



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

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΟ ΣΤΙΓΜΑ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΕΥΘΥΜΙΑ ΛΕΪΣΟΥ

A.M.:7450352100016

Επιβλέπων:

Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Αναγνωστόπουλος Δημήτριος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγος, Phd

ΑΘΗΝΑ,

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2024

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Χρήση Ουσιών και Εσωτερικευμένο Στίγμα, Συναισθηματικές Δυσκολίες, Αυτοεκτίμηση, Κοινωνική Υποστήριξη: Θεωρητικές έννοιες και Συσχετίσεις.	10
1.1. Εξαρτησιογόνες Ουσίες.....	10
1.2. Χρήση ουσιών και Εξάρτηση	11
1.3.Στίγμα και Χρήση Ουσιών.....	13
1.3.1.Ορισμοί του Στίγματος.....	14
1.3.2. Θεσμικό Στίγμα.....	14
1.3.3. Κοινωνικό Στίγμα	15
1.3.4. Το προσωπικό βίωμα του στίγματος.....	16
1.3.5. Εσωτερικευμένο Στίγμα	17
1.3.6. Σύνδεση του εσωτερικευμένου στίγματος με ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ..	18
1.4. Συναισθηματικές Δυσκολίες και Χρήση Ουσιών	19
1.4.1 Κατάθλιψη και Χρήση Ουσιών	20
1.4.2. Άγχος και Χρήση Ουσιών	21
1.4.3. Στρες και Χρήση Ουσιών	22
1.5. Αυτοεκτίμηση και Χρήση Ουσιών.....	23
1.6. Κοινωνική Υποστήριξη	25
1.6.1 Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.....	26
1.6.2. Οφέλη της Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ψυχική Υγεία.....	27
1.6.3. Σύνδεση της κοινωνικής υποστήριξης με τις συναισθηματικές δυσκολίες, την αυτοεκτίμηση και το στίγμα σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών	28
1.7. Σκοπός και Υποθέσεις	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Μεθοδολογία	31
2.1 Δείγμα	31
2.2 Ερευνητική Διαδικασία	31
2.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	32

2.4. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	34
2.5. Στατιστική Ανάλυση	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αποτελέσματα.....	36
3.1. Δημογραφικά στοιχεία	36
3.2. Στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών και το χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα.....	37
3.3. Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21).....	38
3.4. Κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Rosenberg).....	39
3.5. Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Διαταραχής Χρήσης Ουσιών (ISMI) .	40
3.6. Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS).....	41
3.7. Συσχετίσεις των κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους και στρες, αυτοεκτίμησης, εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.	42
3.8. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάθλιψης, στρες και άγχους και εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών με τα δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία χρήσης των συμμετεχόντων	45
3.9. Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συζήτηση	49
4.1. Περιορισμοί.....	55
4.2. Συμπεράσματα- Προτάσεις	55
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	57

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Παπαρρηγόπουλο, καθώς και την κα Τριανταφύλλου για την πολύτιμη υποστήριξη της καθόλη τη διάρκεια της πραγματοποίησης της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κα Χρηστίδη, την κα Κατσαρού, την κα Γκρέμου και όλους τους εργαζομένους των τμημάτων του 18 ΑΝΩ που συνεργαστήκαμε, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, την πολύτιμη βοήθεια και την άριστη συνεργασία κατά την εκπόνηση της έρευνας.

Επιπλέον, θα ήθελα να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ προς όλα τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα αφιερώνοντας προσωπικό χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, χωρίς την εμπλοκή των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η διεκπεραίωση της συγκεκριμένης εργασίας και να ευχηθώ καλή συνέχεια στη σημαντική προσπάθεια που κάνουν.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους κοντινούς μου ανθρώπους για όλη την υποστήριξη και το ενδιαφέρον τους σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Το έντονο στίγμα που υφίστανται τα άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών συχνά εσωτερικεύεται. Η εσωτερικευση του στίγματος έχει συνδεθεί με πλήθος ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων, αντίθετα η επαρκής υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον εμφανίζεται να επιδρά θετικά στη συνολική ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής, αλλά και ενάντια στο στίγμα και τις αρνητικές επιπτώσεις του στα άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση της σχέσης του εσωτερικευμένου στίγματος και της κοινωνικής υποστήριξης με τις συναισθηματικές δυσκολίες (κατάθλιψη, άγχος, στρες) και την αυτοεκτίμηση ατόμων που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Επιπρόσθετα, στοχεύει στην μελέτη του αν η κοινωνική υποστήριξη δρα σαν διαμεσολαβητικός παράγοντας, συνδέοντας χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος με βελτιωμένη συναισθηματική υγεία.

Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 57 άτομα (52 άνδρες) που βρίσκονται σε τμήματα της Μονάδας Απεξάρτησης 18ΑΝΩ (ΨΝΑ) με μέσο όρο ηλικίας τα 38 έτη ($SD=8,6$ έτη). Οι συμμετέχοντες/-ουσες συμπλήρωσαν πέντε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς: Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών, Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες, Κλίμακα Αυτοεκτίμησης, Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης, Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Διαταραχής Χρήσης Ουσιών, σε έντυπη μορφή στο χώρο της εκάστοτε δομής.

Αποτελέσματα: Υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Συγκεκριμένα, η διάσταση της αποξένωσης συσχετίστηκε θετικά με τη συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες ($r_{ho}=0,31$ $p<0,018$), ενώ της κοινωνικής απόσυρσης με την κατάθλιψη ($r_{ho}=0,30$ $p<0,025$). Επιπλέον, το εσωτερικευμένο στίγμα συνέθηκε στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με την αυτοεκτίμηση, με ισχυρότερη συσχέτιση τη διάσταση της κοινωνικής απόσυρσης ($r_{ho}=-0,54$ $p<0,001$). Από την άλλη πλευρά, η κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με το εσωτερικευμένο στίγμα, συγκεκριμένα μεταξύ της διάστασης της κοινωνικής απόσυρσης και όλων των επιμέρους διαστάσεων της υποστήριξης (οικογένεια, φίλοι, σημαντικός άλλος), καθώς και της συνολικής κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης

($\rho=-0,44$ $p<0,001$). Παράλληλα, η μεγαλύτερη υποστήριξη από φίλους συνδέθηκε με μεγαλύτερη αντίσταση στο στίγμα ($\rho=-0,38$ $p<0,003$). Ακόμη, η κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με την αυτοεκτίμηση σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις και συνολικά ($\rho=0,48$ $p<0,001$). Η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες κι επομένως αποκλείστηκε το ενδεχόμενο διαμεσολάβησης. Τέλος, η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι υψηλότερη αυτοεκτίμηση συνδέθηκε με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα εργασία εμπλουτίζει την τρέχουσα βιβλιογραφία και κινητοποιεί για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του εσωτερικευμένου στίγματος, την ενίσχυση της κοινωνικής σύνδεσης και της εικόνας εαυτού, που θα συμβάλλουν σε βελτιωμένη ψυχική υγεία των ατόμων κατά τη θεραπεία.

Λέξεις-κλειδιά: εσωτερικευμένο στίγμα, κοινωνική υποστήριξη, αυτοεκτίμηση, συναισθηματικές δυσκολίες, απεξάρτηση

Abstract

Introduction: The intense stigma experienced by individuals with substance use issues is often internalized. The internalization of stigma has been linked to numerous psychosocial consequences. In contrast, adequate support from the social environment appears to positively affect overall mental health and quality of life, as well as combat stigma and its negative effects on individuals with a history of substance use.

Objective: This research aims to investigate the relationship between internalized stigma and social support with emotional difficulties (depression, anxiety, stress) and self-esteem among individuals in a rehabilitation program for substance dependence. Additionally, it seeks to examine whether social support acts as a mediating factor, linking lower levels of internalized stigma with improved emotional health.

Method: The study involved 57 individuals (52 men) from the «18ANΩ» Detoxification Unit (Psychiatric Hospital of Athens), with an average age of 38 years (SD=8.6 years). Participants completed five self-report questionnaires: Demographic and Social Characteristics Questionnaire, Depression, Anxiety, and Stress Scale, Self-Esteem Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and Internalized Stigma of Substance Use Scale, in paper format at the facility.

Results: Higher levels of internalized stigma were associated with higher levels of depression, anxiety, and stress. Specifically, the dimension of alienation positively correlated with the overall scale of depression, anxiety, and stress ($\rho=0.31$, $p<0.018$), while social withdrawal correlated with depression ($\rho=0.30$, $p<0.025$). Additionally, internalized stigma was significantly and negatively correlated with self-esteem, with the strongest correlation found in the dimension of social withdrawal ($\rho=-0.54$, $p<0.001$). On the other hand, the perceived social support scale was significantly and negatively correlated with internalized stigma, particularly between the dimension of social withdrawal and all aspects of support (family, friends, significant other), as well as the overall social support scale ($\rho=-0.44$, $p<0.001$). Moreover, greater support from friends was linked to greater resistance to stigma ($\rho=-0.38$, $p<0.003$). Social support was also significantly and positively correlated with self-esteem across all dimensions and overall ($\rho=0.48$, $p<0.001$). The social support scale did not significantly correlate with the depression, anxiety, and stress scale, thus ruling out the possibility of mediation. Finally, multivariate

linear regression indicated that higher self-esteem was associated with lower levels of depression, anxiety, and stress ($p < 0.001$).

Conclusions: This paper enriches the current literature and mobilizes the design of interventions aimed at reducing internalized stigma, enhancing social connection and self-image, which will contribute to improved mental health for individuals undergoing treatment.

Keywords: internalized stigma, social support, self-esteem, emotional difficulties, detoxification

Εισαγωγή

Οι άνθρωποι που έχουν προβληματική σχέση με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελούν μια ομάδα ατόμων έντονα στιγματισμένη από την κοινωνία. Συχνά θεωρούνται επικίνδυνοι και απρόβλεπτοι, ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις για τη ζωή τους, καθώς και υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Yang, Wong, Grivel & Hasin, 2017). Το στίγμα συνιστά μια πολύπλευρη έννοια, μέρος του οποίου είναι το εσωτερικευμένο στίγμα, η διαδικασία, δηλαδή, κατά την οποία τα ίδια τα άτομα που είναι αποδέκτες του κοινωνικού στίγματος αφομοιώνουν και υιοθετούν τα στερεότυπα εις βάρος τους, αναμένουν την κοινωνική απόρριψη και θεωρούν τους εαυτούς τους απαξιωμένα μέλη της κοινωνίας (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος έχει μελετηθεί κυρίως σε ψυχικά ασθενείς (Livingston & Boyd, 2010; Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Ritsher & Phelan, 2004) και άτομα θετικά στον ιό του HIV (Brenner et al., 2020; Gohain & Halliday, 2014; Simbayi et al., 2007), ωστόσο φαίνεται να υπάρχει αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον και σε θέματα που αφορούν τη χρήση ουσιών. Σε έρευνες με συμμετέχοντες που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης, το εσωτερικευμένο στίγμα έχει συνδεθεί με προβλήματα ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα με καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, μειωμένη αυτοεκτίμηση, αισθήματα ενοχής και ντροπής και εν γένει χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Akdag et al., 2018; Birtel, Wood & Kempa, 2017). Σε έρευνα των Can & Tanriverdi (2015) φάνηκε ότι το εσωτερικευμένο στίγμα έχει αρνητική επίδραση στην κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών και σχετίζεται με την κοινωνική απόσυρση, τις μειωμένες διαπροσωπικές σχέσεις και την έλλειψη επιθυμίας για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να λειτουργήσει ως αντισταθμιστικός παράγοντας του στρες και των επιπτώσεων του στο άτομο και να προάγει την σωματική και ψυχική υγεία (Thoits, 2011). Τα επαρκή κοινωνικά δίκτυα έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, μέσω των ψυχολογικών και υλικών αποθεμάτων που προσφέρουν στο άτομο και του επιτρέπουν να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις (Cohen, 2004). Η αίσθηση ότι υπάρχει κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους ή κάποιο σημαντικό πρόσωπο έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος σε εξαρτημένα άτομα, καθώς και με καλύτερη ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής, (Akdag et al., 2018; Birtel, Wood & Kempa, 2017; Suchman, 2005). Ειδικότερα, ορισμένες έρευνες προτείνουν ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στη σχέση

μεταξύ του στίγματος και διαστάσεων της ψυχικής υγείας ατόμων με ιστορικό χρήσης ουσιών, συνδεδεμένη με χαμηλότερα επίπεδα στίγματος και βελτιωμένη συνολικά ψυχική υγεία (Chang et al., 2022; Chou, Robb, Clay & Chromister, 2013).

Δεδομένου της περιορισμένης σχετικής βιβλιογραφίας, ιδιαίτερα στη χώρα μας, σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και του εσωτερικευμένου στίγματος με τη ψυχική υγεία ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης και συγκεκριμένα με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και αυτοεκτίμησης. Επιπρόσθετα, στην έρευνα εξετάζεται η σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με το εσωτερικευμένο στίγμα, καθώς και αν η πρώτη διαμεσολαβεί στη σχέση του στίγματος με τις συναισθηματικές δυσκολίες.

Παρακάτω, ακολουθεί μία σύντομη αλλά περιεκτική σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αρχικά, θα γίνει αναφορά στην έννοια της εξάρτησης, στη σύνδεση της με το στίγμα, τις συναισθηματικές δυσκολίες, την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική υποστήριξη, καθώς και τη μεταξύ τους σχέση. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία και η στατιστική ανάλυση, ακολουθούμενη από τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, η εργασία κλείνει με τη συζήτηση και τα τελικά συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την τρέχουσα έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Χρήση Ουσιών και Εσωτερικευμένο Στίγμα, Συναισθηματικές Δυσκολίες, Αυτοεκτίμηση, Κοινωνική Υποστήριξη: Θεωρητικές έννοιες και Συσχετίσεις.

1.1. Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Ως εξαρτησιογόνο ουσία ορίζουμε «κάθε φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αλλάξει κάποιο άτομο τη διάθεσή του» (Χαραλαμπίδης, 2003). Οι εξαρτησιογόνες ουσίες δύναται να έχουν από κατασταλτική έως διεγερτική δράση, μεταβάλλουν τη σωματική και ψυχική κατάσταση και μπορούν να προκαλέσουν σωματική ή/ και ψυχική εξάρτηση (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε νόμιμες, όπως για παράδειγμα το αλκοόλ και η νικοτίνη, των οποίων η χρήση θεωρείται κοινωνικά αποδεκτή, και σε παράνομες, όπως η ηρωίνη, η κάνναβη και η κοκαΐνη. Επιπλέον, μια ενδιάμεση κατηγορία

αποτελούν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (ηρεμιστικά, αγχολυτικά), τα οποία αν και χορηγούνται νόμιμα για θεραπευτικούς σκοπούς, η μη ιατρική τους χρήση και κατάχρηση μπορεί να οδηγήσει εξίσου σε εξάρτηση (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018; Χαραλαμπίδης, 2003). Στη βιβλιογραφία, εκτός από τον όρο «εξαρτησιογόνος» ουσία, συναντώνται, επίσης, οι όροι «ψυχοτρόπος» ή «ψυχοδραστική» ουσία, οι οποίοι συνολικά περιγράφουν ακριβέστερα τον όρο «ναρκωτικά» που χρησιμοποιούταν παλαιότερα. Με τον όρο ψυχοδραστικές ή ψυχοτρόπες ουσίες αναφερόμαστε σε ουσίες, οι οποίες όταν εισαχθούν στον οργανισμό, επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες, τόσο τις γνωστικές, όσο και τις συναισθηματικές (Μαλλιώρη, 2010).

1.2. Χρήση ουσιών και Εξάρτηση

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών συναντάται στην ιστορία των ανθρώπινων πολιτισμών από αρχαιοτάτων χρόνων. Η λήψη ουσιών, ωστόσο, συχνά συνέβαινε στο πλαίσιο θρησκευτικών τελετουργιών στην κοινότητα, ήταν κοινωνικά αποδεκτή και ελεγχόμενη (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018; Ζαφειρίδης, 2009), κατείχε ένα ιδιαίτερο κοινωνικό και πολιτιστικό νόημα (Μάτσα, 2001). Η μαζική κατάχρηση ουσιών εμφανίζεται για πρώτη φορά στην Αμερική, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, όταν μετανάστες από την Κίνα έκαναν συστηματική χρήση οπίου (Ζαφειρίδης, 2009). Οι σημαντικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που έχουν πραγματοποιηθεί στην πορεία της ιστορίας, ιδιαίτερα τους τελευταίους δύο αιώνες, έχουν οδηγήσει σε αλλαγές και ως προς την κοινωνική και πολιτιστική σημασία της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (Μάτσα, 2001). Η χρήση ουσιών πλέον έχει εξατομικευθεί και έχει αναχθεί σε ένα μέσο ανακούφισης από τις δυσκολίες της ζωής, από τον ψυχικό και σωματικό πόνο, συνιστά μια ατομική υπόθεση με μαζικό ωστόσο χαρακτήρα, που αφορά σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και σε άτομα ολοένα και νεότερα και συνιστά ισχυρό παράγοντα ρήξης των κοινωνικών δεσμών (Μάτσα, 2001).

Η πορεία προς την εγκαθίδρυση της εξάρτησης συνιστά ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και διαφέρει σημαντικά από την δοκιμαστική χρήση ουσιών στο πλαίσιο πειραματισμού, την περιστασιακή χρήση ή την «κοινωνική χρήση» που περιλαμβάνει την χρήση αποδεκτών ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια κοινωνικών συναναστροφών (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018)

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης συνιστά η έντονη προσήλωση του ατόμου σε μια ουσία, που οδηγεί στην καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη της. Η ουσία σταδιακά κατέχει ολοένα και περισσότερη σημασία στην ζωή του ατόμου και τίθεται στο επίκεντρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία στην άσκηση αυτοελέγχου σχετικά με τη λήψη της ουσίας με επαναλαμβανόμενες προσπάθειες διακοπής ή μείωσής της χωρίς επιτυχία. Στη συνέχεια, το άτομο διακατέχεται από συναισθηματική δυσφορία, όταν η πρόσβαση στην ουσία δεν είναι δυνατή, όταν η λήψη της ουσίας μειώνεται ή διακόπτεται απότομα. Εμφανίζονται, δηλαδή, τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης της ουσίας, τα οποία αφορούν σε σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα με διαφορετική ένταση και ποιότητα ανάλογα το είδος της ουσίας, τον τρόπο χρήσης, τη διάρκεια και τον βάθμο κατάχρησης. Παράλληλα, όσο η κατάχρηση συνεχίζεται, παρά την ύπαρξη διαπροσωπικών, ψυχοκοινωνικών και σωματικών προβλημάτων, επέρχεται σημαντική μείωση στη λειτουργικότητα του ατόμου (APA, 2013; Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Ορίζοντας την εξάρτηση, κάνουμε λόγο για σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση εγκαθιδρύεται, όταν ο οργανισμός του ατόμου, μετά από κάποιο διάστημα συστηματικής χρήσης, προσαρμόζεται στην ουσία και υπάρχει η ανάγκη για αύξηση της δόσης προκειμένου να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα (φαινόμενο ανοχής) και ακολουθείται από το σύνδρομο στέρησης που αναφέρθηκε παραπάνω. Από την άλλη πλευρά, η ψυχολογική εξάρτηση αφορά στην ανάγκη του ατόμου να λαμβάνει την ουσία, ώστε να διατηρήσει τη ψυχική του συνοχή, να κατευνάσει τη δυσφορία, να αντιμετωπίσει το άγχος και τη ψυχική πίεση, να μπορέσει να νιώθει φυσιολογικό (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε ότι δεν προκαλούν όλες οι ουσίες και τις δύο μορφές εξάρτησης. Επιπλέον, ενώ τα συμπτώματα της σωματικής εξάρτησης απαιτούν κάποιες μέρες ή εβδομάδες για να κατευνάσουν, ο ψυχολογικός εθισμός είναι αυτός που απαιτεί τον περισσότερο χρόνο και τη μεγαλύτερη προσπάθεια για να αντιμετωπιστεί (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018; Χαραλαμπίδης, 2003).

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα το φαινόμενο της εξάρτησης από ουσίες διαφέρει σημαντικά από την περιστασιακή και περιορισμένη χρήση ουσιών, καθώς η χρήση δεν συνεπάγεται αναπόφευκτα τον εθισμό. Σύμφωνα με τον Olivenstein (2004), η εξάρτηση αποτελεί τη συνάντηση ανάμεσα σε μια ουσία και μια προσωπικότητα σε μια δεδομένη κοινωνικο-πολιτισμική στιγμή. Η εμφάνιση της εξάρτησης αντικατοπτρίζει την προσωπική ψυχολογική κρίση που συναντάται με την

κοινωνική (Olivenstein, 2004). Σύμφωνα με τον Alexander (2000), η εξάρτηση συνιστά μια προσπάθεια προσαρμογής στην απορρύθμιση, την οποία ορίζει ως την ανεπαρκή ψυχολογική και κοινωνική ενσωμάτωση. Η ομαλή ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου αποτελεί μια ανθρώπινη ανάγκη, από την οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και η ανθρώπινη ευημερία. Εάν μια κοινωνία περιορίζει συστηματικά την ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση των μελών της, όπως για παράδειγμα μέσω της επικράτησης του ατομικιστικού τρόπου ζωής στις δυτικές κοινωνίες, των αλληπάλληλων κρίσεων -οικονομική, κλιματική, υγειονομική- τότε η απορρύθμιση γίνεται κομμάτι της κανονικότητας. Ως επακόλουθο, τα άτομα μπορεί να στραφούν προς τις εξαρτήσεις σε μια προσπάθεια να προσαρμοστούν, να ανακουφιστούν από τη δυσφορία της απορρύθμισης, αναζητώντας υποκατάστατο της ψυχοκοινωνικής ένταξης, των αλληλοεξαρτώμενων διαπροσωπικών σχέσεων, της έλλειψης στόχων και ταυτότητας. Ωστόσο, η χρήση ουσιών, φυσικά, δεν δύναται στην πραγματικότητα να υποκαταστήσει την ψυχοκοινωνική ένταξη, αλλά αντίθετα την επιδεινώνει, λόγω του επερχόμενου στίγματος, των επιπτώσεων στην υγεία και στις σημαντικές σχέσεις του ατόμου (Alexander, 2000).

1.3.Στίγμα και Χρήση Ουσιών

Η εξάρτηση από τις ουσίες συνιστά μια από τις πιο έντονα στιγματισμένες καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία ενός ατόμου (Fortney et al.,2004). Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες, ιδιαίτερα από παράνομες, αποδοκιμάζονται από την κοινή γνώμη (Johnston et al.,2010), ενώ συχνά τους συνοδεύουν αρνητικά στερεότυπα περί επικινδυνότητας και ανευθυνότητας (Crisp et al., 2000; Yang et al, 2017). Ως επακόλουθο, τα άτομα αυτά πέρα από τις συνέπειες της χρήσης, έρχονται αντιμέτωπα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απαξίωση των δικαιωμάτων τους. Είναι γνωστό ότι το στίγμα συνδέεται με πολλαπλές δυσκολίες και επιβάρυνση της συνολικής υγείας και ποιότητας ζωής των ανθρώπων που βρίσκονται στο στόχαστρο (Corrigan & Watson, 2002). Καθώς το στίγμα αποτελεί μια περιεκτική έννοια που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, οι Prior, Wood, Lewis & Pill (2003), επισημαίνουν ότι υπάρχει ο κίνδυνος η χρήση του όρου να συσκοτίζει όσο και να διαφωτίζει, όταν χρησιμοποιείται ως εξήγηση για «ανόμοιες, πολύπλοκες και άσχετες διαδικασίες». Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, θα αναλυθεί στη συνέχεια η έννοια του στίγματος και

η σύνδεση της με την χρήση παράνομων, κυρίως, ουσιών και η διαδικασία της εσωτερίκευσης των στιγματιστικών πεποιθήσεων από τα εξαρτημένα άτομα.

1.3.1.Ορισμοί του Στίγματος

Σύμφωνα με τους Crocker, Major & Steele (1998) το στίγμα ορίζεται ως εξής: «Τα στιγματισμένα άτομα διαθέτουν (ή πιστεύεται ότι διαθέτουν) κάποια ιδιότητα ή χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κοινωνική ταυτότητα που απαξιώνεται σε ένα ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο». Οι Link & Phelan (2001) ορίζουν το στίγμα ως μια κοινωνική διαδικασία που λαμβάνει χώρα μέσω της ετικετοποίησης, των στερεοτύπων, του διαχωρισμού, της απώλειας της κοινωνικής θέσης και των διακρίσεων, με όλα τα παραπάνω να συμβαίνουν σε ένα πλαίσιο εξουσίας. Μιλώντας για το στίγμα ο Goffman (1963) αναφέρει ότι η κοινωνία ορίζει τον τρόπο που κατηγοριοποιούνται οι άνθρωποι και ποια χαρακτηριστικά θεωρούνται συνηθισμένα και φυσιολογικά για κάθε κατηγορία. Η έννοια του στίγματος αναφέρεται σε ένα «βαθιά απαξιωτικό χαρακτηριστικό», ωστόσο διευκρινίζεται ότι είναι χρήσιμη μια γλώσσα που υποδεικνύει σχέσεις και όχι χαρακτηριστικά (Goffman, 1963).

1.3.2. Θεσμικό Στίγμα

Το στίγμα ως μια σύνθετη διαδικασία που περικλύει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και συμπεριφορών μπορεί να μελετηθεί σε επιμέρους επίπεδα ανάλογα με το πως εκφράζεται. Σε μακροεπίπεδο γίνεται λόγος για το «δομικό» ή «θεσμικό» στίγμα, το οποίο αφορά στους κανόνες και τις πολιτικές των φορέων εξουσίας που περιορίζουν τα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Σχετικά με τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών η Earnshaw (2020) αναφέρει ότι οι θεσμικές πολιτικές στις Η.Π.Α. ποινικοποιούν τους χρήστες, ενώ παράλληλα το «θεσμικό» στίγμα εκφράζεται με τον αποκλεισμό των ατόμων που κάνουν χρήση ή έχουν ιστορικό χρήσης από την αγορά εργασίας και την άρνηση ενοικίασης στέγης. Η Μάτσα (2001) αναφέρει ότι οι τοξικομανείς, μαζί με άλλες κοινωνικές ομάδες που αποτελούν τους «διαφορετικούς», βρίσκονται στο περιθώριο, βιώνουν τον αποκλεισμό, θεωρούνται οι κοινωνικά «επικίνδυνου». Ο αποκλεισμός αυτός εντείνεται και επιβεβαιώνεται από τις νομικές ρυθμίσεις και το κατασταλακτικό νομικό πλαίσιο (Μάτσα, 2001). Γίνεται εμφανές ότι η πολιτισμική ιδεολογία αντικατοπτρίζεται στις θεσμικές πρακτικές με αποτέλεσμα οι ανισότητες να

νομιμοποιούνται, ενώ ο κοινωνικός αποκλεισμός να διαιωνίζεται (Corrigan et al., 2005; Herek, 2007).

1.3.3. Κοινωνικό Στίγμα

Σε μεσοεπίπεδο εκδηλώνεται το «κοινωνικό στίγμα» μέσω της υιοθέτησης στερεοτύπων και προκαταλήψεων και της πρακτικής των διακρίσεων από ισχυρές κοινωνικά ομάδες προς στιγματισμένες ομάδες (Corrigan et al., 2005). Το στίγμα μπορεί να εκφραστεί είτε άμεσα, όταν τα άτομα γνωρίζουν τις μεροληψίες τους ή να υπονοηθεί, όταν οι άνθρωποι δεν αναγνωρίζουν ότι φέρουν προκαταλήψεις εις βάρος άλλων (Dovidio et al., 2008). Τα στερεότυπα που κυριαρχούν για τους χρήστες ουσιών αφορούν στο ότι μπορεί να είναι επικίνδυνοι, απρόβλεπτοι, βίαιοι, δύσκολοι στις κοινωνικές συναναστροφές, ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις για τη ζωή τους καθώς και υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Crisp et al., 2000; Yang, Wong, Grivel & Hasin, 2017). Τα ελεγχόμενα στίγματα, δηλαδή τα μειονεκτήματα που η κοινωνία θεωρεί ότι προέρχονται από επιλογή των ατόμων, προκαλούν πιο έντονες αντιδράσεις και σοβαρότερες διακρίσεις σε σχέση με τα μη ελεγχόμενα στίγματα (Hogg & Vaughan, 2010).

Οι προκαταλήψεις αφορούν τις συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι σε στιγματισμένα άτομα. Όσον αφορά τους χρήστες ουσιών, οι αντιδράσεις αυτές σχετίζονται με το αίσθημα της περιφρόνησης, του θυμού, της αηδίας, του φθόνου, της μομφής και του φόβου (Cyddy et al., 2008; Yang et al., 2017).

Οι προκαταλήψεις πυροδοτούν τις διακρίσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν έμπρακτες συμπεριφορές εις βάρος ατόμων με στιγματισμένες ταυτότητες. Οι διακρίσεις απέναντι σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών μπορεί να περιλαμβάνουν την υποστήριξη πολιτικών αναγκαστικής θεραπείας και κοινωνικών περιορισμών και απαγορεύσεων ως προς την ανάληψη ρόλων με ευθύνες, καθώς και την επιλογή της κοινωνικής απόστασης από χρήστες και την απροθυμία για προσφορά βοήθειας (Yang et al., 2018). Επιπλέον, οι διακρίσεις σχετίζονται με μειωμένες ευκαιρίες στην εκπαίδευση, στην εργασία και τη στέγαση, χειρότερες διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και μειωμένη ποιότητα ζωής εν γένει (Corrigan & Watson, 2002; Link, Cullen, Streuning, Shrout & Dohrenwend, 1989; Luoma et al., 2007).

Αναγνωρίζοντας την ύπαρξη του στίγματος τόσο σε θεσμικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, είναι σημαντικό να εστιάσουμε στο πως τα ίδια τα άτομα που ανήκουν σε στιγματισμένες ομάδες βιώνουν τις στιγματιστικές πεποιθήσεις και

συμπεριφορές εις βάρος τους και να κατανοήσουμε πως η διαδικασία της ετικετοποίησης εσωτερικεύεται.

1.3.4. Το προσωπικό βίωμα του στίγματος

Στο ατομικό μικροεπίπεδο το στίγμα μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως «αντιλαμβανόμενο», «βιωμένο», «αναμενόμενο» και «εσωτερικευμένο» (Earnshaw, 2020; Link et al., 1989). Το αντιλαμβανόμενο στίγμα αναφέρεται σε πεποιθήσεις που μέλη μιας στιγματισμένης ομάδας έχουν σχετικά με την επικράτηση στιγματιστικών στάσεων και συμπεριφορών στην κοινωνία (Link et al., 1989). Σχετίζεται, δηλαδή, με την ενημερότητα των μελών για τα στερεότυπα και τις στάσεις που κυριαρχούν στην κοινωνία ως προς την ομάδα που ανήκουν.

Το βιωμένο στίγμα συνιστά τις εμπειρίες των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που έχει βιώσει ένα στιγματισμένο άτομο στο παρελθόν ή που βιώνει στο παρόν (Earnshaw, 2020). Άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών που βρίσκονται σε θεραπεία συχνά αναφέρουν κακή μεταχείριση από τις υπηρεσίες υγείας, δυσκολία στην εύρεση εργασίας ή απόλυση λόγω του ιστορικού χρήσης και απόρριψη από την οικογένεια και τους φίλους (Earnshaw et al., 2013).

Το αναμενόμενο στίγμα εμπεριέχει τις προσδοκίες και τις ανησυχίες ότι το άτομο θα γίνει στόχος στιγματιστικών πεποιθήσεων και διακρίσεων από τους άλλους (Earnshaw, 2021). Ενυπάρχει η ανησυχία ότι θα υποτιμηθεί, θα μεταχειριστεί με λιγότερο σεβασμό, καθώς και ότι άλλα άτομα δεν θα θέλουν να εμπλάκουν σε διαπροσωπικές σχέσεις μαζί του (Chaudoir & Quinn, 2010). Άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών συχνά ανησυχούν για τον τρόπο που τους βλέπουν οι άλλοι, το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην αποκάλυψη των συμπτωμάτων και στην πρόσβαση σε θεραπεία (Earnshaw et al., 2019).

Τέλος, το εσωτερικευμένο στίγμα αφορά στο κατά πόσο τα άτομα υιοθετούν τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που σχετίζονται με μία στιγματισμένη ταυτότητα πιστεύοντας τα και για τον εαυτό τους (Earnshaw, 2020). Η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος έχει μελετηθεί κυρίως σε σχέση με την ψυχική ασθένεια και τον ιο του HIV, αλλά υπάρχει σημαντική βιβλιογραφία που αφορά στην εξάρτηση. Το εσωτερικευμένο στίγμα καθώς αποτελεί μία από τις μεταβλητές της έρευνας, θα παρουσιαστεί σε ξεχωριστό υποκεφάλαιο παρακάτω.

1.3.5. Εσωτερικευμένο Στίγμα

Οι Corrigan, Watson & Barr (2006) ορίζουν το εσωτερικευμένο στίγμα ως μια διαδικασία κατά την οποία τα ίδια τα άτομα που είναι αποδέκτες του κοινωνικού στίγματος αφομοιώνουν και υιοθετούν τα στερεότυπα εις βάρος τους, αναμένουν την κοινωνική απόρριψη και θεωρούν τους εαυτούς τους απαξιωμένα μέλη της κοινωνίας.

Το εσωτερικευμένο στίγμα μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα ντροπής, αξιολογικές σκέψεις και φόβο του κοινωνικού στίγματος (Luoma et al, 2007). Ένα άτομο που κάνει χρήση ουσιών προκειμένου να υιοθετήσει τα απαξιωτικά στερεότυπα της κοινωνίας για τους χρήστες, προϋποτίθεται ότι θεωρεί τον εαυτό του μέλος της ομάδας που στιγματίζεται (Luoma et al, 2013). Τα άτομα που θεωρούν την στιγματισμένη κοινωνική τους ταυτότητα ως βασικό σημείο της προσωπικής τους ταυτότητας είναι περισσότερο πιθανό να θεωρούν ότι θα γίνουν στόχοι διακρίσεων (Mayor & O'Brien, 2005).

Οι Luoma κ.ά. (2013) αναφέρουν ότι το εσωτερικευμένο στίγμα περιλαμβάνει δύο τύπους γνωστικού περιεχομένου: α) την αυτο-υποτίμηση και β) τον φόβο να γίνει κανείς στόχος του κοινωνικού στίγματος. Η αυτο-υποτίμηση ενέχει την εσωτερική των κοινωνικών στερεοτύπων και της κριτικής εις βάρος της στιγματισμένης ομάδας (Corrigan, 2002). Η ανησυχία προς το κοινωνικό στιγματισμό μπορεί να αφορά την δυσκολία στην εύρεση κατοικίας και εργασίας (Luoma et al., 2007).

Ο Corrigan (2006) αναφέρει τέσσερα διαδοχικά και αλληλένδετα βήματα στη διαδικασία της εσωτερικής του στίγματος που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια. Αρχικά, το άτομο είναι ενήμερο για τα αρνητικά στερεότυπα που κυριαρχούν (επίγνωση). Έπειτα, το άτομο συμφωνεί με τα ευρέως γνωστά στον γενικό πληθυσμό στερεότυπα (συμφωνία). Η διαδικασία γίνεται επιβλαβής στη συνέχεια, όταν το άτομο θεωρεί ότι αυτές οι εσωτερικευμένες πολιτισμικές πεποιθήσεις ισχύουν και για το ίδιο (εφαρμογή στον εαυτό). Το αποτέλεσμα είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση λόγω της συμφωνίας με την αρνητική πεποίθηση (βλάβη) (Corrigan, 2006).

Οι Livingston & Boyd (2010) σε συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με τις επιπτώσεις του εσωτερικευμένου στίγματος σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, ορίζουν το εσωτερικευμένο στίγμα ως «μια υποκειμενική διαδικασία, ενσωματωμένη σε ένα κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο. Η διαδικασία αυτή χαρακτηρίζεται από

αρνητικά συναισθήματα (προς τον εαυτό), δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, μεταλλαγή της ταυτότητας ή υιοθέτηση στερεοτύπων από ένα άτομο ως αποτέλεσμα των εμπειριών, των αντιλήψεων ή των προσδοκιών αρνητικών κοινωνικών αντιδράσεων που βασίζονται στην ψυχική ασθένεια του». Ο παραπάνω ορισμός επισημαίνει τη σύνδεση του κοινωνικού με τον ατομικό παράγοντα, τονίζοντας ότι η υποκειμενική διαδικασία της εσωτερίκευσης του στίγματος προκύπτει από τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις που κυριαρχούν σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο.

Όσον αφορά το εσωτερικευμένο στίγμα σε εξαρτημένα άτομα, αν και η βιβλιογραφία εμφανίζεται πιο περιορισμένη ολόενα και περισσότερες έρευνες συνδέουν την προβληματική χρήση ουσιών και αλκοόλ με υψηλά επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος (Ahern et al., 2007; Akdag et al., 2018; Luoma et al., 2007; Rivera, DeCuir, Crawford, Amesty & Lewis, 2014; Schomerus et al., 2010). Σε έρευνα των Can & Tanriverdi (2015), με συμμετέχοντες με διαταραχή χρήσης ουσιών που λάμβαναν ενδονοσομειακή περίθαλψη, το 43,8% του δείγματος βίωνε σοβαρά επίπεδα εσωτερικευμένου στιγματισμού, το 41% μέτρια, το 9,5% ήπια και το 5,7% ελάχιστα, υποδηλώνοντας υψηλά επίπεδα εσωτερίκευσης για τα άτομα με πρόβλημα χρήσης ουσιών.

1.3.6. Σύνδεση του εσωτερικευμένου στίγματος με ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Όπως και το κοινωνικό στίγμα συνδέεται με πολλαπλές συνέπειες που υποβαθμίζουν τις ζωές των ατόμων που το υφίστανται, έτσι και η εσωτερικευμένη αίσθηση του στίγματος έχει συσχετιστεί με πλήθος αρνητικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών. Οι περισσότερες έρευνες στη βιβλιογραφία αφορούν στον πληθυσμό των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια, πολλοί εκ των οποίων εμφανίζουν συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών, και αναφέρουν ότι υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος έχουν συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αυτό-αποτελεσματικότητας, ελπίδας, ενδυνάμωσης, ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης (Corrigan & Watson, 2002; Livingston & Boyd, 2010; Lysaker, Roe & Yanos, 2006). Παράλληλα, το στίγμα προς τον εαυτό έχει συνδεθεί θετικά με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, κατάθλιψη, αυξημένη σοβαρότητα ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθώς και με καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας και χειρότερη έκβαση στη θεραπεία (Drapalski et al., 2013; Link et al., 2001; Livingston & Boyd, 2010; Ritsher & Phelan, 2004).

Τα ευρήματα ερευνών με συμμετέχοντες αποκλειστικά άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών ή/και αλκοόλ παρουσιάζουν αντίστοιχες συσχετίσεις. Μάλιστα, είναι πιθανό το εσωτερικευμένο στίγμα και οι επακόλουθες συνέπειες να επιμένουν μακροπρόθεσμα, ακόμη και μετά την περίοδο της θεραπείας (Link et al., 1997). Σε έρευνα στη Βραζιλία, με 461 συμμετέχοντες που έχουν αναζητήσει θεραπεία απεξάρτησης, φάνηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος έχουν συνδεθεί ισχυρά με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (da Silveira et al., 2018). Στην ίδια έρευνα το εσωτερικευμένο στίγμα συσχετίστηκε θετικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως επίσης και σε άλλες έρευνες έχει φανεί θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη και το άγχος σε άτομα που έχουν προβλήματα χρήσης ουσιών ή/και αλκοόλ (Akdag et al., 2018; Brown et al., 2015; Melchior et al., 2019; Schomerus et al., 2010). Επιπλέον, άλλες συνέπειες που συνδέονται με την αίσθηση του στίγματος συνιστούν η αυτό-επίκριση, η ντροπή και η αρνητική συναισθηματική κατάσταση (Luoma et al., 2012), η χαμηλότερη ποιότητα ζωής και ευημερίας, καθώς και η μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας ως προς την διακοπή της χρήσης (Brown et al., 2015; Schomerus et al., 2010). Παράλληλα, στην έρευνα των Rivera κ.ά. (2014) μεταξύ ατόμων που έκαναν ενέσιμη χρήση ουσιών, φάνηκε ότι εκείνοι με το υψηλότερο εσωτερικευμένο στίγμα έκαναν σε μικρότερο βαθμό συνεπή χρήση των δημόσιων χώρων πρόσβασης με αποστειρωμένες σύριγγες στο πλαίσιο της μείωσης βλάβης. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι το εσωτερικευμένο στίγμα είναι συνδεδεμένο με γενικότερη ψυχολογική δυσφορία και παράγοντες που υπονομεύουν τη θεραπεία. Ακόμη μια σημαντική συσχέτιση με το εσωτερικευμένο στίγμα σε εξαρτημένα άτομα αφορά την μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα. Το εσωτερικευμένο στίγμα συνδέεται με αρνητικές συνέπειες στην κοινωνική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόσυρσης, των εξασθενημένων διαπροσωπικών σχέσεων, της έλλειψης επιθυμίας για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και της μειωμένης λειτουργικότητας στον επαγγελματικό τομέα (Can & Tanriverdi, 2015).

1.4. Συναισθηματικές Δυσκολίες και Χρήση Ουσιών

Οι επιπτώσεις του στίγματος στη ψυχική υγεία μπορούν να είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές και να σχηματίζουν ένα φαύλο κύκλο αρνητικών συνεπειών, καθώς τα άτομα με προβληματική σχέση με τις ουσίες συχνά αντιμετωπίζουν συνοδές συναισθηματικές δυσκολίες με μικρότερη ή μεγαλύτερη βαρύτητα.

Σύμφωνα με την Mac Dougall, (1987, όπως αναφ. Μάτσα, 2001) ο εθισμός γίνεται πρόβλημα όταν αποτελεί την μοναδική λύση που διαθέτει ένα άτομο για να αντιμετωπίσει την οδύνη του. Ο Khantzian (1987), έχει υποστηρίξει ότι η χρήση ουσιών συνιστά μια προσπάθεια αυτοθεραπείας του ανθρώπινου πόνου και της ψυχολογικής δυσφορίας. Λόγω της έλλειψης προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης της δυσφορίας, η χρήση οπιοειδών λειτουργεί ως ένας τρόπος ανακούφισης σε πληθώρα προβλημάτων, μεταξύ άλλων η απογοήτευση, το άγχος, η απώλεια και η αγωνία (Khantzian, Mack & Schatzberg, 1974). Ωστόσο, η συστηματική χρήση ουσιών και τα επακόλουθα προβλήματα στην ζωή και τις σχέσεις του ατόμου, καθώς και τα αισθήματα δυσφορίας λόγω του στερητικού συνδρόμου επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο τις συναισθηματικές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο.

1.4.1 Κατάθλιψη και Χρήση Ουσιών

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η συννοσηρότητα μεταξύ της διαταραχής χρήσης ουσιών και της κατάθλιψης είναι σημαντικά υψηλή (Kessler et al., 1994; Volkow, 2004). Η πρόγνωση και η θεραπεία, μάλιστα, για καθεμία επηρεάζεται έντονα από την άλλη διαταραχή (Volkow, 2004). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5 περιλαμβάνουν: καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή άντλησης ευχαρίστησης από όλες σχεδόν τις δραστηριότητες, σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική υπερδιέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, αίσθημα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής, μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, επαναλαμβανόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό, σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας και προκαλούν ψυχική καταπόνηση και έκπτωση στη λειτουργικότητα (APA, 2013).

Βιβλιογραφικά έχουν προταθεί διάφορες εξηγήσεις για τη συνύπαρξη της κατάθλιψης και της κατάχρησης ουσιών, όπως ο αυξημένος κίνδυνος ευπάθειας για μια δεύτερη διαταραχή επαγόμενη από την πρωτογενή διαταραχή, κοινοί παράγοντες κινδύνου, οι προσπάθειες αυτοθεραπείας της κατάθλιψης μέσω της χρήσης, καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω κοινωνικών, διαπροσωπικών κι επαγγελματικών

προβλημάτων που προκαλούνται από τη χρήση, καθώς και η ανάρρωση που παρεμποδίζεται λόγω της συννοσηρότητας (Davis, Uezato, Newell & Frazier, 2008).

Οι διαταραχές διάθεσης έχει φανεί να είναι 4,7 φορές πιο συχνές σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Regier et al., 1990). Αντίστροφα, περίπου το 1/3 των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή προσέρχονται σε θεραπεία με κάποιο πρόβλημα χρήσης ουσιών ή αλκοόλ (Davis et al., 2008). Η συννοσηρότητα της κατάχρησης κάνναβης με την κατάθλιψη είναι επίσης συχνή (Bonvasso, 2001). Σε συστηματική ανασκόπηση των Davis κ.ά. (2008), φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν διπλή διάγνωση κατάθλιψης και διαταραχής χρήσης ουσιών παρουσίαζαν συχνότερα μεταξύ άλλων αγχώδεις διαταραχές, σημαντικότερη έκπτωση στη λειτουργικότητα, πιο έντονες εναλλαγές στη διάθεση και πιο αρνητική εικόνα εαυτού.

1.4.2. Άγχος και Χρήση Ουσιών

Το άγχος ορίζεται ως «η ανησυχία γύρω από ένα πρόβλημα που το άτομο προσδοκά ότι θα προκύψει» (Kring et al., 2010). Το άγχος συνιστά μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση ως απάντηση σε έναν κίνδυνο, η προέλευση του οποίου ωστόσο είναι κατά βάση άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη (Μάνος, 1997). Σε αντίθεση με το αίσθημα του φόβου, που σχετίζεται με την αντίδραση σε έναν άμεσο κίνδυνο, το αίσθημα του άγχους ενέχει την προσδοκία για μια μελλοντική απειλή (Kring et al., 2010). Το συναίσθημα του άγχους είναι σε μεγάλο βαθμό φυσιολογικό και χρήσιμο, καθώς ενισχύει την ετοιμότητα, την αποφυγή δυνητικά επικίνδυνων καταστάσεων, την παρατήρηση μελλοντικών απειλών και τον σχεδιασμό του τρόπου αντιμετώπισής τους (Kring et al., 2010; Μητρούση, Τραυλός, Κούκια & Ζυγά, 2013). Ωστόσο, το άγχος μπορεί να γίνει δυσπροσαρμοστικό, όταν περιλαμβάνει αντιδράσεις δυσανάλογες σε σχέση με το μέγεθος της απειλής ή αποδιοργανωτικά συμπτώματα ανεξάρτητα με την παρουσία κάποιας απειλής, όπως συνεχείς κρίσεις πανικού, σοβαρά σωματικά συμπτώματα ή έντονος ξαφνικός φόβος θανάτου (Arroll & Kendrick, 2018). Το άγχος μπορεί να εκδηλωθεί με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Στα ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους περιλαμβάνεται η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα του απροσδιόριστου φόβου, η νευρικότητα, η αγωνία, η διάσπαση πρόσοχης και η δυσκολία στη συγκέντρωση (Μαδιανός, 2006). Κάποια χαρακτηριστικά σωματικά συμπτώματα του άγχους αποτελούν η δύσπνοια και το

αίσθημα πνιγμού, ο πόνος στο στήθος, η ταχυπαλμία, η ξηροστομία και τα κοιλιακά άλγη (Μαδιανός, 2006).

Όπως συμβαίνει και με την κατάθλιψη, η συννοσηρότητα μεταξύ διαταραχών άγχους και χρήσης ουσιών είναι ιδιαίτερα συχνή (Smith & Book, 2008). Σύμφωνα με έρευνα των Grant κ.ά. (2004), η ύπαρξη διαταραχής χρήσης ουσιών ή αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση αγχώδων διαταραχών από 1.7 έως 2.8 φορές. Παράλληλα, σε έρευνα των Conway, Compton, Stinson & Grant (2006), ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους μεταξύ ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών ήταν 29,9%, ενώ στον γενικό πληθυσμό 16,16%. Δεδομένα από βιβλιογραφική ανασκόπηση εμπειρικών ερευνών έδειξαν ότι οι αγχώδεις διαταραχές προηγούνται των διαταραχών χρήσης ουσιών στο 75% των περιπτώσεων, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση της αυτοθεραπείας σχετικά με τη χρήση ουσιών ως μια προσπάθεια ανακούφισης της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης (Kushner, Krueger, Frye & Peterson, 2008; Smith & Book, 2008). Ανεξάρτητα, βέβαια, από την σειρά εκδήλωσης των διαταραχών, η συνύπαρξη τους οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο διατήρησης τόσο της χρήσης ουσιών, όσο και των συμπτωμάτων του άγχους, που αλληλοεπηρεάζει την κλινική πορεία και τη θεραπεία (Smith & Book, 2008). Σύμφωνα με έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές σχετίζονται με μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών μεταξύ ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών και περισσότερες υποτροπές κατά την θεραπεία (Perkonig et al., 2006).

1.4.3. Στρες και Χρήση Ουσιών

Σύμφωνα με τους Holmes & Rahe (1967), το «στρες» ή ο «στρεσογόνος παράγοντας» αναφέρεται σε οποιαδήποτε περιβαλλοντική, κοινωνική ή εσωτερική απαίτηση, που αναγκάζει το άτομο να αναπροσαρμόσει τα συνήθη μοτίβα της συμπεριφοράς του. Ο Selye (1970) όρισε το στρες ως «η μη ειδική απόκριση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση από αυτό», με τον όρο μη ειδική να αναφέρεται σε ένα σύνολο κοινών αποκρίσεων ανεξάρτητα από την φύση και την αιτιολογία του στρεσογόνου παράγοντα. Στη βιβλιογραφία έχουν διερευνηθεί κυρίως τρεις τύποι στρεσογόνων παραγόντων, τα γεγονότα ζωής, παραδείγματος χάριν ένα διαζύγιο ή μια απώλεια, η χρόνια καταπόνηση, όπως για παράδειγμα χρόνιες ασθένειες ή οικονομικά προβλήματα και οι καθημερινές δυσκολίες (Thoits, 1995). Όταν συσσωρεύονται διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες, είναι πιθανό να εξαντληθούν τα σωματικά και ψυχολογικά αποθέματα του ατόμου, λόγω της

υπερβολικής προσπάθειας που χρειάζεται να καταβάλλει για να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις των καταστάσεων (Lazarus & Folkman, 1984). Ως επακόλουθο αυξάνεται η πιθανότητα για εμφάνιση ασθένειας, τραυματισμού, ψυχολογικής δυσφορίας ή διαταραχής (Lazarus & Folkman, 1984).

Πλήθος ερευνών έχουν συνδέσει το στρες με την εξάρτηση από ουσίες (Marlatt & Gordon, 1985; Kosten & Rounsaville, 1986; O'Doherty & Davies, 1987), μάλιστα το όξυ και το χρόνιο στρες έχουν θεωρηθεί σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Sinha, 2005). Σύμφωνα με το μοντέλο της Αντιμετώπισης του Στρες σχετικά με την εξάρτηση (Stress-Coping model of addiction), η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί τη μείωση του αρνητικού συναισθήματος, ενώ παράλληλα αυξάνει το θετικό συναίσθημα, ως επακόλουθο η χρήση ουσιών να ενισχύεται και να προάγεται σε μια αποτελεσματική, αν και δυσπροσαρμοστική στρατηγική αντιμετώπισης (Shiffman, 1982). Σε συμφωνία με τα παραπάνω, σε έρευνα των Marlatt & Gordon (1985), έχει φανεί ότι τα άτομα που διαθέτουν περιορισμένες ή/και αδύναμες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε προβληματική χρήση ουσιών. O Mate (2012) συνδέει τη χρήση ουσιών με το τραύμα κατά την παιδική ηλικία και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες. Μάλιστα, η απομόνωση από συναισθηματικά υποστηρικτές σχέσεις συνιστά έναν από τους πιο ισχυρούς στρεσογόνους παράγοντες. Η ανάπτυξη της ικανότητας να διαχειρίζεται ένα παιδί τους σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες εξαρτάται άμεσα από τη σχέση του με τους φροντιστές του. Όταν οι σχέσεις αυτές χαρακτηρίζονται από εγκατάλειψη, παραμέληση ή κακοποίηση (συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική) οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί του στρες μεταβάλλονται και έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να είναι περισσότερο ευάλωτο στο στρες καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Έτσι, η προβληματική χρήση ουσιών συνιστά μια προσπάθεια καταπράυνσης λόγω της υψηλής αντιδραστικότητας στο στρες (Mate, 2012).

1.5. Αυτοεκτίμηση και Χρήση Ουσιών

Εκτός από τις συναισθηματικές δυσκολίες, η εξάρτηση έχει επίσης συνδεθεί με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία συγχρόνως σχετίζεται άμεσα με το εσωτερικευμένο στίγμα. Η έννοια της αυτοεκτίμησης αναφέρεται στη συνολική εκτίμηση ενός ατόμου για τον εαυτό του (Rosenberg 1965), μπορεί να εκφράζει μια

στάση αποδοχής ή μη αποδοχής προς τον εαυτό καθώς και τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο νιώθει ικανό, σημαντικό, επιτυχημένο και ότι αξίζει (Coopersmith, 1967). Σύμφωνα με τους Gecas & Schwalbe (1983) την αυτοεκτίμηση συνθέτουν η επάρκεια και η αξία. Η διάσταση της επάρκειας, αναφέρεται περισσότερο στην αποτελεσματικότητα και τον βαθμό που οι άνθρωποι θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς και αποτελεσματικούς, ενώ η διάσταση της αξίας περιγράφει τον βαθμό που οι άνθρωποι θεωρούν ότι είναι άτομα που αξίζουν (Gecas & Schwalbe, 1983). Οι Burke & Stets (2014) προτείνουν μια επίπλεον διάσταση της αυτοεκτίμησης, την αυθεντικότητα ή αλλιώς το κίνητρο για συνοχή, που αντανακλά τις ατομικές επιδιώξεις για νόημα, συνοχή και κατανόηση του εαυτού.

Η αυτοεκτίμηση σε σχέση με τη χρήση ουσιών δεν συνιστά μια απλή συσχέτιση, αλλά μεσολαβείται από την οργανωμένη δομή της προσωπικότητας που ονομάζουμε εικόνα εαυτού ή ταυτότητα (Skager & Kerst, 1989). Οι Burke & Tully (1977) ορίζουν την ταυτότητα ως ένα σύνολο εννοιών που αντιπροσωπεύουν τις αντιλήψεις, τα συναισθημάτα και τις προσδοκίες που προσδίδονται στον εαυτό ως κάτοχο μιας κοινωνικής θέσης. Ο εαυτός μπορεί να συντίθεται από πολλαπλές ταυτότητες που αντιπροσωπεύουν τις διάφορες κοινωνικές θέσεις που λαμβάνει το άτομο στην ευρύτερη κοινωνική δομή (Stryker, 1980).

Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες κατέχουν την κοινωνικά στιγματισμένη ταυτότητα του χρήστη. Τα μέλη των στιγματισμένων ομάδων συχνά εσωτερικεύουν την απαξιωτική και επικριτική στάση της κοινωνίας και σχηματίζουν μια μη ευνοϊκή εικόνα για τον εαυτό τους (Hogg & Vaughan, 2010). Σύμφωνα με την Μάτσα (2001), τα τοξικομανή άτομα αισθάνονται ότι δεν έχουν αξία και δεν γίνονται αποδεκτά ούτε από τον εαυτό τους ούτε από τους άλλους, η ταυτότητα τους είναι ελλειμματική, χωρίς εσωτερική συνοχή που εκφράζεται μέσω της ψυχικής αστάθειας. Από προηγούμενες έρευνες έχει υποστηριχθεί ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση κατά την περίοδο της εφηβείας αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για αποκλίνουσα συμπεριφορά και την έναρξη της χρήσης ουσιών (Samuels & Samuels, 1974; Padina & Scheule, 1983; Richardson, Kwon & Ratner, 2013). Οι Guglielmo, Polak & Sullivan (1985) αναφέρουν ότι η αυτοεκτίμηση ξεκινά να αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία ανάλογα με το πόσο σημαντικό αισθάνεται ότι είναι το παιδί για τους γονείς του. Η συνεχής αμφισβήτηση του εαυτού και η αίσθηση της αναξιοσύνης καλλιεργούν το έδαφος για προσωπική ευαλωτότητα και ψυχική δυσφορία, συχνά με την εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους, και τότε η κατάχρηση

ουσιών φαίνεται ότι αποτελεί μια δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου ως μια πηγή ενίσχυσης του εαυτού (Guglielmo et al., 1985). Από την άλλη πλευρά η υψηλή αυτοεκτίμηση θεωρείται ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της έναρξης χρήσης ουσιών, καθώς συνδέεται με θετικές συμπεριφορές και λόγους αποχής από ουσίες (Carvajal et al., 1998; Mann, Hosman, Schaalma & De Vries, 2004; Kounenou, 2010).

1.6. Κοινωνική Υποστήριξη

Υπάρχει σημαντική βιβλιογραφία που δείχνει ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων, ενώ μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση διάφορων προβλημάτων ψυχικής υγείας (Turner, 1999). Η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον συνιστά έναν ισχυρό παράγοντα που σχετίζεται θετικά τόσο με την ψυχική υγεία, όσο και με τη σωματική υγεία και τη μακροζωία (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000).

Σύμφωνα με τον Wills (1991), η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως η αίσθηση ή η εμπειρία ότι κάποιος είναι αγαπητός και φροντίζεται από τους άλλους, ότι τον εκτιμούν και τον υπολογίζουν, καθώς και ότι ένα άτομο αποτελεί κομμάτι ενός κοινωνικού δικτύου που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία βοήθεια και υποχρεώσεις. Οι Rodriguez & Cohen (1998) προτείνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αναφέρεται στα διαθέσιμα ψυχολογικά και υλικά αποθέματα μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να διαχωριστεί σε δομική και λειτουργική. Η δομική υποστήριξη, η οποία συχνά αναφέρεται ως κοινωνική ενσωμάτωση, σχετίζεται με την έκταση των κοινωνικών δικτύων ενός ατόμου, τη συχνότητα των επαφών και τη διασύνδεση μεταξύ τους. Η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη συγγενών και φίλων, οι συνεργάτες και η συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές ομάδες είναι κάποια από τα μέτρα που μπορούν να την καθορίσουν (Rodriguez & Cohen, 1998). Η Thoits (2011) κάνει ένα διαχωρισμό στα δίκτυα των σχέσεων ενός ατόμου σε πρωταρχικά και δευτερεύοντα. Τα πρωταρχικά κοινωνικά δίκτυα απαρτίζονται από μικρό αριθμό ατόμων, περιλαμβάνονται οι «σημαντικοί άλλοι», δηλαδή συνήθως τα μέλη της οικογένειας, συγγενείς και φίλοι και οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από οικειότητα, συναισθηματικό δέσιμο, επιρροή και διάρκεια στον χρόνο (Thoits, 2011). Τα δευτερεύοντα κοινωνικά δίκτυα είναι ευρύτερα και η

αλληλεπίδραση των μελών είναι περισσότερο επίσημη και λιγότερο προσωπική, ενώ η διάρκεια τους μπορεί να ποικίλλει, εφόσον κανείς εύκολα μπορεί να εισέλθει και να εξέλθει από αυτά, και πρόκεινται κατά κύριο λόγο για την εργασία, την συμμετοχή σε εθελοντικές, θρησκευτικές και άλλες κοινωνικές ομάδες (Thoits, 2011).

Από την άλλη πλευρά, η λειτουργική υποστήριξη αναφέρεται περισσότερο στα ψυχολογικά και υλικά αποθέματα που αποκομίζονται μέσω των διαπροσωπικών επαφών και διακρίνεται σε τρεις επιμέρους τύπους, την συντελεστική, την ενημερωτική και τη συναισθηματική. Η συντελεστική (instrumental) υποστήριξη σχετίζεται με την υλική βοήθεια, όπως για παράδειγμα η παροχή υπηρεσιών, η οικονομική βοήθεια, άλλη συγκεκριμένη αρωγή ή αγαθά (Rodriguez & Cohen, 1998; Taylor, 2011). Η έννοια της ενημερωτικής (informational) υποστήριξης αναφέρεται στις πληροφορίες, τις οποίες είναι δυνατό να λάβει ένα άτομο και να έχουν ωφέλιμο ρόλο, παραδείγματος χάριν λαμβάνοντας συμβουλές και καθοδήγηση από το κοινωνικό του δίκτυο. Μέσω της ενημερωτικής υποστήριξης ένα άτομο μπορεί να κατανοήσει καλύτερα ένα στρεσογόνο γεγονός, να καθορίσει τα πιθανά κόστη αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης του, ώστε να αποφασίσει πως να το διαχειριστεί καλύτερα (Taylor, 2011). Τέλος, η διάκριση της λειτουργικής υποστήριξης σε συναισθηματική (emotional) αναφέρεται στην παροχή ζεστασιάς και φροντίδας προς ένα άλλο άτομο και στην αίσθηση ότι είναι πολύτιμο και οι άλλοι νοιάζονται για αυτό (Taylor, 2011). Η συναισθηματική υποστήριξη περιλαμβάνει την έκφραση της ενσυναίσθησης, το νοιάξιμο, την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια και δημιουργεί το πλαίσιο για συναισθηματική έκφραση. (Rodriguez & Cohen, 1998).

1.6.1 Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη περικλύει τόσο τις συναλλαγές, οι οποίες έχουν σαφή οφέλη στο άτομο που την λαμβάνει, αλλά μπορεί εξίσου να βιωθεί μέσω της αίσθησης ότι υπάρχουν διαθέσιμες πηγές υποστήριξης, όταν το άτομο τις χρειαστεί, γεγονός που μπορεί να δράσει ανακουφιστικά από μόνο του (Taylor, 2011). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, ενώ κάποιες φορές ταυτίζεται με τη συναισθηματική υποστήριξη και ορίζεται ως «η υποκειμενική πεποίθηση ή εκτίμηση ότι κάποιος ανήκει σε ένα επικοινωνιακό και φροντιστικό δίκτυο» (Cobb, 1976). Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί ότι η αίσθηση της διαθέσιμης συναισθηματικής βοήθειας έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία από την ίδια την λαμβάνουσα υποστήριξη (Henderson, 1984; Wethington & Kessler, 1986).

Οι Rodriguez & Cohen (1998) αναφέρουν ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη δεν σχετίζεται σημαντικά με την λαμβανόμενη υποστήριξη, καθώς και ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται συχνότερα με την συναισθηματική ρύθμιση σε στρεσογόνα γεγονότα.

1.6.2. Οφέλη της Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ο τρόπος που η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ωφέλιμη, έχει διατυπωθεί μέσω δύο διαφορετικών υποθέσεων. Η πρώτη υπόθεση, αυτή της άμεσης επίδρασης (direct effect), δηλώνει ότι η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία τόσο σε στρεσογόνες περιόδους όσο και σε μη στρεσογόνες (Taylor, 2011). Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με την υπόθεση της ρύθμισης του στρες (stress buffering), η κοινωνική υποστήριξη και τα οφέλη της γίνονται κυρίως εμφανή σε περιόδους υψηλού στρες, λειτουργεί δηλαδή σαν απόθεμα που μειώνει τις επιπτώσεις του στρες ή δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις πιο αποτελεσματικά (Cohen & Wills, 1985; Taylor, 2011). Έπειτα από δεκαετίες έρευνας, έχουν υπάρξει δεδομένα που στηρίζουν και τους δύο τύπους επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης (Taylor, 2011). Σύμφωνα με την Thoits (1985), η κοινωνική ενσωμάτωση εμφανίζεται συνήθως να έχει άμεση επίδραση στην σωματική και ψυχική υγεία, ενώ η αντιλαμβανόμενη συναισθηματική υποστήριξη έχει συνδεθεί και με τις δύο υποθέσεις, τόσο με άμεσα οφέλη στην υγεία, όσο και σαν απόθεμα (Wethington & Kessler, 1986).

Πλήθος ερευνών έχουν συσχετίσει θετικά και αιτιολογικά την κοινωνική υποστήριξη με την συναισθηματική υγεία και ευημερία (Berkman et al., 2000; Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1985; Turner, Frankel & Levin 1983). Τα υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους έχουν συνδεθεί με υψηλότερη αυτοεκτίμηση, αυτο-έλεγχο, ελπίδα και ικανοποίηση από τη ζωή, καθώς και με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και μοναξιάς (Jenkins et al., 2013, Martvnez-Marvt & Ruch, 2017; Trepte et al., 2015, Wang et al., 2018). Οι κοινωνικές σχέσεις, μπορούν να παρέχουν ψυχολογικά οφέλη μέσω τριών κύριων μηχανισμών (Thoits, 1985). Αρχικά, μέσω των διαπροσωπικών επαφών τα άτομα διαμορφώνουν ένα σύνολο κοινωνικών ταυτοτήτων που προσφέρουν ασφάλεια και αίσθημα του ανήκειν, έτσι δρουν

προστατευτικά και μειώνουν την πιθανότητα για εμφάνιση άγχους, απελπισίας ή διαταραχής στη συμπεριφορά (Thoits, 1985). Επιπλέον, οι κοινωνικές σχέσεις λειτουργούν ως πηγές θετικών αξιολογήσεων που αντικατοπτρίζονται στην αίσθηση του εαυτού, επηρεάζουν τις προσωπικές αξιολογήσεις και συμβάλλουν στην κατάκτηση υψηλότερης αυτοεκτίμησης, ενώ παράλληλα λειτουργούν ως βάσεις που καλλιεργούν μια αίσθηση ελέγχου ή κυριαρχίας (Thoits, 1985). Αντίθετα, όταν ένα άτομο κατέχει λιγιστούς κοινωνικούς ρόλους ή χάνει κοινωνικές θέσεις, δέχεται αρνητικές αξιολογήσεις από τους άλλους ή κρίνει τον εαυτό του ανεπαρκή κατά την ανάληψη κοινωνικών ρόλων, τα θετικά συναισθήματα της ασφάλειας, της αυτοεκτίμησης και της επάρκειας μειώνονται και, αν υπάρχει διάρκεια στον χρόνο, τότε συνιστούν αποδείξεις ψυχολογικής δυσφορίας (Thoits, 1985). Πράγματι, οι περισσότερες σχετικές έρευνες έχουν εστιάσει στην υπόθεση ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης (Turner & Brown, 2010).

1.6.3. Σύνδεση της κοινωνικής υποστήριξης με τις συναισθηματικές δυσκολίες, την αυτοεκτίμηση και το στίγμα σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών

Η προβληματική χρήση ουσιών συνοδεύεται από πολλαπλά προβλήματα στις σχέσεις του ατόμου αλλά και με την κοινωνία εν γένει, που μέσω του στιγματισμού επιτείνει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα, όπως αναφέρθηκε στην αρχή της ανασκόπησης η εξάρτηση σχετίζεται άμεσα με την ανεπαρκή ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση (Alexander, 2000). Σύμφωνα με τη Μάτσα (2001) η επιθυμία του χρήστη για την ουσία έρχεται να υποκαταστήσει την επιθυμία για τη σύναψη αμοιβαίων και συναισθηματικών σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους, η σχέση του με τον κόσμο και τον εαυτό του διαμεσολαβείται από τον δεσμό του με την ουσία, την εμπειρία της χρήσης και το προσωπικό νόημα που προσδίδεται σε αυτήν. Η εξάρτηση από ουσίες συχνά συνυφάινεται με την μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, την κοινωνική απομόνωση και την μοναξιά, τις επιφανειακές σχέσεις και την έλλειψη υποστήριξης (Conner & Kremen, 1971; Μάτσα, 2001; Rhoads, 1983).

Δεδομένων, ωστόσο, των θετικών επιδράσεων που έχει η κοινωνική υποστήριξη, ο ρόλος της έχει μελετηθεί και στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία κι έχει αντίστοιχα συσχετιστεί με πολλαπλά οφέλη στη

ψυχική υγεία, την αυτοεκτίμηση καθώς και με χαμηλότερη αίσθηση του στίγματος και των επιδράσεων του.

Ειδικότερα, έρευνα των McGaffin, Deane, Kelly & Blackman (2018), με δείγμα 1815 άτομα που βρίσκονται σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης από ουσίες και αλκόολ έδειξε ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από φίλους είχε άμεση επίδραση στην πλήρη ψυχική υγεία των ατόμων και αποτέλεσε έναν από τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας στην τρίμηνη επαναξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε. Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης κατά την διάρκεια θεραπείας απεξάρτησης έχουν συνεπώς συσχετιστεί με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και ψυχολογικής δυσφορίας (Birtel et al., 2017; Booth et al., 1992; Chang et al., 2022; Dobkin et al., 2002).

Επιπλέον, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία έχει συνδεθεί αρνητικά με την μοναξιά και θετικά με την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τη ζωή (Cao & Liang, 2020; Cao & Zhou, 2021; Yang, Xia, Han, Liang, 2018). Συγκεκριμένα, η έρευνα των Yang κ.ά. (2018), προτείνει ότι η κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του στρες και της ικανοποίησης από τη ζωή. Ενώ, στην έρευνα των Chang κ.ά. (2022) παρουσιάζεται ως διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ του κοινωνικού στίγματος και της κατάθλιψης. Ακόμη, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη εξαρτημένων ατόμων έχει συνδεθεί αρνητικά με το εσωτερικευμένο στίγμα (Akdag et al., 2018). Οι Birtel κ.ά. (2017) υποστηρίζουν ότι η θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ποιότητα ζωής συνδέεται με το εσωτερικευμένο στίγμα, καθώς τα άτομα που αντιλαμβάνονται τις σχέσεις τους υποστηρικτικές αντί για στιγματιστικές, είναι εκείνα που εσωτερικεύουν λιγότερο το κοινωνικό στίγμα, γεγονός που έχει θετική επίδραση στην υγεία τους. Παράλληλα, στην έρευνα των Chou, Robb, Clay & Chronister (2013), φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη δρα σαν αντισταθμιστικός παράγοντας και μειώνει τις αρνητικές επιπτώσεις του εσωτερικευμένου στίγματος εξαρτημένων ατόμων, καθώς διευκολύνει την υιοθέτηση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης των δυσκολιών.

1.7. Σκοπός και Υποθέσεις

Συνοψίζοντας, ο ισχυρός στιγματισμός που υφίστανται τα άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών, καθώς και οι αρνητικές συνέπειες της εσωτερίκευσης του στίγματος στη συχνά ήδη επιβαρυνόμενη συναισθηματική υγεία, αυτοεκτίμηση και κοινωνική ζωή, υπονομεύουν την ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς και την πρόσβαση σε θεραπεία και την έκβαση αυτής. Αντίθετα, επισημαίνεται η θετική επίδραση που δύναται να έχει η επαρκής κοινωνική υποστήριξη κατά την θεραπεία, καθώς και ο ρόλος της ως αντισταθμιστικός παράγοντας των επιπτώσεων του στίγματος. Η βιβλιογραφία που συνδέει το εσωτερικευμένο στίγμα με την κοινωνική υποστήριξη και την ψυχική υγεία των ατόμων με ιστορικό χρήσης ουσιών είναι εν γένει περιορισμένη και συγκεκριμένα στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί η σχέση των παραπάνω μεταβλητών.

Με βάση τα παραπάνω, σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και του εσωτερικευμένου στίγματος με τη ψυχική υγεία των εξαρτημένων ατόμων και συγκεκριμένα με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης ως διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ του εσωτερικευμένου στίγματος και των συναισθηματικών δυσκολιών.

Οι Ερευνητικές Υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

- Τα επίπεδα του εσωτερικευμένου στίγματος συσχετίζονται θετικά με τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.
- Τα επίπεδα του εσωτερικευμένου στίγματος συσχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης.
- Τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα του εσωτερικευμένου στίγματος.
- Τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται θετικά με τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης.
- Τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης συσχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.
- Η κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του εσωτερικευμένου στίγματος και των συναισθηματικών δυσκολιών (κατάθλιψη, άγχος, στρες).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Μεθοδολογία

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστεί αναλυτικά η μέθοδος της υλοποίησης της έρευνας με την περιγραφή του δείγματος, της ερευνητικής διαδικασίας και των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και των θεμάτων ηθικής και δεοντολογίας και της στατιστικής ανάλυσης.

2.1 Δείγμα

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ορίστηκαν τα εξής: α) να είναι το άτομο ενήλικο, β) να έχει ιστορικό χρήσης ουσιών, γ) να κατανοεί την ελληνική γλώσσα.

Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν τα εξής: α) άτομα που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών αλλά είναι κάτω των 18 ετών, β) άτομα που έχουν μόνο ιστορικό χρήσης αλκοόλ και όχι ουσιών, γ) άτομα που δεν κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

Συνολικά, συμμετείχαν 57 άτομα στην έρευνα (52 άνδρες και 5 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 38,1 έτη (SD=8,6 έτη), τα οποία βρίσκονται σε διαδικασία θεραπείας στην Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ.

2.2 Ερευνητική Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρονικό χαρακτήρα και διεξήχθη από τις 15 Φεβρουαρίου του 2023 έως τις 19 Μαΐου του 2023. Αρχικά, η ερευνήτρια ήρθε σε επικοινωνία με το Τμήμα Έρευνας του 18ΑΝΩ και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας έγινε η πρόταση για έρευνα συνοδευόμενη με όλα τα απαραίτητα έγγραφα: το ερευνητικό πρωτόκολλο, τα ερωτηματολόγια, το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης, τη βεβαίωση Σχολής και Επιβλέποντα Καθηγητή. Στη συνέχεια, τα έγγραφα προωθήθηκαν στη Διεύθυνση του 18ΑΝΩ και έπειτα η πρόταση για έρευνα και τα απαραίτητα έγγραφα εστάλησαν στην Επιστημονική Επιτροπή του Ψ.Ν.Α, όπου υπάγεται το 18ΑΝΩ. Μετά την έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του Ψ.Ν.Α. η ερευνήτρια ήρθε σε επικοινωνία με τις υπεύθυνες ορισμένων τμημάτων του 18ΑΝΩ, συγκεκριμένα με το Ανοιχτό Πρόγραμμα Περιστερίου απ'όπου ξεκίνησε η έρευνα και στη συνέχεια με το τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης Ανδρών και το τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης Γυναικών. Κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσης, πραγματοποιήθηκε η χορήγηση των ερωτηματολογίων στο χώρο της εκάστοτε δομής. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά την διάρκεια αναμονής προγραμματισμένου ραντεβού ή και μετά το ραντεβού τους στη δομή. Μόνο στην περίπτωση του τμήματος Επανάταξης Γυναικών η ερευνήτρια παρέδωσε τα

ερωτηματολόγια και τα έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης στις υπεύθυνες του τμήματος για τη διανομή τους στις συμμετέχουσες και παρέλαβε πίσω τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

2.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

1) Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών.

Από τους συμμετέχοντες και τις συμμετέχουσες ζητήθηκε αρχικά να συμπληρώσουν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση. Στη συνέχεια, υπήρχαν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό και τα χαρακτηριστικά της χρήσης ουσιών, καθώς και το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης.

2) Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagiotou, 2011)

Το ερωτηματολόγιο DASS-21 συνιστά ένα αυτοαναφορικό εργαλείο, το οποίο μετράει την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Πρόκειται για την σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου 42 δηλώσεων των Lovibond & Lovibond (1995), το οποίο δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει όλο το εύρος των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες (Pezirkianidis et al., 2018). Το DASS-21 αποτελείται από τρεις κλίμακες, για καθεμία εκ των οποίων επιλέχθηκαν επτά δηλώσεις, αντιπροσωπευτικές του αρχικού ερωτηματολογίου των 42 στοιχείων (Henry & Crawford, 2005). Στην κλίμακα που αφορά στη κατάθλιψη εμπεριέχονται συμπτώματα όπως η δυσφορία, η αβοηθησία και η έλλειψη ενδιαφέροντος, στην κλίμακα του άγχους εκτιμώνται σωματικά συμπτώματα, το περιστασιακό άγχος και η υποκειμενική εμπειρία του συναισθήματος του άγχους, ενώ στην κλίμακα του στρες αξιολογούνται συμπτώματα όπως η δυσκολία χαλάρωσης, η ευερεθιστότητα και η ανυπομονησία (Lovibond & Lovibond, 1995). Στην ελληνική εκδοχή της Κλίμακας, η εσωτερική συνοχή ήταν ικανοποιητική για όλες τις κλίμακες, με τον συντελεστή Cronbach α να είναι .85 για την κλίμακα της κατάθλιψης, .84 για την κλίμακα του άγχους και .84 για την κλίμακα του στρες (Pezirkianidis et al., 2018)

3) Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (RSES, Rosenberg, 1965; Galanou, Galanakis, Alexopoulos & Darviri, 2014).

Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg συνιστά ένα μονοδιάστατο εργαλείο που αξιολογεί την αντίληψη ενός ατόμου για την προσωπική του αξία. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα δηλώσεις, πέντε με θετική διατύπωση και πέντε με αρνητική διατύπωση, που αφορούν στην ικανοποίηση του ατόμου από τον εαυτό του, στην αίσθηση ότι είναι επιτυχημένο και ότι αξίζει όσο οι άλλοι (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2002). Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα τύπου Likert με τέσσερις βαθμίδες (1-Συμφωνώ απόλυτα έως 4-Διαφωνώ απόλυτα). Πρόκειται για ένα δημοφιλές εργαλείο μέτρησης της αυτοεκτίμησης, το οποίο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως, με πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Galanou et al., 2014). Στη στάθμιση της κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό των Galanou κ.ά. (2014), ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach α είναι .809, γεγονός που το καθιστά κατάλληλο για την μέτρηση της αυτοεκτίμησης στον ελληνικό πληθυσμό.

4) Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).

Πρόκειται για ένα αυτοχορηγούμενο εργαλείο, το οποίο μετράει την υποκειμενική αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην επάρκεια της υποστήριξης που προέρχεται από την Οικογένεια («Παίρνω από την οικογένεια μου τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι»), τους Φίλους («Μπορώ να μιλάω με τους φίλους μου για τα προβλήματά μου») και τον Σημαντικό Άλλο («Έχω κάποιο ιδιαίτερο άτομο που με κάνει να νιώθω ανακούφιση»). Η Κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 12 δηλώσεις, τέσσερις για κάθε έναν από τους τρεις παράγοντες κοινωνικής υποστήριξης. Η βαθμολόγηση γίνεται σε επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από Διαφωνώ απόλυτα (1) έως Συμφωνώ απόλυτα (7). Ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach α είναι .91 για την υποκλίμακα του Σημαντικού Άλλου, .87 για την υποκλίμακα της Οικογένειας και .85 για των Φίλων, ενώ για ολόκληρη την κλίμακα υπολογίζεται .88, υποδεικνύοντας καλή εσωτερική συνοχή (Zimet et al., 1988). Στην ελληνική εκδοχή της Κλίμακας, σε δείγμα Ελληνίδων νοσηλευτριών ο δείκτης Cronbach α είναι .95 (Tsilika, Galanos, Polykandriotis, Parpa & Mystakidou 2019)

5) Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Διαταραχής Χρήσης Ουσιών Προσαρμοσμένη από την Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας (ISMI, Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003).

Η Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος της Ψυχικής Ασθένειας συνιστά ένα αυτοχορηγούμενο εργαλείο 29 δηλώσεων, το οποίο έχει σχεδιαστεί για την μέτρηση της υποκειμενικής εμπειρίας του στίγματος, με πέντε υποκλίμακες που μετρούν την Αποξένωση, την Υιοθέτηση Στερεοτύπων, την Αντιλαμβανόμενη Διάκριση, την Κοινωνική Απόσυρση και την Αντίσταση στο Στίγμα (Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003). Οι απαντήσεις δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert από το Διαφωνώ απόλυτα (1) έως το Συμφωνώ απόλυτα (4). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της Κλίμακας φαίνονται πολύ καλές με τον δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach α να υπολογίζεται .90 και τον δείκτη χρονικής σταθερότητας (test retest reliability) .92 (Ritsher et al., 2003). Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας το εργαλείο μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ερευνήτρια και ο όρος «ψυχική ασθένεια» αντικαταστάθηκε με τον όρο «πρόβλημα χρήσης ουσιών», ώστε να αξιολογηθεί ο βαθμός του εσωτερικευμένου στίγματος σε άτομα με προβληματική σχέση με τις ουσίες, τα οποία βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης, όπως αντίστοιχα έγινε στις έρευνες των Birtel et al. (2017) και Akdag et al. (2018). Επιπλέον, στις οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δόθηκε η διευκρίνιση ότι αντί για τον όρο «πρόβλημα χρήσης ουσιών» οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες μπορούν να έχουν στο νου τους οποιοδήποτε ορισμό πιστεύουν ότι είναι ο καλύτερος, παραδείγματος χάριν «ιστορικό χρήσης ουσιών».

2.4. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν είναι εμπιστευτικές και τα δεδομένα ήταν διαθέσιμα μόνο στην ερευνήτρια. Η ερευνητική διαδικασία δεν ενείχε κινδύνους για τους συμμετέχοντες/-ουσες. Πριν από την έναρξη συμπλήρωσης των δημογραφικών στοιχείων και των κυρίως ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες/-ουσες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, την τήρηση της ανωνυμίας, του απορρήτου των δεδομένων και του δικαιώματος αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή. Στη συνέχεια συμπλήρωσαν το έντυπο συγκατάθεσης το οποίο συνοψίζει τον σκοπό, τα δεοντολογικά ζητήματα που ισχύουν καθ'όλη τη διάρκεια της μελέτης, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας.

Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και την προστασία των δεδομένων δεν υπήρξαν στοιχεία που προδίδουν ή εκθέτουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων/-ουσών. Για τον λόγο αυτό οι συμμετέχοντες/-ουσες έλαβαν την οδηγία να μην γράψουν σε κανένα ερωτηματολόγιο το όνομα τους. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση τους και το πακέτο ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε διαφορετικούς φακέλους προκειμένου να μην γίνεται δυνατή η αντιστοιχία ενυπόγραφης συγκατάθεσης και ερωτηματολογίων, και επομένως ταυτότητας συμμετέχοντα και ερωτηματολογίων. Επιπλέον η επεξεργασία των δεδομένων δεν έγινε χωριστά, αλλά στο σύνολο τους, γεγονός που αποκλείει οποιαδήποτε τυχόν αναγνώριση κάποιου προσώπου. Η βάση που προέκυψε από την καταχώρηση των ερωτηματολογίων αποθηκεύτηκε σε υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης. Στην βάση αυτή καταγράφηκαν αποκλειστικά οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων και κανένα άλλο στοιχείο που να συμβάλλει σε αναγνώριση φυσικού προσώπου.

2.5. Στατιστική Ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης μεταβλητής δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην γραμμική παλινδρόμηση ο λογάριθμος αυτής. Για τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ανάλυσης των Baron και

Kenny (1986). Σύμφωνα με αυτούς για να υπάρξει διαμεσολάβηση στη σχέση δύο μεταβλητών πρέπει να ικανοποιούνται 3 συνθήκες: (1) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη, (2) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με τον διαμεσολαβητικό παράγοντα και (3) ο διαμεσολαβητικός παράγοντας να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή. Επιπλέον, αν μετά την εισαγωγή του διαμεσολαβητικού παράγοντα, η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μειωθεί υπάρχει μερική διαμεσολάβηση ενώ αν γίνει μη σημαντική υπάρχει ολική διαμεσολάβηση. Με αυτές τις συνθήκες ελέγχθηκε η διαμεσολάβηση των διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες με την κλίμακα εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών. Η σημαντικότητα των διαμεσολαβητικών παραγόντων ελέγχθηκε με το κριτήριο του Sobel. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αποτελέσματα

3.1. Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 57 άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης με μέση ηλικία 38,1 έτη (SD=8,6 έτη). Παρακάτω δίνεται ο πίνακας 1 με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων/-ουσών.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων/-ουσών

		N	%
Φύλο	Ανδρας	52	91,2
	Γυναίκα	5	8,8
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		38,1 (8,6)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	4	7,0
	Γυμνάσιο	14	24,6
	Λύκειο	22	38,6
	Μεταλυκειακές Σπουδές	8	14,0
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	14,0
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	1	1,8
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/-η	36	63,2
	Έγγαμος/-η	13	22,8

	Συμβίωση	1	1,8
	Διαζευγμένος/-η	7	12,3
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	15	26,3
	Δημόσιος Υπάλληλος	5	8,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	11	19,3
	Ελεύθερος επαγγελματίας	19	33,3
	Συνταξιούχος/-χα	0	0,0
	Οικιακά	0	0,0
	Φοιτητής/-τρια	7	12,3

Το 91,2% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Η πλειοψηφία σε ποσοστό 38,6% ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 63,2% ήταν άγαμοι. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, το 33,3% εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες, το 26,3% ήταν άνεργοι, το 19,3% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 12,3% φοιτητές και το 8,8% δημόσιοι υπάλληλοι.

3.2. Στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών και το χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία των συμμετεχόντων/-ουσών σχετικά με την διάρκεια χρήσης, την κύρια ουσία χρήσης, την παράλληλη χρήση άλλων ουσιών ή αλκοόλ, καθώς και το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Πίνακας 2. Στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών και τη διάρκεια θεραπείας.

		N	%
Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		16,5(3,8)	15 (15 – 17)
Διάρκεια χρήσης ουσιών	0-12 μήνες	0	0,0
	1-2 χρόνια	1	1,8
	2-5 χρόνια	4	7,0
	5-10 χρόνια	7	12,3
	Πάνω από 10 χρόνια	45	78,9
Κύρια ουσία χρήσης	Ηρωίνη	28	49,1
	Κοκαΐνη	13	22,8
	Κάνναβη	12	21,1
	Βενζοδιαζεπίνες	2	3,5
	Αμφεταμίνες	1	1,8
	Σίσα	1	1,8
	Άλλο	1	1,8

Άλλες ουσίες χρήσης	Αλκοόλ	42	73,7
	Κάναβη	35	61,4
	Κοκαΐνη	30	52,6
	Ηρωίνη	7	12,3
	Παραισθησιογόνα	22	38,6
	Άλλες	6	10,5
Χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα (μήνες), Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		18,2 (12,2)	17,0 (11 -24)

Το 78,9% των συμμετεχόντων έκανε χρήση ουσιών για πάνω από 10 χρόνια. Η κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη για το 49,1%, ακολουθούσε η κοκαΐνη με 22,8% και η κάνναβη σε ποσοστό 21,1%. Το 73,7% κατανάλωνε πέρα από την κύρια ουσία, και αλκοόλ, το 61,4% κάνναβη, το 52,6% κοκαΐνη και το 38,6% παραισθησιογόνα. Τέλος, το διάμεσο χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν 17 μήνες (ενδ. εύρος: 11-24 μήνες).

3.3. Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21)

Ακολουθεί ο πίνακας 3 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις αλλά και την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Το σκορ στις τρεις διαστάσεις έχει εύρος από 0 έως 21 μονάδες και στην συνολική από 0 έως 63 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS-21)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Κατάθλιψη	0,0	21,0	10,2 (5,9)	10 (5 – 16)	0,93
Άγχος	0,0	20,0	7,4 (5,9)	6 (3 – 12)	0,91
Στρες	0,0	21,0	10,4 (5,3)	10 (7 – 14)	0,90
Συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες	0,0	59,0	28,1 (16,1)	28 (14 – 40)	0,93

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή για την διάσταση της κατάθλιψης ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 21. Η μέση τιμή ήταν 10,2 μονάδες (SD=5,9 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση του άγχους ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 20. Η μέση τιμή ήταν 7,4 μονάδες (SD=5,9 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση του στρες ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 21. Η μέση τιμή ήταν 10,4 μονάδες (SD=5,3 μονάδες). Για την συνολική κλίμακα, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 μονάδες και η μέγιστη 59. Η μέση τιμή ήταν 28,1 μονάδες (SD=16,1 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος του 0,7 για όλες τις διαστάσεις και για την συνολική κλίμακα, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων/-ουσών.

Πίνακας 4. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων/-ουσών

		N	%
Κατάθλιψη	Φυσιολογικά	12	21,1
	Ήπια	9	15,8
	Μέτρια	8	14,0
	Σοβαρά	10	17,5
	Πολύ σοβαρά	18	31,6
Άγχος	Φυσιολογικά	19	33,3
	Ήπια	8	14,0
	Μέτρια	9	15,8
	Σοβαρά	3	5,3
	Πολύ σοβαρά	18	31,6
Στρες	Φυσιολογικά	18	31,6
	Ήπια	8	14,0
	Μέτρια	8	14,0
	Σοβαρά	16	28,1
	Πολύ σοβαρά	7	12,3

Το 31,6% των συμμετεχόντων είχε πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ το ίδιο ποσοστό είχε και πολύ σοβαρά επίπεδα άγχους. Επίσης, το 31,6% είχε φυσιολογικά επίπεδα στρες, αλλά το 28,1% σοβαρά.

3.4. Κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Rosenberg)

Ακολουθεί ο πίνακας 5 με τα περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα αυτοεκτίμησης. Το σκορ της κλίμακας έχει εύρος από 10 έως 40 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία για την κλίμακα της αυτοεκτίμησης (Rosenberg)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's a
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	18,0	38,0	27,0 (4,4)	0,80

Για την κλίμακα αυτοεκτίμησης στο συγκεκριμένο δείγμα, η ελάχιστη τιμή ήταν 18 μονάδες και η μέγιστη 38. Η μέση τιμή ήταν 27,0 μονάδες (SD=4,4 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

3.5. Κλίμακα Εσωτερικευμένου Στίγματος Διαταραχής Χρήσης Ουσιών (ISMI)

Ακολουθεί ο πίνακας 6 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών. Το σκορ στις διαστάσεις έχει εύρος από 1 έως 4 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος. Έχει πραγματοποιηθεί αντίστροφη βαθμολόγηση στην υποκλίμακα «Αντίσταση στο σίγμα», όπου χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αντίσταση στο σίγμα, ενώ υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν χαμηλότερη αντίσταση στο σίγμα, δηλαδή υψηλότερα επίπεδα στιγματιστικών πεποιθήσεων, γι' αυτό αναφέρεται στους πίνακες ως «Στιγματισμός».

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών (ISMI)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Αποξένωση	1,2	3,5	2,6 (0,6)	2,7 (2,3 – 3)	0,80
Στερεότυπα	1,1	3,3	2,2 (0,5)	2,1 (1,7 – 2,4)	0,73
Διακρίσεις	1,4	3,0	2,3 (0,4)	2,4 (2,2 – 2,6)	0,77
Κοινωνική απόσυρση	1,2	3,8	2,3 (0,5)	2,3 (2 – 2,7)	0,76
Στιγματισμός	1,4	3,2	2,3 (0,4)	2,2 (2,2 – 2,6)	0,70

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή για την διάσταση αποξένωσης ήταν 1,2 μονάδες και η μέγιστη 3,5. Η μέση τιμή ήταν 2,6 μονάδες (SD=0,6 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση των στερεοτύπων ήταν 1,1 μονάδες και η μέγιστη 3,3. Η μέση τιμή ήταν 2,2 μονάδες (SD=0,5 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση των διακρίσεων ήταν 1,4 μονάδες και η μέγιστη 3,0. Η μέση τιμή ήταν 2,3 μονάδες (SD=0,4 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση της κοινωνικής απόσυρσης ήταν 1,2 μονάδες και η μέγιστη 3,8. Η μέση τιμή ήταν 2,3 μονάδες (SD=0,5 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση στιγματισμού ήταν 1,4 μονάδες και η μέγιστη 3,2. Η μέση τιμή ήταν 2,3 μονάδες (SD=0,4 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος του 0,7 για όλες τις διαστάσεις, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

3.6. Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS)

Ακολουθεί ο πίνακας 7 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις αλλά και την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Το σκορ στις τρεις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα έχει εύρος από 1 έως 7 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη.

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Σημαντικά πρόσωπα	1,0	7,0	5,7 (1,2)	6 (5 – 6,5)	0,86
Οικογένεια	1,0	7,0	5,6 (1,3)	6 (4,7 – 6,7)	0,87
Φίλοι	1,0	7,0	5 (1,3)	5 (4,3 – 6)	0,89
Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης	2,0	7,0	5,4 (1,0)	5,7 (4,7 – 6,2)	0,75

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή για την διάσταση υποστήριξης από σημαντικά πρόσωπα, πέρα από την οικογένεια και τους φίλους ήταν 1 μονάδα και η μέγιστη 7. Η μέση τιμή ήταν 5,7 μονάδες (SD=1,2 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση υποστήριξης από την οικογένεια ήταν 1 μονάδα και η μέγιστη 7. Η μέση

τιμή ήταν 5,6 μονάδες (SD=1,3 μονάδες). Η ελάχιστη τιμή για την διάσταση υποστήριξης από τους φίλους ήταν 1 μονάδα και η μέγιστη 7. Η μέση τιμή ήταν 5,0 μονάδες (SD=1,3 μονάδες). Για την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, η ελάχιστη τιμή ήταν 2,0 μονάδες και η μέγιστη 7,0. Η μέση τιμή ήταν 5,4 μονάδες (SD=1,0 μονάδα).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος του 0,7 για όλες τις διαστάσεις και για την συνολική κλίμακα, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

3.7. Συσχετίσεις των κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους και στρες, αυτοεκτίμησης, εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Ακολουθεί ο πίνακας 8 συσχετίσεων του Spearman για την κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες με τις κλίμακες αυτοεκτίμησης, εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις Spearman για την κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες με τις κλίμακες αυτοεκτίμησης, εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης

		Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες	Συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες
Αποξένωση	rho	0,26	0,26	0,38	0,31
	P	0,048	0,047	0,004	0,018
Στερεότυπα	rho	0,21	0,13	0,23	0,18
	P	0,111	0,351	0,092	0,179
Διακρίσεις	rho	0,24	0,07	0,21	0,19
	P	0,071	0,611	0,123	0,155
Κοινωνική απόσυρση	rho	0,30	0,13	0,15	0,21
	P	0,025	0,321	0,272	0,113
Στιγματισμός	rho	0,13	-0,01	0,10	0,05
	P	0,347	0,929	0,453	0,692
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	rho	-0,54	-0,34	-0,39	-0,45
	P	<0,001	0,010	0,002	<0,001
Σημαντικά πρόσωπα	rho	0,001	0,11	0,07	0,04
	P	0,988	0,401	0,614	0,795
Οικογένεια	rho	0,08	0,23	0,24	0,18
	P	0,557	0,084	0,072	0,184
Φίλοι	rho	-0,21	-0,08	-0,13	-0,17

	P	0,117	0,537	0,320	0,213
Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης	rho	-0,05	0,08	0,07	0,02
	P	0,734	0,533	0,585	0,882

Η διάσταση σχετικά με την κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις διαστάσεις αποξένωσης και κοινωνικής απόσυρσης της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής και με την κλίμακα αυτοεκτίμησης. Η συσχέτιση με την αποξένωση και την κοινωνική απόσυρση ήταν θετική, άρα μεγαλύτερη αποξένωση ή κοινωνική απομάκρυνση συνεπάγονταν εντονότερα αισθήματα κατάθλιψης. Αντίθετα, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν λιγότερα αισθήματα κατάθλιψης.

Οι διαστάσεις άγχους και στρες βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με τη διάσταση αποξένωσης της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής και με την κλίμακα αυτοεκτίμησης. Η συσχέτιση με την αποξένωση ήταν θετική, άρα μεγαλύτερη αποξένωση συνεπαγόταν και περισσότερο άγχος και στρες. Αντίθετα, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν λιγότερο στρες και άγχος.

Λόγω της μη σημαντικής συσχέτισης της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης με την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες, δεν υπήρχε περίπτωση διαμεσολαβητικού παράγοντα.

Ακολουθεί ο πίνακας 9 των συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών με τις κλίμακες αυτοεκτίμησης και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 9. Συσχετίσεις του Spearman για τις διαστάσεις της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών με τις κλίμακες αυτοεκτίμησης και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

		Αποξένωση	Στερεότυπα	Διακρίσεις	Κοινωνική απόσυρση	Στιγματισμός
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	rho	-0,10	-0,23	-0,30	-0,54	-0,36
	P	0,465	0,092	0,022	<0,001	0,005
Σημαντικά πρόσωπα	rho	0,07	0,10	0,10	-0,31	-0,22
	P	0,596	0,467	0,459	0,020	0,103
Οικογένεια	rho	0,13	0,21	0,00	-0,26	-0,16
	P	0,327	0,123	0,991	0,048	0,229
Φίλοι	rho	-0,23	-0,20	-0,18	-0,49	-0,38

	P	0,085	0,135	0,189	<0,001	0,003
Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης	rho	0,02	0,03	-0,06	-0,44	-0,32
	P	0,898	0,837	0,647	0,001	0,016

Οι διαστάσεις της αποξένωσης και των στερεοτύπων δεν σχετίζονταν σημαντικά με την κλίμακα αυτοεκτίμησης ή της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Η διάσταση των διακρίσεων σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με την κλίμακα αυτοεκτίμησης. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση συνεπαγόταν λιγότερα αισθήματα διάκρισης. Η διάσταση κοινωνικής απόσυρσης σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις διαστάσεις αλλά και την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Άρα, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη από φίλους, οικογένεια και σημαντικά για τους συμμετέχοντες πρόσωπα συνεπάγονταν μικρότερη κοινωνική απόσυρση. Η διάσταση αντίστασης στον στιγματισμό σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με την κλίμακα αυτοεκτίμησης, την διάσταση υποστήριξης από τους φίλους αλλά και την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη από φίλους ή γενικά συνεπάγονταν μεγαλύτερη αντίσταση στον στιγματισμό.

Ακολουθεί ο πίνακας 10 των συσχετίσεων του Spearman για τις κλίμακες αυτοεκτίμησης και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις του Spearman για τις κλίμακες αυτοεκτίμησης και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης

		Σημαντικά πρόσωπα	Οικογένεια	Φίλοι	Πολυδιάστατη Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	rho	0,41	0,31	0,44	0,48
	P	0,002	0,020	0,001	0,000

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης σχετιζόταν σημαντικά και θετικά τις διαστάσεις αλλά και την συνολική κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Άρα, μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη από φίλους, οικογένεια και σημαντικά για τους συμμετέχοντες πρόσωπα συνεπαγόταν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.

3.8. Συσχέτιση των κλιμάκων κατάθλιψης, στρες και άγχους και εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών με τα δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία χρήσης των συμμετεχόντων

Ακολουθεί ο πίνακας 11 της μονομεταβλητής ανάλυσης για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, στρες και άγχους, καθώς και τις διαστάσεις εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών ανάλογα με το αν η κύρια ουσία χρήσης ήταν η κοκαΐνη.

Πίνακας 11. Μονομεταβλητή ανάλυση διαστάσεων DASS και ISMI ανάλογα με το αν η κύρια ουσία χρήσης ήταν η κοκαΐνη

	Κοκαΐνη				P
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Κατάθλιψη	10,2 (5,5)	9,5 (6,5 – 14)	11,4 (7)	13 (3 – 17)	0,481+
Άγχος	6,7 (5,3)	5 (3 – 11)	10,3 (6,6)	7 (7 – 17)	0,066+
Στρες	9,6 (5,2)	9,5 (6,5 – 14)	13 (5,2)	14 (9 – 17)	0,036+
Συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες	26,6 (14,9)	26,5 (14 – 37)	34,7 (17,7)	37 (19 – 51)	0,107+
Αποξένωση	2,6 (0,5)	2,7 (2,3 – 3)	2,6 (0,8)	2,7 (2,3 – 3,2)	0,575+
Στερεότυπα	2,1 (0,5)	2,1 (1,9 – 2,4)	2,1 (0,6)	2 (1,7 – 2,3)	0,486+
Διακρίσεις	2,3 (0,3)	2,4 (2,2 – 2,6)	2,2 (0,5)	2,2 (2 – 2,4)	0,322+
Κοινωνική απομάκρυνση	2,4 (0,5)	2,3 (2 – 2,7)	2,2 (0,7)	2 (1,8 – 2,5)	0,228+
Στιγματισμός	2,3 (0,4)	2,2 (2,1 – 2,6)	2,2 (0,3)	2,2 (2 – 2,2)	0,186+

+Mann-Whitney test

Η διάσταση του στρες βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την χρήση κοκαΐνης ως κύρια ουσία. Όσοι έκαναν χρήση κοκαΐνης είχαν υψηλότερα επίπεδα στρες, σε σχέση με όσους χρησιμοποιούσαν άλλη ως κύρια ουσία.

Στη συνέχεια, δίνεται ο πίνακας 12 συσχετίσεων του Spearman για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, στρες και άγχους, καθώς και τις διαστάσεις εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής χρήσης ουσιών με την ηλικία, την

ηλικία έναρξης χρήσης και το χρονικό διάστημα που είχαν βρεθεί οι συμμετέχοντες σε πρόγραμμα.

Πίνακας 12. Μονομεταβλητή ανάλυση διαστάσεων DASS και ISMI ανάλογα με το χρονικό διάστημα που είχαν βρεθεί οι συμμετέχοντες σε πρόγραμμα.

		Ηλικία	Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών	Χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα (μήνες):
Κατάθλιψη	rho	-0,08	-0,11	0,22
	P	0,574	0,450	0,110
Άγχος	rho	-0,07	-0,01	0,33
	P	0,629	0,941	0,018
Στρες	rho	-0,12	0,01	0,27
	P	0,381	0,933	0,055
Συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες	rho	-0,06	-0,05	0,29
	P	0,664	0,749	0,038
Αποξένωση	rho	-0,03	0,14	0,14
	P	0,844	0,321	0,309
Στερεότυπα	rho	0,08	-0,04	0,23
	P	0,557	0,791	0,101
Διακρίσεις	rho	0,09	-0,21	-0,06
	P	0,495	0,141	0,685
Κοινωνική απομάκρυνση	rho	0,14	-0,14	0,04
	P	0,317	0,333	0,791
Στιγματισμός	rho	-0,17	0,14	-0,18
	P	0,207	0,311	0,199

Η διάσταση του άγχους και η συνολική κλίμακα άγχους, στρες και κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά και θετικά με το χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Όσο μεγαλύτερο ήταν το διάστημα, τόσο μεγαλύτερο ήταν το άγχος και η γενική κλίμακα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

3.9. Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις

Στη συνέχεια, για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία σχετικά με τη χρήση που έκαναν, τις διαστάσεις της κλίμακας εσωτερικευμένου στίγματος διαταραχής, την κλίμακα αυτοεκτίμησης και

την κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων με τη μέθοδο ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 13. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ της διάστασης της κατάθλιψης και της κλίμακας της αυτοεκτίμησης

- **Κατάθλιψη**

	β+	SE++	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	-0,04	0,01	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Μόνο η κλίμακα αυτοεκτίμησης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση της κατάθλιψης. Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν με λιγότερα αισθήματα κατάθλιψης.

Πίνακας 14. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ της διάστασης του άγχους και της κλίμακας της αυτοεκτίμησης και του χρονικού διαστήματος σε θεραπευτικό πρόγραμμα

- **Άγχος**

	β+	SE++	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	-0,03	0,01	0,006
Χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα (μήνες):	0,01	0,004	0,012

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης και το χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση του άγχους. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν με μικρότερο άγχος.
- Περισσότερος χρόνος σε θεραπευτικό πρόγραμμα, σχετιζόταν με μεγαλύτερο άγχος.

Πίνακας 15. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ της διάστασης του στρες και της κλίμακας της αυτοεκτίμησης και της χρήσης κοκαΐνης ως κύρια ουσία

- **Στρες**

	β+	SE++	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	-0,03	0,01	0,006
Χρήση κοκαΐνης ως κύρια ουσία (Ναι vs Όχι)	0,21	0,09	0,020

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης και η χρήση κοκαΐνης ως κύρια ουσία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση του άγχους. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν με λιγότερο στρες.
- Η χρήση κοκαΐνης ως κύρια ουσία σχετιζόταν με μεγαλύτερο στρες.

Πίνακας 16. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση μεταξύ της συνολικής κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες και της κλίμακας της αυτοεκτίμησης και του χρονικού διαστήματος σε θεραπευτικό πρόγραμμα

- **Συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες**

	β+	SE++	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης	-0,03	0,01	<0,001
Χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα (μήνες)	0,01	0,003	0,016

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης και το χρονικό διάστημα σε θεραπευτικό πρόγραμμα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση σχετιζόταν συνολικά με λιγότερα αισθήματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.
- Περισσότερος χρόνος σε θεραπευτικό πρόγραμμα, σχετιζόταν με περισσότερα αισθήματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συζήτηση

Παρότι η εξάρτηση συνιστά μια από τις πιο στιγματισμένες καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, η βιβλιογραφία για την εσωτερικευση του στίγματος από τα ίδια τα εξαρτημένα άτομα φαίνεται να εμπλουτίζεται μόλις τα τελευταία χρόνια (Akdag et al., 2018; Brown et al., 2015; Can & Tanriverdi, 2015; Luoma et al., 2013), πιθανά λόγω των σημαντικών συσχετίσεων που έχουν γίνει με αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, μεταξύ άλλων και οι συναισθηματικές δυσκολίες και η μειωμένη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, είναι γνωστό ότι η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις στρεσογόνων παραγόντων και να συμβάλλει σημαντικά στην ψυχική ευημερία (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985; Thoits, 2011; Turner, 1999).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της σχέσης του εσωτερικευμένου στίγματος και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τις συναισθηματικές δυσκολίες και την αυτοεκτίμηση σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης ουσιών, καθώς και η διερεύνηση του αν η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ εσωτερικευμένου στίγματος και συναισθηματικών δυσκολιών.

Πράγματι, φάνηκε να υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του εσωτερικευμένου στίγματος και των συναισθηματικών δυσκολιών, που συμφωνεί με την υπόθεση της παρούσας εργασίας, καθώς και με την τρέχουσα βιβλιογραφία (Akdag et al., 2018; Ahmed Abdel Razek & Samy Elsaieed El Sheikh 2023; Birtel et al., 2017; Brown et al., 2015; Melchior et al., 2019; Luoma et al., 2013; Ritsher & Phelan, 2004; Schomerus et al., 2011; da Silveira et al., 2016).

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της αποξένωσης και της κοινωνικής απόσυρσης της κλίμακας του εσωτερικευμένου στίγματος με την κατάθλιψη. Ισχυρή σύνδεση μεταξύ της αποξένωσης και της κατάθλιψης φάνηκε και στην έρευνα των Ritsher & Phelan (2004) σε πληθυσμό με σοβαρή ψυχική ασθένεια, αναδεικνύοντας ότι το να νιώθει κανείς διαφορετικός και αποκλεισμένος αποτελεί βασικό σημείο στη διαδικασία της στιγματοποίησης, που επιπρόσθετα συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Παράλληλα, η κοινωνική απόσυρση, πιθανά λόγω των αισθημάτων ντροπής και ενοχής, ίσως λειτουργεί ως ένας δυσλειτουργικός μηχανισμός προσαρμογής στο εσωτερικευμένο στίγμα που μπορεί να επιδεινώσει την

καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στην ίδια έρευνα των Ritsher & Phelan (2004), αναδείχθηκε ότι η κοινωνική απόσυρση σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη και αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα για αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα στην επαναξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε 4 μήνες αργότερα. Παρόμοια, κι άλλες έρευνες έχουν συσχετίσει το εσωτερικευμένο στίγμα ατόμων με προβλήματα χρήσης ουσιών με την κατάθλιψη (Akdag et al., 2018; Ahmed Abdel Razek & Samy Elsaieed El Sheikh 2023; Birtel et al., 2017; Brown et al., 2015; Melchior et al., 2019; Schomerus et al., 2011; da Silveira et al., 2016) χωρίς όμως να έχει καθοριστεί κοινώς ποια είναι η κατεύθυνση της σχέσης (da Silveira et al., 2016). Μάλλον, αυτό που φαίνεται να επικρατεί είναι μια αμφίδρομη σχέση και η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου το άτομο αποξενώνεται και αποσύρεται, οδηγώντας σε αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα, που με τη σειρά τους επιτείνουν την απομόνωση και καθιστούν δύσκολη την αλλαγή.

Επιπλέον, η διάσταση της αποξένωσης συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με το άγχος και το στρες. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την υπάρχουσα βιβλιογραφία που συσχετίζει το εσωτερικευμένο στίγμα θετικά με το άγχος σε άτομα με ιστορικό χρήσης (Akdag et al., 2018; Birtel et al., 2017; Brown et al., 2015; Schomerus et al., 2011) και πιο περιορισμένα ευρήματα το συσχετίζουν με το στρες (Melchior et al., 2019), πιθανά λόγω της συχνής αλληλοεπικάλυψης των όρων του άγχους με το στρες. Σύμφωνα με τους Luoma κ.ά. (2013), ένα μέρος του γνωστικού περιεχομένου της εσωτερίκευσης του στίγματος είναι ο φόβος του κοινωνικού στίγματος. Η σκέψη και η ανησυχία των ατόμων ότι είναι πιθανό να γίνουν στόχοι διακρίσεων, ο φόβος της αποδοκιμασίας και απόρριψης από τους άλλους πιθανά αυξάνει το άγχος και στρες. Το άγχος αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απόκρυψη του προβλήματος και συνεπώς σε καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας (Livingston & Boyd, 2010; Luoma et al., 2013). Καθίσταται, λοιπόν, αναγκαίο να υπάρχουν παρεμβάσεις που έχουν στόχο την μείωση του εσωτερικευμένου στίγματος που σχετίζεται με την χρήση ουσιών.

Ακόμη, τα αποτελέσματα στηρίζουν τη δεύτερη υπόθεση της εργασίας, καθώς υψηλότερα επίπεδα εσωτερικευμένου στίγματος συνδέθηκαν με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση μεταξύ των συμμετεχόντων/-ουσών. Το παραπάνω εύρημα εμφανίζεται συνεπές ως προς την τρέχουσα βιβλιογραφία, καθώς έχει αναδειχθεί μια πολύ ισχυρή σύνδεση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και του εσωτερικευμένου στίγματος. Ειδικότερα σε έρευνα των da Silveira κ.ά. (2016) με 461 συμμετέχοντες που έχουν αναζητήσει

θεραπεία απεξάρτησης φάνηκε ότι μεταξύ διάφορων ψυχολογικών παραγόντων, η αυτοεκτίμηση συνδέθηκε πιο ισχυρά με τη διαδικασία της εσωτερίκευσης του στίγματος. Αντίστοιχα, μετα-ανάλυση των Livingston & Boyd (2010) σχετικά με την εσωτερίκευση του στίγματος στη ψυχική ασθένεια, δείχνει ότι η αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί σημαντικά και αρνητικά με το εσωτερικευμένο στίγμα σε 30 (88,2%) από τις 34 έρευνες που έχει συμπεριληφθεί ως μεταβλητή. Τα αισθήματα ενοχής, ντροπής και αυτό-απαξίωσης που συνοδεύουν την εσωτερίκευση του στίγματος είναι αναμενόμενο να επιδρούν αρνητικά στην εικόνα εαυτού ενός ατόμου και να συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Corrigan κ.ά. (2006), η μείωση της αυτοεκτίμησης συνιστά το τελευταίο βήμα στη διαδικασία της εσωτερίκευσης του στίγματος, μετά τη γενική συμφωνία με τα στερεότυπα και την συμφωνία των στερεοτύπων για τον εαυτό, που συνολικά σχετίζονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, ίσως πρόκειται ξανά για μια αμοιβαία σχέση, όπως προτείνουν οι Fung, Tsang & Corrigan (2008), καθώς το εσωτερικευμένο στίγμα πυροδοτεί την μείωση της αυτοεκτίμησης, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση αυξάνει την αρνητική εικόνα εαυτού, ενισχύοντας το στίγμα προς τον εαυτό. Συγκεκριμένα, οι διαστάσεις του εσωτερικευμένου στίγματος που συνδέθηκαν αρνητικά και σημαντικά με την κλίμακα της αυτοεκτίμησης αφορούν την κοινωνική απόσυρση, τις εμπειρίες διακρίσεων και τον στιγματισμό.

Σε συμφωνία με τις υποθέσεις της έρευνας μεγαλύτερη υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον συνδέθηκε με χαμηλότερο εσωτερικευμένο στίγμα. Ειδικότερα, η διάσταση της κοινωνικής απόσυρσης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με την συνολική κλίμακα της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, αλλά και με όλες τις επιμέρους διαστάσεις, δηλαδή την υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τα σημαντικά πρόσωπα. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης όταν αισθάνονται ότι υπάρχει διαθέσιμη υποστήριξη από πολλαπλές πηγές (οικογένεια, φίλοι, σημαντικά πρόσωπα), ενδυναμώνονται, παραμένουν συνδεδεμένα και τείνουν να αποσύρονται λιγότερο. Η κοινωνική σύνδεση και υποστήριξη έχει συνδεθεί με παράγοντες που διευκολύνουν την θεραπεία, όπως η μείωση της σοβαρότητας της διαταραχής χρήσης ουσιών, η μεγαλύτερη δέσμευση στη θεραπεία και η χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία (Dobkin et al., 2002). Παράλληλα, η υποστήριξη από τα φιλικά πρόσωπα αλλά και η συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη συνδέθηκε με μεγαλύτερη αντίσταση σε στιγματιστικές πεποιθήσεις. Γίνεται φανερό ότι η

υποστήριξη και η αποδοχή που παρέχουν οι φιλικές σχέσεις συμβάλλουν στην αποφυγή της υιοθέτησης στιγματιστικών πεποιθήσεων προς τον εαυτό. Δεδομένα άλλων ερευνών επιβεβαιώνουν, επίσης, την θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ρύθμιση στρεσογόνων καταστάσεων, όπως το εσωτερικευμένο στίγμα (Akdag et al., 2018; Birtel et al., 2017; Livingston & Boyd, 2010).

Ισχυρή αποδείχθηκε και η σύνδεση της κοινωνικής υποστήριξης με την αυτοεκτίμηση, όπως είχε προταθεί, εφόσον υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με την κλίμακα της αυτοεκτίμησης. Τα ευρήματα άλλων ερευνών επιβεβαιώνουν την θετική αυτή σχέση στον πληθυσμό ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών και βρίσκονται σε θεραπεία (Cao & Liang, 2020; Birtel et al., 2017). Φαίνεται, λοιπόν, ότι αντίθετα από το εσωτερικευμένο στίγμα, οι σχέσεις που βιώνονται υποστηρικτικές επιδρούν θετικά στην αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με τους Cast & Burke (2002), η αυτοεκτίμηση διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, καθώς παρέχουν ανατροφοδότηση για την αξία και την αποδοχή του ατόμου από τους άλλους. Έτσι, η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση διαμορφώνονται σε κάποιο βαθμό βάσει των αντανακλάσεων του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αξιολογούνται από τους άλλους.

Αντίθετα με τα περισσότερα ευρήματα στη βιβλιογραφία, που συνδέουν την κοινωνική υποστήριξη με την ψυχική ευημερία (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 2011; Turner & Brown, 2010), δεν αναδείχθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των συναισθηματικών δυσκολιών. Ειδικότερα, το συγκεκριμένο εύρημα δε συμφωνεί με έρευνες που αφορούν εξαρτημένα άτομα σε θεραπεία, οι οποίες σχετίζουν αρνητικά την κοινωνική υποστήριξη με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες (Birtel et al., 2017; Booth et al., 1992; Chang et al., 2022; Dobkin et al., 2002; McGaffin et al., 2018; Yang, Xia, Han, Liang, 2018). Η μη ανάδειξη σημαντικής σχέσης στην παρούσα εργασία, ίσως οφείλεται στο ότι αξιολογήθηκε η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τα σημαντικά πρόσωπα, άτομα δηλαδή που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το εξαρτημένο άτομο. Οι φροντιστές των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την χρήση ουσιών είναι πιθανό να επιβαρύνονται και οι ίδιοι από το σχετιζόμενο στίγμα (Earnshaw, 2020), εφόσον συχνά θεωρούνται υπεύθυνοι για την εξάρτηση του κοντινού τους ατόμου, γίνονται αντικείμενα σχολιασμού και απορρίπτονται κοινωνικά (Corrigan et al., 2006; Earnshaw et al., 2019). Έτσι, το στίγμα που

βιώνουν οι φροντιστές ή οι σύντροφοι επηρεάζει αρνητικά και την δική τους ευημερία, μειώνοντας την ικανότητα τους να παρέχουν επαρκή κοινωνική στήριξη (Earnshaw, 2020). Επιπρόσθετα, όσον αφορά τις φιλικές σχέσεις, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι στενές φιλικές σχέσεις δεν έχουν τόσο σημαντική επιρροή στην σοβαρότητα της διαταραχής χρήσης ουσιών όσο η ευρύτερη κοινωνική συμμετοχή (Longabaugh, Wirtz, Zywiak, & O'malley, 2010; McGaffin et al., 2018). Σύμφωνα με τους McGaffin κ.ά. (2018), είναι πιθανό οι ευρύτερες κοινωνικές διασυνδέσεις να αυξάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο του ατόμου περιλαμβάνοντας περισσότερες πηγές υποστήριξης, όπως οι γείτονες ή οι συνάδελφοι, και κατά αυτόν τον τρόπο να συμβάλλουν σημαντικότερα στη μείωση της χρήσης που με τη σειρά της αντανακλά σε καλύτερη συνολικά ψυχική υγεία.

Λόγω της μη συσχέτισης της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τις συναισθηματικές δυσκολίες, αποκλείστηκε το ενδεχόμενο να κατέχει ρόλο διαμεσολαβητικού παράγοντα μεταξύ της σύνδεσης του εσωτερικευμένου στίγματος και των συναισθηματικών δυσκολιών. Έως τώρα άλλες έρευνες, που αναφέρονται σε άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών, έχουν υποστηρίξει ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου στίγματος και της κατάθλιψης, συνδεδεμένη αρνητικά με υψηλά επίπεδα στίγματος και κατάθλιψης (Chang et al., 2022), ενώ σε έρευνα των Chou κ.ά. φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ του εσωτερικευμένου στίγματος και μηχανισμών προσαρμογής σε στρεσογόνα γεγονότα, διευκολύνοντας την υιοθέτηση λειτουργικών μηχανισμών (Chou et al., 2013). Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι πρόκειται για μια πολύπλοκη σχέση που πιθανά καθορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες.

Με σκοπό να διαφωτιστούν παράγοντες που επηρεάζουν τις συναισθηματικές δυσκολίες ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις. Η μεταβλητή που σχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με την συνολική κλίμακα DASS, αλλά και τις επιμέρους διαστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και το στρες ήταν αυτή της αυτοεκτίμησης. Όπως έδειξαν και τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, η αυτοεκτίμηση συνιστά ένα βασικό χαρακτηριστικό της ψυχικής υγείας, αλλά συγχρόνως λειτουργεί σαν ένας προστατευτικός παράγοντας που προφυλάσσει από τον αντίκτυπο αρνητικών επιδράσεων και συμβάλλει σε βελτιωμένη συνολικά υγεία και θετική κοινωνική συμπεριφορά (Mann, Hosman, Schaalma & De Vries, 2004). Τα υψηλά επίπεδα

αυτοεκτίμησης έχουν συνδεθεί με την υποκειμενική ευημερία και την ευτυχία (Zimmerman, 2000), αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ασταθής εικόνα εαυτού φαίνεται να κατέχουν έναν ισχυρό ρόλο στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, μεταξύ άλλων η κατάθλιψη, το άγχος και η ψυχολογική και σωματική δυσφορία (Beck, Brown, Steer, Kuyken & Grisham, 2001; Mann et al., 2004).

Επιπλέον, η αναφορά της κοκαΐνης ως κύρια ουσία χρήσης συνδέθηκε σημαντικά με αυξημένο στρες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κοκαΐνη επηρεάζει τον άξονα Υποθαλάμου- Υπόφυσης- Επινεφριδίων (ΥΥΕ), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση της αντίδρασης του οργανισμού στο στρες, προκαλώντας υπερδραστηριότητα του συστήματος και αυξάνοντας την απελευθέρωση της κορτιζόλης και άλλων ορμονών του στρες (Goeders, 2002). Έρευνες με εξαρτημένα άτομα από κοκαΐνη που αναζητούν θεραπεία, έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας, που υποδεικνύουν επίσης αυξημένο στρες κατά την αποχή (Sinha et al., 2003; Fox, Hong, Siedlarz & Sinha, 2008). Η χρόνια εξάρτηση από κοκαΐνη και οι επακόλουθες νευροπροσαρμογές στο στρες και στο σύστημα ανταμοιβής μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για υποτροπή (Manetti, Cavagnini, Martino & Ambrogio, 2014; Sinha, Fuse, Aubin & O'Malley, 2000; Fox, Jackson & Sinha, 2009). Είναι, λοιπόν, σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα με ιστορικό χρήσης κοκαΐνης κατά τη θεραπεία και να υπάρξουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωση του στρες και των επιπτώσεων του στη διαδικασία της απεξάρτησης.

Ακόμη, το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε θεραπεία σχετίστηκε σημαντικά με περισσότερο άγχος και με την συνολική κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Αυτό ίσως συμβαίνει επειδή όσο η θεραπεία προχωράει, πιθανά επέρχεται μεγαλύτερη συνειδητοποίηση και επεξεργασία των τραυματικών καταστάσεων που τα άτομα μπορεί να έχουν βιώσει, καθώς και πιο ενδελεχή επαναξιολόγηση του εαυτού και των σχέσεων, που μπορεί να πυροδοτήσουν εκ νέου άγχος και συναισθηματική δυσφορία. Ωστόσο, αυτό ίσως αποτελεί ένα απαραίτητο κομμάτι στη διαδικασία της θεραπείας, η οποία δημιουργεί ένα ασφαλές πλαίσιο για την έκφραση και την αποδοχή των συναισθημάτων, παρέχει λειτουργικούς τρόπους διαχείρισης των δυσκολιών και προάγει την καλλιέργεια αποθεμάτων. Λαμβάνοντας υπόψη και την υψηλή συννοσηρότητα της διαταραχής χρήσης ουσιών με τις διαταραχές άγχους και διάθεσης, η επίτευξη της ψυχολογικής απεξάρτησης φαίνεται να συνιστά μια μακρά και συνεχή διεργασία και όχι μια γραμμική διαδρομή.

4.1. Περιορισμοί

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα εργασία στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης του εσωτερικευμένου στίγματος, της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχικής υγείας ατόμων με ιστορικό χρήσης ουσιών, παρουσιάζει παράλληλα και ορισμένους περιορισμούς.

Αρχικά, πρόκειται για μια έρευνα με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων (N=57) που δεν διευκολύνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στα άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών κατά τη θεραπεία. Ακόμη, ένας πιθανός περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίαζαν ανομοιογένεια σχετικά με τη διάρκεια που βρίσκονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς λόγω της δυσκολίας εύρεσης δείγματος δεν τέθηκε κάποιο σχετικό κριτήριο συμμετοχής. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται μόνο από άνδρες (52 από τους 57) κι επομένως υπάρχει σημαντική υποεκπροσώπηση των γυναικών και των άλλων φύλων.

Ακόμη, στην παρούσα εργασία μελετήθηκε αποκλειστικά η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους, χωρίς να συμπεριληφθούν ευρύτερες πηγές υποστήριξης, όπως κοινοτικές δομές ή κρατικές παροχές, που θα ήταν ωφέλιμο για μια πληρέστερη προσέγγιση της έννοιας. Τέλος, τα αποτελέσματα βασίστηκαν εξ ολοκλήρου σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, γεγονός που μπορεί να περιορίσει την αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων.

4.2. Συμπεράσματα- Προτάσεις

Παρά την ύπαρξη των προαναφερθέντων περιορισμών, η παρούσα έρευνα συμβάλλει σημαντικά στον εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας σχετικά με το εσωτερικευμένο στίγμα, την κοινωνική υποστήριξη και τη ψυχική υγεία των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης. Μέσω της τρέχουσας εργασίας αναδείχθηκε η σύνδεση των υψηλότερων επιπέδων εσωτερικευμένου στίγματος με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών δυσκολιών και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και τον «σημαντικό άλλο» κατά τη θεραπεία φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη αυτοεκτίμηση και χαμηλότερο εσωτερικευμένο στίγμα. Επιπλέον, η αυτοεκτίμηση, εκτός από μια βασική διάσταση της ψυχικής υγείας, εμφανίζεται να

επιδρά θετικά και να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Τα παραπάνω συμπεράσματα μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα και να αποτελέσουν επιπλέον έναυσμα για τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του εσωτερικευμένου στίγματος και των συνεπειών του σε άτομα με ιστορικό χρήσης ουσιών. Χρειάζεται να λάβουμε υπόψη ότι, για την εξουδετέρωση του εσωτερικευμένου στίγματος, είναι σημαντική η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και του επακόλουθου κοινωνικού αποκλεισμού των χρηστών. Παράλληλα, τα αποτελέσματα της έρευνας τονίζουν τις θετικές επιδράσεις της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής υποστήριξης, συνεπώς και την ανάγκη να δοθεί σημασία στην ανάπτυξη μιας απαρτιωμένης εικόνας εαυτού και της ενίσχυσης του κοινωνικού κεφαλαίου κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ενώ η παρούσα έρευνα μελέτησε την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τρεις σημαντικές πηγές (οικογένεια, φίλοι, σημαντικός άλλος), περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει κι άλλες πηγές κοινωνικής υποστήριξης σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, όπως αυτό της γειτονιάς, της κοινότητας ή την κρατική υποστήριξη ή ακόμη την υποστήριξη από ομάδες αυτοβοήθειας. Ίσως, η υποστήριξη από πολλαπλές πηγές, πέρα από το μικροεπίπεδο του ατόμου, εξυπηρετεί κάποια διαφορετική λειτουργία σε σχέση με την υποστήριξη από κοντινά πρόσωπα κι επομένως διαφορετική σύνδεση με τον αντίκτυπο στη ψυχική υγεία. Επιπρόσθετα, λόγω της ισχυρής σύνδεσης της αυτοεκτίμησης με όλες τις μεταβλητές, θα είχε ενδιαφέρον η περαιτέρω μελέτη της αυτοεκτίμησης και της εικόνας εαυτού κατά την απεξάρτηση σε σχέση με την υιοθέτηση του στίγματος και τη ψυχοκοινωνική υγεία, καθώς και του αν επιτελεί διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στη σχέση του εσωτερικευμένου στίγματος και των συναισθηματικών δυσκολιών ή της κοινωνικής υποστήριξης.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and alcohol dependence*, 88(2-3), 188-196.
- Ahmed Abdel Razek, R., & Samy Elsaieed El Sheikh, M. (2023). Self-Stigma and Depression among Patients with Substance Use Disorders: Role of Perceived Social Support. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(3), 1254-1270.
- Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkr, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., ... & Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394-401.
- Alexander, B. K. (2000). The globalization of addiction. *Addiction Research*, 8(6), 501-526.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Arroll, B., & Kendrick, T. (2018). Definition of anxiety. *Primary care mental health*, 20, 125-37.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Kuyken, W., & Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the beck self-esteem scales. *Behaviour research and therapy*, 39(1), 115-124.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research*, 252, 1-8.
- Booth, B. M., Russell, D. W., Yates, W. R., Laughlin, P. R., Brown, K., & Reed, D. (1992). Social support and depression in men during alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 4(1), 57-67.
- Bovasso, G. B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2033-2037.

- Brener, L., Broady, T., Cama, E., Hopwood, M., de Wit, J. B., & Treloar, C. (2020). The role of social support in moderating the relationship between HIV centrality, internalised stigma and psychological distress for people living with HIV. *AIDS care*, 32(7), 850-857.
- Brown, S. A., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G., & Powell, E. (2015). Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 687-698.
- Burke, P. J., & Tully, J. C. (1977). The measurement of role identity. *Social forces*, 55(4), 881-897.
- Can, G., & Tanrıverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441-446.
- Cao, Q., & Liang, Y. (2020). Perceived social support and life satisfaction in drug addicts: Self-esteem and loneliness as mediators. *Journal of health psychology*, 25(7), 976-985.
- Cao, Q., & Zhou, Y. (2021). Association between social support and life satisfaction among people with substance use disorder: the mediating role of resilience. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 20(3), 415-427.
- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., & Evans, R. I. (1998). Relating optimism, hope, and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 443-465.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social forces*, 80(3), 1041-1068.
- Chang, C. W., Chang, K. C., Griffiths, M. D., Chang, C. C., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2022). The mediating role of perceived social support in the relationship between perceived stigma and depression among individuals diagnosed with substance use disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 307-316.
- Chaudoir, S. R., & Quinn, D. M. (2010). Revealing concealable stigmatized identities: The impact of disclosure motivations and positive first-disclosure experiences on fear of disclosure and well-being. *Journal of Social Issues*, 66(3), 570-584.
- Chou, C. C., Robb, J. L., Clay, M. C., & Chronister, J. A. (2013). Social support as a mediator between internalized stigma and coping behaviors of individuals with substance abuse issues. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 27(2), 104.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical Psychiatry*, 67(2), 247-257.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self Esteem Consulting*. Palo Alto.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Connor, T., & Kremen, E. (1971). Methadone maintenance—Is it enough?. *International journal of the Addictions*, 6(2), 279-298.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. M. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*. Boston, MA: McGraw Hill.
- Cuddy, A. J., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. *Advances in experimental social psychology*, 40, 61-149.
- Davis, L., Uezato, A., Newell, J. M., & Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Current opinion in psychiatry*, 21(1), 14-18.
- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.
- Dovidio, J. F., Pearson, A. R., & Penner, L. A. (2018). Aversive racism, implicit bias, and microaggressions. *Microaggression theory: Influence and implications*, 16-31.

- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services, 64*(3), 264-269.
- Earnshaw, V. A. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research, and advocacy agenda. *American Psychologist, 75*(9), 1300.
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Menino, D. D., Kelly, J. F., Chaudoir, S. R., Reed, N. M., & Levy, S. (2019). Disclosure, stigma, and social support among young people receiving treatment for substance use disorders and their caregivers: A qualitative analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*, 1535-1549.
- Earnshaw, V. A., & Kalichman, S. C. (2013). Stigma experienced by people living with HIV/AIDS. In *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS: A cross-cultural perspective* (pp. 23-38). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The journal of behavioral health services & research, 31*, 418-429.
- Fox, H. C., Hong, K. I. A., Siedlarz, K., & Sinha, R. (2008). Enhanced sensitivity to stress and drug/alcohol craving in abstinent cocaine-dependent individuals compared to social drinkers. *Neuropsychopharmacology, 33*(4), 796-805.
- Fox, H. C., Jackson, E. D., & Sinha, R. (2009). Elevated cortisol and learning and memory deficits in cocaine dependent individuals: relationship to relapse outcomes. *Psychoneuroendocrinology, 34*(8), 1198-1207.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal, 32*(2), 95.
- Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και κοινωνία—θεραπευτικές κοινότητες—Ομάδες αυτοβοήθειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E., & Darviri, C. (2014). Rosenberg self-esteem scale Greek validation on student sample. *Psychology, 5*(08), 819.
- Gecas, V., & Schwalbe, M. L. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. *Social psychology quarterly, 77*-88.
- Goeders, N. E. (2002). Stress and cocaine addiction. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 301*(3), 785-789.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Garden City, NY: Anchor Books.

- Gohain, Z., & Halliday, M. A. L. (2014). Internalized HIV-stigma, mental health, coping and perceived social support among people living with HIV/AIDS in Aizawl District—a pilot study. *Psychology*, 5(15), 1794.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Guglielmo, R., Polak, R., & Sullivan, A. P. (1985). Development of self esteem as a function of familial reception. *Journal of Drug Education*, 15(3), 277-284.
- Henderson, B. B. (1984). Social support and exploration. *Child Development*, 1246-1251.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of social issues*, 63(4), 905-925.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2010). Κοινωνική ψυχολογία. Αθήνα: Gutenberg.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment of stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jenkins, S. R., Belanger, A., Connally, M. L., Boals, A., & Durón, K. M. (2013). First-generation undergraduate students' social support, depression, and life satisfaction. *Journal of College Counseling*, 16(2), 129-142.
- Kessler, R. C. (1994). The national comorbidity survey of the United States. *International review of psychiatry*, 6(4), 365-376.
- Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The cocaine crisis*, 65-74.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 160-164.
- Kosten, T. R., & Rounsaville, B. J. (1986). Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 515-532.
- Kounenou, K. (2010). Exploration of the relationship among drug use & alcohol drinking, entertainment activities and self-esteem in Greek University students. *Procedia-social and behavioral sciences*, 2(2), 1906-1910.

- Kring, A. M. (2010). The future of emotion research in the study of psychopathology. *Emotion Review*, 2(3), 225-228
- Kushner, M. G., Krueger, R., Frye, B., & Peterson, J. (2008). Epidemiological perspectives on co-occurring anxiety disorder and substance use disorder. In *Anxiety and substance use disorders: The vicious cycle of comorbidity* (pp. 3-17). Boston, MA: Springer US.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 464). Springer.
- Link, B. G. (2001). Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(1), 8-11.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American sociological review*, 400-423.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 177-190.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 837-846.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*, 32(7), 1331-1346.
- Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35, 223-234.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social

functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192-199.

Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731-1731.

Μαδιανός, Μ. (2006). *Κλινική Ψυχιατρική*. 2η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαλλιώρα, Μ. (2010). *Λεξικό για το αλκοόλ και τις λοιπές ψυχοδραστικές ουσίες*. Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Manetti, L., Cavagnini, F., Martino, E., & Ambrogio, A. (2014). Effects of cocaine on the hypothalamic–pituitary–adrenal axis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 37, 701-708.

Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, Guilford Press

Maté, G. (2012). Addiction: Childhood trauma, stress and the biology of addiction. *Journal of Restorative Medicine*, 1(1), 56-63.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

McGaffin, B. J., Deane, F. P., Kelly, P. J., & Blackman, R. J. (2018). Social support and mental health during recovery from drug and alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 26(5), 386-395.

Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., ... & Cansas Study Group. (2019). Substance abuse-related self-stigma in women with substance use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder. *European Addiction Research*, 25(1), 20-29.

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 21-27.

O'Doherty, F. I. O. N. A., & Davies, J. B. (1987). Life events and addiction: a critical review. *British Journal of Addiction*, 82(2), 127-137.

Olievenstein, C. (2004). *Το μη λεχθέν των Συναισθημάτων*. Αθήνα: Κέδρος.

Padina, R., & Schuele, J. (1983). Psychological correlates of alcohol and drug use of adolescent students and adolescents in treatment. *Journal of Studies in Alcohol*, 41, 950-973.

Παπαρρηγόπουλος, Θ., & Δάλλα, Χ. (Επιμ.). (2018). *Οι εξαρτήσεις: αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης

Perkonigg, A., Settele, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Zimmermann, P., ... & Wittchen, H. U. (2006). Where have they been? Service use of regular substance users with and without abuse and dependence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 470-479.

Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. *Psychology*, 9(15), 2933-2950.

Prior, L., Wood, F., Lewis, G., & Pill, R. (2003). Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. *Social science & medicine*, 56(10), 2191-2200.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

Rhoads, D. L. (1983). A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. *International journal of the addictions*, 18(2), 195-222.

Richardson, C. G., Kwon, J. Y., & Ratner, P. A. (2013). Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Canadian journal of public health*, 104, e60-e63.

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129(3), 257-265.

Rivera, A. V., DeCuir, J., Crawford, N. D., Amesty, S., & Lewis, C. F. (2014). Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, 2010–2012. *Drug and alcohol dependence*, 144, 259-264.

Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3(2), 535-544.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Religion and Health*.

- Samuels, D. J., & Samuels, M. (1974). Low self-concept as a cause of drug abuse. *Journal of Drug Education*, 4(4), 421-438.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Selye, H. (1970). The evolution of the stress concept: Stress and cardiovascular disease. *The American journal of cardiology*, 26(3), 289-299.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: a situational analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(1), 71.
- da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., ... & Ronzani, T. M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health*, 3(1), 42.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social science & medicine*, 64(9), 1823-1831.
- Sinha, R. (2005). Stress and drug abuse. In *Techniques in the Behavioral and Neural Sciences* (Vol. 15, pp. 333-356). Elsevier.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L. R., & O'Malley, S. S. (2000). Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology*, 152, 140-148.
- Sinha, R., Talih, M., Malison, R., Cooney, N., Anderson, G. M., & Kreek, M. J. (2003). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sympatho-adreno-medullary responses during stress-induced and drug cue-induced cocaine craving states. *Psychopharmacology*, 170, 62-72.
- Skager, R., & Kerst, E. (1989). Alcohol and drug use and self-esteem: A psychological perspective. *The social importance of self-esteem*, 10(5), 248-293.
- Smith, J. P., & Book, S. W. (2008). Anxiety and substance use disorders: A review. *The Psychiatric Times*, 25(10), 19.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stets, J. E., & Burke, P. J. (2014). Self-esteem and identities. *Sociological perspectives*, 57(4), 409-433.
- Stryker, S. (1980). Identity theory: A social structural version.

- Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A., & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3), 431-445.
- Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 51-72). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, 53-79.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- Trepte, S., Dienlin, T., & Reinecke, L. (2015). Influence of social support received in online and offline contexts on satisfaction with social support and satisfaction with life: A longitudinal study. *Media Psychology*, 18(1), 74-105.
- Tsilika, E., Galanos, A., Polykandriotis, T., Parpa, E., & Mystakidou, K. (2019). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in Greek nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(1), 23-30.
- Turner, R. J. (1999). Social support and coping.
- Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 2, 200-212.
- Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Research in community & mental health*.
- Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological psychiatry*, 56(10), 714-717.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18, 1-16.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior*, 78-89.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. *Prosocial behavior: Review of personality and social psychology*, 12.
- Χαραλαμπίδης, Ε. (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. *Εκδόσεις ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ, Αθήνα*.

Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Frontiers in psychiatry*, 9, 436.

Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current opinion in psychiatry*, 30(5), 378-388.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

Zimmerman, S.L. (2000) Self-esteem, personal control, optimism, extraversion and the subjective well-being of Midwestern university faculty. Dissertation Abstracts International B: Sciences and Engineering, 60(7-B), 3608.