναι μόνο ενήλικες δηλαδή και θα πρέπει να είναι ενεργοί χρήστες που διαβιούν στο δρόμο.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ: Θα χρησιμοποιηθούν ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης της κλίμακας και το general health questionnaire για τη μέτρηση της ψυχικής κατάστασης των χρηστών του δρόμου. Επίσης, θα χρησιμοποιηθεί το SCL-90 (Derogatis, 1977) που αφορά την ψυχοπαθολογία. Αυτά θα προσαρμοστούν στον ελληνικό πληθυσμό. Σκόπιμο είναι να είναι κατανοητή η γλώσσα και να μην είναι πολύ κουραστικό για τους ίδιους, καθώς οι συνθήκες αστεγίας και χρήσης ουσιών ίσως να μην καθιστούν πάντοτε την κατάλληλη ώρα για ερωτήσεις. Για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθεί το υπολογιστικό πακέτο SPSS για την ανάλυση των δεδομένων.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ: Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι πως είναι ανώνυμα τα ερωτηματολόγια και οποιαδήποτε προσωπικά δεδομένα που θα αναφερθούν προστατεύονται απ' τον κώδικα δεοντολογίας. Το ονοματεπώνυμο αναφέρεται μονάχα στον έντυπο συγκατάθεσης που θα καταστραφεί μετά από 6 μήνες. Θα τους γίνει κατανοητό πως πρόκειται για έρευνα διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού και οποίος επιθυμεί μπορεί να απαντήσει. Για την εξασφάλιση των προσωπικών δεδομένων που είναι πολύ ευαίσθητα θα τηρηθεί σε ηλεκτρονικό αρχείο με κωδικό πρόσβασης N*****9 αφού πρώτα τα ερωτηματολόγια ψηφιοποιηθούν.

4. Απήχηση και καινοτομία (συνεισφορά στη θεωρητική ή/και εφαρμοσμένη επιστημονική γνώση, καινοτομία)

Μία έρευνα έχει να προσφέρει καινοτομία μέσω ρηξικέλευθων ιδεών που αφορά τους γνώστες του αντικειμένου. Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν το σύνολο της κοινωνίας. Τι συμβαίνει στην περίπτωση των τοξικοεξαρτημένων ατόμων;

Η απήχηση και η καινοτομία εόιναι μέσω του ερωτηματολογίου να ερεθι κανείς και κοντά στον εξυηρετούμενο, κοντά στο άτομο που έχει ανάγκη. Η κινητοποίηση να προσέλεθι και σε θεραπεία αν δεν βρίσκειται ήδη μπορεί να αποδειχθεί επιτυχία.

5. Παραδοτέα

Το τελικό κείμενο μόλις βαθμολογηθεί και παραδοθεί, θα σταλεί και στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών.

6. Δημοσιοποίηση ερευνητικών ευρημάτων (προτάσεις για τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων και τήρηση κανονισμών δημοσιότητας κα.)

Η δημοσιοποίηση αφορά τα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Εάν μαζευτιούν 100 ερωτηματολοηια υπάρχει η δυνατότητα δημοσίευση σε ελίστημονικό περιοδικό που θα αναφέρεται ρητά, όπως αναγράφεται και στην αίτηση έγκρισης ότι είναι από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών.

7. Χρονοδιάγραμμα διεξαγωγής έρευνας (στάδια υλοποίησης, επιμέρους στόχοι, παραδοτέα κα.)


Η διεξαγωγή της έρευνας σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ θια γίνιει σε διάστημα ενός με δύο μήνες αναλόγως με το μέγεθος του δείγματος. Είναι προγραμματισμένο αναλογως με τη διαθεσιμότητα της κάθε θεραπευτικής μονάδας η ερευνήτρια να προσέρχεται έως και 5 φορές την εβδομάδα. ΤΥέλος, θα υπάρξει χρονος για διόρθωση από τον επιβλέποντα και την τριμελή επιτροπή και στη συνέχεια η παρουσίαση της εργασίας.

8. Βιβλιογραφία

Παπαδοπούλου, Δ. & Κουραχάνης, Ν., 2017. Άστεγοι και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα της Κρίσης. ΤΟΠΟΣ Σκανδάμη, Π. Βετούλη, Μ. Κερασιώτη, Ε. Καφετζόπουλος, Ε. Μαλλιώρα, Μ. (2015). Έγκαιρη παρέμβαση σε νεαρούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών με παραβατική συμπεριφορά, 33(1): 115-123 Λάζος, Γ. (2003). Εξαναγκαστική πορνεία και διεθνική σωματεμπορία: Συνέπειες στην κοινωνία, Τιμητικός τόμος Μαραγκοπούλου, Νομ Βιβλ Chambers, C., Chiu, S., Scott, A., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D., Levinson, W., et al., 2014. Factors Associated with Poor Mental Health Status among Homeless Women with and without Dependent Children. Community Ment Health J. 50(5), p553–9. Fazel, S. & Seewald, K., 2012. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry. 200(5), p, 364–73

9. Παραρτήματα

(οδηγοί συνέντευξης, ερωτηματολόγια, πιλοτικά αποτελέσματα κα.) Στα παραρτήματα θα επισυναφθούν τα ερωτηματολόγια σε ψηφιακή μορφή.

Δήλωση για «μη συγκρουόμενα συμφέροντα» από τους/τις ερευνητές-τριες		
Όλοι εμείς που λαμβάνουμε μέρος στην ερευνητική μελέτη ως ερευνητές-τριες (σε όλες τις διαδικασίες) υπογράφοντας παρακάτω δηλώνουμε υπεύθυνα ότι δεν έχουμε οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συγκρουόμενα συμφέροντα σε σχέση με την ερευνητική μελέτη στην οποία συμμετέχουμε.		
Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή	Ημερομηνία
ΝΙΚΟΛΕΤΑ ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ		07/11/2022
		

Β.ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ποια από τα παρακάτω ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας εμπεριέχει η υπό έγκριση ερευνητική μελέτη;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
B1. Συμμετοχή ανθρώπων	ΝΑΙ	
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του B1.)</i>		
B1.1. Ενήλικες συμμετέχοντες σε κοινωνική έρευνα	ΝΑΙ	
B1.2. Άτομα, μέλη ευάλωτων κοινωνικά ομάδων	ΝΑΙ	
B1.3. Άτομα 16- 18 ετών		ΟΧΙ
B1.4. Άτομα κάτω των 16 ετών		ΟΧΙ
B1.5. Άτομα χωρίς δικαιοπρακτική ικανότητα (δεν μπορούν να δώσουν μόνοι τους συναίνεση)		ΟΧΙ
B1.6. Υγιή άτομα συμμετέχοντες σε κλινική/ιατρική έρευνα		ΟΧΙ
B1.7. Ασθενείς		ΟΧΙ
B1.8. Χρήση φαρμακευτικής αγωγής		ΟΧΙ
B1.9. Χρήση εικονικών φαρμάκων (placebo)		ΟΧΙ
B1.10. Γνωστές παρενέργειες φαρμάκων που θα χρησιμοποιηθούν		ΟΧΙ
B1.11. Τυχαία ή απροσδόκητα ευρήματα		ΟΧΙ

B2. Χρήση οποιονδήποτε ανθρώπινων βιολογικών δειγμάτων και ιστών		ΟΧΙ
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του B2.)</i>		
B2.1. Χρήση ανθρώπινου γενετικού υλικού		
B2.2. Χρήση βλαστικών κυττάρων		
B2.3. Χρήση βλαστικών κυττάρων από ανθρώπινα έμβρυα		
B2.4. Χρήση βλαστικών κυττάρων από ανθρώπους		
B2.5. Χρήση εμβρυϊκού ιστού		
B2.6. Χρήση ανθρώπινων εμβρύων		
B2.7. Χρήση ανθρώπινων ωαρίων		
B2.8. Χρήση ανθρώπινων σπερματικών κυττάρων		
B2.9. Λήψη ανθρώπινου υλικού με επεμβατικές διαδικασίες		

B2.10. Διαθέσιμα από on line royalty free for research non profit purposes		
B2.11. Διαθέσιμα εμπορικά (commercially available)		
B2.12. Διαθέσιμα μέσω άλλου έργου		
B2.13. Λήψη στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης		
B2.14. Διαθέσιμα από βιοτράπεζα/ αρχείο άλλου		
B2.15. Μεταλλαξιγένεση με χρήση χημικών, βιολογικών ή άλλων παραγόντων		
B2.16. Επεξεργασία βιολογικού υλικού για επαναχρησιμοποίηση		

B3. Ανάπτυξη και εφαρμογή ανοσοθεραπευτικών μέσων για τον άνθρωπο		OXI
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του Β3.)</i>		
B3.1. Χρήση αντισωμάτων		
B3.2. Χρήση ανοσοκυττάρων		
B3.3. Χρήση προϊόντων ανοσοκυττάρων		
B3.4. Χρήση συνδυαστικών θεραπειών		
B3.5. Άλλα		

B4. Διαχείριση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα	ΝΑΙ	
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του Β4.)</i>		
B4.1. Προσωπικές πληροφορίες	ΝΑΙ	
B4.2. Προσωπικά δεδομένα ειδικού χαρακτήρα	ΝΑΙ	
B4.3. Δεδομένα υγείας	ΝΑΙ	
B4.4. Γενετικά δεδομένα		OXI
B4.5. Βιομετρικά δεδομένα		OXI
B4.6. Βιοχημικά δεδομένα		OXI
B4.7. Ιχνηλασία και παρατήρηση προσώπων		OXI
B4.8. Δευτερογενής ανάλυση προσωπικών δεδομένων		OXI

B5. Τρίτες χώρες		OXI
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του Β5.)</i>		
B5.1. Χρήση πόρων (π.χ. ιστοί ανθρώπων ή ζώων, γενετικό υλικό, ζώα, υλικό ιστορικής και πολιτιστικής αξίας, προστατευόμενα είδη κλπ)		
B5.2. Εισαγωγή/εξαγωγή υλικών και δεδομένων μεταξύ ΕΕ και τρίτης χώρας		
B5.3. Κίνδυνοι για την ασφάλεια ερευνητών και συμμετεχόντων		

B6. Έρευνα διττής χρήσης (dual use)		OXI
<i>(Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, απαντήστε στις επόμενες ερωτήσεις του Β6.)</i>		

B6.1. Πιθανότητα κακόβουλης χρήσης αποτελεσμάτων έρευνας (από τρίτους)		
B7. Πιθανοί κίνδυνοι για το περιβάλλον, τους/τις ερευνητές-τριες ή τρίτους κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, τρόποι ελαχιστοποίησης αυτών και αντιμετώπισης ατυχημάτων.		ΟΧΙ
<i>Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, αναπτύξτε:</i>		
B8. Άλλα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας που τυχόν προκύπτουν και δεν καλύπτονται από τα παραπάνω		ΟΧΙ
<i>Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, αναπτύξτε:</i>		

Γ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Γ1. Να καταγραφούν από τον/την Επιστημονικά Υπεύθυνο-η οι ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί που διέπουν την προτεινόμενη μελέτη.
Ο πληθυσμός αυτός είναι αρκετά ευάλωτος, εκτεθειμένος σε κινδύνους και πρέπει να ληφθεί αυτό υπόψιν. Ένας ηθικός προβληματισμός είναι ότι είναι ταλαιπωρημένοι καθώς είναι ερευνητικά ενδιαφέρον ο πληθυσμός αυτός. Αυτό θα έλεγε κανείς πως τους κουράζει και ίσως αρκετοί να μην δείξουν θέληση στη βοήθεια εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Δ. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ⁵

Δ1. Να περιγραφεί ο πληθυσμός που θα μελετηθεί
Άστεγοι τοξικοεξαρτημένοι με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στην έρευνα θα συμμετέχουν ενήλικες άνδρες και γυναίκες και είναι στην αυτοδιάθεση, επιλογή του καθενός να συμμετάσχει.

Δ2. Να περιγραφεί ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων-ουσών στη μελέτη

Ο τρόπος επιλογής στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται με συμπτωματική δειγματοληψία ή αλλιώς δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα συγκροτείται από όλους εκείνους τους συμμετέχοντες που είναι πρόσφοροι και προσβάσιμοι στον ερευνητή τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η ερευνήτρια Κοτιανίδου Νικολέτα θα προσέλθει διαφορετικές μέρες αναλόγως τις διαθεσιμότητες της κάθε μονάδας και τα άτομα που βρίσκονται εκεί και επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα θα συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Για παράδειγμα, στο ΧΕΧ προσέρχονται καθημερινά πολλά άτομα. Είναι στην επιλογή των ατόμων αυτών να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια τις ώρες που θα βρίσκεται στο χώρο η ερευνήτρια.

⁵ Συμπληρώνεται μόνο αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ στα Β1 ή Β4.

Δ3. Να καταγραφούν οι διαδικασίες με τις οποίες οι συμμετέχοντες-ουσες στη μελέτη θα μπορούν να υποβάλουν παράπονα ή καταγγελίες.

Τα παράπονα ή καταγγελίες μπορούν να τεθούν στον επιστημονικά υπεύθυνο μέσω του e-mail του thandouz@med.uoa.gr και στη συνέχεια στην ερευνήτρια Κοτιανίδου Νικολέτα n.kotianidou@athens.gr. Όταν κάποιο άτομο δεν έχει δυνατότητα ηλεκτρονικής αποστολής μηνύματος, μπορεί να απευθυνθεί στον ΟΚΑΝΑ και στη συνέχεια να επικοινωνήσει ο οργανισμός μαζί μου.

- Δ4. Εάν συμμετάσχουν στην ερευνητική μελέτη άτομα, μέλη ευάλωτων ομάδων:
- να καταγραφούν οι διαδικασίες για τη νόμιμη λήψη συναίνεσης για την συμμετοχή των ατόμων αυτών στη μελέτη.
 - να καταγραφεί γιατί θεωρείται αναγκαία η συμμετοχή των ατόμων αυτών στη μελέτη

Τα άτομα, μέλη του ΟΚΑΝΑ ή που εξυπηρετεί πχ στο ΧΕΧ θα γνωρίζουν επακριβώς το ρόλο της ερευνήτριας Κοτιανίδου Νικολέτας. Ποια είναι, ποιος ο σκοπός και γιατί συμπληρώνουν αυτά τα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι δύο (2) και αφορούν: General health questionnaire – ερωτηματολόγιο γενικής υγείας που μετρά τα ενοχλήματα γενικά και πώς ήταν η υγεία τις τελευταίες εβδομάδες. Είναι σύντομο και απλό, κατανοητό για τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται. Πολλές φορές οι ερευνητές ξεχνούν θα έλεγε κανείς πως απευθύνονται σε έναν ευάλωτο πληθυσμό και χρειάζεται μια πιο απλή, κατανοητή γλώσσα. Το 2^ο ερωτηματολόγιο αφορά την γενική ψυχοπαθολογία και είναι ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Η ερευνήτρια θα είναι παρών για να τους βοηθήσει σε οποιαδήποτε απορία.

- Δ5. Εάν συμμετάσχουν στην ερευνητική μελέτη άτομα που δεν είναι ικανά να δώσουν τη συναίνεσή τους:
- να καταγραφούν οι διαδικασίες για τη νόμιμη λήψη συναίνεσης για την συμμετοχή των ατόμων αυτών στη μελέτη
 - να καταγραφεί γιατί θεωρείται αναγκαία η συμμετοχή των ατόμων αυτών στη μελέτη

ΔΕΝ ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

- Δ6. Εάν συμμετάσχουν στην ερευνητική μελέτη ανήλικα άτομα
- να καταγραφούν οι διαδικασίες για τη νόμιμη λήψη συναίνεσης για την συμμετοχή των ατόμων αυτών στη μελέτη
 - να καταγραφεί γιατί θεωρείται αναγκαία η συμμετοχή των ατόμων αυτών

στη μελέτη

ΔΕΝ ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΑΝΗΛΙΚΑ ΑΤΟΜΑ

Δ7. Εάν υπάρχει ανάγκη για πρόσβαση σε προηγούμενα ιατρικά αρχεία των ατόμων που θα συμμετάσχουν,

- να καταγραφούν οι διαδικασίες εξασφάλισης της άδειας πρόσβασης στα προηγούμενα ιατρικά αρχεία των ατόμων που θα συμμετάσχουν στη μελέτη;

ΔΕΝ ΘΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ

Δ8. Οφέλη & Κίνδυνοι

- Να καταγραφούν πιθανά οφέλη που θα προκύψουν από τη συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη
- Να καταγραφούν οι πιθανοί κίνδυνοι που θα προκύψουν από τη συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη (Παρουσιάστε κάθε πιθανή φυσική, ψυχολογική, κοινωνική, οικονομική και/ή άλλη βλάβη)
- Να καταγραφούν οι προβλεπόμενες συνθήκες/διαδικασίες υπό τις οποίες η συμμετοχή των ερευνώμενων μπορεί να τερματιστεί από τον/την ερευνητή-τρια χωρίς να ληφθεί υπόψη η συναίνεση του/της συμμετέχοντα-ουσας (π.χ. όταν ο ερευνητής-τρια θεωρεί ότι είναι προς όφελος του/της συμμετέχοντα-ουσας)

Πιθανά οφέλη μιας ποσοτικής έρευνας σε πληθυσμό τοξικοεξαρτημένων αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αρκετά. Αρχικά, οι «πιάτσες» αλλάζουν μέρα με τη μέρα. Μέσω του streetwork παρατηρούμε περισσότερη αύξηση των γυναικών στα ενέσιμη (κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη) κάτι που χρειάζεται διερεύνηση. Παράλληλα, η περίοδος της καραντίνας αποτέλεσε περίοδο σταθμό, διότι η κοινωνία συνολικά άλλαξε και ο τρόπος αντιμετώπισης πολλών κοινωνικών προβλημάτων. Αυτό είναι κάτι που χρειάζεται διερεύνηση. Δεδομένου πως οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν άμεσα τον συνολικό πληθυσμό μιας χώρας, πόσο μάλλον έναν πληθυσμό που ζει σε κατάσταση δρόμου. Οι ψυχοδραστικές ουσίες συνεχώς αλλάζουν, παρατηρείται διαφορετική κινητικότητα του πληθυσμού αυτού στις πιάτσες ναρκωτικών και είναι κάτι που εμείς που ασχολούμαστε με τον πληθυσμό αυτό πρέπει να είμαστε διαρκώς σε επαγρύπνηση και να το ερευνούμε.

Πιθανοί κίνδυνοι είναι τόσο η ψυχολογική πίεση που ίσως αισθανθεί ο ερωτώμενος. Πιθανόν να αναβιώσουν κακές αναμνήσεις ή να συνδεθεί με κάποια σκοτεινή περίοδο της ζωής του. Οικονομικές και κοινωνικές βλάβες δεν θα υπάρξουν.

Δεν θα υπάρξει τερματισμός της έρευνας χωρίς την ενημέρωση/ συναίνεση των συμμετεχόντων

Δ9. Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων που αφορούν στους/στις συμμετέχοντες-ουσες στην ερευνητική μελέτη

να καταγραφούν οι διαδικασίες ως προς τους Διοικητικούς Μηχανισμούς που θα αξιοποιηθούν (λχ. εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή χρήση σε κατηγορίες δεδομένων, ποιο προσωπικό του Οργανισμού έχει πρόσβαση και σε ποιο επίπεδο, πηγές και τρόποι συλλογής τους, τυχόν διαβίβαση σε τρίτους αποδέκτες και εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή χρήση, χρόνος τήρησης διαδικασιών)

- να καταγραφούν οι διαδικασίες ως προς τους Τεχνικούς Μηχανισμούς που θα αξιοποιηθούν (λχ. τυχόν ανωνυμοποίηση, ψευδωνυμοποίηση, δικαιώματα πρόσβασης στα δεδομένα και από ποιούς, τρόπος καταστροφής τους)
- να καταγραφούν οι διαδικασίες ως προς τους Φυσικούς Μηχανισμούς που θα αξιοποιηθούν (λχ. χώρος και τρόπος φύλαξης (ασφάλεια) φυσικού ή/και ηλεκτρονικού αρχείου)
- να καταγραφούν οι διαδικασίες μη τήρησης απορρήτου και εμπιστευτικότητας σε περιπτώσεις κινδύνου (π.χ. κακοποίηση, αυτοκτονία)

Η διασφάλιση της προστασίας προσωπικών δεδομένων του ευάλωτου αυτού πληθυσμού είναι πολύ σημαντική. Γι' αυτό το λόγο, υπάρχουν συγκεκριμένα έντυπα που θα συμπληρωθούν επώνυμα. Υπάρχει έντυπο συγκατάθεσης που αναγράφεται πάνω το ονοματεπώνυμο του συμμετέχοντα και υπογράφει. Στη συνέχεια, υπάρχει ένα έντυπο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων που θα αναγράφεται και εκεί το ονοματεπώνυμο. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Κανείς άλλος πέραν της ερευνήτριας Κοτιανίδου Νικολέτας δε θα γνωρίζει ποιος έχει συμπληρώσει το κάθε ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια, αυτά θα ψηφιοποιηθούν και θα περάσουν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Η ψηφιοποίηση θα γίνει με απόλυτη ασφάλεια και προστασία στον προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή που έχει κωδικό πρόσβασης που αρχίζει σε N*****9. Μέσω της προστασίας προσωπικών δεδομένων υπάρχει ειδικός κωδικός πρόσβασης για το word που ξεκινάει σε d*****k με σκοπό τη διασφάλιση προστασίας των ερωτηματολογίων. Απόρρητο χωρίς καμία είσοδο από κανέναν άλλο. Αυτά τα τέσσερα (4) έντυπα συνιστούν τον φάκελο του εξυπηρετούμενου για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας.

Τα αρχεία αυτά 6 μήνες μετά τη δημοσίευση της εργασίας θα καταστραφούν με παρουσία μάρτυρα, του επιστημονικά υπεύθυνου της εργασίας και θα μείνει μόνο η εργασία.

Δ10. Επικοινωνία & Ενημέρωση

- Να καταγραφούν οι διαδικασίες επικοινωνίας και ενημέρωσης των συμμετεχόντων-ουσων σχετικά με ζητήματα που προκύπτουν από τη συμμετοχή τους στην ερευνητική μελέτη (λχ. Ερωτήματα για το σκοπό της έρευνας, δικαιώματα των συμμετεχόντων, περιπτώσεις κινδύνου ή οποιασδήποτε μορφής βλάβης για τους/τις συμμετέχοντες-ουσες, ζητήματα ασφάλειας προσωπικών δεδομένων)

Η διαδικασία επικοινωνίας και ενημέρωσης των συμμετεχόντων σχετικά με ζητήματα που προκύπτουν από τη συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη θα γίνονται δια ζώσης στο χώρο που θα βρισκόμαστε μαζί με τον συμμετέχοντα. Οποιαδήποτε πληροφορία χρειαστεί μπορεί να την ρωτήσει και εάν επιθυμεί να επικοινωνήσουμε θα δοθεί και το προσωπικό e-mail n.kotianidou@athens.gr η στο niki.ko@hotmail.com. Διαφορετικά, ένας άλλος τρόπος επικοινωνίας είναι να πάει δια ζώσης ο συμμετέχων στην εκάστοτε θεραπευτική κοινότητα που έδωσε τη συνέντευξη και εκεί οι υπεύθυνοι να με ενημερώσουν και να έρθουμε σε επικοινωνία.

Δ11. Γνωστοποίηση αποτελεσμάτων της έρευνας & Δημοσιότητα

- Να γνωστοποιηθεί ποια θα είναι η χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας
- Να δηλώνεται ρητώς ότι η χρήση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Οργανισμού θα πραγματοποιηθεί μόνο για τους σκοπούς και μέσα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμία άλλη περίπτωση.
- Να δηλώνεται ότι ο Οργανισμός Κατά τον Ναρκωτικών θα αναφέρεται ως πηγή σε κάθε σχετική δημοσίευση ή ανακοίνωση
- Να δηλώνεται ότι σε περίπτωση εμπλοκής εργαζομένων (ή άλλων εργαζομένων πλην των αυτών που εντάσσονται στην ερευνητική ομάδα) του Οργανισμού σε οποιοδήποτε στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας, θα αναφέρεται ο ρόλο τους και θα διασφαλίζεται η αναφορά των ονομάτων και των ειδικοτήτων τους.
- Να δηλώνεται ότι το τελικό κείμενο της ερευνητικής μελέτης θα κατατεθεί στο Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του Οργανισμού με αριθμό πρωτοκόλλου του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών

Η χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα είναι αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας και δεν δύνανται να χρησιμοποιηθούν πουθενά αλλού χωρίς να αναγράφεται η πηγή του OKANA, όπου χρειάζεται

Δηλώνω ρητά ότι η χρήση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Οργανισμού θα πραγματοποιηθεί μόνο για τους σκοπούς και μόνο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμία άλλη περίπτωση.

Δηλώνω ρητά ότι ο οργανισμός κατά των ναρκωτικών θα αναφέρεται ως πηγή σε κάθε σχετική πηγή ή δημοσίευση.

Σε περίπτωση εμπλοκής εργαζομένων θα αναφέρεται ρητά ο ρόλος τους στη συγκεκριμένη εργασία και θα διασφαλίζεται η αναφορά των ονομάτων και των ειδικοτήτων τους.

Δηλώνω ρητά ότι το τελικό κείμενο της ερευνητικής μελέτης θα κατατεθεί στο Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του Οργανισμού με αριθμό πρωτοκόλλου κατά των Ναρκωτικών.

Σύμφωνα με τον επιστημονικά υπεύθυνο καθηγητή αναλόγως το μέγεθος του δείγματος, εάν είναι 100 συμμετέχοντες θα δημοσιευθεί σε διεθνές περιοδικό. Αυτό θα γίνει στη συνέχεια μετά την ολοκλήρωσή της. Επίσης, θα υπάρξει παρουσίαση της εργασίας ενώπιον της τριμελούς επιτροπής με τη μορφή PowerPoint μετά το πέρας της ολοκλήρωσής της.

Ε. Χρηματοδότηση/Οικονομικές Συμφωνίες

E1. Να καταγραφούν όλες οι πληροφορίες που αφορούν στη χρηματοδότηση της ερευνητικής μελέτης
--
E2. Εάν θα εκδοθούν οποιαδήποτε ειδικά συμβόλαια/συμβάσεις σε σχέση με αμοιβές ή τη χρηματοδότηση της ερευνητικής μελέτης, να επισυναφθούν
--
E3. Να καταγραφούν όλες οι πληροφορίες που αφορούν σε αμοιβές/αποζημιώσεις ή άλλου είδους ανταλλάγματα που τυχόν θα δίνονται στους/στις συμμετέχοντες-ουσες στην ερευνητική μελέτη
--
E4. Να καταγραφούν όλες οι πληροφορίες που αφορούν σε οποιοδήποτε τυχόν οικονομικές επιβαρύνσεις υπάρξουν στους/στις συμμετέχοντες-ουσες στην ερευνητική μελέτη
--
E5. Να γίνει αναφορά κατά πόσον οποιοσ(α)δήποτε από την πλευρά της χρηματοδοτικής πηγής, των ερευνητών-τριων και συνεργατών-ιδων τους μπορεί μελλοντικά να έχει οποιαδήποτε οφέλη που να προκύπτουν από την προτεινόμενη ερευνητική μελέτη
--
E6. Να τεκμηριωθούν όλες οι συμφωνίες/διευθετήσεις που έχουν γίνει με άλλους εξωτερικούς φορείς ή/και άτομα που θα παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες που είναι αναγκαίες για τη διεκπεραίωση της προτεινόμενης ερευνητικής μελέτης
--
E7. Να καταγραφούν όλες οι πληροφορίες για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ερευνητών-τριων όσον αφορά στη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης
--
E8. Να καταγραφούν όλες οι πληροφορίες σε περίπτωση που έχουν τεθεί όροι, από πλευράς της χρηματοδοτικής πηγής, σε σχέση με τις δημοσιεύσεις που θα αφορούν αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης

Ζ. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ

Ζ1. Να καταγραφούν οι σελίδες της αίτησης στις οποίες γίνεται σχετική αναφορά στα ακόλουθα ζητήματα.	
Θέμα	Σελίδες
Είδος της ερευνητικής μελέτης	Ποσοτική έρευνα
Ο αριθμός των φορέων που θα λάβουν μέρος στην ερευνητική μελέτη	Σελ. 2
Ο συνολικός αριθμός του ερευνητικού προσωπικού	Σελ. 2-3
Αναγκαιότητα της ερευνητικής μελέτης	Σελ. 8-9
Επεξήγηση του σκοπού και των στόχων της έρευνας	Σελ. 4
Αριθμός του μεγέθους του δείγματος & αιτιολόγηση	Σελ. 11
Αναμενόμενη διάρκεια της συμμετοχής των συμμετεχόντων-ουσων	Σελ. 8
Αιτιολόγηση για τη χρήση βιολογικών και γενετικών δεδομένων	ΟΧΙ
Χρόνος αποθήκευσης και καταστροφής δειγμάτων και δεδομένων	Σελ. 9-10
Περιγραφή των πιθανών ωφελειών για τους/τις συμμετέχοντες-ουσες ή τρίτα άτομα	Σελ. 9
Περιγραφή των εύλογων προβλέψιμων κινδύνων ή δυσκολιών για τους/τις συμμετέχοντες-ουσες	Σελ.9
Κριτήρια αποκλεισμού από την ερευνητική μελέτη (exclusion criteria)	Σελ. 5-6
Συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης για συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη	Σελ. 9-10
Τυχόν αποζημιώσεις ατόμων που θα συμμετάσχουν στην ερευνητική μελέτη	ΟΧΙ
Διαχείριση προσωπικών δεδομένων	Σελ. 9
Περιγραφή διαδικασιών επικοινωνίας & πληροφόρησης	Σελ. 10
Διαδικασία υποβολής παραπόνων ή καταγγελιών	Σελ. 7

Ζ2. Να επισυναφθούν όλα τα σχετικά έντυπα ενημέρωσης/πληροφόρησης και συναίνεσης, δήλωσης εχεμύθειας ερευνητών-τριων που θα χρησιμοποιηθούν στην ερευνητική μελέτη.


Όλα τα απαραίτητα έντυπα θα επισυναφθούν σε αρχείο.

Ο/Η Επιστημονικά Υπεύθυνος-η της ερευνητικής μελέτης υπογράφει και δεσμεύεται ότι:

- έλαβε γνώση του Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του ΟΚΑΝΑ, και αναλαμβάνει την υποχρέωση συμμόρφωσης και τήρησής του, και
- δεν θα γίνουν οποιεσδήποτε αλλαγές στην ερευνητική μελέτη, όπως αυτή παρουσιάζεται στην παρούσα αίτηση
- σε περίπτωση που υπάρξουν αλλαγές, αυτές θα αναφερθούν άμεσα στο Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του ΟΚΑΝΑ.

Το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης θα αποφασίσει κατά πόσον η έγκριση που δόθηκε εξακολουθεί να ισχύει ή θα πρέπει να υποβληθεί νέα αίτηση προς έγκριση.

Όνομα: ...ΝΙΚΟΛΕΤΑ.... Επώνυμο: ΚΟΤΙΑΝΙΔΟΥ....

Ημερομηνία: ...07/11/2022... Υπογραφή: 

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάζετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενοχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο **μόνον** έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από:					
1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικήτητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή στημένητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

Π.Μ.Σ Ψυχιατροδικαστική
 Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Εμφανικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις αργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας απηπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

Π.Μ.Σ Ψυχοιατροδικαστική
 Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΙΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακαλουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορεία ή τρέινο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή σχολές γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεταωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

Π.Μ.Σ Ψυχοιατροδικαστική
 Ψυχοπαθολογία και παραβατικότητα τοξικοεξαρτημένων αστέγων σε συνθήκες πανδημίας

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομαζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στα μυαλά σας;	0	1	2	3	4

THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)
DAVID GOLDBERG

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ε.Γ.Υ. - 28

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικά πώς ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Εχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σου.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1 - Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
A2 - Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A3 - Νιώθεις εξαντλημένος και κακοδιάθετος;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A4 - Εχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A5 - Εχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A6 - Νιώθεις σφιξίμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A7 - Εχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρύαδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Οχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

B1 - Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B2 - Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B3 - Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B4 - Είσαι οξυθυμός και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B5 - Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B6 - Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B7 - Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

C1 - Εχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως
C2 - Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερα από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
C3 - Εχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4 - Είσαι ικανοποιημένος τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5 - Εχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6 - Εχεις αισθανθεί ικανός να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/ή
C7 - Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

D1 - Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D2 - Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D3 - Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D4 - Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δε νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5 - Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D6 - Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D7 - Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

A B C D ΣΥΝΟΛΟ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ηλικία:

Φύλο

A) Άνδρας

B) Γυναίκα

Γ) Άλλο

Εθνικότητα

Χώρα καταγωγής:

Τόπος διαμονής:

Μορφωτικό επίπεδο

A) Απόφοιτος Δημοτικού

B) Απόφοιτος Γυμνασίου

Γ) Απόφοιτος Λυκείου/εξατάξιου Γυμνασίου (ΙΕΚ, ΓΕΛ, Σχολές ΟΑΕΔ, ΕΠΑΛ)

Δ) Απόφοιτος Ανώτερης Τεχνικής Σχολής (ΤΕΙ)

Ε) Απόφοιτος Πανεπιστημίου (Ανώτατης Σχολής)

ΣΤ) Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου

8) Άλλο

Εργασιακή κατάσταση

- A) Σταθερή απασχόληση
- B) Περιστασιακή απασχόληση
- Γ) Άνεργος
- Δ) Φοιτητής/ μαθητής
- Ε) Συνταξιούχος
- ΣΤ) Άλλο

Αν είστε άνεργος, συμπληρώστε με μέρες, μήνες, χρόνια:

Επάγγελμα

Εργάζεστε αυτό το διάστημα;

- A) ναι
- B) όχι

Οικογενειακή κατάσταση

- A) Άγαμος-η
- B) Παντρεμένος-η
- Γ) Σε διάσταση / Διαζευγμένος-η
- Δ) Χήρος-α
- Ε) Άλλο

Με ποιον μένετε αυτό το διάστημα;

- A) Στο δρόμο
- B) Ξενώνας Τοξικοεξαρτημένων
- Γ) Υπνωτήριο Αστέγων
- Δ) Μόνος
- E) Με γονείς/ συγγενείς
- ΣΤ) Σύζυγο/σύντροφο

Συγκατοικείτε με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν άλλες εξαρτήσεις;

- A) Χρήση/κατάχρηση παράνομων ουσιών
- B) Κατάχρηση αλκοόλ
- Γ) Άλλες εξαρτήσεις:
- Δ) Όχι
- E) Άγνωστο

Παιδιά

- A) ναι
- B) όχι

Αν ναι, συμπληρώστε τον αριθμό:

Πόσα χρόνια κάνετε χρήση παράνομων ουσιών;

Αν δεν θυμάστε, απαντήστε την ηλικία που ξεκινήσατε την χρήση:

Τι είδους χρήση κάνετε κατά κύριο λόγο;

Έχετε εμπλοκή με το σύστημα απονομής δικαιοσύνης ή είστε υπόδικος;

Είστε διαγνωσμένος με κάποια ψυχική διαταραχή;

Αν ναι, έχετε ΚΕΠΑ;

Έχετε νοσήσει από AIDS;

A) ναι

B) όχι