

Το Επιστημονικό Περιοδικό με τίτλο «ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ψυχική ΥΓΕΙΑ» εκδίδεται στο πλαίσιο του έργου «Δράσεις για την άρση των εμποδίων κοινωνικής ένταξης και εργασιακής ενσωμάτωσης κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων» που υλοποιείται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Α.Π.Θ. [Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», Άξονας Προτεραιότητας 1 «Υγεία», Μέτρο 1.4 «Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας»]. Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ



Ε.Π. "ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ"
2000-2006



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

«ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

Τριμηνιαία Επιστημονική Έκδοση
για θέματα Υγείας και Κοινωνικού Αποκλεισμού

Ιδιοκτησία

Επιτροπή Ερευνών Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Εκδότης - Διευθυντής

Μπαϊρακτάρης Κώστας

Επιστημονική Επιτροπή

Δικαίου Μαρία, Ζαφειρίδης Φοίβος,
Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος, Μιχαήλ Σάββας,
Μπακιρτζής Κων/νος, Μπιτζαράκης Παντελής,
Πανταζής Παύλος, Παπαϊωάννου Σκεύος,
Φαφαλιού Μαρία

Συντακτική Ομάδα

Γεωργάκα Ευγενία, Λαϊνός Σωτήρης,
Σταμάτη Γιούλη, Φίγγου Λία,
Φραγκιαδάκης Κων/νος

Εποπτεία Τεύχους

Ζαφειρίδης Φοίβος
Λαϊνός Σωτήρης

Επιμέλεια κειμένων

Σταμάτη Γιούλη

Εκτύπωση / Βιβλιοδεσία

Κανάκης Ευθύμιος, Grapholine

Οικονομική Διαχείριση

Αδάμ Σοφία

Δημιουργία στίσεων

Ακοκαλίδης Γεώργιος

Στοιχεία Επικοινωνίας

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ., Μητροπόλεως 10, 54625
Τηλ: 2310 554216, 554225 - Fax: 2310 554245
<http://www.socialexclusion.gr>
e-mail: info@socialexclusion.gr

• Το περιοδικό ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ.

Διατίθεται και σε ηλεκτρονική μορφή στη διεύθυνση: www.socialexclusion.gr. Όποιος επιθυμεί να παραλάβει το περιοδικό σε έντυπη μορφή, μπορεί να αποστείλει μήνυμα στο: info@socialexclusion.gr, με θέμα: «Αποστολή Περιοδικής Έκδοσης», αναγράφοντας τον αριθμό τεύχους και σημειώνοντας τα πλήρη στοιχεία του (όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο).

• Όσοι αναγνώστες ενδιαφέρονται να γίνουν τακτικοί συνδρομητές του περιοδικού, μετά τη λήξη του προγράμματος, παρακαλούνται να αποστείλουν μήνυμα στην ίδια διεύθυνση (info@socialexclusion.gr) ή να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά (τηλ.: 2310 554216 & 554225, Σταμάτη Γιούλη).

• Στο πλαίσιο της ελεύθερης διακίνησης των ιδεών και της διάχυσης της γνώσης επιτρέπεται η υπό διαφορετική μορφή έκδοσης –έντυπης ή ηλεκτρονικής– ανατύπωση, δημοσίευση ή αναπαραγωγή μέρους ή του συνόλου των κειμένων, υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. να γίνεται ρητή αναφορά στο συγγραφέα και στο μεταφραστή
2. να γίνεται ρητή αναφορά στην πηγή προέλευσης
3. να πραγματοποιείται πιστά η διάθεση ή η αναπαραγωγή των πληροφοριών.

• Τα κείμενα που ακολουθούν εκπροσωπούν τις απόψεις των συγγραφέων τους.

© Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ. 2006

ISSN 1790-9554

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

1.	Σημείωμα των Υπευθύνων του τεύχους	σελ. 4
2.	Σημείωμα της Συντακτικής Ομάδας	9
3.	Η Διάχυση της Εξάρτησης και η Διαχείριση της Απεξάρτησης Κώστας Μπαϊρακτάρης	14
4.	Οργάνωση Αυτοβοήθειας SYNANON: Η Επιτομή της Θεραπείας της Εξάρτησης	18
	Φοίβος Ζαφειρίδης	
5.	Η Αυτοβοήθεια στις Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών: Ιστορία, Αποτελεσματικότητα, Κενά Γνώσης και Δυνατότητες για Έρευνα	23
	John F. Kelly	
6.	Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά: Οδεύοντας προς Πρακτικές και Πολιτικές βασισμένες στα Ερευνητικά Δεδομένα	44
	Keith Humphreys et al.	
7.	Σχολιασμός του άρθρου: «Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά: Οδεύοντας προς Πρακτικές και Πολιτικές βασισμένες στα Ερευνητικά Δεδομένα»	56
	George De Leon	
8.	Η Κατάχρηση των ΑΑ	60
	Archie Brodsky, Stanton Peele	
9.	Ωριμάζοντας Το Ξεπερνάς	68
	Stanton Peele	
10.	Η Εξάρτηση είναι Εμπόριο. Ο Αγώνας «Απεξάρτησης» και η Πρόληψη οφείδουν να είναι Λειτουργήματα	71
	Τάκης Λυρής	
11.	Προάγοντας την Αυτοβοήθεια στην Αντιμετώπιση της Εξάρτησης στην Ελλάδα	77
	Σωτήρης Λαϊνάς	
12.	Βασικές πληροφορίες για τις ομάδες των 12 Βημάτων	88
13.	Κατάλογος Συγκεντρώσεων Ομάδων Αυτοβοήθειας στην Ελλάδα	90
14.	Ποινικό Αδίκημα η Καθήλωση, Πανελλαδική Συσπείρωση για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	95

Εξαρτήσεις και Αυτοβοήθεια

Οι επιδημιολογικοί δείκτες για τα προβλήματα εξάρτησης καταδεικνύουν μία τεράστια εξάπλωση του φαινομένου σε όλες τις κοινωνίες του δυτικού κόσμου τις τελευταίες δεκαετίες. Μία ανασκόπηση των εγκυρότερων μελετών για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και την πορεία εξάπλωσής τους, τοποθετεί την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, νόμιμες και παράνομες, αλκόολ και τα νεοεμφανισθέντα φαινόμενα των μη φαρμακευτικών εξαρτήσεων (διαδίκτυο, τζόγος, υπερκατανάλωση, διατροφή) σε πρωτεύουσα θέση.^{i,ii}

Οι ιδιαιτερότητες του προβλήματος της εξάρτησης, η ταχύτατη εξάπλωση και οι συνέπειές του σε πολλαπλά επίπεδα προκάλεσαν την ενδελεχή μελέτη του φαινομένου από τις κοινωνικές επιστήμες και τις επιστήμες υγείας. Ο όγκος των μελετών, τις τελευταίες δεκαετίες, για τις αιτίες και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης είναι τεράστιος. Ιδιαίτερα μεγάλος, επίσης, είναι ο αριθμός και η πολλαπλότητα των παρεμβάσεων που υλοποιήθηκαν ή υλοποιούνται προκειμένου να υπάρξουν ικανοποιητικές απαντήσεις στο πρόβλημα.

Ωστόσο παρά τον τεράστιο όγκο πληροφοριών που διαθέτουμε, τους συνεχώς αυξανόμενους οικονομικούς πόρους και την αδιαμφισβήτητη αύξηση των επενδύσεων στην εκπαίδευση εξειδικευμένου προσωπικού, δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία που θα μας επέτρεπαν να αισιοδοξούμε για τον μελλοντικό περιορισμό της εξάπλωσης των εξαρτήσεων και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, δεν μελετήθηκαν επαρκώς εγχειρήματα με εκπληκτικά αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα το *Synanon*, στο πεδίο των εξαρτήσεων και το πρόγραμμα *Σωτηρία* στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων.^{iii, iv} Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολιτικές που υιοθετούν τα σύγχρονα δυτικά κράτη για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στηρίζονται σε θεωρίες βιολογικής/νοσολογικής έμπνευσης, παρά το γεγονός ότι αυτές έχουν αμφισβητηθεί για την ορθότητά τους.^v Το παράδοξο να αναγορεύονται σε κυρίαρχες, μη έγκυρες και μη αποτελεσματικές θεωρίες συναρτάται με την ευρύτερη τάση της επιστημονικής έρευνας να αναζητά τις αιτίες των ψυχοκοι-

i Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2001). Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Γενεύη: Υπηρεσία εκδόσεων του Π.Ο.Υ.

ii Orford, J., (2001). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*. New York: John Wiley and Sons Ltd.

iii Ζαφειρίδης, Φ., (υπό δημοσίευση). Προκατασκευασμένα Ψέματα και Κατασκευαστικές Ατέλειες του Νοσολογικού Μοντέλου της Εξάρτησης.

iv Mosher, L., (2001). Treating Madness Without Hospitals: Soteria and its successors. In: Schneider, K., Bugental, J. & Pierson J., (Eds), *The Handbook of Humanistic Psychology* (pp 389-402). Thousand Oaks, California: Sage.

v Peele, S. (1991). *Diseasing of America*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Ford, G. (1996). An existential model of promoting life change: Confronting the disease concept. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (2), pp. 151-158.

νωνικών προβλημάτων αποκλειστικά σε ατομικούς, βιολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς. Η αποπληθισίωση, όμως αυτών των προβλημάτων από το κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζονται, αποτελεί σαφέστατη ιδεολογική επιλογή, που χρησιμοποιεί την «επιστημονική ουδετερότητα» ως άλλοθι για τη διάδοση και την επιβολή επιλεγμένων, με πολιτικά κριτήρια, αντιλήψεων και θεωριών. vi, vii, viii, ix

Αυτή η κατάσταση αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στη θεραπεία της εξάρτησης. Η αποπληθισιωμένη και εγκλωβισμένη στη νοσολογική προσέγγιση, θεραπεία της εξάρτησης, οδηγεί σε τραγέλαφο. Τα τελευταία εκατόν πενήντα χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο μία νέα φαρμακευτική ουσία να καλείται να θεραπεύσει εξαρτήσεις που δημιούργησε μία προηγούμενη φαρμακευτική ουσία. Στη βάση αυτής της λογικής, το 1898, και ενώ ήδη στις Η.Π.Α. υπάρχει ένα σοβαρό πρόβλημα με εξαρτημένους από μία σειρά από ουσίες όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η κοκαΐνη, η φαρμακοβιομηχανία Bayer εισάγει στην αγορά ένα νέο πολλά υποσχόμενο φάρμακο με την ονομασία ηρωΐνη, το οποίο μεταξύ των άλλων «ενδείκνυται» και για τη θεραπεία της εξάρτησης. Το αποτέλεσμα είναι η κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων. Στη δεκαετία του 1950, με την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων μία νέα ελπίδα γεννιέται στις επιστήμες υγείας: Ότι με τη χρήση τους θα καταπολεμηθεί αποτελεσματικά και το πρόβλημα της εξάρτησης. Και αυτή τη φορά δεν υπάρχει αποτέλεσμα. Στη δεκαετία του 1960, τα πρώτα προγράμματα μεθαδόνης ξεκινούν με προοπτικές και ελπίδες οριστικής επίλυσης του προβλήματος της εξάρτησης από οπιούχα. Έπειτα από μία δεκαετία, οι εμπνευστές αυτών των προγραμμάτων Dole και Nyswander αναγνωρίζουν μέσα από τις αναδρομικές τους μελέτες ότι η θεραπεία της εξάρτησης αποτελεί μία πολύ ευρύτερη διαδικασία από την απλή χορήγηση υποκαταστάτων.^x Την τελευταία δεκαετία παρουσιάζονται και νέα υποκατάστατα των οπιούχων ή ανταγωνιστές αυτών, που βασίζονται στη λογική της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης. Το πρόβλημα παραμένει και αυξάνεται.

Παρόμοια είναι και η κατάσταση στο πεδίο των μη φαρμακευτικών θεραπειών. Οι μέχρι σήμερα γνωστές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, αν και συνέβαλαν στην κα-

vi Ζαφειρίδης, Φ., [1992]. Нарκωτικά: Απαγόρευση, Αντιαπαγόρευση και .. Μαθητευόμενοι Μάγοι. Περιοδικό *Προσέγγιση*.

vii Ζαφειρίδης, Φ., [υπό δημοσίευση]. Προκατασκευασμένα Ψέματα και Κατασκευαστικές Ατέλειες του Νοσολογικού Μοντέλου της Εξάρτησης.

viii Albee, G. W. [1998] Fifty years of clinical psychology, Selling our soul to the devil. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 189-194.

ix Sarason, S. B. [1981]. An asocial psychology and a misdirected clinical psychology. *American Psychologist*, 36(8), 827 - 836.

x Ζαφειρίδης, Φ., [1983]. Τοξικομανία: Προς ένα Ελεύθερο Άτομο ή προς μία Νέα Χειραγώγηση; Το Πρόβλημα της Μεθαδόνης. Περιοδικό *Αντί*.

τανόηση επιμέρους διαστάσεων της Εξάρτησης, δεν κατόρθωσαν να συγκροτήσουν αποτελεσματικές προτάσεις αντιμετώπισης του προβλήματος.^{xi, xii} Αυτό που παρατηρείται είναι ότι ακόμη και τα πλέον επιτυχημένα από τα επαγγελματικά θεραπευτικά προγράμματα, δεν παρουσιάζουν διαχρονικά ικανοποιητικά αποτελέσματα.^{xiii}

Η κοινή συνισταμένη όρων αυτών των επαγγελματικών προσεγγίσεων, είναι η αδυναμία ριζικής αντιμετώπισης του προβλήματος και η μεταφορά της συζήτησης από τη θεραπεία των αιτιών του, στη συντήρηση, στη μείωση της βλάβης και -στην καλύτερη περίπτωση- στην αντιμετώπιση του συμπτώματος της εξάρτησης. Η μεταφορά, όμως, αυτή συνοδεύεται από τη συνεχή διόγκωση του προβλήματος και τη διαρκή πτώση των αποτελεσμάτων των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Εκτός, όμως, από αποτυχίες, η ιστορική επισκόπηση αναδεικνύει και προτάσεις, οι οποίες παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα. Στη δεκαετία του 1930, εμφανίζονται οι πρώτες ομάδες αυτοβοήθειας των Αλκοολικών Ανωνύμων. Οι ομάδες αυτές, που συστήθηκαν από ανθρώπους που οι ίδιοι αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ, εισήγαγαν μία σειρά καινοτομιών στο πεδίο της εξάρτησης. Ο εμπλουτισμός της θεραπείας με την εισαγωγή της πνευματικής διάστασης, της αλληλοβοήθειας και της ενεργοποίησης των άμεσα ενδιαφερομένων οδήγησε σε σύντομο χρονικό διάστημα τις ομάδες των ΑΑ σε μεγάλη ανάπτυξη.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1950, ένα πρώην μέλος των Αλκοολικών Ανωνύμων, ο Charles Dederich, ίδρυσε στην Καλιφόρνια το κοινόβιο *Synanon*, για εξαρτημένους από ναρκωτικά. Αυτό αποτέλεσε πραγματική τομή στο πεδίο της εξάρτησης από ναρκωτικά, καθώς ανέδειξε πολύ σημαντικές διαστάσεις του προβλήματος και των τρόπων επίλυσής του.^{xiv}

Η διερεύνηση των παράλληλων θεραπευτικών εγχειρημάτων, αφενός της επιστημονικής κοινότητας και αφετέρου των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών που συσπειρώθηκαν σε ομάδες αυτοβοήθειας, αναδεικνύει μία σαφέστατη υπεροχή της αυ-

xi Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

xii Yablonsky, L. (1994). *The Therapeutic Community*. New York: Gardner Press.

xiii Simpson, D. (1986). 12 year follow up- outcomes of opioid addicts treated in therapeutic communities. In G. DeLeon & J. Ziegenfuss, (Eds.), *Therapeutic communities for addictions*. Illinois: C. Thomas.

xiv Βλέπε σχετικό άρθρο του ανά χείρας αφιερώματος.

xv Yates, R., Rawlings, B., (2001). Introduction. In: Yates, R., Rawlings, B., (Eds), *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

xvi Chapel, J. (1997). Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous in Clinical Practice. In N. Miller, M. Gold & D. Smith (Eds). *Manual of Therapeutics for Addictions*. New York: Willey.

τοβοήθειας.^{xv, xvi} Αυτή η υπεροχή ερμηνεύεται πιθανότατα από το γεγονός ότι η αυτοβοήθεια ενεργοποιεί τους άμεσα εμπλεκόμενους πολίτες προς την κατεύθυνση της ανάληψης της ευθύνης αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Αυτό ακριβώς το χαρακτηριστικό της αυτοβοήθειας, αναιρεί την παθητικότητα που χαρακτηρίζει σήμερα τη στάση των πολιτών σε ζητήματα Υγείας. Εξάλλου το γεγονός ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι αυτοδιαχειριζόμενες και λειτουργούν από τα μέλη και για τα μέλη, χωρίς την παρουσία ειδικών, βοηθά τους συμμετέχοντες στο να μοιράζονται τις προσωπικές τους εμπειρίες και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη μοναδικής ποιότητας.

Αλλά και άλλοι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί της Εξάρτησης θεραπεύονται από βασικά χαρακτηριστικά της αυτοβοήθειας. Για παράδειγμα, τα ελλείμματα σε αγάπη, ασφάλεια, συλλογικότητα, ανθρώπινες σχέσεις που αποτελούν βασικές αιτίες της εξάρτησης, βρίσκουν πολλές φορές απάντηση στις ομάδες ή πρωτοβουλίες αυτοβοήθειας. Η αναίρεση της παθητικότητας, η ανάληψη ευθύνης από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους -και όχι η εκχώρησή της σε πολυπράγμονες ειδικούς- καθώς και η συνάντηση ανθρώπων που συγκροτούν κοινότητες προσώπων και όχι απρόσωπων «περιστατικών» που ομαδοποιούνται σε κάποια άκαμπτη διαγνωστική κατηγορία, είναι παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας.

Μία άλλη θετική επίπτωση της αυτοβοήθειας, που ελάχιστα έχει συζητηθεί από τον επιστημονικό κόσμο, είναι ότι η δυναμική του κινήματος που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες επηρέασε και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το λόγο και την πράξη των ειδικών. Η εμπειρία αυτών των ομάδων επηρέασε τόσο τη γνώση μας για το πρόβλημα της εξάρτησης όσο και τη σχέση βοήθειας. Η πνευματική διάσταση που εισήχθη από τους Α.Α., το 1935, στη θεραπεία της εξάρτησης και στη συνέχεια η ανάδειξη της κοινωνικής παθολογίας ως βασικού αιτιολογικού παράγοντα του προβλήματος της εξάρτησης από τον οργανισμό αυτοβοήθειας του *Synanon*, άλλαξαν τη γνώση μας για τη φύση της εξάρτησης και επηρέασαν τα επαγγελματικά θεραπευτικά εργαλεία. Η αποτελεσματική λειτουργία της αυτοβοήθειας αναίρεσε στην πράξη το παραδοσιακό μοντέλο παροχής βοήθειας και ως εκ τούτου μας υποχρεώνει να επαναπροσδιορίσουμε το ρόλο μας ως ειδικών.

Σε κάθε περίπτωση η αυτοβοήθεια δεν αποτελεί πανάκεια. Αποτελεί μία αυτόνομη

xvii Μπαϊρακάρης, Κ. (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.

xviii Rappaport, J., (1993). Narrative Studies, Personal Stories, and Identity Transformation in the Mutual Help Context. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29, 239-256.

xix Ζαφειρίδης, Φ. (1987) Βασικές αρχές λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας. *11ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο*, Αθήνα.

πρακτική^{xvii, xviii} με δική της κοσμοθεωρία, που παρεμποπτόντως θεραπεύει^{xix} και όχι ένα επιπλέον επαγγελματικό εργαλείο θεραπείας ενός προβλήματος ανάμεσα σε πολλά άλλα. Μία τέτοια θεώρηση μετακινεί τη συζήτηση από μία τεχνική/εργαλείακή βάση σε μία ευρύτερη ιδεολογική. Οι ιδέες και οι αρχές που ενυπάρχουν στις ομάδες υπερβαίνουν κατά πολύ τη συζήτηση για επιτυχημένες ή μη τεχνικές και επηρεάζουν συνολικά τη φιλοσοφία αντιμετώπισης της εξάρτησης. Παραδείγματα όπως των Α.Α., των Ν.Α. και του Synanon υποχρεώνουν τις επιστήμες υγείας και τους ειδικούς να απομακρυνθούν από την υπεροπτική στάση του παρελθόντος έναντι των πρωτοβουλιών των πολιτών και να δείξουν περισσότερο ενδιαφέρον γι' αυτές. Όχι όμως ένα «ακαδημαϊκού» τύπου ενδιαφέρον περιγραφής και εποπτείας των προσπαθειών αυτών, αλλά περισσότερο συνεργασίας, απόκτησης γνώσης και σε κάποιες περιπτώσεις μαθητείας.

Το φαινόμενο της εξάρτησης αποτελεί ένα από τα πλέον δισεπίλυτα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σήμερα. Η συμβολή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι ιδεολογικές συνεισφορές και οι καινοτομίες των πρωτοβουλιών αυτοβοήθειας στο πεδίο των εξαρτήσεων είναι πολλές και σε διαφορετικά επίπεδα. Σε αυτό το πλαίσιο, το συγκεκριμένο τεύχος επιχειρεί να ανοίξει μία συζήτηση και στον ελληνικό χώρο για την αυτοβοήθεια στην εξάρτηση, μία συζήτηση που είναι έντονη ήδη σε διεθνές επίπεδο.

Υπεύθυνοι τεύχους
Φοίβος Ζαφειρίδης
Σωτήρης Λαϊνός

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ

Οργάνωση Αυτοβοήθειας Synanon Η Επιτομή της Θεραπείας της Εξάρτησης

Φοίβος Ζαφειρίδης

Το φθινόπωρο του 1958, ο Charles Dederich και οι συνεργάτες του δημιούργησαν μια κοινότητα αλληλοβοήθειας με οικογενειακά χαρακτηριστικά, η οποία έδινε έμφαση στην ανάκτηση της ανεξαρτησίας και της αξιοπρέπειας του εξαρτημένου ατόμου. Το κοινόβιο ονομάστηκε Synanon και έμελλε να αλλιάξει σε τέτοιο βαθμό τη θεώρηση της θεραπείας της εξάρτησης, αλλά και γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ώστε ο διαπρεπής κοινωνιολόγος Lewis Yablonsky να το χαρακτηρίσει μια από τις μεγαλύτερες ανθρωπιστικές εφευρέσεις του 20ου αιώνα. Στο παρόν άρθρο, ο Φοίβος Ζαφειρίδης διεισδύει στη φιλοσοφία και την πρακτική του Synanon, ενώ παράλληλα συνθέτει και αναλύει την επίδρασή του.

Η Αυτοβοήθεια στις Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών: Ιστορία, Αποτελεσματικότητα, Κενά Γνώσης και Δυνατότητες για Έρευνα

John F. Kelly

Παρά τη μεγάλη συνεισφορά της αυτοβοήθειας στο πεδίο των εξαρτήσεων, η μελέτη του φαινομένου από τις επιστήμες υγείας έχει συστηματοποιηθεί τα τελευταία δεκαπέντε περίπου χρόνια. Το κείμενο του Kelly αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και πιο πρόσφατες επισκοπήσεις των ερευνών σχετικά με την αυτοβοήθεια στο πεδίο των εξαρτήσεων. Μέσα από μια ενδελεχή ανασκόπηση των κυριότερων ερευνών, ο συγγραφέας αποπειράται να προσεγγίσει ερωτήματα που απασχολούν τους λειτουργούς υγείας, οι οποίοι επιθυμούν να διασυνδέουν χρήστες των υπηρεσιών τους με τις ομάδες. Τα ερωτήματα αυτά αφορούν στην αποτελεσματικότητα των ομάδων, στα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή σε αυτές, καθώς και σε επιμέρους ζητήματα που σχετίζονται με τη συμμετοχή σε μια ομάδα αυτοβοήθειας. Πέρα από τα κενά γνώσης και τις δυνατότητες για έρευνα που διαπιστώνει ο συγγραφέας, μια βασική παράμετρος που αναδεικνύεται από το κείμενο είναι η αναγκαιότητα διεύρυνσης των μεθοδολογιών και της φιλοσοφίας της έρευνας, ώστε να καταστεί δυνατή η επαρκής κατανόηση της δυναμικής των ομάδων αυτοβοήθειας.

**Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά:
Οδεύοντας προς Πρακτικές και Πολιτικές βασισμένες στα Ερευνητικά Δεδομένα**

Keith Humphreys et al.

Το κείμενο των συγγραφέων είναι το αποτέλεσμα της δουλειάς μιας ομάδας εργασίας, που συστήθηκε για να μελετήσει τη συνεισφορά των ομάδων αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης. Η λογική συγγραφής του κειμένου βασίζεται στην αποδοχή της συμβολής αυτών των ομάδων στο πεδίο της απεξάρτησης. Οι συγγραφείς του, αφού παρουσιάζουν τις διάφορες ομάδες αυτοβοήθειας που υπάρχουν στις Η.Π.Α. για ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης και τις σημαντικότερες έρευνες γύρω από το ζήτημα, προχωρούν σε μια σειρά προτάσεων τόσο για τους εργαζόμενους στο πεδίο όσο και για τους υπευθύνους χάραξης πολιτικών. Η έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια στη μελέτη και αξιοποίηση των ομάδων αυτοβοήθειας έχει αναμφίβολα θετικές διαστάσεις. Παρ' όλη αυτά ένας υπαρκτός κίνδυνος, ο οποίος είναι ιδιαίτερα ορατός στις Η.Π.Α. -όπου το κίνημα των ομάδων αυτοβοήθειας είναι τόσο ανεπτυγμένο- είναι η πλήρης αφομοίωση και ενσωμάτωσή τους από τα κυρίαρχα συστήματα υγείας.

Σχολιασμός του άρθρου: «Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για Προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά: Οδεύοντας προς Πρακτικές και Πολιτικές βασισμένες στα Ερευνητικά Δεδομένα»

George De Leon

Στο κείμενο—σχόλιο ο De Leon, ένας από τους σημαντικότερους μελετητές των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένους, αναδεικνύει σημαντικές διαστάσεις των ζητημάτων που πραγματεύονται οι συγγραφείς του άρθρου. Στο πλαίσιο του σχολίου του, ο De Leon θεωρεί ότι οι θεραπευτικές κοινότητες, ως μια προσέγγιση βασισμένη στην αυτοβοήθεια, είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνονται σε μία ανάλογη συζήτηση. Ο συγγραφέας έχοντας σαφή άποψη για τη δυναμική της αυτοβοήθειας και την αξιοπιστία της στην αντιμετώπιση της εξάρτησης, προσεγγίζει κριτικά μια σειρά απόψεων των συγγραφέων. Στο επίκεντρο της κριτικής του βρίσκονται η θεώρηση της αυτοβοήθειας ως μιας συμπληρωματικής /επικουρικής πρότασης, η έμφαση στην έννοια της ασθένειας, η αποσαφήνιση των όρων διαχείριση και ανάρρωση και η έντα-

ξη της αυτοβοήθειας σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας. Το σύντομοσχόλιο του De Leon είναι ιδιαίτερα βοηθητικό, καθώς τοποθετεί ένα άλλο πλαίσιο συζήτησης και αντισταθμίζει τον κίνδυνο της εργαλειακής και αποσπασματικής μελέτης του φαινομένου.

Η Κατάχρηση των ΑΑ

*Archie Brodsky
Stanton Peele*

Το άρθρο των Brodsky και Peele εξετάζει τα ζητήματα που προκύπτουν από τις υποχρεωτικές παραπομπές στους Αλκοολικούς Ανωνύμους. Άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού, που έχουν στο ιστορικό τους καταγεγραμμένα περιστατικά μέθης ή για τα οποία υπάρχει απλά η υποψία κατάχρησης αλκοόλ, παραπέμπονται να συμμετάσχουν στις συναντήσεις των ΑΑ. Η αναγκαστική συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας προτείνεται ως εναλλακτική της έκτισης της ποινής τόσο από το δικαστικό σύστημα όσο και από άλλους κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς των Η.Π.Α. Ωστόσο, από την παραπάνω συνθήκη προκύπτουν μια σειρά από ηθικά, επιστημονικά, δεοντολογικά και νομικά ζητήματα. Επιπρόσθετα, η υποχρεωτική παρακολούθηση των ΑΑ έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη φιλοσοφία τους, η οποία βασίζεται στην εθελοντική συμμετοχή και θέτει ως μοναδική προϋπόθεση για το μέλος την επιθυμία διακοπής της χρήσης.

Ωριμάζοντας Το Ξεπερνάς

Stanton Peele

Το άρθρο αποτελεί μια σύντομη αναφορά στη «φυσική ανάρρωση» ή αλλιώς «αυθόρμητη ανάνηψη» από το αλκοόλ και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες. Πρόκειται για τη διαδικασία κατά την οποία το άτομο επιτυγχάνει τη ρήξη με τις ουσίες, χωρίς επαγγελματική ή άλλη (π.χ. συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας) συνδρομή. Η «φυσική ανάρρωση» περιγράφεται στη βιβλιογραφία ήδη από τις πρώτες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα. Ωστόσο, τα τεκμήρια ύπαρξής της αγνοήθηκαν συστηματικά από την κυρίαρχη «νοσολογική» αντίληψη της εξάρτησης. Σαν αποτέλεσμα, όσοι κάταφεραν να αναρρώσουν με «φυσικό» τρόπο απαρτίζουν ένα κρυφό πληθυσμό, που, παρά τη δυσκολία υπολογισμού του, εκτιμάται ότι δεν είναι διόλου αμελητέος.

Η Εξάρτηση είναι Εμπόριο. Ο Αγώνας «Απεξάρτησης» και η Πρόληψη οφείλουν να είναι Λειτουργήματα

Τάκης Λυρής

Η δυναμική της αυτοβοήθειας στο πεδίο της εξάρτησης συζητείται έντονα τα τελευταία χρόνια στο πεδίο των επιστημών υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της συζήτησης είναι η προσπάθεια περιγραφής και κατανόησης του φαινομένου κατά κύριο λόγο μέσα από το πρίσμα των εργαλείων και των μεθόδων της επιστήμης. Παρατηρείται το παράδοξο σχήμα ότι ενώ να αποδεχόμαστε τη δυναμική της, δεν δίνουμε ιδιαίτερη έμφαση στο λόγο, το βίωμα και κυρίως τη γνώση των άμεσα εμπλεκομένων. Η παρούσα συνέντευξη, προϊόν προηγούμενης σχέσης και συνεργασίας, βασίζεται στην παραδοχή της εγκυρότητας της γνώσης των άμεσα εμπλεκομένων στην προσπάθεια κατανόησης των φαινομένων και υλοποίησης αποτελεσματικών προτάσεων. Η συνέντευξη χωρίζεται ουσιαστικά σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, συζητείται μέσα από την πολύ σημαντική εμπλοκή και εμπειρία του ερωτώμενου, ο τρόπος λειτουργίας και τα βασικά χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας 12 βημάτων. Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζονται οι διαστάσεις μιας πολύ σημαντικής εμπειρίας του Oasis Addiction Recovery Society, στο Τορόντο του Καναδά. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό οργανισμό που υποστηρίζει ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης στην επαγγελματική και κοινωνική τους ένταξη. Πρόκειται για έναν πρότυπο οργανισμό, που αποτελεί πρωτοβουλία άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών που είχαν αντιμετωπίσει προβλήματα εξάρτησης στο παρελθόν και συνιστά ελπιδοφόρο παράδειγμα επιτυχούς παρέμβασης στο πεδίο.

Προάγοντας την Αυτοβοήθεια στην Αντιμετώπιση της Εξάρτησης στην Ελλάδα

Σωτήρης Λαϊνός

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα ζητήματα στο πεδίο της κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας. Η διόγκωση του προβλήματος και αδυναμία εξεύρεσης αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισής του οδηγεί στην αναγκαιότητα αναζήτησης νέων παραδειγμάτων παρέμβασης. Η πληθυσμιακή των πρωτοβουλιών των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών είναι

ένα από τα βασικά ζητούμενα στην συγκρότηση νέων προσεγγίσεων. Το συγκεκριμένο κείμενο συνιστά μια επισκόπηση της πρώτης προσπάθειας προαγωγής της ιδέας της αυτοβοήθειας στο πεδίο της εξάρτησης στην Ελλάδα. Μέσα από την παρουσίαση του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας και πιο συγκεκριμένα των βασικών αξόνων της φιλοσοφίας του, του τρόπου λειτουργίας, της πορείας εξέλιξης και της δυναμικής του αναδεικνύονται οι συγκεκριμένες διαστάσεις του εγχειρήματος. Η έμφαση δίνεται στην ανάδειξη των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της πρότασης, που μπορούν να συμβάλουν στη συζήτηση δημιουργίας νέων παραδειγμάτων και όχι στην περιγραφή ενός νέου «απόλυτου» εργαλείου παρέμβασης.

Συντακτική Ομάδα



Η Διάχυση της Εξάρτησης και η Διαχείριση της Απεξάρτησης

Κώστας Μπαϊρακτάρης*

Το κείμενο που ακολουθεί δεν διεκδικεί εύσημα αντικειμενικότητας. Είναι άκρως υποκειμενικό γιατί αποποιούμαι συνειδητά οποιαδήποτε έννοια της λεγόμενης επιστημονικής ουδετερότητας. Είναι σκέψεις για συζήτηση και δράση που προκύπτουν από μία εμπειρία και από μία προσωπική σχέση.

Απορρέουν πρώτον, από την προσωπική εμπειρία της αναζήτησης δρόμων εξόδου των εγκλείστων από την ιδρυματική βαρβαρότητα και δεύτερον, από την προσωπική σχέση με τον ιδρυτή του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και προσωπικό φίλο Φ. Ζαφειρίδη.

Δεν θα εμπλακώ σε ζητήματα που σχετίζονται με τη φύση του προβλήματος της εξάρτησης μια και θεωρώ ότι αυτά προσεγγίζονται από τον Φ. Ζαφειρίδη, τόσο ειδικά όσο και στις επί μέρους παραμέτρους που το συνθέτουν.

Δεν θα αναφερθώ επίσης στην ιδεολογία, τα οράματα, τις αρχές και τις ανθρώπινες αξίες που οδήγησαν στη δημιουργία μιας πρωτόγνωρης, για την Ελλάδα, εμπειρίας στον τομέα της απεξάρτησης μέχρι και την αποχώρησή του από τη διεύθυνση του ΚΕ.Θ.Ε.Α, ούτε στην εντιμότητα και τη συνέπεια που χαρακτήρισαν αυτή την αποχώρηση.

Θα αναφερθώ σε προβληματισμούς, που προκύπτουν τόσο από τη μετάλλαξη του ίδιου του ΚΕ.Θ.Ε.Α. όσο και άλλων ψυχοκοινωνικών δομών και οργανισμών, τους οποίους εγώ σαν πρόσωπο και ενδιαφερόμενος παρακολούθησα μέσα από τα μάτια των δικών μου εμπειριών και των δικών μου αντιλήψεων.

Ο Φαύλος Κύκλος

Οι ακολουθούμενες θεωρίες και μέθοδοι αντιμετώπισης της κοινωνικής περιθωριοποίησης ατόμων ή ομάδων, που δεν ανταποκρίνονται σε κυρίαρχες αντιλήψεις, στάσεις, συμπεριφορές αλλά και αξίες, υπακούουν κατά έναν αξιοσημείωτο τρόπο στους ίδι-

ους τους μηχανισμούς που τις παράγουν.

Το ερώτημα, αν η βάση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι εξωτερικοί (περιβαλλοντικοί - κοινωνικοί) ή εσωτερικοί (οργανικοί-ενδοψυχικοί) παράγοντες, οδήγησε σε ένα τεχνητά κατασκευασμένο δίλημμα που στηρίζεται στην αποποίηση της ίδιας της διαλεκτικής φύσης του και στην εδραίωση ενός μεταφυσικού ορθολογισμού.

Στις τελευταίες δεκαετίες διαμορφώθηκαν απόψεις και θεωρίες, οι οποίες συγκλίνουν ως προς την ψυχοκοινωνική διάσταση του φαινομένου. Προκάλεσαν μία ευρεία συναίνεση στην «επιστημονική κοινότητα», που συνδέεται με μεσσιανικές προσδοκίες επίλυσης του προβλήματος μέσα από την ανάπτυξη μοντέλων και πρακτικών με έναν δήθεν ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό.

Ο προσανατολισμός αυτός παρήγαγε εξειδικευμένες θεωρίες και πρακτικές που καταλήγουν σε διάφορα μοντέλα που με τη σειρά τους αυτονομήθηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε το καθένα από την πλευρά του να διεκδικεί την αποκλειστικότητα τόσο ως προς την αιτιολογία όσο και ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης.

Η προσέγγιση της έννοιας της «θεραπείας» συνδέθηκε με μια πληιάδα ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων, που οδηγούν σε υπο-θεωρίες και αντανακλώνται σε αυτό που στα εγχειρίδια των ειδικών συναντάμε ως «θεραπευτική θεωρία», «θεραπευτική τεχνική», «θεραπευτική διαδικασία», «θεραπευτικό αποτέλεσμα», «τεχνογνωσία», κ.λπ. Ως φυσικό αποτέλεσμα μιας τέτοιας διεργασίας προέκυψε η ανάγκη δημιουργίας θεσμών και δομών, καθώς και η ανάγκη για εξειδίκευση ή υπερεδίκευση με την κατασκευή ενός τέτοιου προτύπου ειδικού που -υπερεξοπλισμένο με τεχνικές και εργαλεία και «πιστοποιημένο» πλέον από αυτούς που ελέγχουν και διαχειρίζονται τον χώρο αυτό- θα τον καθιστούν αντα-

* Αναπληρωτής καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ., e-mail: trella@psy.ath.gr.

γωνιστικό στην αγορά εργασίας, στο δημόσιο ή ιδιωτικό (ψυχοπάζαρο) τομέα, μια και ο τελευταίος συμπληρωματικά προς τις κρατικές προνοιακές πολιτικές, καλείται συνεπικουρούμενος και από τις νομίμως παράνομες εταιρείες-θεραπευτήρια να καλύψει τα «κενά» σύμφωνα με τους κανόνες της οικονομίας της αγοράς.

Ψυχικά πάσχοντες, άτομα με ειδικές ανάγκες, παραβάτες του νόμου, εξαρτημένοι, πολιτισμικές, θρησκευτικές και εθνικές μειονότητες, άνεργοι και οικονομικοί μετανάστες είναι ορισμένες από τις κύριες κοινωνικές ομάδες που συνθέτουν το λεγόμενο κοινωνικό πρόβλημα και κατ'επέκταση την πελατεία των ειδικών, των νέων θεσμών, των εφημερών συνήθως χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων και των νέων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών.

Διαχρονικά και σε διαφορετικές ιστορικές περιόδους παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς τις πληθυσμιακές ομάδες που συνθέτουν το λεγόμενο «κοινωνικό πρόβλημα», ανάλογα με τον βαθμό ανταπόκρισής τους στη μορφή και στην έκταση ανάπτυξης των παραγωγικών δυνάμεων, δηλαδή του οικονομικού και κοινωνικο-πολιτικού μοντέλου οργάνωσης των κοινωνιών.

Το μέγεθος της κοινωνικής απειλής, δηλαδή ο βαθμός επικινδυνότητας για την εκάστοτε κυρίαρχη κοινωνική-οικονομική οργάνωση και τάξη, τα όρια μεταξύ κανονικού και μη-κανονικού, προσαρμοστικού και απροσάρμοστου, εξαρτημένου και ανεξαρτημένου, υγιούς και πάσχοντα γενικεύονται και παίρνουν συλλογικά χαρακτηριστικά με την έννοια της κυρίαρχης κοινωνικής αντίληψης που καθιερώνεται και εσωτερικεύεται. Έτσι, η τοποθέτησή τους στο περιθώριο ακολουθεί ως φυσική συνέπεια και η εξατομίκευση –επιστημονικά και θεσμικά επικυρωμένη- οδηγεί προκλητικά στο μοναδικό ζητούμενο, δηλαδή στην αλλαγή του ατόμου.

Έτσι διασφαλίζεται η αποσιώπηση της κοινωνικής-συλλογικής διάστασης του ζητήματος, αναδεικνύεται η νέα κοινωνική απειλή (με ιδιαίτερα ενοχοποιητικό και τρομοκρατικό τρόπο απέναντι στους νέους), διασφαλίζεται η επιθυμητή τάξη και το κυριότερο: το ίδιο το μοντέλο που παράγει την περιθωριοποίηση φροντίζει μέσα από τον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου για την ίδια την αναπαραγωγή του.

Είναι διαπιστωμένο πλέον ότι η προσέγγιση αυτή οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο για τον λόγο ότι το μοντέλο κοινωνικής οργάνωσης και το περιβάλλον (σύστημα) εκλαμβάνονται ως σταθερά και αμετάβλητα με μοναδικό ζητούμενο την αναγκαιότητα αλλαγής του ατόμου.

Έτσι το κοινωνικό γίνεται ατομικό, το συλλογικό

ορίζεται μονοδιάστατα με βάση τις ανάγκες του κυρίαρχου μοντέλου και το υποκείμενο, δηλαδή η ανθρώπινη ύπαρξη, γίνεται αντικείμενο.

Στην πορεία δημιουργίας, συντήρησης και διαχείρισης του φαύλου αυτού κύκλου επινοούνται θεωρίες και πρακτικές, κατασκευάζονται «επιστήμες», δημιουργούνται οι απαραίτητοι «επιστημονικοί κλάδοι» και όλα αυτά οδηγούν στην κυρίαρχη εικόνα και στην θεϊκή υπόσταση (διάβαζε εξουσία) του «ειδικού» στον οποίον ανατίθεται και η διεκπεραίωση της διαχείρισης. Ο ίδιος είναι πλέον έτοιμος για έναν τέτοιο ρόλο μια και έχει εσωτερικεύσει μέσα από την παιδεία και το σύστημα εκπαίδευσής του ότι το «κοινωνικό» ή το «περιβαλλοντικό» είναι μεν έννοιες που σχετίζονται με το πρόβλημα αλλά έξω από οποιαδήποτε σκέψη αλλαγής της κοινωνίας ή του περιβάλλοντος. Εξατομικεύεται λοιπόν μαζί με το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του. Και για να ολοκληρωθεί το έργο θα πρέπει όχι μόνον να επινοηθεί αλλά και να μεταμορφωθεί ο ένοχος: δηλαδή, με τους όρους του κυρίαρχου επιστημονικού παραδείγματος το αντικειμενοποιημένο πλέον «άρρωστο» άτομο.

Έτσι και ο ειδικός μετατρέπεται ή γίνεται (συνειδητά ή ασυνείδητα) και ο ίδιος μέρος του προβλήματος. Γιατί, αντί για τη ρήξη συμμετέχει στη διαχείριση της ισορροπίας του ίδιου του συστήματος και του μοντέλου που παράγει, αναπαράγει και «λύνει» -προς όφελος του συστήματος- το πρόβλημα.

Η αλλοτρίωση του αντικειμενοποιημένου και περιθωριοποιημένου ατόμου ενυπάρχει στην αλλοτριωμένη υπόσταση του ίδιου του ειδικού. Η βασική διαφορά: ο ειδικός έχει υποστεί πρώτος και έχει πρώτος αφομοιώσει την αντικειμενοποίησή του Είναι του. Αποδέχεται και διεκδικεί πλέον με βεβαιότητα τη θεσμική ανάθεση για την επίλυση του προβλήματος του άλλου, δηλαδή την εξουσία. Εξουσία που καλείται να υπερασπίσει μέσα από την καθημερινή επιβεβαίωση της αφομοίωσής του στο κυρίαρχο σύστημα και με τους όρους που αυτό θέτει.

Η νέα εξάρτηση

Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση: είναι οι επινοήσεις, αλλά και οι τομείς ατομικής και θεσμικής εμπλοκής του ειδικού στο φαύλο κύκλο: πολυάριθμες ειδικότητες, αλλά και δομές για πολλαπλές κοινωνικά περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες. Πολυκερματισμός και εξατομίκευση συμβαδίζουν για την ολοκλήρωση της διαχείρισης.

Η θεραπεία διαπιστώνεται ότι έχει τα όριά της, γιατί η ίδια η διαδικασία της αναδύει ερωτήματα τόσο ως προς τους ενδιαφερόμενους όσο και ως προς τους

επαγγελματίες. «Αποκατάσταση» και «Πρόληψη» συνδέονται ως παράλληλες στη θεραπεία δράσεις και οδηγούν σε πρόσθετες δομές. Νέες δομές, νέες υπηρεσίες με προσωπικό ακόμα και χωρίς «πελάτες», καινούργια προγράμματα, «καινοτόμες» παρεμβάσεις, εμπλουτίζουν το σκηνικό και διαχειρίζονται την κοινωνική και πολιτική ενοχή. Προσφέρονται τα πάντα και οι θεραπευτικές υπηρεσίες διαβαίνουν την πόρτα της πλήρους αφομοίωσής τους στο κυρίαρχο σύστημα. Με τους όρους του συστήματος διαμορφώνονται ο τρόπος, το είδος και οι συνέπειες της συναλλαγής.

Οι πελάτες ή χρήστες (clients/users) περιέργως αυξάνονται και οι «νέες» ανάγκες οδηγούν όλο και περισσότερο στην αύξηση και διόγκωση των υπηρεσιών διαχείρισης. Μια αφύσικη φαινομενικά αντίθεση εμφανίζεται και αναπαράγεται. Η ίδια, όμως, αυτή η αντίθεση παρακάμπτεται μέσα από νέα αιτήματα και πιέσεις για την ικανοποίησή τους.

Η αδυναμία ανταπόκρισης στα νέα αιτήματα κατασκευάζει την ανάγκη για περισσότερη και ακόμα πιο εξειδικευμένη θεραπευτική εκπαίδευση. Έτσι απαιτείται η όλο και μεγαλύτερη εξειδίκευση του «εξειδικευμένου» ήδη «ειδικού», που εξοπλισμένος με επιπρόσθετες θεραπευτικές τεχνικές πιστεύει και προσπαθεί να πείσει και τους άλλους ότι θα εμπλουτίσει το οπλοστάσιό του κατά της -όλο και αυξανόμενης- κοινωνικής διάχυσης της εξάρτησης.

Η μη αμφισβήτηση του μοντέλου που παράγει το πρόβλημα, η έλλειψη οραματικών ιδεολογιών, η αποσάθρωση αξιών και η παραγνώριση της αναγκαιότητας αντίστασης στη διεργασία συλλογικής αλληλοτριώσης οδηγούν στην ανάγκη μιας όλο και αυξανόμενης θεραπευτικοποίησης. Η πίεση σε μια τέτοια κατεύθυνση δεν προέρχεται πλέον από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους, αλλά από μία κατασκευασμένη παθητική κοινωνική στάση και από τους ίδιους τους επαγγελματίες. Συνέπεια από τη μια, η αναπαραγωγή των θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών και από την άλλη, η εδραίωση της εικόνας ενός επαγγελματία που- μπροστά στην αυξητική διάσταση υπαρχόντων προβλημάτων ή στην εμφάνιση νέων- μετατρέπει την δική του ανάγκη σε αρετή. Έτσι, αυξάνεται εκρηκτικά η δύναμή του σαν διαχειριστή του προβλήματος.

Η κοινωνική ένταση του προβλήματος, με όλες τις πολιτικές της διαστάσεις, προσφέρει το έδαφος για την ολοκλήρωση της κοινωνικής, αλλά και πολιτικής ανάθεσης της διαχείρισης. Παράλληλα, αυξάνεται και η διαπραγματευτική δύναμη του ειδικού ή του οργανισμού απέναντι στους χρηματοδότες του και μπαίνει στα σαλόνια της συναλλαγής με αυτούς: με τους όρους βέβαια του ίδιου του παθογόνου συστήματος του οποίου και γίνεται αναπόσπαστο μέρος, γιατί έτσι

μόνον μπορεί να εγγυηθεί τη διαχείριση του προβλήματος και τη διεκπεραίωση της κοινωνικής και πολιτικής πλέον ανάθεσης. Όλα τα κίνητρα και όλα τα μέσα είναι πλέον αυτονόητα και θεμιτά.

Ακόμα και η λεγόμενη «διακλαδική» ή «διεπιστημονική» προσέγγιση των ζητημάτων αυτών εκφυλίζεται σε ένα σχήμα συζήτησης «ειδικών» και «ειδικευμένων» παραγκωνίζοντας το βασικό στοιχείο της υπαρξιακής συνεύρεσης, δηλαδή της συνάντησης προσώπων.

Η εξάρτηση αποκτά νέο περιεχόμενο και καινούργιους αποδέκτες. Αντιστρέφονται οι όροι. Το ζητούμενο είναι η αποκατάσταση πλέον του επαγγελματία και η επαγγελματοποίηση του χρήστη. Η διαχειριστική ικανότητα του προβλήματος το μέσο. Η αλληλοτριώση και η αποξένωση στο αποκορύφωμά τους.

Η διαχειριστική λογική και η συναλλαγή διαχέονται σε όλο το φάσμα των εμπλεκόμενων και πολύ πιο έντονα στο εσωτερικό των ίδιων των υπηρεσιών, οριζοντίως και καθέτως. Αναπτύσσεται μια νέα δυναμική. Πολλές φορές με ανταγωνιστικά στοιχεία και με κατάληξη πάντα την αναδιανομή των διαχειριστικών εξουσιών και παντός είδους ωφελημάτων. Κυρίαρχοι στόχοι γίνονται πλέον η επίτευξη νέων ισορροπιών και η διατήρηση του συστήματος και των υποσυστημάτων του. Νέες μορφές εξάρτησης και αλληλοεξάρτησης γεννιούνται.

Η θεσμική διάσταση της αλληλοτριώσης

Η διαδικασία της αλληλοτριώσης, όπως περιγράφεται παραπάνω, δεν απέχει πολύ από τους όρους και τους μηχανισμούς που παρατηρούνται ευρύτερα και στους οποίους όλοι μας είμαστε εκτεθειμένοι και εσωτερικεύουμε με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο. Αυτό που μπορεί να μας διαφοροποιεί είναι ο βαθμός αφομοίωσης ή τα αποθέματα αντίστασης σε αυτή τη διαδικασία. Δηλαδή η Παιδεία, τα Οράματα και οι Αξίες που αποκτούμε μέσα από την ατομική και συλλογική μας ιστορία, από τα βιώματα και τις εμπειρίες μας. Από το περιεχόμενο της υπαρξιακής μας ανασφάλειας και τη δύναμη -συλλογική και ατομική- της υπαρξιακής μας ασφάλειας. Από τη σχέση μας με τον εαυτό μας, τους άλλους και το περιβάλλον.

Πολλοπλά είναι τα επίπεδα που συνθέτουν τόσο τη διαδικασία όσο και τις συνέπειές της: σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, σαν εξατομικευμένες ή γενικευμένες επιπτώσεις.

Η υπαρξιακή και η βιοποριστική σύνδεση με τις δομές και τις υπηρεσίες αυτές, θα προσδοκούσε κανείς να καθλιεργούν το αίσθημα της ασφάλειας και να εκπορεύεται μέσα από αυτό η αυτοπεποίθηση, η ολο-

κλήρωση και η ανάπτυξή μας. Το αντίθετο συμβαίνει.

Η κόπωση, η επαγγελματική εξουθένωση ή το Burn Out (διάβαζε βαρεμάρα) αναδεικνύονται σε επαγγελματική νόσο και αποκτούν πανδημικό χαρακτήρα: η κακώς εννοούμενη δημοσιούπαλληλική αντίληψη, η συντεχνιακή λογική, η επαγγελματική απόσταση, η γραφειοκρατική αντίληψη είναι μερικές από τις εικόνες, για να μιλήσουμε με όρους συμπτωματολογίας, που χαρακτηρίζουν λίγο ή πολύ, αργά ή γρήγορα, τους εμπλεκόμενους στις υπηρεσίες αυτές. Είναι το νέο πολιτισμικό-ιδεολογικό υπόβαθρο. Η επινόηση του «Burn Out», πριν από τρεις σχεδόν δεκαετίες, θα αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στη διεργασία αλλοτρίωσης των επαγγελματιών φροντίδας και όχι μόνον.

Γιατί με αφορμή αυτό -και την «επιστημονική» συζήτηση γύρω από αυτό- φαίνεται να εξηγείται ακόμα περισσότερο η αλλοτριωτική φύση της ίδιας της θεωρίας του. Η ψυχολογικοποίηση και η θεραπευτικοποίηση, η αναζήτηση τεχνικών και μέσων επίλυσής του αναπαράγουν το φαινόμενο αντί να το υπερβαίνουν. Όλη η συζήτηση και όλες οι πρακτικές αντιμετώπισής του γίνονται με όρους ενσωματωμένους στην ίδια τη λογική του κυρίαρχου θεραπευτικού λόγου και των πρακτικών που απορρέουν από αυτόν. Έτσι προσιθεται ένας ακόμα χώρος επιστημονικής συζήτησης και παρέμβασης με αντικειμενοποιημένα υποκείμενα τους ίδιους πλέον τους εργαζόμενους στις δομές. Ένα νέο πεδίο δράσης των ειδικών διαμορφώνεται. Συζήτηση και παρέμβαση που αφενός, δεν αμφισβητούν το ίδιο το μοντέλο και τα ιδρυματικά χαρακτηριστικά που αυτό δημιουργεί και αφετέρου, που παρερμηνεύουν τις αρνητικές επιπτώσεις της αλληλοεπίδρασης στην οποία εμπλέκονται οι εργαζόμενοι. Το αποτέλεσμα είναι να αναδεικνύονται οι ατομικοί περιορισμοί και η ανικανότητα ανταπόκρισης σε ένα «βαρύ θεραπευτικό έργο». **Έτσι αναπαράγεται σε ένα επόμενο επίπεδο η αναγκαιότητα του συστήματος να συντηρήσει τους συντηρητές του.** Επινόεται η αναγκαιότητα αύξησης των κινήτρων (οικονομικών ή θεσμικών), τα οποία με τη σειρά τους για όχι μεγάλο χρονικό διάστημα συναντούνε τα όριά τους. Και μετά πάθι από την αρχή.

Η ιδρυματοποίηση των εμπλεκόμενων, ακόμα και σε κλασσικά μη ιδρυματικούς χώρους (στις κάποτε καινοτόμες, νέες ή εναλλακτικές δομές), είναι ένα φαινόμενο που συναντάται συχνά κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Είναι ένα φαινόμενο που σε επίπεδο εργαζομένων διαπιστώθηκε ιστορικά πρώτα στους τόπους του ιδρυματικού εγκλεισμού ψυχικά πασχόντων. Η εγκαθίδρυση, η δομή, η οργάνωση και η διαχείριση της ιδρυματικής τάξης θεωρήθηκε αρχικά ότι έχει αρνητικές

επιπτώσεις μόνον στους εγκλειστούς. Πώς λοιπόν θα ήταν εφικτή η αναπαραγωγή τους, χωρίς ιδρυματοποιημένους εργαζόμενους; Χωρίς ένα επιστημονικό υπόδειγμα που να ενισχύει την ιδρυματοποίηση; Μόνον οι ρήξεις με το ιδρυματικό αυτό μοντέλο έφεραν στην επιφάνεια την ιδρυματική διάσταση των εργαζομένων. Γιατί διαπιστώθηκε ότι η αποσάθρωση των ιδρυματικών δομών σημαίνει πρωταρχικά την αμφισβήτηση του κυρίαρχου ψυχιατρικού παραδείγματος, σημαίνει επίσης ότι οι εργαζόμενοι ακυρώνουν καθημερινά την κοινωνική ανάθεση της διαχείρισης της ιδρυματικής τάξης και του εγκλεισμού συνανθρώπων τους. Σημαίνει μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση της τρέλας και κατ' επέκταση μια διαφορετική συνάντηση του επαγγελματία και της κοινωνίας με το πάσχον υποκείμενο, με το διαφορετικό.

Τα ιδρυματικά, λοιπόν, χαρακτηριστικά που αναπαράγονται στις νέες ψυχοκοινωνικές και εξωνοσοκομειακές δομές θα πρέπει να αναζητηθούν στις επιστημονικές θεωρίες και πρακτικές που τα παράγουν. Θα πρέπει να αναζητηθούν σε όλους όσους εμπλέκονται στο σύστημα της διαχείρισης των κοινωνικά αποκλεισμένων και στα μοντέλα ή στις πολιτικές που ακολουθούν. Θα πρέπει να αναζητηθούν στο σύστημα εκπαίδευσης των ειδικών. Αυτό ισχύει και στον τομέα των εξαρτήσεων για τη βιομηχανία παραγωγής πιστοποιημένων «συμβούλων τοξικοεξάρτησης».

Η αντίσταση

Θα ήταν αφελές να αναθέσουμε την αντίσταση στην αλλοτριωτική αυτή διεργασία στους ίδιους τους διαχειριστές της. Η αυξανόμενη όμως διάχυση της αλλοτριώσης παραπέμπει αναγκαστικά στην αναγκαιότητα δημιουργίας των συνθηκών αποσάθρωσής της.

Μας παραπέμπει στην αναζήτηση θεωριών και πρακτικών, που θα επαναφέρουν το πολυκερματισμένο και αντικειμενοποιημένο άτομο στη θέση του συλλογικού υποκειμένου. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν και εμείς ίδιοι αποκατασταθούμε ως δρώντα συλλογικά υποκείμενα και αποποιηθούμε τον ρόλο των διαχειριστών του κοινωνικού αποκλεισμού. Όταν ως ενεργοί πολίτες συνδράμουμε στη ρήξη τόσο με τη διεργασία παραγωγής του όσο και με το κοινωνικό-οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό μοντέλο που την ανατροφοδοτεί. Η συν-εμπλοκή μας στην αλλοτριωτική διεργασία είναι και ο κοινός τόπος που μας συνδέει με τις κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες. Είναι παράλληλα ο τόπος της επανασυνάντησής, με νέους όρους, με αυτές. Είναι ο τόπος της κοινής αντίστασής μας.



Οργάνωση Αυτοβοήθειας SYNANON: Η Επιτομή της Θεραπείας της Εξάρτησης*

Ζαφειρίδης Φοίβος**

Όταν ο Charles Dederich ίδρυε το 1958, στη Santa Monica της Καλιφόρνια, το κοινόβιο του Synanon, σίγουρα δεν μπορούσε να φανταστεί τις σημαντικότερες θετικές επιπτώσεις του εγχειρήματός του, τόσο στη θεραπεία των εξαρτήσεων όσο και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας γενικότερα. Σήμερα, όμως, πενήντα περίπου χρόνια από την ίδρυσή του η συνεισφορά του εγχειρήματος του Dederich, στην κατανόηση και θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, μπορεί να εκτιμηθεί σε όλο της το εύρος. Αυτή η συνεισφορά δεν περιορίζεται μόνο στη γένεση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων για Εξαρτημένους, αλλά και στην καθοριστική επίδραση που είχε στην ανάπτυξη σύγχρονων ψυχοθεραπευτικών ρευμάτων, θεραπευτικών αντιλήψεων και θεωριών για την ψυχολογία της Υγείας. Πράγματι, οι εφαρμοσμένες Ιδέες του Dederich στο Synanon επέδρασαν στην τελική διαμόρφωση της θεωρίας και των τεχνικών των Maslow (Πυραμίδα Αναγκών), Perls (Gestalt), Moreno (Ψυχόδραμα), Rogers (Πελατοκεντρική – Ομάδες Συνάντησης) και Casriel (Bonding therapy), (Maslow, 1967, Rawlings & Yates, 2001, Rogers, 1970, Casriel, 1972).

1. Το Synanon διαυγάζει το τοπίο των Εξαρτήσεων

Από τη στιγμή της ίδρυσής του, το Synanon ανέτρεψε όλες τις μέχρι τότε ισχύουσες επιστημονικές αντιλήψεις και στάσεις για τη θεραπεία των εξαρτή-

σεων. Κατ' αρχάς, σε αντίθεση με ό,τι ίσχυε από τις αρχές του 20ου αιώνα -όταν η εξάρτηση αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως αυτόνομη νοσολογική οντότητα- η προσπάθεια δεν προέρχεται από επιστήμονες του χώρου της Ψυχικής Υγείας. Είναι οι ίδιοι οι εξαρτημένοι που, εμπνεόμενοι από το παράδειγμα αυτοβοήθειας των ΑΑ, επιχειρούν με την ίδρυση του κοινοβίου να θεραπεύσουν το πρόβλημά τους. Αυτό το γεγονός εμπεριέχει μια βαθύτατη ανατροπή της παραδοσιακής θεραπευτικής προσέγγισης, που επιφυλάσσει στον πάσχοντα τον ρόλο του παθητικού αποδέκτη της θεραπείας.

Αλλά έπεται και συνέχεια. Το Synanon αποδομεί τη σοβαρότητα του Σωματικού Στερητικού Συνδρόμου, που ο επιστημονικός κόσμος εκείνης της εποχής θεωρεί ως κύριο λόγο διαιώνισης της εξάρτησης. Το αντιμετωπίζει χωρίς εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, με κύριο όπλο την ασφάλεια και την αγάπη που παρέχει το κοινόβιο. Με αυτό τον τρόπο, η βαρύτερη συμπτωματολογία ελαχιστοποιείται ή εξαφανίζεται και οι οπαδοί της νοσολογικής/βιολογικής αντίληψης στερούνται από το βασικότερο επιχειρήμα τους. Εισάγει στη θεραπεία την άγνωστη μέχρι τότε έννοια της σκληρής αγάπης. Τα μέλη έχουν δεδομένη τη στήριξη και την αγάπη όλων των άλλων και κυρίως των παλαιότερων μελών, όσο προχωρούν με βάση τον τρόπο ζωής του κοινοβίου. Όταν όμως οι συμπεριφορές τους δεν στηρίζουν την κοινή προσπάθεια, αντιμετωπίζουν τη σκληρή αντιπαράθεση

* Το άρθρο αυτό δεν αποτελεί ιστορική αναδρομή της ανόδου και της πτώσης του Synanon. Για τη μελέτη της ιστορίας του προτείνονται τα ακόλουθα βιβλία:

1. Yablonsky, L. [1967] *Synanon: the tunnel back*. Baltimore: Penguin.

2. Casriel, D. [1963]. *So fair a house: the story of Synanon*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

3. Janzen, R. [2001] *The rise and fall of Synanon: a California utopia*. Baltimore, MA: The Johns Hopkins University Press.

** Αναπληρωτής καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ., Πανεπιστημιούπολη, 54124, Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 500477, e-mail: fizaf@otenet.gr.

όλων των άθλων. Τα «Synanon games», δηλαδή οι ομαδικές συναντήσεις μέσα στις οποίες λαμβάνουν χώρα αυτές οι αντιπαραθέσεις μέσα σε κλίμα απόλυτης ισότητας, έμειναν στην ιστορία της ψυχοθεραπείας για τη δυνατότητά τους να καταρρίπτουν τις μάσκες, να αποκαλύπτουν και στη συνέχεια να καλύπτουν τις βασικές ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες που ενυπάρχουν σε κάθε άνθρωπο, οι οποίες όταν δεν ικανοποιούνται οδηγούν σε σκληρές συμπεριφορές, νόμιμες ή παράνομες. Η όλη διαδικασία προσομοιάζει με αρχαία τραγωδία, με την κάθαρση να έρχεται στο τέλος και να αναδεικνύει το κοινό πεπρωμένο της ανθρωπίνης ύπαρξης.

2. Το Synanon αλλιάζει το τοπίο στη θεραπεία

Στις αρχές τις δεκαετίας του '60, το αυτοδιαχειριζόμενο και αυτοχρηματοδοτούμενο κοινόβιο του Synanon αποτελεί, για την πλειονότητα του επιστημονικού κόσμου και την αμερικανική κοινή γνώμη, το μόνο μέρος σε ολόκληρο τον κόσμο, όπου ένας τοξικομανής, ακόμη και με βαρύτατο εγκληματικό παρελθόν, μπορεί οριστικά να αποθεραπευτεί. Οι επισήμως διαπιστευμένες για την αντιμετώπιση του προβλήματος ψυχολογικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες, όχι μόνο είναι ανήμπορες να θεραπεύσουν, αλλά αδυνατούν ακόμη και να ανακουφίσουν στοιχειωδώς τους εκατομμύρια εξαρτημένους και τις οικογένειές τους.

Έτσι, μη κυβερνητικές οργανώσεις, κοινωφελείς οργανισμοί, ακόμη και κρατικοί φορείς, στρέφονται προς το Synanon αναζητώντας βοήθεια. Μέλη του Synanon αναλαμβάνουν την ίδρυση και τη λειτουργία κοινοβίων σε όλη την Αμερική, σε συνεργασία ή όχι με επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Τα νέα κοινόβια εμφορούνται από τις αρχές και τις αντιλήψεις για τη θεραπεία του Synanon. Σε αντίθεση με τη μητέρα-Synanon, ενθαρρύνουν την κοινωνική επανένταξη των μελών τους, δέχονται εξωτερικές οικονομικές χορηγίες, καθώς επίσης και επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας για προσωπικό τους. Οι επαγγελματίες, όπως

άλλωστε και όλα τα μέλη, γίνονται δεκτοί υπό τον όρο ότι ενστερνίζονται τη φιλοσοφία του κοινοβίου. Οι επαγγελματίες είναι αυτοί που εισάγουν στα Κοινόβια στοιχεία της θεραπευτικής Κοινότητας του M. Jones. Ανεξάρτητα από την προέλευσή του, το προσωπικό εμφορείται από υψηλά ιδανικά. Διαθέτει γνήσιο ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπό του, την προσωπική του ανάπτυξη και τα κοινωνικά προβλήματα. Απόφοιτοι αυτών των Κοινοβίων ίδρυσαν και άλλα τέτοια, κοινοβιακού τύπου, σπίτια σε όλη την Αμερική. Έτσι, βασισμένη στις ανησυχίες και τον εθελοντισμό αυτών των πρωτοπόρων, η γένεση της θεραπευτικής Κοινότητας για εξαρτημένους είναι γεγονός.

Παρόλα αυτά, η ονομασία «Θεραπευτική Κοινότητα» καθιερώθηκε αργότερα, μετά το 1966. Τα πρώτα χρόνια επικράτησε η ονομασία «Σπίτια της Ιδέας», γιατί, όπως ήδη ειπώθηκε, όλες αυτές τις ανθρωπίνες Κοινότητες συνέδεε η κοινή κληρονομιά των Ιδεών και των αντιλήψεων περί θεραπείας του Synanon. Η «Ιδέα» ήταν απλή: θεραπεία των εξαρτημένων σημαίνει προσωπική αλλαγή: αληθινή και μόνιμη αλλαγή δεν μπορεί να υπάρξει στο απάνθρωπο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο διαμορφώθηκε για να υπηρετεί την οικονομική ανάπτυξη και όχι τις συναισθηματικές και ηθικές ανθρωπίνες ανάγκες. Αυτό το περιβάλλον, όχι μόνο δεν ενισχύει τη διαδικασία της ανάρρωσης, αλλά είναι αυτό το οποίο προκαλεί την αρρώστια.¹

Τα «Σπίτια της Ιδέας» κατέστησαν δυνατή την επίτευξη του στόχου της προσωπικής αλλαγής των μελών τους, γιατί διέθεταν ένα περιβάλλον, το οποίο δεν αποτελούσε αντίγραφο της πραγματικής κοινωνίας, αλλά υπόδειγμα πρωτοχριστιανικής ή κομμουνιστικής μικροκοινωνίας.² Σε αυτές τις μικροκοινωνίες, με τη θεσμοθετημένη ισοπολιτεία και κοινωνική δικαιοσύνη, ήταν η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η αγάπη, η αλληλεγγύη, η εντιμότητα και οι στενοί άνθρωποι δεσμοί, τα οποία ευόδωναν την προσωπική αλλαγή. Αυτό σημαίνει ότι ο αγώνας για προσωπική αλλαγή οφείλει να είναι ταυτοχρόνως αγώνας και για αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος.³ Αυτή η θέση προσέδιδε πολιτική διάσταση στην έννοια

1 Οι ιδέες αυτές αποτέλεσαν τον πυρήνα της φιλοσοφίας της Θ.Κ. «ΙΘΑΚΗ» [βλ. Ζαφειρίδης, Φ., 1987].

2 Το Synanon καλύπτει τις πραγματικές οικονομικές ανάγκες του κάθε μέλους και δεν λαμβάνει υπόψη τα συνήθη κριτήρια μόρφωσης, εξειδίκευσης, θέσης στην ιεραρχία κ.λπ.

3 Τις ίδιες αξίες υιοθετούσε και το κίνημα της Ανθρωπιστικής Ψυχολογίας, ως βασική προϋπόθεση δημιουργίας ψυχοθεραπευτικής σχέσης και αλλαγής των πελατών. Με τη διαφορά ότι λίγιοι ήταν εκείνοι όπως ο Fromm (1955), ο Reich (1948), ο May (1960), ο όψιμος Rogers (1980), οι οποίοι τόνισαν την σημασία της κοινωνικής αλλαγής για την διασφάλιση όρων προσωπικής ανάπτυξης. Αργότερα το κίνημα της Κριτικής Ψυχολογίας [Prilleltensky & Fox, 1997] υιοθέτησε απόλυτα τη θέση για κοινωνική και πολιτική αλλαγή, ως προϋπόθεση προαγωγής της Ψυχικής Υγείας.

της θεραπείας. Γιατί κοινωνική αλλαγή, χωρίς πολιτική αλλαγή, δεν νοείται. Η αναγωγή της θεραπείας σε πολιτική πράξη και η ανατροπή της κυρίαρχης αντίληψης περί θεραπευτικής ουδετερότητας, η οποία προήλθε για πρώτη φορά στην ιστορία της Ψυχικής Υγείας από τα ίδια τα υποκείμενα της θεραπείας, δημιούργησε το έδαφος για μελλοντική σύγκρουση του κινήματος των Θεραπευτικών Κοινοτήτων -όπως μετονομάστηκαν εντωμεταξύ τα «Σπίτια της Ιδέας»- με το ιδεολογικοπολιτικό κατεστημένο και το επιστημονικό του εποικοδόμημα.⁴ Αυτή η σύγκρουση κατέληξε τελικώς σε ήττα του κινήματος των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, το οποίο, σε αντίθεση με το Synanon, όντας οικονομικά εξαρτημένο από κρατικές και άλλες οικονομικές επιδοτήσεις, υποχρεώθηκε σε παραίτηση από τις ιδεολογικές και πολιτικές του καταβολές, προκειμένου να διασφαλίσει την επιβίωσή του.

3. Ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της θεραπείας από το Synanon και το πολιτικό του μήνυμα.

Το κοινόβιο του Synanon εισήγαγε για πρώτη φορά στην ιστορία των θεραπευτικών εγχειρημάτων κοινωνικές και πολιτικές παραμέτρους στη θεραπεία της εξάρτησης. Είχε προηγηθεί η εισαγωγή από τους ΑΑ, το 1935, της πνευματικής διάστασης στη θεραπεία της εξάρτησης. Μέχρι την εμφάνιση των ΑΑ και του Synanon, οι επαγγελματικές προτάσεις περιόριζαν την έννοια της θεραπείας σε μία στενή ψυχολογικοποιημένη εκδοχή, που ασχολούνταν αποκλειστικά με την παρατήρηση και κατανόηση ψυχολογικών μηχανισμών παραβλέποντας στην πορεία τη διαθεκτική των ανθρώπινων προβλημάτων.

Αντίθετα, η διευρυμένη οπτική του Synanon αντιμετώπιζε την εξάρτηση ως προϊόν της δυναμικής αλληλεπίδρασης προσωπικού-κοινωνικού-πολιτικού. Έτσι, η παραδοχή ότι η κοινωνία είναι άρρωστη, δεν μπορούσε να αποτελέσει άλλοθι για αρρωστημένες προσωπικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα όταν αυτές στρέφονταν εναντίον της ίδιας της ζωής. Αλλά και αντίστροφα, η άδικη, ανήθικη και παθητική κοινωνία, όταν παραιτείται από την αλλαγή και τη βελτίωσή της, δε δικαιούται να προσδοκά την αλλαγή των μελών της και μάλιστα να καταστέλλει με βία συμπεριφορές που

ουσιαστικά υπαγορεύει η ίδια. Με βάση αυτή τη φιλοσοφία, το Synanon δεν εγκλωβίσε ποτέ τις προσεγγίσεις του στη στενή σχέση φαρμακευτικής δράσης της ουσίας και του ανθρώπου, όπως πράττει το νοσολογικό πρότυπο. Αντίθετα, ερμηνεύοντας την εξάρτηση ως προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ προσωπικών ελλειμμάτων που καθιστούν την ανθρώπινη ύπαρξη ευάλωτη και δυσμενούς περιβαλλοντικής συνθήκης, εστίασε τόσο στην προσωπική ανάπτυξη όσο και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, που θα υποστήριζε την προσωπική αλλαγή και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των μελών του.

Ακριβώς για να διαμορφώσει αυτό το κατάλληλο περιβάλλον, το Synanon αντέστρεψε τις κυρίαρχες κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις. Έτσι, ενώ για την ευρύτερη κοινωνία το χρήμα είχε σημαίνοντα ρόλο, για την κοινότητα Synanon δεν είχε απολύτως καμία αξία. Αν στην κοινωνία κυριαρχεί το ψέμα, η υποκρισία, η ανεντιμότητα, στο Synanon κυριαρχεί η απόλυτη ειλικρίνεια και εντιμότητα. Επεκτείνοντας αυτές τις ανατροπές σε όλο το φάσμα της εσωτερικής κοινωνικής ζωής του, το Synanon δημιούργησε μία ουτοπική κοινότητα. Δεν ήταν η πρώτη φορά στην ιστορία που δημιουργήθηκε μια τέτοια Κοινότητα. Ήταν η πρώτη φορά που αποδείχθηκε με τόσο χειροπιαστό τρόπο, ότι η ουτοπία μπορεί να προσφέρει απαντήσεις στα σύγχρονα ανθρώπινα αδιέξοδα. Αυτή η διαπίστωση αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί πηγή έμπνευσης για τους απανταχού ρομαντικούς της γης, καθώς δικαιώνει το όραμά τους για ανθρωπινότερη κοινωνία. Αυτό άλλωστε εξηγεί το γεγονός ότι, μετά τα πρώτα χρόνια, στα κοινόβιά του Synanon συνέρρεαν άνθρωποι που δεν ήταν εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες, αλλά από τον αρρωστημένο τρόπο ζωής που υπαγόρευε η απορυσθμισμένη κοινωνία της ελεύθερης αγοράς.

Παρόλα αυτά, η συνεισφορά του Synanon στο πεδίο των εξαρτήσεων δεν συνίστατο τόσο στις επαναστατικές ιδέες και αντιλήψεις του, όσο στην επιβεβαίωση της ορθότητας αυτών των ιδεών από την επιτυχία των εφαρμογών του. Γιατί, ανεξάρτητα από την ριζοσπαστικότητα των ιδεών του, το Synanon αποτέλεσε την πρώτη επιτυχή εφαρμογή μιας θεωρίας στην ιστορία των εξαρτήσεων. Μέχρι τότε, οι κυρίαρχες νοσολογικές θεωρίες και αντιλήψεις βιολογικής, συ-

4 Η σύγκρουση τελικώς έλαβε χώρα στην Θεραπευτική Κοινότητα του Daytop στην Ν.Υόρκη το 1968. Η Κοινότητα αυτή, υπό την χαρισματική ηγεσία του D. Deitch, αποτελούσε εκείνη την εποχή πρότυπο για όλα τα θεραπευτικά εγχειρήματα της Αμερικής. Τελικώς η σύγκρουση έληξε με απονομή του Deitch με την κατηγορία της πολιτικοποίησης της θεραπείας. Έκτοτε, οι Θεραπευτικές Κοινότητες με ελάχιστες περιοδικές εξαιρέσεις παραιτήθηκαν από την αρχική τους Φιλοσοφία και έδωσαν έμφαση σε εργαλεία και τεχνικές που κληρονόμησαν από τα αρχικά πρότυπα.



μπεριφορικής ή ψυχαναλυτικής έμπνευσης, αποτύχαναν σταθερά στις εφαρμογές τους (Kooyman, 1993, Yablonsky, 1994). Αλλά, πάνω απ' όλα, το Synanon μας κληροδότησε ένα σαφές πολιτικό μήνυμα: Μια κοινωνία ή κοινότητα ανθρώπων, που θέλει να θεραπεύει και να προλαμβάνει την ψυχική αρρώστια, θα πρέπει να κινείται προς περισσότερη κοινωνική δικαιοσύνη και ισοπολιτεία.

4. Το Synanon και οι επαγγελματίες της θεραπείας της εξάρτησης

Τόσο η υπερβολική κριτική που ασκήθηκε στο μοντέλο του Dederich από τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας όσο και η αδυναμία τους, επί ένα περίπου αιώνα, να διατυπώσουν μια πρόταση πραγματικά θεραπευτική για τον τοξικομανή, έχουν μια κοινή βάση: την τάση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας να προσεγγίζουν και να ερμηνεύουν τα πάντα, με γνώμονα τη στενή επιστημονική τους γνώση και τα φτωχά, σε σχέση με το εύρος της ζωής, πανεπιστημιακά τους εφόδια. Εφόδια που ωστόσο αποδείχτηκαν άχρηστα στην περίπτωση της φαρμακευτικής εξάρτησης.

Πράγματι, από την εποχή του Αμερικανικού εμφυλίου πολέμου (1861-1865), η Αμερική αντιμετώπιζε μεγάλο πρόβλημα κατάχρησης οπιούχων, κοκαΐνης και αργότερα αλκοόλ και βαρβιτουρικών. Με την ανάπτυξη της καταναλωτικής κοινωνίας, μετά το

Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το πρόβλημα επιδεινώνεται και αποκτά βαθμιαία ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (Ψυχιατρικές Κλινικές, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχοθεραπευτικά Κέντρα και λοιπές διαθέσιμες επαγγελματικές δομές) αποτυγχάνουν πλήρως στη θεραπεία της εξάρτησης (De Leon, 2004)! Έπρεπε να ιδρυθεί το Synanon, το 1958, για να δούμε, στην κυριολεξία για πρώτη φορά, θεραπευμένους χρήστες σκληρών ναρκωτικών.

Αυτός ήταν ο λόγος που η επιτυχία του Synanon προκάλεσε έκπληξη και απορία στους ειδικούς της Ψυχικής Υγείας. Δεκάδες επώνυμοι και ανώνυμοι επιστήμονες απ' όλο τον κόσμο, συνέρρεαν στα κοινόβιά του, προκειμένου να μελετήσουν το φαινόμενο. Μελετώντας κανείς την εσωτερική ζωή και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του μοντέλου, όπως η επιμονή του στις αξίες της δικαιοσύνης, της ισοπολιτείας, της συλλογικότητας, της αλληλεγγύης, της βαθιάς ανθρώπινης σχέσης, της ανάληψης προσωπικής ευθύνης, αλλά και στη διεξαγωγή σεμιναρίων φιλοσοφίας, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όλα αυτά διαμόρφωναν κλίμα ηθικής και πνευματικής ανάτασης και προσέδιδαν νόημα ζωής στα μέλη. Σε αυτές ακριβώς τις «ιδιορρυθμίες», τις οποίες με ευλάβεια διακονούσε το Synanon και οι οποίες δεν συναντιούνται σε καμία επαγγελματική θεραπευτική πρόταση, οφείλουμε να αποδώσουμε την ικανότητα του κοινοβίου, όχι απλώς να αλλάζει τις συμπεριφορές των μελών

του, αλλά στην κυριολεξία να μεταμορφώνει ψυχολογικά «διαταραγμένους» και «ανισόρροπους», με βαρύτατο εγκληματικό παρελθόν, σε ανθρώπους με όλη τη σημασία της λέξης. Κατά συνέπεια, ακριβώς στην έλλειψη τέτοιων χαρακτηριστικών θα πρέπει να αποδώσουμε την αποτυχία των παραδοσιακών επαγγελματικών Υπηρεσιών Υγείας στη θεραπεία, αλλά και της ευρύτερης κοινωνίας στην πρόληψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Αν έτσι έχουν τα πράγματα, τότε η εμπειρία του Synanon αποτέλεσε και αποτελεί μια πρόκληση για την κοινωνία και ιδιαιτέρως για τους επιστήμονες της Ψυχικής Υγείας: Προκειμένου να δημιουργήσουν αποτελεσματικές θεραπευτικές προτάσεις, οφείλουν να διευρύνουν την έννοια της θεραπείας, προς μία περισσότερο ολιστική κατεύθυνση, εισάγοντας κοινωνικές, ιδεολογικές και ηθικές παραμέτρους. Αλλά ακριβώς αυτές οι νέες εισαγωγές στην έννοια της θεραπείας, θέτουν νέες προκλήσεις και νέα ερωτήματα: Ποιά ακριβώς οφείλει να είναι η ταυτότητα του θεραπευτή προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στη νέα διευρυμένη έννοια της θεραπείας; Οφείλει να διαθέτει κοινωνικές και πνευματικές ανησυχίες, ήθος, νόημα και φιλοσοφημένη στάση ζωής; Αν ναι, είναι ζήτημα κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου, προκειμένου αυτά να αποκτηθούν από τους λειτουργούς της Υγείας, ή πρόκειται για γνωρίσματα που αποκτώνται από προσωπική επιλογή και διάθεση προσωπικής ανάπτυξης, όπου η επαγγελματική εκπαίδευση παίζει δευτερεύοντα ρόλο;

Βιβλιογραφία

- Casriel, D., (1972). *A Scream Away from Happiness*. Grosset & Dunlap, Inc., New York.
- De Leon, G., (2004). Commentary on "Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy." *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, 163–165.
- Fromm, Er., (1955). *The Sane Society*. New York: Rinehart & Company.
- Kooyman, M., (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam / Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Maslow, A. H., (1967). Synanon and eupsychia. *Journal of Humanistic Psychology*, 7(1), 28 - 35.
- May, R., (1961). Κεφάλαιο 1ο. In: R. May, *Existential Psychology* [Επιμ. Έκδ.]. New York: Random House.
- Prilletensky, Is. & Fox, D. (1997). *Introducing Critical Psychology: Values, Assumptions and the Status Quo*. London: Sage Publications.

- Reich, W., (1948). *Listen, Little Man!*. New York: The Noonday Press.
- Rogers, Carl. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Haper and Row.
- Yablonsky, L. (1994). *The Therapeutic Community*. New York: Gardner Press.
- Yates, R., Rawlings, B., (2001). Introduction. In: *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. Yates, R., Rawlings, B., [Επιμ. Έκδ.]. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ζαφειρίδης, Φ. (1987). Βασικές αρχές λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας. Αθήνα: *Επιτομή 11ου Πανελλήνιου Ψυχιατρικού Συνεδρίου*.



Η Αυτοβοήθεια στις Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών:

Ιστορία, Αποτελεσματικότητα, Κενά Γνώσης και Δυνατότητες για Έρευνα*

John F. Kelly**

Τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας για τις Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών (ΔΚΟ) είναι ένα βοηθητικό συμπλήρωμα στη θεραπεία τους· ωστόσο υπάρχουν ακόμη σημαντικά κενά γνώσης. Ο κυριότερος στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να φωτίσει περιοχές όπου υπάρχει έλλειμμα γνώσης και να αναδείξει τις συνέπειες του γεγονότος αυτού για την έρευνα και την πρακτική. Για να επιτευχθεί αυτό, γίνεται μια ανασκόπηση των δεδομένων που αφορούν στο αν είναι αποτελεσματική η συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας, για ποιον και για ποιους λόγους. Η καταλληλότητα των ομάδων αυτοβοήθειας για συγκεκριμένες υπο-ομάδες πληθυσμού εξετάζεται όσον αφορά την ψυχιατρική συνοσηρότητα, το θρησκευτικό προσανατολισμό, το φύλο και την ηλικία. Ένα όλο και πιο συμπαγές σώμα δεδομένων δίνει συναφή στοιχεία για τα πλεονεκτήματα που φέρνει η εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας. Σχετικά με κάποιες υπο-ομάδες πληθυσμού, τα σύγχρονα δεδομένα δείχνουν ότι τα καθόλου ή λιγότερο θρησκευόμενα άτομα ωφελούνται από τις ομάδες αυτοβοήθειας όσο και τα περισσότερα θρησκευόμενα και ότι οι γυναίκες συμμετέχουν και ωφελούνται τόσο, όσο και οι άντρες. Ωστόσο, η συμμετοχή σε παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας και οι συνέπειές της για τους ασθενείς με διπλή διάγνωση μπορεί να κυμαίνεται, ανάλογα με το είδος της ψυχιατρικής συνοσηρότητας. Οι ομάδες νεαρής ηλικίας φαίνεται να ωφελούνται, αλλά σε μεγάλο βαθμό δεν έχουν ακόμα μελετηθεί. Τα ποσοστά της παραίτησης και της μη συμμετοχής στις ομάδες είναι υψηλά, παρά τις κλινικές συστάσεις για συμμετοχή. Οι κλινικοί μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα της αυτοβοήθειας, αλλά οι διαθέσιμες μέθοδοι και η διάρκεια των προσπαθειών να διευκολυνθούν τα άτομα χρειάζεται να ελεγχθούν. Μια μεγαλύτερη κατανόηση των λόγων για τους οποίους πολλοί τα παρατούν ή δεν προσέρχονται στις ομάδες, θα ωφελούσε τις προσπάθειες διευκόλυνσης.

1. Εισαγωγή

Μέσα στα τελευταία 15 χρόνια, το αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον κατευθύνθηκε στην κατανόηση και μέτρηση της επιρροής των οργανώσεων αυτοβοήθειας στο πλαίσιο των Διαταραχών Κατάχρησης Ουσιών (ΔΚΟ) και της θεραπείας τους. Μία μονογραφία, που δημοσιεύθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 (McCraday & Miller, 1993), εστίαστηκε ξεκάθαρα στην οργάνωση αυτοβοήθειας των Alcoholics

Anonymous (AA, Ανώνυμοι Αλκοολικοί). Η ανασκόπηση που συμπεριλάμβανε αυτό το βιβλίο -η οποία προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον όπως και άλλες που έγιναν έκτοτε- συμπέρανε ότι οι διαθέσιμες έρευνες ήταν γενικά φτωχής ποιότητας ως προς τη μεθοδολογία (π.χ. Emrick, Tonigan, Montgomery, & Little, 1993). Κατά συνέπεια, παρέμενε κάποιος σκεπτικισμός από μέρους των κλινικών, ως προς τα πλεο-

* Το άρθρο με αρχικό τίτλο: «Self help for substance abuse disorders: History, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities» περιλαμβάνεται στο *Clinical Psychology Review*, 23, (2003), 639-663. Σύμφωνα με σημείωμα που περιλαμβάνεται στη δημοσίευση, η εργασία αυτή υποστηρίχθηκε από το Department of Veterans Affairs Quality Enhancement Research Initiative (Πρωτοβουλία για την Ενίσχυση της Ποιότητας στην Έρευνα, του τμήματος για τις Υποθέσεις των Αποστράτων). Ο συγγραφέας ευχαριστεί τον John Finney, τον Keith Humphreys και τον Rudolf Moos για τα σχόλιά τους στα προσκείμενα αυτής της εργασίας. Μετάφραση: Αγγυιώτη Κατερίνα, Επιμέλεια: Ζαφειρίδης Φοίβος.

** Center for Health Care Evaluation, Veterans Affairs Palo Alto Health Care System (MPD-152), 795 Willow Road, Menlo Park, CA 94025, USA., Tel: +1-650-493-5000x23294, e-mail: john.kelly4@med.va.gov (John Kelly).

νεκτήματα της αυτοβοήθειας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, εμφανίστηκε ένα πιο λεπτομερειακά σχεδιασμένο και ποικίλο σώμα ερευνητικών δεδομένων. Στόχος της παρούσας ανασκόπησης είναι να συμπεριλάβει παλιά και νέα δεδομένα σχετικά με την επίδραση της αυτοβοήθειας, αλλά και να εξετάσει αν στις έρευνες αυτές για την αποτελεσματικότητα υπάρχουν συγκεκριμένες υπο-ομάδες ασθενών που τείνουν να εγείρουν κλινικούς προβληματισμούς (π.χ. ψυχιατρική συνοσηρότητα, νεαρές ηλικίες). Αρχικά, αυτή η ανασκόπηση θα παρουσιάσει μία σύντομη ιστορία και επισκόπηση της αυτοβοήθειας και της ενσωμάτωσής της στη θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Έπειτα, θα γίνει μία ανασκόπηση μετα-αναλύσεων, Τυχαίοποιημένων Ελεγχόμενων Δοκιμών (ΤΕΔ) και μελετών της αποτελεσματικότητας των ομάδων αυτοβοήθειας και θα παρουσιαστούν προβληματισμοί σχετικά με τη μεθοδολογία. Ακολούθως, τα δεδομένα θα εξεταστούν ως προς τον προβληματισμό για το ποιος μπορεί ή δεν μπορεί να ωφεληθεί από μία εμπλοκή με την αυτοβοήθεια, εστιάζοντας σε τέσσερις συγκεκριμένες περιοχές: την ψυχιατρική συνοσηρότητα, το θρησκευτικό προσανατολισμό, το φύλο και την ηλικία (τις νεαρές ηλικίες). Στη συνέχεια, η προσοχή θα στραφεί σε έρευνες που προσπαθούν να ρίξουν φως στο πώς ή στο γιατί η εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί ή όχι να αποβεί ωφέλιμη. Στην καταληκτική ενότητα, θα γίνουν προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

2. Σύντομη ιστορία και ανασκόπηση των κινήσεων αυτοβοήθειας στις Ηνωμένες Πολιτείες

Αυτή η ενότητα εστιάζεται στις ρίζες των μοντέρνων κινήσεων αυτοβοήθειας στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην ενσωμάτωση της ιδεολογίας και των πρακτικών της αυτοβοήθειας με την επαγγελματική θεραπεία της ΔΚΟ.

2.1 Από την εγκράτεια στους Ανώνυμους Αλκοολικούς

Οι μεγάλες κοινότητες αυτοβοήθειας, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί,¹ που στοχεύουν να βοηθήσουν τα άτομα που πάσχουν από ΔΚΟ, δεν είναι καινούργιες.

Οργανώσεις με παρόμοιους στόχους υπήρχαν για πάνω από τα τελευταία 150 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες (White, 1998). Στα 1840, ένα κίνημα που αποκαλούνταν «The Washingtonians» ξεκίνησε στη Βαλτιμόρη, φτάνοντας τελικά τα 600.000 μέλη σε όλη τη χώρα. Η δυνατότητα να γίνει κανείς μέλος ήταν ανοιχτή σε οποιονδήποτε έδινε την υπόσχεση να μην πίνει και γι αυτό οι «Washingtonians» δεν ήταν αποκλειστικά εστιασμένοι στο να βοηθούν αλκοολικούς. Ωστόσο, παρ'ότι η ανάπτυξη του κινήματος ήταν ραγδαία, το ίδιο συνέβη και με την πτώση του: ως τη δεκαετία του 1960 είχε εξασθενήσει εντελώς. Έχουν προταθεί πολλές εξηγήσεις για τα αίτια της διάλυσής του, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης μίας δεσμευτικής θεραπευτικής ιδεολογίας και της εμπλοκής σε πολιτικές αντιπαράθεσεις, όπως αυτές για την ποσοπαγόρευση. Στις δεκαετίες του 1920 και του 1930, δημιουργήθηκε μία θρησκευτική οργάνωση, βασισμένη στο χριστιανισμό του πρώτου αιώνα, γνωστή ως «The Oxford Group» που εξελίχθηκε σε καταφύγιο για τους αλκοολικούς (Kurtz, 1991). Παρ'ότι δεν ήταν ένα πρόγραμμα αποκλειστικά για ανάρρωση από τον αλκοολισμό, η δομή των συναντήσεων και το πρόγραμμά της για την προσωπική αλλαγή επρόκειτο να συμβάλει σημαντικά στο πρόγραμμα και στο μοντέλο αλληλεγγύης των ΑΑ. Οι ΑΑ, ως ξεχωριστή οντότητα, ξεκίνησαν το 1935 από δύο μέλη του «Oxford Group», έναν χρηματιστή από τη Νέα Υόρκη (William Wilson) και ένα γιατρό από το Akron OH (Robert Smith), ως αντίδραση στη θρησκευτική έμφαση του Oxford Group και στη μη σαφή επικέντρωσή του στον αλκοολισμό. Η οργάνωση των ΑΑ διέφερε στο γεγονός ότι επικεντρωνόταν ειδικά και αποκλειστικά στο να βοηθά στην ανάρρωση των ατόμων από τον αλκοολισμό και, ταυτόχρονα, ανέπτυξε την πολιτική να μην έχει γνώμη για εξωτερικά θέματα οποιουδήποτε είδους και να είναι πλήρως αυτο-υποστηριζόμενη, αρνούμενη εξωτερικές συνεισφορές, με την πρόθεση να ελαχιστοποιήσει τους περιπασμούς, τις αντιπαράθεσεις και τους διχασμούς (Twelve Steps & Twelve Traditions, 1952).

Οι ομάδες των ΑΑ εξαπλώθηκαν προοδευτικά στις Ηνωμένες Πολιτείες και διεθνώς (Mäkelä, 1996). Σήμερα, αυτή η οργάνωση αποτελείται από περίπου 100.000 εγγεγραμμένες ομάδες, με πάνω από δύο εκατομμύρια μέλη σε περισσότερες από 150 χώρες

1 <http://www.aa.org>.

2 <http://www.na.org>.

3 <http://www.ca.org>.

4 <http://www.womenforsobriety.org>.

(AA, 2001). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ομάδες των AA είναι η πηγή που αναζητείται πιο συχνά όταν πρόκειται για προβλήματα αλκοολισμού (Room & Greenfield, 1993). Είναι σημαντικά πιο διαδεδομένες και έχουν μεγαλύτερη διάρκεια από κάθε άλλο πρόκατόχό τους. Το γεγονός ότι η πρακτική των AA υιοθετείται ευρέως, η αποδοχή που χαίρουν και η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητά τους στο να βοηθούν τους εξαρτημένους, οδήγησαν στη δημιουργία κι άλλων αρκετών οργανισμών, είτε επειδή εμπνεύστηκαν από αυτούς είτε ως αποτέλεσμα αντίδρασης σε αυτούς. Οι πιο γνωστοί είναι οι Narcotics Anonymous (NA, Ναρκωμανείς Ανώνυμοι, ιδρύθηκαν το 1953²), οι Cocaine Anonymous (CA, Κοκαΐνομανείς Ανώνυμοι, ιδρύθηκαν το 1982³), οι Women for Sobriety (WFS, Γυναίκες για τη Νηφαλιότητα, ιδρύθηκαν το 1976⁴), οι Secular Organization for Sobriety (SOS, Κοσμική Οργάνωση για τη Νηφαλιότητα, ιδρύθηκαν το 1985⁵), οι Rational Recovery (RR, Λογική Ανάρρωση, ιδρύθηκαν το 1986⁶), οι Moderation Management (MM, Διαχείριση Αλληλαγής, ιδρύθηκαν το 1993⁷), και οι Self Management and Recovery Training (SMART, Εκπαίδευση Αυτοδιαχείρισης και Ανάρρωσης, ιδρύθηκαν το 1996⁸). Οι νεότερες ομάδες των 12 βημάτων (π.χ., SMART Recovery), ενώ είχαν τη δυναμική να αποβούν το ίδιο ωφέλιμες με τους AA, αναπτύχθηκαν με πιο αργούς ρυθμούς και ακόμη δεν έχουν μελετηθεί. Γι' αυτό, ο εντυπωσιακός όγκος της διαθέσιμης ερευνητικής βιβλιογραφίας για την αυτοβοήθεια στις ΔΚΟ, αφορά τους AA.

2.2 Η ενσωμάτωση της αυτοβοήθειας στη θεραπεία

Παρ' ότι οι AA διατηρούν μία εντελώς μη επαγγελματική στάση και η σαφής πολιτική τους είναι να μην εντάσσονται σε κάποια εξωτερική υπηρεσία ή πρωτοβουλία (Twelve Steps & Twelve Traditions, 1952), από τη δεκαετία του 1950 τα επαγγελματικά προγράμματα θεραπείας των ΔΚΟ στις Ηνωμένες Πολιτείες δανείστηκαν και ενσωμάτωσαν τη φιλοσοφία τους, κάτι που έγινε γνωστό ως «Μοντέλο της Μιννεσότα». Αυτό το σχήμα της θεραπείας ήταν ουσιαστικά ένα μοντέλο αυτοβοήθειας· ωστόσο, χρησιμοποιούνταν επίσης και μία προσέγγιση που αντλούσε από ποικίλες περιοχές γνώσης και υποστήριζε την

αποχή, την αλληλαγή της συμπεριφοράς, καθώς και τη συνεχή συμμετοχή στους AA, ως μέρος μίας συνεχιζόμενης φροντίδας (McElrath, 1997). Η επιρροή της στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι διάχυτη. Μία έρευνα που έγινε σε εθνικό επίπεδο, από τους Roman και Bum (1998), με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 450 ιδιωτικών κέντρων για ΔΚΟ, βρήκε ότι το 90% των υπηρεσιών βάσιζαν τη θεραπεία τους στις αρχές των 12 βημάτων των AA, με το μισό περίπου από το εναπομείναν 10% να ενσωματώνει αρχές του μοντέλου των 12 βημάτων σε συνδυασμό με άλλες προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της ενθάρρυνσης για συμμετοχή σε συναντήσεις 12 βημάτων, μετά το τέλος της θεραπείας. Επιπλέον, το μεγαλύτερο σύστημα θεραπείας ΔΚΟ στις Ηνωμένες Πολιτείες, που διευθύνεται από το Department of Veterans Affairs (VA, Τμήμα για τις Υποθέσεις των Αποστράτων), δίνει ισχυρή έμφαση και εμπιστοσύνη σε αυτό το μοντέλο θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της διευκόλυνσης για συμμετοχή σε ομάδες των 12 βημάτων. Μία επισκόπηση ενός προγράμματος των VA για τη θεραπεία των ΔΚΟ, που έγινε από τον Humphreys (1997) βρήκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (74%) παραπέμφθηκε στους AA μετά τη λήξη της θεραπείας.

Σαφέστατα, η επιρροή των οργανώσεων αυτοβοήθειας, όπως οι AA, στη θεραπεία των ΔΚΟ στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι τεράστια. Ωστόσο, μέχρι και πρόσφατα, η έλλειψη σωστά σχεδιασμένης έρευνας για τα προγράμματα θεραπείας που είναι προσανατολισμένα στους AA –και στα 12 βήματα– αποτελούσε λόγο ανησυχίας. Η επόμενη ενότητα εξετάζει εμπειρικά δεδομένα, που βασίζονται στα αποτελέσματα των ομάδων αυτοβοήθειας.

3. Βοηθούν πραγματικά οι ομάδες αυτοβοήθειας; Μία ανασκόπηση των ερευνών για την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη σχέση κόστους/αποδοτικότητας

Ένας αριθμός επιστημονικών δεδομένων δείχνει ότι η εμπλοκή σε ομάδες αυτοβοήθειας είναι ένα βοηθητικό συμπλήρωμα στη θεραπεία των ΔΚΟ. Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές και κλινικοί παραμένουν προβληματισμένοι για το αν η αυτοβοήθεια είναι βοηθητική, ή εάν είναι τόσο βοηθητική όσο ισχυρίζονται κάποιοι.

5 <http://www.secularhumanism.org>.

6 <http://www.rational.org>.

7 <http://www.moderation.org>.

8 <http://www.smartrecovery.org>.

Αυτή η ενότητα ξεκινά με μία συζήτηση για τις δυσκολίες που εμπεριέχει η προσπάθεια να απομονωθούν οι επιδράσεις της «αυτοβοήθειας», έξω από το πλαίσιο της επίσημης θεραπείας. Μετά από αυτή την επισήμανση, εξετάζονται τα δεδομένα που προέρχονται από μετα-αναλύσεις, ΤΕΔ και μελέτες της αποδοτικότητας. Έπειτα, γίνεται μία επισκόπηση των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν τον ρόλο της αυτοβοήθειας στην εξοικονόμηση των δαπανών για τη φροντίδα υγείας.

3.1 Οι επιδράσεις της αυτοβοήθειας είναι δύσκολο να εκτιμηθούν

Παρά την ευρεία διάδοσή τους και την ενσωμάτωσή τους στην επαγγελματική θεραπεία, μόνο τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια οι οργανώσεις αυτοβοήθειας, όπως οι ΑΑ, έχουν ελκύσει κάποιο συστηματικό ερευνητικό ενδιαφέρον. Το 1989, η έλληψη έρευνας σε αυτή την περιοχή τράβηξε την προσοχή της National Academy of Sciences (Εθνική Ακαδημία Επιστημών), η οποία δήλωσε: «Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, μία από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες προσεγγίσεις για την ανάρρωση στις Ηνωμένες Πολιτείες, παραμένει μία από αυτές που έχουν ερευνηθεί λιγότερο διεξοδικά». Η έκθεση απηύθυνε πρόσκληση για «καλά σχεδιασμένες έρευνες, που θα φωτίσουν την επίδραση και τους μηχανισμούς της αλληλαγής στους κόλπους των ΑΑ». Τα τελευταία δέκα χρόνια έφεραν μεγαλύτερη επιστημονική υπευθυνότητα στην εξέταση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των οργανώσεων αυτοβοήθειας, αλλά και της μορφής των θεραπειών που έχουν ενσωματώσει τη φιλοσοφία των 12 βημάτων. Σε αυτό τον όγκο δουλειάς συμπεριλαμβάνονται μετα-αναλυτικές θεωρήσεις (Emrick et al., 1993· Kownacki & Shadish, 1999· Tonigan, Toscova, & Miller, 1996), ΤΕΔ (π.χ., Project MATCH research group, 1997, 1998) και έρευνες μεγάλης κλίμακας για την αποδοτικότητα (π.χ., Quimette, Finney, & Moos, 1997).

Εξαιτίας της ενσωμάτωσης των ομάδων αυτοβοήθειας στην επίσημη θεραπεία, κάποιοι υποστήριξαν ότι είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι ανεξάρτητες επιδράσεις των ομάδων αυτοβοήθειας. Μία ανασκόπηση από τους Tonigan et al. (1996), για παράδειγμα, συμπέρανε ότι, επειδή η βιομηχανία της θεραπείας των ΔΚΟ στις Ηνωμένες Πολιτείες αναπτύχθηκε γύρω από ένα μοντέλο «αυτοβοήθειας», σχεδόν όλες οι έρευνες που είχαν προηγηθεί για τους ΑΑ, ξεκινούσαν από μελέτες μέσα στο πλαίσιο της επί-

σημης θεραπείας. Παρόμοια, τα τελευταία αποτελέσματα από την έκθεση των ίδιων των μελών των ΑΑ (1998), που πραγματοποιείται κάθε τρία χρόνια, υπογραμμίζουν πόσο σημαντική είναι η εξωτερική αρωγή για να κατευθύνει τους αλκοολικούς προς τις ομάδες των ΑΑ και για να παράσχει επιπλέον βοήθεια στα μέλη κατά την αποχή τους από ουσίες. Η έκθεση αναφέρει ότι 60% των μελών των ΑΑ έλαβαν κάποιο είδους θεραπεία ή συμβουλευτική, πριν έρθουν στους ΑΑ και ότι 62% από τα μέλη έλαβαν κάποιο είδους θεραπεία ή συμβουλευτική, αφού είχαν αρχίσει να συμμετέχουν στους ΑΑ (ΑΑ, 1999). Αν και αυτό συναντάται σπάνια, υπάρχουν γνωστικές-συμπεριφορικές και άλλες μορφές θεραπείας που δεν χρησιμοποιούν τη φιλοσοφία των 12 βημάτων. Οι πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι πολλοί ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε τέτοια προγράμματα συμμετέχουν και ωφελούνται από τις ομάδες των 12 βημάτων (Quimette et al., 1997· Project MATCH Research Group, 1997· Tonigan, Connors & Millers, υπό έκδοση). Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μία μεγάλη κλίμακας νατουραλιστική έρευνα μπόρεσε να εκτιμήσει τα ξεχωριστά αποτελέσματα της συμμετοχής στους ΑΑ μίας ομάδας ανθρώπων που δεν είχε λάβει θεραπεία, για μία περίοδο μεγαλύτερη από οκτώ χρόνια (Timko, Moos, Finney, & Lesar, 2000). Επομένως, είναι πια ευκολότερο να εκτιμήσουμε τις επιδράσεις των ΑΑ ξεχωριστά από τις θεραπείες που σχετίζονται με τους ΑΑ.

3.2 Μετα-αναλύσεις

Η ανασκόπηση των Emrick et al. (1993) ήταν η πρώτη που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα των ΑΑ χρησιμοποιώντας μετα-αναλυτικές τεχνικές. Συμπεριέλαβε ένα σύνολο 107 μελετών. Οι μελέτες που τοποθετούσαν μαζί πελάτες με διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ, με πελάτες με διαταραχή κατάχρησης άλλων ουσιών θεωρώντας τους ως μία ομάδα, ή που συμπεριελάμβαναν συμμετέχοντες που είχαν πάει και στους ΑΑ και στους ΝΑ, εξαιρέθηκαν. Επομένως, η ανασκόπησή τους ασχολήθηκε αποκλειστικά με αλκοολικούς και ΑΑ (μέσα στο πλαίσιο επίσημης θεραπείας). Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι ΑΑ είχαν μία θετική αλλά μέτριας ισχύος ωφέλιμη επίδραση στη συμπεριφορά πόσης και στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Σε μία προσπάθεια να εντοπίσουν κάποιους πιθανούς παράγοντες για την κυμαινόμενη αποτελεσματικότητα των ΑΑ, διεξήχθη μία περαιτέρω μετα-αναλυτική ανασκόπηση από τους

Tonigan et al. (1996). Δύο κύριες μεταβλητές εξετάστηκαν ως εν δυνάμει επιδραστικοί παράγοντες για τα ευρήματα των ΑΑ: το είδος θεραπείας του δείγματος (π.χ., εσωτερικοί/εξωτερικοί ασθενείς) και η ποιότητα της έρευνας.

Οι Tonigan et al. (1996) βρήκαν ότι οι έρευνες που είχαν ως δείγμα εξωτερικούς ασθενείς εντόπισαν ισχυρότερες συνδέσεις ανάμεσα στην εμπλοκή στους ΑΑ και στην έκβαση της πόσης αλκοόλ, καθώς και μεταξύ της συμμετοχής στους ΑΑ και των βελτιωμένων ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων, απ' ότι οι έρευνες με εσωτερικούς ασθενείς. Ωστόσο, τα επίπεδα πλήρους συμμετοχής μπορεί να είναι πολύ υψηλότερα στους εσωτερικούς ασθενείς. Στο Project MATCH, τα μέλη της μετά-τη-θεραπεία ομάδας (τα οποία είχαν ολοκληρώσει θεραπεία ως εσωτερικοί ασθενείς ή εντατική θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς, πριν συμμετάσχουν στην έρευνα) βρέθηκε ότι συμμετείχαν σε διπλάσιες σχεδόν συναντήσεις απ' ότι το δείγμα των εξωτερικών ασθενών, όλες τις φορές που έγινε επανέλεγχος (Tonigan et al., υπό έκδοση). Ισχυρότερες σχέσεις μπορεί να παρατηρούνται στα δείγματα εξωτερικών ασθενών, επειδή στους εξωτερικούς ασθενείς υπάρχει μεγαλύτερη διακύμανση ως προς τη σοβαρότητα των περιπτώσεων χρήσης και στα ποσοστά συμμετοχής. Αυτά τα ευρήματα έχουν εφαρμογές σήμερα, δεδομένης της μεγάλης κλίμακας μετατόπισης από τα κλειστά προγράμματα στα ανοιχτά/εντατικά ανοιχτά προγράμματα, σε πολλές χώρες.

Οι Tonigan et al. (1996) βρήκαν επίσης ότι οι καλύτερης ποιότητας έρευνες κατέδειξαν συσχετίσεις μεταξύ της σοβαρότητας της περίπτωσης και της εμπλοκής στους ΑΑ (π.χ., οι ασθενείς με σοβαρότερο πρόβλημα ήταν πιο πιθανό να συμμετέχουν), αλλά οι έρευνες φτωχότερης ποιότητας δεν βρήκαν τέτοια συσχέτιση. Οι καλύτερα σχεδιασμένες έρευνες βρήκαν μέτριες και θετικές συσχετίσεις μεταξύ συμμετοχής στους ΑΑ και βελτιωμένης ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ τέτοιες συσχετίσεις ήταν πολύ πιο αδύναμες σε έρευνες λιγότερο προσεκτικά σχεδιασμένες. Ωστόσο, οι πιο καλά σχεδιασμένες έρευνες παρείχαν λιγότερη στήριξη από τις φτωχά σχεδιασμένες έρευνες για την επίδραση των ΑΑ στην αποχή μετά τη θεραπεία. Οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι το παγκόσμιο προφίλ των ΑΑ ή οι γενικοί απολογισμοί τους σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους

δεν υποστηρίζονται από τα δεδομένα. Αντί αυτού, υποστηρίζεται ότι ο βαθμός στον οποίο οι ΑΑ είναι δυναμικά βοηθητικοί, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Γενικότερα, οι Emrick et al. (1993) και οι Tonigan et al. (1996) δέχθηκαν την κριτική ότι οι έρευνες που συμπεριλαμβάνονται στις ανασκοπήσεις τους ήταν φτωχές στη μεθοδολογία. Ένα τυπικό παράδειγμα τέτοιας έρευνας χρησιμοποιεί ένα συγχρονικό συσχετιστικό σχέδιο, με μία αναδρομική αξιολόγηση των μεταβλητών που είχαν ληφθεί σε μία μόνο χρονική στιγμή, χωρίς κάποια επιβεβαίωση των αυτοαναφορών και με απουσία σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων. Επιπλέον, πολλή από τις μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν αξιολόγησαν μόνο τη συμμετοχή στις ομάδες και υπάρχουν κάποια πρόσφατα δεδομένα που δείχνουν ότι πιθανώς είναι σημαντικό να γίνεται η διάκριση ανάμεσα στην απλή παρουσία και την ενεργή εμπλοκή/συμμετοχή, όπως για παράδειγμα το να χρησιμοποιεί κανείς έναν σπόνσορα⁹ ΑΑ και να δουλεύει τα 12 βήματα, εφόσον αυτό το τελευταίο μπορεί να εξηγήσει μία περαιτέρω μεταβλητότητα στα αποτελέσματα, πέρα και πάνω από την απλή παρουσία στις ομάδες (π.χ., Montgomery, Miller & Tonigan, 1995· αλλά βλ. Tonigan, Miller, & Connors, 2000). Επιπρόσθετα, δυναμικοί υπολογισμοί από την ανασκόπηση των Tonigan et al. (1996) αποκάλυψαν ότι οι περισσότερες έρευνες είχαν αδυναμίες: η πιθανότητα να αποτύχουν να εντοπίσουν μία αληθινή επίδραση (σφάλμα τύπου 2) κυμαίνονταν από 31% έως 71%, επίπεδα κατώτερα του 80% που θεωρείται κοινώς αποδεκτό.

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, ο αποκλεισμός των ερευνών που συμπεριλάμβαναν συμμετέχοντες με διαταραχές χρήσης άλλων ουσιών ή που συμμετείχαν και σε άλλες εκτός των ΑΑ ομάδες αυτοβοήθειας, όπως οι ΝΑ, περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων αυτών των μετα-αναλύσεων στο σχεδόν ομοιογενές, εξαρτημένο από το αλκοόλ δείγμα, που συμμετέχει στους ΑΑ.

3.3 Μεθοδολογικά θέματα

Επειδή οι ερευνητές δεν ελέγχουν την κατάσταση θεραπείας των ΑΑ και υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στις συναντήσεις των 12 βημάτων (π.χ., Horstmann & Tonigan, 2000), διαφορετικοί συμμετέχοντες θα βιώσουν διαφορετικά την «αυτοβοήθεια». Έτσι, σπά-

9 Σημ. μτφρ.: Σπόνσορας (sponsor) είναι ένα παλιό μέλος των ΑΑ που αναλαμβάνει να διευκολύνει ένα νεότερο μέλος στα 12 βήματα και γενικότερα στη διαδικασία της ανάρρωσης.

για έγιναν Τυχαίοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές στους ΑΑ σχετικές με τη θεραπεία. Ένα άλλο εμπόδιο στην τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα ήταν η προϋπόθεση που τίθεται για τη συμμετοχή, δηλαδή «μία επιθυμία να σταματήσει κανείς να πίνει», που υπονοεί ότι υπάρχει μία εσωτερικά αναγνωρισμένη ανάγκη να διακόψει κανείς τη χρήση αλκοόλ. Κατά συνέπεια, το να τυχαίοποιεί κανείς τα υποκείμενα που παραβρίσκονται στους ΑΑ, μερικά από τα οποία μπορεί να μην έχουν αυτή την επιθυμία, αντιτίθεται σε αυτή την προϋπόθεση. Ένα άλλο εμπόδιο είναι η θεμελιώδης αρχή της ανωνυμίας (Nowinski, 1993· Twelve Steps & Twelve Traditions, 1952). Επιπρόσθετα, η εκ των προτέρων αποθάρρυνση της συμμετοχής στις ομάδες αυτοβοήθειας, όπως οι ΑΑ και οι ΝΑ, θεωρείται από πολλούς κλινικούς ως μη ηθική, περιορίζοντας το ενδιαφέρον για τη χρήση ομάδων ελέγχου που δε συμμετέχουν στην αυτοβοήθεια.

Μία συχνή κριτική που αφορά τα δεδομένα για τις ωφέλειες της εμπλοκής με την αυτοβοήθεια, είναι ότι τα μη-πειραματικά ή συσχετιστικά σχέδια έρευνας, που είναι αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά, δεν προσφέρονται για ευθείες ερμηνείες αιτίας-αποτελέσματος. Επειδή τα άτομα αυτο-επιλέγονται στις ομάδες αυτοβοήθειας, τα αποτελέσματα της αυτοβοήθειας συμφύονται με τις αιτίες που από την αρχή οδήγησαν τα άτομα να παραβρεθούν στις ομάδες (π.χ., κινητοποίηση για αποχή). Για να αξιολογήσουν συστηματικά την επίδραση της αυτο-επιλογής, που πιθανώς οδηγεί σε προκατειλημμένα αποτελέσματα, οι Fortney, Booth, Zhang, Humprey και Wiseman (1998), εξέτασαν την επίδραση των ΑΑ (συμμετοχή/μη συμμετοχή) στη χρήση αλκοόλ (αποχή/μη αποχή), 3 μήνες μετά το πέρας μίας θεραπείας ΑΚΟ, για 100 απόστρατους εσωτερικούς ασθενείς. Βρήκαν ότι η χρήση παραδοσιακών στατιστικών τεχνικών οδήγησε σε μία υπερεκτίμηση των αποτελεσμάτων, συγκρινόμενη με τις εκτιμήσεις στις οποίες οδήγησε η χρήση μίας τεχνικής συντελεστικών μεταβλητών, η οποία προσπάθησε να θέσει υπό έλεγχο τις προκαταλήψεις που είχαν να κάνουν με την επιλογή, δείχνοντας ότι οι συσχετιστικές έρευνες που έγιναν για να εκτιμήσουν τη συμβολή της αυτοβοήθειας, μπορεί να είναι υπέρμετρα αισιόδοξες.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, μία βασισμένη στην κοινότητα μελέτη των Humphreys, Phibbs, και Moos (1996), με τη χρήση παρόμοιας μεθοδολογίας συντελεστικών μεταβλητών, έδειξε ότι οι παραδοσιακές μέθοδοι ήταν πιθανότερο να υποτιμούν πραγματικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν να αποδοθούν

στους ΑΑ. Τα αντιφατικά ευρήματα μπορεί να οφείλονται στα διαφορετικά δείγματα που χρησιμοποιήθηκαν (π.χ., εσωτερικοί ασθενείς/κοινότητα). Εναλλακτικά, μπορεί να οφείλονται στις διαφορετικές χρονικές περιόδους στις οποίες έγιναν οι μετρήσεις ή ο επανέλεγχος, ή σε κάποιο συνδυασμό αυτών. Γενικότερα, είναι άγνωστες οι αληθινές διαστάσεις των αποτελεσμάτων που έχει για τον πληθυσμό η συμμετοχή στις ομάδες των ΑΑ. Έχουν γίνει, βέβαια, κάποιες εκτιμήσεις, στο σύνολο των οποίων υπάρχουν σφάλματα, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Οι αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων θα πρέπει πάντα να γίνονται υπό αυτό το πρίσμα. Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται τα διαστήματα εμπιστοσύνης, που συμπεριλαμβάνουν το τυπικό σφάλμα της αξιολόγησης, ώστε να τονίσουν το εύρος των πιθανών τιμών για το μέγεθος του πραγματικού αποτελέσματος, δυστυχώς όμως αναφέρονται εξαιρετικά σπάνια.

3.4 Τυχαίοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές

Οι Kownaki και Shadish (1999) ολοκλήρωσαν μία μετα-αναλυτική ανασκόπηση, που περιλάμβανε μόνο ελεγχόμενες δοκιμές, για να ελαχιστοποιηθούν οι μεροληψίες της επιλογής και να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα των ΑΑ με όρους αιτίας-αποτελέσματος. Η ανασκόπηση εστίασε σε αποτελέσματα σχετικά με την πόση αλκοόλ σε μία περίοδο 12 μηνών και εξέτασε αρκετές πιθανές μεταβλητές, οι οποίες θα βοηθούσαν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων: τη μέθοδο με την οποία έγινε η ανάθεση της έρευνας, τη φθορά, το είδος της ομάδας ελέγχου που χρησιμοποιήθηκε, το είδος της μέτρησης των αποτελεσμάτων, και την εκούσια ή υποχρεωτική συμμετοχή στην έρευνα. Οι μελέτες αυτές ομαδοποιήθηκαν σε μελέτες πάνω σε συμβατικές συναντήσεις ΑΑ με εξωτερικούς ασθενείς, σε θεραπείες βασισμένες στους ΑΑ με εσωτερικούς ασθενείς και σε μελέτες σχετικά με το ποιοι συνιστούν τους ΑΑ. Οι συμμετέχοντες σε αυτές τις 21 έρευνες έτειναν να είναι άντρες (92%) και λευκοί (79%).

Η ανασκόπηση συμπέρανε ότι οι τυχαίοποιημένες δοκιμές ήταν σχεδόν εξολοκλήρου βασισμένες στην υποχρεωτική συμμετοχή· για παράδειγμα, οι τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες χρησιμοποίησαν υποκείμενα τα οποία είχαν υποχρεωθεί να πάρουν μέρος στους ΑΑ. Τέτοια άτομα είχαν χειρότερα αποτελέσματα από τα άτομα που έλαβαν άλλη θεραπεία ή καθόλου θεραπεία. Τα άτομα που υποχρεώνονται, συχνά από το σύστημα δικαιοσύνης, να παρίστανται στους

ΑΑ, μπορεί να το βρίσκουν δύσκολο να αποδεχθούν τους ΑΑ και, επειδή η υποχρεωτική παρακολούθηση παραβιάζει εκείνη την προϋπόθεση συμμετοχής που αφορά στην «επιθυμία να σταματήσει να πίνει κανείς» (Twelve Steps & Twelve Traditions, 1952), αυτά τα άτομα μπορεί να μη γίνονται πλήρως αποδεκτά από τα άλλα εκούσια μέλη. Ωστόσο, όπως τονίζουν οι Kowacki και Shadish (1999), αυτά τα άτομα μπορεί να τα πήγαιναν καλύτερα αν υποχρεώνονταν να συμμετάσχουν σε άλλου είδους θεραπείες. Λόγω του ότι οι περισσότερες ελεγχόμενες δοκιμές που έχουν γίνει, έχουν μελετήσει συμμετέχοντες που υποχρεώθηκαν να παρίστανται στους ΑΑ, από το σύστημα δικαιοσύνης, η γενικευσιμότητα των ευρημάτων σε άτομα που είναι ελεύθερα να διαλέξουν, είναι περιορισμένη.

Περαιτέρω στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της συμμετοχής στις ομάδες αυτοβοήθειας προήλθαν από μία μεγάλη πολυπαραγοντική ΤΕΔ για την εξάρτηση από αλκοόλ (Project MACH Research Group, 1993). Αυτή ήταν η μεγαλύτερη ΤΕΔ που έγινε ποτέ όσον αφορά ατομικές ψυχοθεραπείες για κάθε διαταραχή, που περιέλαβε περισσότερους από 1700 άντρες και γυναίκες ασθενείς. Σε αυτή τη μελέτη, μία επαγγελματική θεραπεία Διευκόλυνσης των Δώδεκα Βημάτων (Twelve-Step Facilitation, TSF), συγκρίθηκε με τη θεραπεία Ενίσχυσης της Κινητοποίησης (Motivational Enhancement Therapy, MET) και τη Γνωστικο-Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT). Το γεγονός ότι συγκρίνονταν θεραπείες (MET, CBT) που δεν ενθάρρυναν, ούτε αποθάρρυναν ενεργητικά την παρουσία στις ομάδες αυτοβοήθειας αύξησε τους σχετικούς ηθικούς προβληματισμούς. Παρ' ότι η συνθήκη TSF δεν αποτέλεσε καθαυτή μία δοκιμή για την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας, η έρευνα εξέτασε τη δυνατότητα πραγματοποίησης μίας επαγγελματικής διευκόλυνσης αυτής της εμπλοκής και τα αποτελέσματα που αυτή επιφέρει. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι ήταν επιτυχή μία TSF προσέγγιση κι ότι υπερτερούσε σε αποτελεσματικότητα, όσον αφορά στην αποχή, σε σχέση με τις θεραπείες CBT και MET, οι οποίες υποστηρίζονταν περισσότερο εμπειρικά (Project MARCH Research Group, 1997). Υπήρξαν και κάποια άλλα αντίστοιχα ευρήματα αλλά έτειναν να ισχύουν για μικρότερες τιμές απόκλισης. Για παράδειγμα, ασθενείς με πιο σοβαρή εξάρτηση από αλκοόλ είχαν καλύτερα αποτελέσματα με την TSF, όπως και οι ασθενείς με τα λιγότερο σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα είχαν καλύτερα αποτελέσματα με την TSF, απ' ότι με τις συ-

γκρινόμενες θεραπείες (Project MATCH Research Group, 1997). Μία μεγαλύτερη επίδραση παρατηρήθηκε όσον αφορά στα κοινωνικά δίκτυα των ασθενών: εξωτερικοί ασθενείς με κοινωνικά δίκτυα που υποστήριζαν την πόση αλκοόλ, οι οποίοι μετρήθηκαν στην αρχή της θεραπείας, είχαν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα με την TSF, παρά με οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική συνθήκη (Longabagh, Wirtz, Zweben, & Stout, 1998). Τα υπερέχοντα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτές τις υπο-ομάδες ασθενών, που μπήκαν σε θεραπεία TSF, φαίνονται να εξηγούνται από τη συμμετοχή τους σε ομάδες αυτοβοήθειας, κατά τη διάρκεια της περιόδου επανελέγχου. Αυτή η συμμετοχή πιθανώς να εξάλειψε την αρνητική επίδραση των υπάρχοντων κοινωνικών δικτύων και να παρείχε ένα καινούργιο κοινωνικό δίκτυο, που ήταν επικεντρωμένο στην αποχή (Project MATCH Research Group, 1997, 1998). Επιπρόσθετα, η έρευνα βρήκε ότι, ανεξάρτητα από το ποια θεραπεία λάμβαναν αρχικά οι ασθενείς, τα άτομα που παραβρίσκονταν σε ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων, είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα ως προς την πόση αλκοόλ (Tonigan et al., υπό έκδοση). Είναι ενδιαφέρον ότι, σε έναν επανέλεγκτο 3 χρόνια μετά, 58% από τους ασθενείς που είχαν συμμετάσχει σε θεραπεία TSF, είχαν παραστεί σε κάποια συνάντηση ΑΑ τις τελευταίες 90 μέρες, αλλά και 45% των ασθενών με θεραπεία MET και 39% ασθενών με θεραπεία CBT είχαν επίσης παραστεί σε συναντήσεις ΑΑ. Το κύριο αποτέλεσμα δείχνει ότι η αυτοβοήθεια μπορεί να είναι ένα ανεκτίμητο συμπλήρωμα στη θεραπεία των ΔΚΟ –ακόμα και σε προγράμματα στα οποία επίσημα δεν της δίνεται ιδιαίτερη έμφαση. Ωστόσο, δεδομένου ότι από τη φύση της η μελέτη αυτή ήταν υψηλά ελεγχόμενη, ότι η επικέντρωση ήταν στην ατομική, παρά στην ομαδική συμβουλευτική και ότι αποκλείστηκαν οι συμμετέχοντες που είχαν διπλή διάγνωση για εξάρτηση από ναρκωτικά, η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων ανάμεσα στους πραγματικούς κλινικούς πληθυσμούς θα ποικίλει.

Μία παρόμοια πολυπαραγοντική ελεγχόμενη δοκιμή, που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών (National Institute of Drug Abuse, NIDA) πραγματοποιήθηκε με ασθενείς εξαρτημένους από κοκαΐνη (Crits-Christoph et al., 1999). Αυτή η Συνεργατική Μελέτη Θεραπείας για την Κοκαΐνη κατένειμε τυχαία 487 ασθενείς σε τέσσερις επαγγελματικές θεραπείες: α) ατομική συμβουλευτική για τα ναρκωτικά (εστιασμένη στα 12 βήματα), β) ατομική γνωστική θεραπεία, γ) ατομική υπο-

στηρικτική-εκφραστική θεραπεία ή δ) μία ομαδική, συμβουλευτική για τα ναρκωτικά συνθήκη (όλες οι ατομικές συνθήκες έλαβαν επίσης την ομαδική συμβουλευτική για τα ναρκωτικά, ως συμπλήρωμα στις ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες). Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στη συνθήκη της ατομικής συμβουλευτικής για τα ναρκωτικά που επικεντρωνόταν στα 12 βήματα, παραβρέθηκαν σε λιγότερες θεραπευτικές συνεδρίες από τους ασθενείς στις άλλες δύο συνθήκες ψυχοθεραπείας, είχαν καλύτερα αποτελέσματα από κάθε άλλη ομάδα ασθενών ως προς τη χρήση ουσιών, ένα χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας. Ακόμη μία φορά, παρ' ότι δεν επρόκειτο για μία μελέτη που ερευνήσε την εμπλοκή στην αυτοβοήθεια αυτή καθαυτή, ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της εξατομικευμένης συμβουλευτικής για τα ναρκωτικά ήταν να διευκολύνει την ενεργή συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων. Καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη χρήση ουσιών, παρά τα χαμηλά επίπεδα εμπλοκής κάποιας επαγγελματικής θεραπείας, μπορούν να αποδοθούν στην αυξημένη συμμετοχή στην αυτοβοήθεια. Μία περαιτέρω μελέτη του ίδιου δείγματος έδειξε ότι αυτοί που ανήκαν στην εξατομικευμένη θεραπευτική συνθήκη των 12 βημάτων, παρίσταντο σε συναντήσεις αυτοβοήθειας 12 βημάτων σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα, κατά το τέλος της ενεργής (διάρκειας 6 μηνών) θεραπευτικής φάσης (Weiss, Griffin, Gallop, Onken, et al., 2000). Κάτι που είχε ενδιαφέρον σε αυτή τη μελέτη ήταν ότι ενώ όλοι οι ασθενείς ήταν εξαρτημένοι από την κοκαΐνη πήγαν κυρίως στους AA και στους NA. Μία πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι οι KA είναι μία καινούργια κοινότητα, με λιγότερες συναντήσεις διαθέσιμες, ενώ οι NA είναι διαθέσιμοι ευρύτερα και συμπεριλαμβάνουν στα μέλη τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν κάθε είδους ουσίες, κάνοντας δεκτούς εξαρτημένους χρήστες κοκαΐνης, άλλων ναρκωτικών και αλκοόλ. Επιπρόσθετα, πολλοί συμμετέχοντες είχαν ταυτόχρονα προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ και έτσι νομιμοποιούνταν να συμμετέχουν στους AA και να βρίσκουν αυτή τη συμμετοχή σχετική με το πρόβλημά τους και ωφέλιμη. Επομένως, μία πολύ σημαντική συνέπεια αυτού του ευρήματος είναι ότι, μόλις η αρχικά επιλεγμένη ουσία μπορεί να μην ταιριάζει ακριβώς με αυτή στην οποία είναι επικεντρωμένη μία κοινότητα 12 βημάτων, το γενικό προφίλ της χρήσης που έχει ένα άτομο, μπορεί να σημαίνει ότι είναι δυνατό να ωφεληθεί από τη συμμετοχή του εκεί.

3.5. Μελέτες αποτελεσματικότητας

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι τυχαίοποιημένες υψηλά ελεγχόμενες έρευνες, στοχεύουν στο να εξαλείψουν πιθανές απειλές για την εσωτερική συνέπεια και γι' αυτό κάνουν δυνατές τις ερμηνείες αιτίας-αποτελέσματος για τις επιδράσεις της θεραπείας. Ωστόσο, εξαιτίας των αυστηρών πρωτοκόλλων, του υψηλού επιπέδου συμπληρωματικής εκπαίδευσης του προσωπικού, της προσοχής που δινόταν στους ασθενείς (συμπεριλαμβανομένων των μεγάλης διάρκειας αξιολογήσεων), αλλά και των κριτηρίων αποκλεισμού πολλών συμμετεχόντων, η δυνατότητα να γενικεύσει κανείς τα αποτελέσματα στην αληθινή ζωή είναι περιορισμένη. Μία άλλη μελέτη για την αποτελεσματικότητα, συμπληρωματική στο υψηλά ελεγχόμενο σχέδιο έρευνας για την αποδοτικότητα του Project MATCH και στις συνεργατικές έρευνες για την κοκαΐνη, διεξήχθη από το Department of Veterans Affairs (Quimette et al., 1997). Αυτή η νατουραλιστική έρευνα συμπεριέλαβε όλους τους ασθενείς που βρίσκονταν σε συνηθισμένες θεραπείες για ΔΚΟ, εκτός από 64 γυναίκες, εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού τους στους VA. Σε αυτή τη μελέτη για την αποτελεσματικότητα 15 προγραμμάτων θεραπείας ΔΚΟ για εσωτερικούς VA ασθενείς, 5 από τα οποία ήταν 12 βημάτων, 5 γνωστικά-συμπεριφορικά και 5 εκλεκτικά ως προς τη φιλοσοφία και την πρακτική του προγράμματός τους, οι ασθενείς που συμμετείχαν στα προγράμματα των 12 βημάτων ήταν πιο πιθανό να απέχουν από την ουσία κατά τον επανέλεγχο, μετά από ένα χρόνο, απ' ότι αυτοί που είχαν συμμετάσχει σε γνωστικά-συμπεριφορικά ή εκλεκτικά προγράμματα. Επιπρόσθετα, η εμπλοκή των ασθενών σε ομάδες αυτοβοήθειας κατά την περίοδο επανέλεγχου συνδεόταν με καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ/ναρκωτικών ουσιών και στην ψυχοκοινωνική διάσταση, ανεξάρτητα από τον τύπο του προγράμματος που τους παρέιχε θεραπεία. Αν και την καλύτερη έκβαση την είχαν οι ασθενείς που είχαν παραστεί σε συναντήσεις αυτοβοήθειας ως συμπλήρωμα στη συμμετοχή τους σε μεταθεραπευτικές ομάδες (Quimette, Moos, & Finney, 1998), η συμμετοχή και η εμπλοκή στην αυτοβοήθεια ήταν πιο ισχυρά συσχετισμένες με τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, απ' ότι ήταν η εμπλοκή στις μεταθεραπευτικές ομάδες, για τους ασθενείς που είχαν δεχθεί θεραπεία 12 βημάτων, ακόμη κι όταν εξισώθηκαν ως προς δημογραφικούς, κλινικούς παράγοντες, αλλά και ως προς την ουσία που χρησιμοποιούσαν, παράγοντες

που προκαλούσαν δυσκολίες. Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν από μία υπο-ομάδα 927 εξαρτημένων από κοκαΐνη ασθενών, στις Εθνικές Έρευνες για τις Θεραπείες για την Κατάχρηση Ουσιών (National Drug Abuse Treatment Studies, DATOS), που συμπεριέλαβαν προγράμματα με εξωτερικούς ασθενείς, βραχεία προγράμματα με εσωτερικούς ασθενείς, καθώς και προγράμματα διαμονής. Μία ελάχιστη συμμετοχή, δύο φορές την εβδομάδα κατά μέσο όρο, σε συναντήσεις αυτοβοήθειας 12 βημάτων κατά την περίοδο επανελέγχου, συνδέθηκε με σημαντικά μειωμένη πιθανότητα υποτροπής κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Etheridge, Craddock, Hubbard, & Rounds-Bryant, 1999).

Πρέπει να σημειωθεί εδώ, ότι εκείνοι που παρέιχαν θεραπεία και οι ασθενείς σε αυτές τις μελέτες δημιούργησαν στενές σχέσεις μέσα στα θεραπευτικά προγράμματα, με πιθανές επιπτώσεις για τη συσχέτιση μεταξύ των ομάδων και για τη στατιστική υπόθεση περί ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων. Το ιεραρχικό γραμμικό μοντέλο είναι ο ιδανικός τρόπος να αναλυθούν αυτού του είδους τα δεδομένα, αλλά σπάνια χρησιμοποιείται, αφού πολλοί ερευνητές το αγνοούν και η διαδικασία απαιτεί πολύ αξιόπιστες μετρήσεις. Στο βαθμό που εμφανίστηκε μία έλλειψη ανεξαρτησίας των παρατηρήσεων σε αυτές τις έρευνες (π.χ. η συσχέτιση μεταξύ των ομάδων είναι υψηλή) οι εκτιμήσεις για τις παραμέτρους του πληθυσμού θα είναι υπερ- ή υπό-εκτιμημένες.

Μία περαιτέρω έρευνα από τους McKellar, Stewart, και Humphreys (2003) που παρακολούθησε για δύο χρόνια 2319 αντρες ασθενείς, που βρίσκονταν σε εντατική θεραπεία για ΔΚΟ, εκτίμησε ότι υπάρχουν αιτιακές συνδέσεις μεταξύ της εμπλοκής στους ΑΑ και της έκβασης της χρήσης ουσιών με τη βοήθεια του μοντέλου δομικής εξίσωσης. Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν την εκτίμηση για αιτιακές συνδέσεις, αφού εξισώθηκαν παράγοντες σχετικοί με την κινητοποίηση των ασθενών για αποχή, το επίπεδο της παράλληλης ψυχοπαθολογίας και δημογραφικοί παράγοντες, π.χ., ότι η εμπλοκή στους ΑΑ οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα. Μικρότερες, ημι-πειραματικές μελέτες έγιναν επίσης πρόσφατα. Οι Fiorentine και Hillhouse (2000) παρακολούθησαν για οκτώ μήνες 360 εξωτερικούς ασθενείς, πελάτες υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών. Βρήκαν ότι, αυτοί που συμμετείχαν ταυτόχρονα στη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς και στην αυτοβοήθεια 12 βημάτων, είχαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από αυτούς που συμμετείχαν μόνο στη θεραπεία ή

την αυτοβοήθεια. Επομένως, σε αυτό τον πληθυσμό, ο συνδυασμός της μετα-τη-φροντίδα υγείας/εξωτερικής θεραπείας και της δραστηριοποίησης στην αυτοβοήθεια έφερε καλύτερα αποτελέσματα. Παρόμοια, οι Miller, Ninonuevo et al. (1997) βρήκαν ότι η συμμετοχή στους ΑΑ κατά τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία, ήταν η μοναδική αιτία για το 14% της απόκλισης στη χρήση ουσιών ανάμεσα στους εξωτερικούς ασθενείς, αφού εξισώθηκαν παράγοντες σχετικοί με την κατάσταση των συμμετεχόντων πριν τη θεραπεία, κατά τη διάρκειά της και μετά από αυτή. Σε μία μελέτη των Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler και Frey (1997), η συμμετοχή του δείγματος στους ΑΑ, μετά τη θεραπεία που έλαβαν ως εξωτερικοί ασθενείς, προέβλεπε καλύτερα αποτελέσματα μετά από 1 ή 5 μήνες, αφού εξισώθηκαν άλλοι πιθανοί παράγοντες, σχετικοί με τη θεραπεία και τα συμπτώματα, καθώς και δημογραφικοί παράγοντες.

Μία μακρόχρονη μελέτη, που εξέτασε τη μεμονωμένη επίδραση της συμμετοχής στους ΑΑ στην έκβαση της πόσης αλκοόλ, για 466 προβληματικούς πότες, συνέκρινε 4 ομάδες ατόμων, που είχαν επιλέξει ελεύθερα: α) καμία θεραπεία, β) μόνο ΑΑ, γ) μόνο επαγγελματική θεραπεία, ή δ) επαγγελματική θεραπεία σε συνδυασμό με ΑΑ (Timko et al., 2000). Συγκρινόμενοι με την ομάδα που δε δέχθηκε θεραπεία, αυτοί που δέχθηκαν μόνο επαγγελματική θεραπεία ή συμμετείχαν μόνο στους ΑΑ είχαν περισσότερες πιθανότητες να απέχουν από το ποτό κατά τους επανελέγχους που έγιναν σε 1, 3 και 8 χρόνια. Η ομάδα που συμμετείχε μόνο στους ΑΑ ήταν πιο πιθανό να απέχει στους επανελέγχους του 1 και των 3 χρόνων, απ' ό,τι η ομάδα της επαγγελματικής θεραπείας, ενώ είχαν τις ίδιες πιθανότητες στον επανέλεγχο των 8 χρόνων. Επιπρόσθετα, η ομάδα που συμμετείχε μόνο στους ΑΑ ήταν το ίδιο πιθανό να απέχει στους επανελέγχους των 1, 3 και 8 χρόνων, συγκρινόμενη με την ομάδα που είχε λάβει επαγγελματική θεραπεία και συμμετείχε και στους ΑΑ. Επομένως, οι άνθρωποι που διαλέγουν να «το περάσουν μόνοι τους», φαίνεται λιγότερο πιθανό να δείξουν βελτίωση, ενώ αυτοί που διαλέγουν να συμμετάσχουν μόνο στους ΑΑ δείχνουν να πηγαίνουν τουλάχιστο τόσο καλά όσο κι αυτοί που διαλέγουν επαγγελματική θεραπεία.

Μολονότι οι συσχετιστικές έρευνες από τη φύση τους αποκλείουν ξεκάθαρες ερμηνείες αιτίας-αποτελέσματος, οι πιο πρόσφατες έρευνες που ανασκοπήθηκαν εδώ, πραγματοποιήθηκαν με μεγαλύτερη αναλυτική ακρίβεια, αντιμετωπίζοντας πολλές από τις

κριτικές που δέχθηκαν από προηγούμενες ανασκοπήσεις, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αυτές αναφέρονταν, ανάμεσα στα άλλα, στην έλλειψη προοπτικού σχεδιασμού και σταθμισμένων μετρήσεων, καθώς και στην έλλειψη ελέγχου «τρίτων μεταβλητών», όπως είναι τα ελάχιστα επίπεδα χρήσης της ουσίας ή η σοβαρότητα της χρήσης. Αν και οι συσχετιστικές μελέτες είναι μόνο ένα μέρος της βάσης δεδομένων, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι, ειδικά όταν διεξάγονται προσεκτικά. Όταν τα στοιχεία που δίνουν οι έρευνες για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα ιδωθούν συνδυαστικά, προκύπτει με συνέπεια ότι η εμπλοκή σε αυτές τις οργανώσεις έχει ευεργετική επίδραση ως προς διάφορες διαστάσεις - όπως αυτή της χρήσης της ουσίας και η ψυχοκοινωνική - όταν μετρούνται σε διάφορες χρονικές στιγμές.

Παρά τη δραματική βελτίωση της μεθοδολογικής ακρίβειας, με προοπτικούς σχεδιασμούς, πολυπαραγοντικές σταθμισμένες μετρήσεις και καλά ελεγχόμενες αναλύσεις, η υπάρχουσα βάση δεδομένων (παρόλο που σήμερα είναι πιο πλούσια, συμπεριλαμβανοντας κι άλλα είδη ουσιών, καθώς και άλλες κοινότητες, όπως οι ΝΑ) ακόμα περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στη μελέτη κυρίως ατόμων εξαρτημένων από αλκοόλ και των ΑΑ. Πολύ λίγα ξέρουμε για την ειδική επίδραση των υπόλοιπων ομάδων αυτοβοήθειας, που είναι κυρίως επικεντρωμένες σε διαφορετικές ουσίες και εξαπλώνονται όλο και περισσότερο, όπως οι CA και οι ΝΑ.

Συνοψίζοντας, οι ευεργετικές επιδράσεις που βρέθηκε ότι έχει η εμπλοκή στους ΑΑ, από τις φτωχότερης ποιότητας έρευνες που προηγήθηκαν (π.χ., βλ. Emrick et al., 1993), επιβεβαιώθηκαν και από πιο πρόσφατες, πιο σωστές μεθοδολογικά έρευνες, που, σε συνδυασμό με τις πρώτες, δείχνουν ισχυρά ότι η εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας - όπως οι ΑΑ - είναι βοηθητική και οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

3.6 Σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας: η μείωση του κόστους φροντίδας υγείας

Η προηγούμενη έλλειψη καλά σχεδιασμένων ερευνών για τις θεραπείες ΔΚΟ και για τους ΑΑ, προκάλεσε σοβαρή ανησυχία για τη σχέση κόστους-αποδοτικότητας των επίσημων θεραπειών για ΔΚΟ (Peele, 1990). Ενώ πλήθαιναν οι πολιτικές για την εξοικονόμηση χρημάτων και τη διαχείριση της φροντίδας υγείας, το θέμα κόστους-αποτελεσματικότη-

τας κατέληξε το πιο σημαντικό απ' όλα. Μία μεγάλης κλίμακας έρευνα εξέτασε αν η αυξημένη συμμετοχή στους ΑΑ και η θεραπεία για το αλκοόλ, για μία περίοδο μεγαλύτερη των 10 ετών, θα μπορούσε να είναι η αιτία για τη μείωση στα επίπεδα κίρρωσης του ήπατος και θνησιμότητας, στο Οντάριο του Καναδά. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι οι παρατηρούμενες σχετικές μειώσεις, μπορούσαν εξολοκλήρου να αποδοθούν στην αύξηση συμμετοχής στη θεραπεία και στους ΑΑ. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η αύξηση συμμετοχής στους ΑΑ και στις θεραπείες για τη διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ είναι εξολοκλήρου υπεύθυνη για όλες τις μειώσεις στους θανάτους και για το 40% των εισαγωγών για κίρρωση του ήπατος (Smart και Mann, 1993). Παρ' ότι το κόστος φροντίδας υγείας δεν μετρήθηκε αναλυτικά σε αυτή τη μελέτη, οι συνέπειές της για τη μείωση του κόστους της φροντίδας υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας.

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η εμπλοκή σε ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να μειώσει το κόστος της φροντίδας υγείας. Μία προοπτική μελέτη, που κράτησε 3 χρόνια, από τους Humphreys και Moos (1996), βρήκε ότι οι προβληματικοί πάτες που διάλεξαν να συμμετάσχουν μόνο στους ΑΑ, είχαν συνολικό κόστος θεραπείας 45% χαμηλότερο από αυτούς που διάλεξαν να κάνουν θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς, ενώ η έκβαση ήταν ίδια και για τις δύο ομάδες. Δεν υπήρξε αρχική θεραπευτική συνθήκη, επομένως αυτή η διαφορά αντικατοπτρίζει μόνο το κόστος θεραπείας κατά τον επανέλεγχο των 3 χρόνων. Μία άλλη έρευνα, από τους Humphreys και Moos (2001), που χρησιμοποίησε ένα ετερογενές δείγμα αποστράτων, που λάμβαναν θεραπεία για ΔΚΟ, βρήκε ότι, αυτοί που συμμετείχαν σε προγράμματα θεραπείας των 12 βημάτων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη εμπλοκή σε ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων κατά τον επανέλεγχο, συγκρινόμενοι με ασθενείς που συμμετείχαν σε προγράμματα CBT. Οι ασθενείς με θεραπεία CBT, που συνέχιζαν τις επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας ως εξωτερικοί ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας τους, ήταν κατά μέσο όρο διπλάσιοι από τους ασθενείς των 12 βημάτων και επίσης λάμβαναν φροντίδα υγείας ως εσωτερικοί ασθενείς για σημαντικά περισσότερες μέρες, σε σχέση με την ψυχιατρική/ΔΚΟ κατάστασή τους, καταλήγοντας σε 64% μεγαλύτερο ετήσιο κόστος για τα CBT προγράμματα. Αντίθετα, η έκβαση της ψυχιατρικής κατάστασης ή της χρήσης ουσιών ήταν παρόμοια για τις δύο ομάδες, εκτός από το ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν σε προγράμματα θεραπείας των 12 βημάτων είχαν υψηλότερα ποσο-

στά αποχής κατά τον επανέλεγχο (45,7%, έναντι 36,2%). Τα ευρήματα για τη δυνατότητα εξοικονόμησης χρημάτων για τα συστήματα φροντίδας υγείας αποτελούν πρόκληση, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καθορίσει επακριβώς κάτω από ποιες συνθήκες μπορούν οι ομάδες αυτοβοήθειας να λειτουργήσουν ως επαρκές υποκατάστατο της επαγγελματικής φροντίδας, χωρίς να επηρεάσουν αρνητικά τα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Ορισμένες υπο-ομάδες ασθενών, για παράδειγμα, μπορεί να προσαρμόζονται με περισσότερη ετοιμότητα και να απολαμβάνουν μεγαλύτερα οφέλη από τις ομάδες αυτοβοήθειας απ' ό,τι άλλοι, ενώ μερικοί ασθενείς μπορεί να χρειάζονται μεγαλύτερη επαγγελματική προσοχή. Για να δώσουμε έμφαση σε αυτό το σημείο, ακολούθως εξετάζονται στοιχεία που αφορούν πιθανούς ενδιάμεσους παράγοντες για τις ωφέλειες της αυτοβοήθειας.

4. Για ποιούς οι ομάδες αυτοβοήθειας δεν είναι καθόλου ή είναι μόνο κατά ένα μέρος βοηθητικές;

Έχουν προκύψει κλινικά ερωτήματα για συγκεκριμένες οργανώσεις αυτοβοήθειας, σχετικά με το ποιος ταιριάζει ως μέλος σε ποια ομάδα. Για παράδειγμα, μπορούν τα άτομα με ΔΚΟ, που έχουν ταυτόχρονα και άλλη ψυχιατρική διαταραχή να ωφεληθούν από τις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων; Αυτή η ενότητα εξετάζει τα δεδομένα που αφορούν τέσσερις περιοχές ενδιαφέροντος: την ψυχιατρική συνοσηρότητα, τη θρησκευτικότητα, το φύλο και την ηλικία (τις νεαρές ηλικίες).

4.1 Ψυχιατρική συνοσηρότητα

Μελέτες στο γενικό πληθυσμό, όπως και σε κλινικά δείγματα, έχουν αποκαλύψει ότι οι ΔΚΟ συχνά συνεμφανίζονται με ψυχιατρικές ασθένειες (π.χ. με διαταραχές συναισθήματος, άγχους, ψυχωτικές και προσωπικότητας: Kessler et al., 1996, 1997· Mowbray et al., 1995· RachBeisel, Scott, και Dixon, 1999). Ενώ η ποιότητα και η ποσότητα των συνδυαστικών επαγγελματικών υπηρεσιών που παρέχουν θεραπεία και είναι σχεδιασμένες να απευθύνονται ταυτόχρονα και στους δύο τύπους των διαταραχών, έχει αυξηθεί, έχουν προκύψει ανησυχίες σχετικά με το πόσο ταιριάζουν στους ασθενείς με διπλή διάγνωση οι ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων, όπως οι ΑΑ

(π.χ., Laudet, Magura, Vogel, και Knight, 2000a, 2000b). Κάποια εμπόδια που έχουν αναφερθεί συμπεριλαμβάνουν την πιθανολογούμενη αντίθεση κάποιων μελών των ομάδων 12 βημάτων σε άτομα που παίρνουν ψυχοτρόπα φάρμακα· ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα είναι ανεπαρκή. Μία ερευνητική έκθεση αναφέρει ότι η πλειοψηφία (86%) ενός δείγματος 277 μελών ΑΑ πιστεύει ότι η χρήση φαρμάκων που έχει σκοπό να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής (π.χ., daltrexone, disulfiram) είναι μία καλή ιδέα, ή ότι ίσως να είναι μία καλή ιδέα. Ωστόσο, 29% των μελών του δείγματος δήλωσαν ότι αυτοί οι ίδιοι είχαν υποστεί πιέσεις να σταματήσουν να παίρνουν φάρμακα του ενός ή του άλλου είδους (Rychtarik, Connors, Dermen, και Stasiewicz, 2000). Ένας άλλος σχετικός περιορισμός είναι η αβεβαιότητα και η σύγχυση των συμμετεχόντων στα 12 βήματα, σχετικά με το ποια κλινικά σύνδρομα απαιτούν επαγγελματική θεραπεία αντίθετα με άλλες υπο-κλινικές καταστάσεις που είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζονται με την εφαρμογή των 12 βημάτων.

Κάποιες αρχικές μελέτες δείχνουν ότι η συμμετοχή ασθενών με διπλή διάγνωση σε παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας που εστιάζονται στις ουσίες και τα αποτελέσματα που θα έχουν, μπορεί να κυμαίνονται ανάλογα με το είδος της δεύτερης διάγνωσης. Μία μεγάλη και σε βάθος χρόνου ισλανδική έρευνα (N=351) βρήκε παρόμοια ποσοστά συμμετοχής στους ΑΑ για όλες τις διπλές διαγνώσεις, εκτός από τους ανθρώπους με διάγνωση σχιζοφρένειας, οι οποίοι συμμετείχαν λιγότερο συχνά (Tomasson και Vaglum, 1998). Παρόμοια, μία μελέτη των Noordsy, Schwab, Fox, και Drake (1996) σε εξωτερικούς ασθενείς, που υπέφεραν από διαταραχές ψυχωτικής φύσης και εξάρτηση από ουσίες, δε βρήκε στοιχεία για τυχόν ωφέλιμα αποτελέσματα από την εμπλοκή σε ομάδες 12 βημάτων, στον επανέλεγχο των 4 χρόνων, αν και το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό (n=18). Οι Kelly, McKellar, και Moos (2003) βρήκαν ότι, σε σύγκριση με ασθενείς ΔΚΟ χωρίς ψυχιατρική διάγνωση, οι ασθενείς με διαταραχή μείζονος κατάθλιψης (ΔΜΚ) και ΔΚΟ είχαν μικρότερη κοινωνική εμπλοκή σε κοινότητες αυτοβοήθειας απ' ό,τι οι ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση και προοδευτικά αποκόμισαν λιγότερες ωφέλειες από τις παραδοσιακές ομάδες 12 βημάτων, κατά τον επανέλεγχο των 2 χρόνων, παρά την παρόμοια συμμετοχή τους στην αυτοβοήθεια. Αντίθετα, οι Quimette et al. (2001), χρησιμοποιώντας την ίδια ομάδα δεδομένων, βρήκαν ότι οι ασθενείς με συνοσηρότητα Διαταραχής Κατάχρησης Ουσιών

(ΔΚΟ) και Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) συμμετείχαν και ωφελήθηκαν από τις ομάδες 12 βημάτων όσο και οι ασθενείς που είχαν μόνο ΔΚΟ. Μία άλλη έρευνα από τους Bogenschutz και Akin (2000) βρήκε ότι οι σοβαρά ψυχικά ασθενείς, που είχαν ταυτόχρονα ΔΚΟ, συμμετείχαν σε ομάδες αυτοβοήθειας σε ποσοστό παρόμοιο με του γενικού πληθυσμού που λάμβανε θεραπεία για εξαρτήσεις, αλλά ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες δυσκολίες στις συναντήσεις, που προέρχονταν από την επιπλέον διαταραχή. Επομένως, συγκεκριμένες υπο-ομάδες με διπλή διάγνωση μπορεί να διαφέρουν στα επίπεδα της συμμετοχής, της εμπλοκής και των ωφελειών που αποκομίζουν, όμως τα δεδομένα για το θέμα είναι προς το παρόν περιορισμένα, ειδικά αν λάβει κανείς υπόψη την ευρεία αλληλοεπικάλυψη των διαγνώσεων των ΔΚΟ και των άλλων διαγνώσεων του Άξονα I.

Έχουν αρχίσει να εμφανίζονται ομάδες αυτοβοήθειας που είναι ειδικά σχεδιασμένες για ασθενείς με διπλή διάγνωση (π.χ., Double Trouble in Recovery [Διπλό Πρόβλημα στην Ανάρρωση], Dual Recovery Anonymous [Ανώνυμοι σε Διπλή Ανάρρωση],) και μπορούν να αποτελέσουν μία πιο ταιριαστή λύση (Vogel, Laudet, και Magura, 1998). Επειδή η ανοχή της φαρμακευτικής αγωγής είναι κρίσιμης σημασίας για τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών, η ιδιαίτερη προσοχή και η υποστήριξη αυτής της ανοχής, στο πλαίσιο της αυτοβοήθειας για τις διπλές διαγνώσεις είναι μάλλον σημαντική. Μία μελέτη των Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum, και Knight (2002), με 240 άτομα διπλής διάγνωσης, που συμμετείχαν στις συναντήσεις των Double Trouble in Recovery, βρήκε ότι, σε αντίθεση με τη συμμετοχή σε άλλες συναντήσεις 12 βημάτων, η σταθερή παρουσία στους Double Trouble in Recovery συνδέθηκε με καλύτερη ανοχή της φαρμακευτικής αγωγής, ακόμη κι όταν εξισώθηκαν πιθανώς εμπλεκόμενοι παράγοντες, σχετικοί με τη σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας, τα αγχογόνα γεγονότα ζωής και την υποστηριζόμενη διαβίωση οι συμμετέχοντες. Επίσης, η βελτιωμένη ανοχή στα φάρμακα συνδέθηκε με μικρότερη παραμονή υπό νοσηλεία.

Μία τυχαίοποιημένη μελέτη εξέτασε τα αποτελέσματα που είχε σε ασθενείς με σοβαρή διπλή διάγνωση, μία λογικο-συναισθηματική συμπεριφορική θεραπεία (rational-emotive behavior therapy, REBT) για εξωτερικούς ασθενείς και μία θεραπεία 12 βημάτων, προσανατολισμένη στην ασθένεια (Penn και Brooks, 2000). Και οι δύο συνθήκες τόνιζαν έντονα την ανάγκη συνεχούς παρουσίας στις ομάδες αυτο-

βοήθειας κατά τις συναντήσεις τους, που ακολούθουσαν τη σχετική φιλοσοφία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στην REBT χρειάζονταν σε μικρότερο βαθμό την ψυχιατρική θεραπεία και ότι λιγότεροι ασθενείς σε αυτή τη συνθήκη χρειάζονταν εσωτερική νοσηλεία, κατά τον επανέλεγχο. Ωστόσο, αυτοί που βρίσκονταν στη θεραπεία των 12 βημάτων έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση στον Κατάλογο για τη Σοβαρότητα της Εξάρτησης (Addiction Severity Index, ASI) ως προς το αλκοόλ, μία μεγαλύτερη μείωση στην αντιλαμβανόμενη ανάγκη τους για θεραπεία από το αλκοόλ, κατά τον επανέλεγχο στους 12 μήνες, καθώς και μικρότερη γενική χρήση ουσιών, στον επανέλεγχο των 3 μηνών. Μολονότι το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό (n=50), τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στοιχεία της REBT μπορεί να έχουν πιο ευεργετική επίδραση στα ψυχιατρικά συμπτώματα, ενώ η θεραπεία 12 βημάτων μπορεί να έχει πιο θετική επίδραση στην έκβαση της χρήσης ουσιών, για ασθενείς με σοβαρή διπλή διάγνωση.

4.2 Θρησκευτικότητα

Δεδομένης της ημι-θρησκευτικής ορολογίας και θεωρίας των ομάδων αυτοβοήθειας 12 βημάτων, κάποιοι κλινικοί και ερευνητές πρότειναν ότι η παραπομπή στις οργανώσεις των 12 βημάτων θα έπρεπε πρώτα να λαμβάνει υπόψη το θρησκευτικό υπόβαθρο. Οι πρακτικές οδηγίες που δίνει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association, APA, 1995), για παράδειγμα, προτείνουν να μην παραπέμπονται οι μη θρησκευόμενοι άνθρωποι σε ομάδες 12 βημάτων. Ωστόσο, η μοναδική μεγάλης κλίμακας, σχετική έρευνα (Winzelberg και Humphreys, 1999) δεν επιβεβαίωσε αυτή την άποψη. Σε ένα δείγμα 3018 αποστράτων αντρών, ο βαθμός θρησκευτικότητας δεν επηρέασε τα επίπεδα συμμετοχής, ούτε τη σχετική έκβαση χρήσης της ουσίας. Επιπρόσθετα, μία από τις παρεμφερείς υποθέσεις που διατύπωσε η Project MATCH ήταν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλή θρησκευτικότητα θα τα πήγαιναν καλύτερα στην TSF. Ωστόσο, ο βαθμός θρησκευτικότητας δεν αλληλεπιδράσε με τον προσανατολισμό αυτής της θεραπείας, όσον αφορά στην πόση αλκοόλ οι ασθενείς με χαμηλή θρησκευτικότητα τα πήγαν τόσο καλά, όσο και αυτοί που βρίσκονταν ψηλά σε αυτή τη διάσταση (Connors, Tonigan, και Miller, 2001). Μία μελέτη των Brown, O'Grady, Farrell, Flechner, και Nurco (2001), σε ένα δείγμα 153 ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών, δε βρήκε καμία σύνδεση με-

ταξύ εμπλοκής σε θέματα θρησκείας και συχνότητας συμμετοχής στα 12 βήματα. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, για να καθοριστεί αν η θρησκευτικότητα αλληλεπιδρά με το είδος της φιλοσοφίας της αυτοβοήθειας –για παράδειγμα, αν οι μη θρησκευόμενοι άνθρωποι βιώνουν καλύτερα αποτελέσματα σε ομάδες χωρίς ημι-θρησκευτικό υπόβαθρο (π.χ., SMART Recovery).

4.3 Γυναίκες

Υπάρχει έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τη συμμετοχή των γυναικών σε όλα τα είδη των ομάδων αυτοβοήθειας και των συνεπειών της. Στη μετα-αναλυτική επισκόπηση από τους Emrick et al. (1993), οι γυναίκες υπο-εκπροσωπούσαν σε τεράστιο βαθμό. Ο μέσος όρος του μεγέθους του δείγματος για τους άντρες ήταν 116, ενώ για τις γυναίκες ήταν 9. Αυτή η ανισότητα είναι αξιοπρόσεκτη, δεδομένου ότι οι γυναίκες σταθερά αποτελούν το ένα τρίτο περίπου των μελών των ΑΑ (ΑΑ, 1999) και το ένα τρίτο περίπου των εισαγωγών για ΔΚΟ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2002). Κάποιοι έχουν εκφράσει ανησυχίες για το αν ταιριάζουν στις γυναίκες οι οργανώσεις των 12 βημάτων εξαιτίας της έμφασης που δίνουν τα 12 βήματα στην «αδυναμία», καθώς και της μειοψηφικής θέσης των γυναικών μέσα σε αυτές, πράγμα που καθιστά συγκεκριμένα γυναικεία θέματα δύσκολο να συζητηθούν. Μία παρόμοια υπόθεση της Project MATCH, σχετική με αυτές τις ιδέες, ήταν ότι οι γυναίκες θα τα πήγαιναν καλύτερα στη CBT, παρά στην TSF, εν μέρει εξαιτίας της έμφασης που δίνει η πρώτη στο να αντιμετωπίζει το αρνητικό συναίσθημα, το οποίο έχει βρεθεί πως έχουν συχνότερα οι γυναίκες, και στο να αυξάνει την αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκεια περισσότερο, παρά να τονίζει την έλλειψη δύναμης (Del Boca και Mattson, 2001). Ωστόσο, δε βρέθηκε συσχέτιση φύλου-θεραπείας. Στην πραγματικότητα, οι γυναίκες συμμετείχαν στις συναντήσεις ΑΑ τόσο συχνά όσο και οι άντρες, στη συνθήκη των εξωτερικών ασθενών. Ως προς τους πελάτες που είχαν τελειώσει τη θεραπεία, οι γυναίκες παρίσταντο σε σημαντικά περισσότερες συναντήσεις ΑΑ και ανέφεραν ένα μεγαλύτερο βαθμό εμπλοκής από τους άντρες. Επομένως, παρά τις αρχικές εκείνες ανησυχίες, οι γυναίκες μπορεί στην πραγματικότητα να ενσωματώνονται πιο εύκολα από τους άντρες στους ΑΑ, όπως και να απολαμβάνουν ακριβώς τις ίδιες ωφέλειες.

Παρόμοια, μία μελέτη που εξέτασε τις προτιμήσεις ως προς τη χρήση υπηρεσιών θεραπείας για αλκοόλη και τη συμμετοχή στους ΑΑ, για τον πληθυσμό των Η.Π.Α., ανάμεσα στο 1979 και το 1990, ανέφερε ότι από τις γυναίκες που είχαν ψάξει οποιουδήποτε είδους βοήθεια για κάποιο πρόβλημα με το αλκοόλη κατά το 1990, το 80% (ενώ στους άντρες το 60%) είχε αναζητήσει τους ΑΑ, ένα ποσοστό αυξημένο κατά 20% σε σύγκριση με το 1979, οπότε η συμμετοχή τους ήταν 60% (Weisner, Greenfield, και Room, 1995). Δεν γίνεται σαφές από αυτές τις μελέτες σε ποιο βαθμό οι γυναίκες συμμετέχουν σε ομάδες μόνο γυναικών, οι οποίες όλο και αυξάνονται και ίσως μάλλον να αλλιάζουν την πιθανότητα παρουσίας και εμπλοκής των γυναικών σε αυτές. Επιπλέον, δεν είναι ξεκάθαρο αν άλλες οργανώσεις ειδικές για τις γυναίκες και τις ανάγκες τους, όπως η WFS, μπορεί να είναι πιο ωφέλιμες για τις γυναίκες.

4.4 Νέοι

Όπως και στο σύστημα θεραπείας ΔΚΟ για ενήλικες, έτσι και η θεραπεία ΔΚΟ για νέους βασίζεται κυρίως σε προσεγγίσεις 12 βημάτων (Bukstein, 1995). Περίπου 125.000 νέοι μπαίνουν σε θεραπεία κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] και NIDA, 1995). Ωστόσο, ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές μεταξύ ενηλίκων και εφήβων, σχετικές με τις ΔΚΟ, μπορεί να σημαίνουν ότι μία προερχόμενη από ενηλίκους προσέγγιση 12 βημάτων, δεν μπορεί να υποσχεθεί πολλά (Kelly, Myers, και Brown, 2000). Για παράδειγμα, ακόμη κι αν οι έφηβοι είναι κινητοποιημένοι να συμμετάσχουν σε ομάδες 12 βημάτων, η σύνθεση των ομάδων από ενηλίκους κυρίως, μπορεί να παρεμποδίσει την ταύτισή τους με την ομάδα και να αποθαρρύνει τη συνεχή συμμετοχή και ενσωμάτωση. Δημογραφικά στοιχεία από την τελευταία τριετή έκθεση των ΑΑ (AA Membership Survey, 1998) αποκάλυψε ότι η μέση ηλικία των μελών τους είναι τα 45 έτη και ότι μόνο το 2% είναι κάτω από 21. Οι νέοι που συμμετέχουν στις συναντήσεις μπορεί να έχουν χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ομοιότητα με τα υπόλοιπα μέλη (Vik, Grizzle, και Brown, 1992) και να δυσκολεύονται να ταυτιστούν με ζητήματα κεντρικής (π.χ., η σοβαρότητα της εξάρτησης από την ουσία) ή περιφερειακής (π.χ., ανησυχία για την εργασία, συζυγικές σχέσεις) σημασίας για την ανάρρωση των ενηλίκων. Συνεπώς, το μοίρασμα συγκεκριμένων εμπειριών στις συναντήσεις μεταξύ μεγαλύτε-

ρων σε ηλικία μελών, μπορεί να μην εκληφθεί από τους νέους ως βοηθητικό ή σχετικό με τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν εκείνοι κατά την ανάρρωση, σε αυτό το στάδιο της ζωής τους. Τα ποσοστά της μη-συμμετοχής ή της παραίτησης από τις ομάδες είναι υψηλά στους νέους (Kelly et al., 2000). Περισσότερο ποιοτικά δεδομένα, που αφορούν τις απόψεις των νέων και τις εμπειρίες τους στις ομάδες των 12 βημάτων, θα ωφελοούσαν τις κλινικές προσπάθειες να διευκολυνθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ανασκόπηση των Emrick et al. (1993) δεν βρήκε καθόλου έρευνες που να εξετάζουν τη συμμετοχή στους ΑΑ ατόμων κάτω των 21 ετών. Ωστόσο, κάποια στοιχεία δείχνουν ότι αυτή θα μπορούσε να είναι βοηθητική. Μία μελέτη των Alford, Koehler, και Leonard (1991) έδειξε ότι η συμμετοχή των εφήβων στους ΑΑ ή στους ΝΑ μετά τη θεραπεία, συνδεόταν σημαντικά με τη βελτίωση στην κοινωνική/πολιτική παραγωγικότητα και την αποχή από τις ουσίες, στον επανέλεγχο των 2 χρόνων. Επιπρόσθετα, σε δείγματα εφήβων που μελετήθηκαν από τους Brown, Mott, και Myers (1990) και τους Vik et al. (2002), οι νέοι με πιο σοβαρά προβλήματα χρήσης ουσιών συμμετείχαν πιο συχνά και ωφελήθηκαν περισσότερο από την εμπλοκή τους στους ΑΑ και τους ΝΑ. Τέλος, μία πολυπαραγοντική έρευνα από τους Hsieh, Hoffman, και Hollister (1998) βρήκε ότι στους 2317 εφήβους που έλαβαν θεραπεία για προβλήματα χρήσης ουσιών, ως εσωτερικοί ασθενείς, η συμμετοχή σε συναντήσεις 12 βημάτων ήταν ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για την αποχή από ουσίες, 6 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία. Ωστόσο, επειδή οι συγκριτικές μελέτες των θεραπειών σε σχέση με τους νέους είναι πολύ σπάνιες, δε μας είναι γνωστό ποιες θεραπείες και ποιες οργανώσεις αυτοβοήθειας θα ήταν ενδεδειγμένες.

5. Πώς ή γιατί είναι χρήσιμες οι ομάδες αυτοβοήθειας;

Το αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στην κατανόηση της χρησιμότητας ή όχι των ομάδων αυτοβοήθειας, αλλά και στις σχετικές αιτίες. Αντικατοπτρίζοντας τις προόδους στη μεθοδολογία, οι μελέτες έχουν αρχίσει να ρίχνουν φως σε μηχανισμούς δράσης που είναι υπεύθυνοι για τις ωφέλειες που αποκομίζουν οι συμμετέχοντες στους κόλπους των οργανώσεων αυτοβοήθειας. Ως σήμερα, τέτοιες έρευνες για τους ενδιάμεσους παράγοντες

ασχολήθηκαν μόνο με οργανώσεις 12 βημάτων.

Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν για να εξηγήσουν πώς ή γιατί επιδρούν έτσι οι ομάδες αυτοβοήθειας σαν τους ΑΑ, ήταν ενδοατομικής (π.χ., βαθμός ενεργούς συμμετοχής σε κοινότητες 12 βημάτων, αυτεπάρκεια, ή ικανότητα διαχείρισης του προβλήματος) και δι-υποκειμενικής ή κοινωνικής φύσης. Μία μελέτη των Morgenstern et al. (1997), που παρακολούθησε 100 αλκοολικούς, άντρες και γυναίκες, μετά το πέρας μίας κλειστής θεραπείας βασισμένης στα 12 βήματα, βρήκε ότι οι θετικές επιδράσεις από την επαφή με τους ΑΑ στην έκβαση της χρήσης ουσιών φάνηκε να διαμεσολαμβάνεται από μία ομάδα κοινών παραγόντων αλλαγής: αυτεπάρκεια, κινητοποίηση και ενεργή διαχείριση του προβλήματος. Μία ακόμη έρευνα των Connors και Tonigan (2001), που χρησιμοποίησε μία υπο-ομάδα από το Project MATCH (n=914), βρήκε ότι η αυξημένη σοβαρότητα της περίπτωσης συνδεόταν, 6 μήνες μετά τη θεραπεία, με μεγαλύτερη εμπλοκή στους ΑΑ, η οποία με τη σειρά της συνδεόταν με περισσότερη αποχή και λιγότερη χρήση ουσιών, στους έξι μήνες που ακολούθησαν. Αυτή η τελευταία συσχέτιση βρέθηκε ότι εξηγείται από την αύξηση στην αυτεπάρκεια. Οι Snow, Pochaska, και Ross (1994) βρήκαν επίσης ότι αυτοί που εμπλέκονταν περισσότερο στους ΑΑ ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν διαδικασίες αλλαγής που εστιάζουν στη συμπεριφορά. Επομένως, οι ΑΑ μπορεί να λειτουργούν θετικά, επειδή αυξάνουν ή διατηρούν την κινητοποίηση για αποχή και επειδή προάγουν την αυτεπάρκεια και τις ικανότητες αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι Humphreys, Mankowski, Moos, και Finney (1999) βρήκαν ότι η ενεργή αντιμετώπιση, όπως και τα δίκτυα φιλίας των ασθενών (π.χ., οι φίλοι υποστηρίζουν την αποχή) ήταν εν μέρει υπεύθυνοι διαμεσολαβητικοί παράγοντες για τα θετικά αποτελέσματα της συμμετοχής στα 12 βήματα. Σχετικές με αυτό το εύρημα, κάποιες αναλύσεις των δεδομένων του Project MATCH έδειξαν ότι οι εξωτερικοί ασθενείς με υψηλότερη στήριξη ως προς την πόση αλκοόλ από τα κοινωνικά τους δίκτυα, κατά την έναρξη της θεραπείας, είχαν καλύτερα αποτελέσματα με την TSF, παρά με τη MET, ένα αποτέλεσμα που διαμεσολαβήθηκε από την εμπλοκή στα 12 βήματα.

Μία ακόμα έρευνα για τις ενδιάμεσες μεταβλητές από τους Kelly et al. (2002) μελέτησε το βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα που είχαν στους νέους τα προγράμματα 12 βημάτων εξηγούνταν από τις συμπεριφορές μέσα σε αυτά. Έφηβοι ασθενείς που συμμετείχαν σε περισσότερες συναντήσεις 12 βημάτων

κατά τους 3 πρώτους μήνες μετά την κλειστή θεραπεία τους για ΔΚΟ, έδειξαν αυξημένη κινητοποίηση για αποχή, μία σύνδεση που διαμεσοληβήθηκε από την εμπλοκή τους στα 12 βήματα και στις δραστηριότητες εκεί (π.χ., το να δουλεύει κανείς τα 12 βήματα, να έχει σπόνσορα, να συμμετέχει ενεργά σε κοινωνικές δραστηριότητες με τα υπόλοιπα μέλη). Η κινητοποίηση ήταν με τη σειρά της ο ενδιάμεσος παράγοντας για την επίδραση των 12 βημάτων στην έκβαση της χρήσης ουσιών, 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Περαιτέρω έρευνα από τους Kelly et al. (2003), συνέκρινε μία ομάδα VA ασθενών που είχαν διπλή διάγνωση ΔΜΚ και ΔΚΟ, με μία ομάδα ασθενών που είχαν μόνο ΔΚΟ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ΔΚΟ με ΔΜΚ δεν ωφεληθήκαν από την εμπλοκή τους στα 12 βήματα τόσο, όσο αυτοί που είχαν μόνο ΔΚΟ, παρά τα παρόμοια επίπεδα συμμετοχής.

Αυτό το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης θα μπορούσε να οφείλεται στις διαφορές μεταξύ των επιπέδων κοινωνικής εμπλοκής μεταξύ των δύο ομάδων: τα μέλη της ομάδας με διπλή διάγνωση ΔΜΚ συμμετείχαν πολύ λιγότερο στα κοινωνικά τεκταινόμενα αυτών των κοινοτήτων, αναφέροντας ότι απέκτησαν λιγότερους φίλους στις ομάδες των 12 βημάτων, έχοντας λιγότερες πιθανότητες να έχουν σπόνσορα και κάνοντας λιγότερες επαφές με τους φίλους από τα 12 βήματα.

Οι μηχανισμοί δράσης μπορεί να διαφέρουν στους υπό μελέτη πληθυσμούς. Μία πολυπαραγοντική έρευνα από τους Kelly et al. (2000), που χρησιμοποίησε δείγμα εφήβων, εσωτερικών ασθενών που λάμβαναν θεραπεία για ΔΚΟ, εξέτασε το βαθμό κινητοποίησης και ικανότητας διαχείρισης του προβλήματος, καθώς και την αυτεπάρκεια, ως πιθανές ενδιάμεσες μεταβλητές για την επίδραση που έχει η συμμετοχή στα 12 βήματα στην έκβαση χρήσης της ουσίας. Η συμμετοχή στα 12 βήματα συσχετίστηκε με τη διατήρηση και την αύξηση των τριών αυτών παραγόντων, ωστόσο, σε αντίθεση με τις μελέτες σε ενήλικες (π.χ., Morgenstern et al., 1997· Snow et al., 1994), μόνο η κινητοποίηση για αποχή (και όχι οι δεξιότητες διαχείρισης του προβλήματος, ούτε η αυτεπάρκεια) ήταν ένας σημαντικός ενδιάμεσος παράγοντας για την επίδραση που είχε η συμμετοχή των εφήβων στα 12 βήματα, στην έκβαση της χρήσης ουσιών. Επομένως, οι οργανώσεις αυτοβοήθειας των 12 βημάτων μπορεί να ωφεληθούν διαφορετικές υπο-ομάδες με διαφορετικούς τρόπους. Μελέτες για τους αιτιολογικούς παράγοντες, όπως αυτές που αναφέρθηκαν, έχουν

αρχίσει να αποσαφηνίζουν τη διαδικασία και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων λειτουργούν οι ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων. Περαιτέρω γνώση των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τις ωφέλιμες αλλαγές σε βάθος χρόνου, θα βοηθήσουν να διαμορφωθούν θεωρίες που θα προάγουν την κατανόησή μας για το πώς προκύπτουν αυτές οι αλλαγές.

6. Κενά γνώσης και δυνατότητες για έρευνα

6.1 Διακοπή συμμετοχής και μη-συμμετοχή

Ένας σταθερός προβλεπτικός παράγοντας για τη συμμετοχή στην αυτοβοήθεια είναι η σοβαρότητα της κατάχρησης της ουσίας (π.χ., Brown et al., 2001· Emrick et al., 1993· Weiss, Griffin, Gallop, Luborsky et al., 2000). Αυτοί που έχουν τα πιο σοβαρά προβλήματα χρήσης μπορεί να είναι πιο κινητοποιημένοι για αλλαγή, να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να συμμετέχουν και να συμμαρρίζονται πιο εύκολα το στόχο της αποχής (Kelly et al., 2000). Ωστόσο, για λόγους άγνωστους ακόμη και παρά τις συστάσεις των κλινικών και την έγκαιρη κλινική διευκόλυνση των ανθρώπων να ενταχθούν στις ομάδες, τα ποσοστά μη συμμετοχής και διακοπής της συμμετοχής είναι υψηλά. Σε μία πολυπαραγοντική μελέτη της VA, από τους Humphreys et al. (1999), σχεδόν οι μισοί από τους πρώην ασθενείς δεν είχαν παραστεί ούτε σε μία συνάντηση 12 βημάτων κατά τους τρεις μήνες που προηγήθηκαν του επανελέγχου.

Το Project MATCH βρήκε ότι ακόμη και στη συνθήκη TSF, η οποία έδινε έμφαση και επόπτευε τη συμμετοχή και την εμπλοκή στις συναντήσεις, μολονότι τα επίπεδα συμμετοχής ήταν σημαντικά υψηλότερα από αυτά των συγκρινόμενων συνθηκών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτά μειώνονταν κατακόρυφα μετά το τέλος της θεραπείας. Συγκεκριμένα, στη συνθήκη TSF με εξωτερικούς ασθενείς, από τους πελάτες που άρχισαν να συμμετέχουν στους ΑΑ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, 41% διέκοψαν μέσα στους επόμενους 9 μήνες (Tonigan et al., υπό έκδοση). Επίσης, μία επισκόπηση των εκθέσεων των ίδιων των ΑΑ, που συντάσσονται από το 1996 και γίνονται κάθε τρία χρόνια, δείχνει ότι τα ποσοστά παραίτησης είναι υψηλά στους ΑΑ, παρ' ότι οι μετρήσεις διαφέρουν πολύ μεταξύ τους, ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται (McIntire, 2000). Δεν υπάρχει προς το παρόν καμία έρευνα διαθέσιμη, που να εξετάζει

τους λόγους της μη συμμετοχής ή της διακοπής της συμμετοχής. Οι πιθανές αιτίες ίσως συνδέονται: α) με ενδο-ατομικούς παράγοντες, όπως η κινητοποίηση ή η ετοιμότητα για αλλαγή και οι κοινωνικές δεξιότητες ή το άγχος, ή β) με εξωτερικούς παράγοντες, όπως η απόσταση από τα σημεία συνάντησης και το διαθέσιμο μέσο μετακίνησης, ή οι τυχόν διαφοροποιήσεις στο κοινωνικό περιβάλλον και την κουλτούρα των ίδιων των συναντήσεων των ΑΑ (Hortsmann και Tonigan, 2000· Montgomery, Miller και Tonigan, 1993). Μία βαθύτερη γνώση για τους λόγους για τους οποίους τόσα πολλά από τα άτομα που τους έχει προταθεί να συμμετάσχουν τελικά δε συμμετέχουν καθόλου, ή γρήγορα εγκαταλείπουν, θα μπορούσε να βοηθήσει να διαμορφώσουμε και να ενισχύσουμε επαγγελματικές προσπάθειες για τη διευκόλυνση της συμμετοχής.

6.2 Μέθοδοι Διευκόλυνσης των 12 Βημάτων

Τα δεδομένα από το Project MATCH δείχνουν ότι η συμμετοχή στην αυτοβοήθεια, αν δεν αρχίσει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, είναι πολύ απίθανο να ξεκινήσει αργότερα (Tonigan et al., υπό έκδοση). Η συμπεριφορά των κλινικών έχει φανεί ότι προάγει δραστικά τη συμμετοχή του ασθενή σε ομάδες αυτοβοήθειας. Μία τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα βρήκε ότι, όταν οι ασθενείς με ενέργειες του θεραπευτή τους είχαν συνδεθεί έγκαιρα με άλλους ασθενείς, ήδη συμμετέχοντες σε κοινότητες αυτοβοήθειας, είχαν σημαντικά πιο βελτιωμένες πιθανότητες να συμμετάσχουν στην αυτοβοήθεια από αυτούς που είχαν απλώς λάβει κάποιες πληροφορίες και κάποια ενθάρρυνση σε αυτή την κατεύθυνση (Sisson και Mallams, 1981). Συγκεκριμένα, στη συνθήκη της απλής ενθάρρυνσης, κανένας δεν πήρε μέρος ούτε σε μία συνάντηση 12 βημάτων κατά τη διάρκεια των 4 εβδομάδων που ακολούθησαν την αναφορά σε αυτές, ενώ στη συνθήκη της διευκόλυνσης από τον κλινικό όλοι πήραν μέρος σε τουλάχιστον μία συνάντηση (ο μέσος όρος ήταν 2,3). Παρά τα σημαντικά αποτελέσματα, αυτή η έρευνα ποτέ δεν επαναλήφθηκε.

Στο Project MATCH, οι κλινικοί που χρησιμοποίησαν τη θεραπεία TSF επιμόρφωσαν τους ασθενείς σχετικά με τους ΑΑ, συζητήσαν πιθανά εμπόδια για τη συμμετοχή, ενθάρρυναν ενεργητικά την εμπλοκή και παρακολούθουσαν συνεχώς τη διαδικασία προσαρμογής, για πάνω από 12 εβδομάδες. Παρά τα υψηλά επίπεδα παραίτησης από τους ΑΑ, μετά τη λήξη της TSF θεραπείας, οι εξωτερικοί ασθενείς της

TSF συμμετείχαν σε σημαντικά περισσότερες συναντήσεις ΑΑ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και κατά τους 9 μήνες που ακολούθησαν (Tonigan et al., υπό έκδοση). Από τους ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους, αυτοί που είχαν λάβει TSF είχαν σημαντικά μεγαλύτερη συμμετοχή στους ΑΑ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και στον επανέλεγχο των 3 μηνών. Η TSF συνδέθηκε επίσης με υψηλότερα ποσοστά αποχής από την ουσία. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να καθορίσει ποιες συγκεκριμένες μέθοδοι διευκόλυνσης είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε συγκεκριμένα θεραπευτικά πλαίσια και θεραπευτικές φιλοσοφίες (π.χ., πρωτοβάθμια περίθαλψη, μονάδες εντατικής θεραπείας), ώστε να βελτιωθούν οι πιθανότητες συμμετοχής των ασθενών στην αυτοβοήθεια. Λίγα είναι γνωστά προς το παρόν για τα επαρκή ή βέλτιστα επίπεδα διευκόλυνσης της συμμετοχής στην αυτοβοήθεια. Η διάρκεια, ο ρυθμός, η ένταση, το περιεχόμενο και η μέθοδος της διευκόλυνσης απαιτούν περαιτέρω ανάλυση και δοκιμή.

Επιπλέον έρευνες βρήκαν ότι ο προσανατολισμός του προγράμματος μπορεί στην πραγματικότητα να προάγει σημαντικά την πιθανότητα συμμετοχής και εμπλοκής σε ομάδες 12 βημάτων, όπως και την αποτελεσματικότητά τους (Humphreys, Huebsch, Finney, και Moos, 1999). Τα ευρήματα της έρευνας VA για τις 15 θεραπείες ΔΚΟ (Quimette et al., 1997) έδειξαν ότι, καθώς αυξανόταν ο βαθμός της έμφασης που δίνει το πρόγραμμα στις προσεγγίσεις 12 βημάτων γινόταν ισχυρότερη η θετική σύνδεση μεταξύ της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων και της καλύτερης έκβασης της χρήσης ουσιών, αλλά και της βελτίωσης στα ψυχολογικά αποτελέσματα (Humphreys et al., 1999). Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε πρωτίτερα, πολλοί ασθενείς δε συμμετέχουν καθόλου και πολλοί διακόπτουν σύντομα. Επειδή η αποτελεσματικότητα της θεραπείας 12 βημάτων βασίζεται ισχυρά στη συνεχιζόμενη, ενεργή εμπλοκή του ασθενή στις κοινότητες 12 βημάτων, που έπονται της θεραπείας, αυτοί που διαφωνούν με τη συμμετοχή ή δε μπορούν να συμμετάσχουν λόγω ορισμένων κωλυμάτων (π.χ., διαμονή σε απομακρυσμένες περιοχές, έλλειψη συγκοινωνίας, κατάσχεση άδειας οδήγησης), μπορεί να τα πάνε χειρότερα σε αυτή τη θεραπεία, παρά σε άλλες, όπως η CBT, της οποίας τα ευεργετικά αποτελέσματα είναι σύμφυτα με την απόκτηση δεξιοτήτων κατά τη φάση εντατικής θεραπείας. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να καθοριστούν αν οι ασθενείς που δεν επιθυμούν να συμμετάσχουν

σε συναντήσεις 12 βημάτων μπορεί να ταιριάζουν καλύτερα σε άλλες μορφές θεραπείας.

6.3 Ειδικοί πληθυσμοί και ειδικές ανάγκες

Τα αποτελέσματα από την εμπλοκή των ασθενών με διπλή διάγνωση σε παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας, όπως οι AA και οι NA, είναι ασαφή και μπορεί να εξαρτώνται από τη συγκεκριμένη ψυχιατρική συνοσηρότητα. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό προς το παρόν αν είναι η διαγνωστική κατηγορία καθαυτή ή το επίπεδο της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (π.χ., όσοι έχουν χαμηλό επίπεδο ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας δεν ωφεληθούν, ανεξάρτητα από τη διάγνωση) που θα αποτελούσε καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα για το ποιος μπορεί να ωφεληθεί από τις παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας. Επιπρόσθετα, για να αποφύγουμε «να κάψουμε τα ξερά μαζί με τα χλωρά», είναι σημαντικό να καθορίσουμε όχι μόνο αν τα άτομα ορισμένων διαγνωστικών υποκατηγοριών συμμετέχουν ή ωφεληθούν τόσο όσο η πλειοψηφία χωρίς διπλή διάγνωση, αλλά και για ποιο λόγο. Μόνο με τέτοιες πληροφορίες θα καταστεί δυνατό να εντοπίσουμε αν τα παρατηρούμενα εμπόδια είναι προσπελάσιμα και τροποποιήσιμα κλινικά, οπότε οι ασθενείς θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν και να αποκομίζουν κέρδος από αυτές τις δωρεάν και ευρέως διαθέσιμες πηγές βοήθειας. Στην άλλη περίπτωση, κάποια εμπόδια μπορεί να είναι αξεπέραστα, οπότε πρέπει να προτείνονται στους ασθενείς άλλοι τύποι ομάδων αυτοβοήθειας, ή να τους παρέχεται περαιτέρω θεραπεία. Επιπλέον, οι νέες ομάδες αυτοβοήθειας για διπλές διαγνώσεις, όπως η Dual Recovery Anonymous και οι Double Trouble in Recovery, μεγαλώνουν σε αριθμό και φαίνονται πολύ υποσχόμενες, αλλά χρειάζονται περισσότερη μελέτη.

Οι γυναίκες αποτελούν μία σημαντική μειοψηφία του πληθυσμού που λαμβάνει θεραπεία ΔΚΟ και συμμετέχει σε ομάδες αυτοβοήθειας. Ωστόσο, σχετικά λίγα είναι γνωστά για τις γυναίκες όσον αφορά τη χρήση της αυτοβοήθειας και τα αποτελέσματά της. Τα ευρήματα δείχνουν ως τώρα ότι προσαρμόζονται καλύτερα από τους άντρες στις ομάδες αυτοβοήθειας και ότι αποκομίζουν παρόμοια οφέλη. Χρειάζεται επιπλέον έρευνα, η οποία θα καθορίσει αν οι γυναίκες ωφεληθούν περισσότερο από παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας του ίδιου φύλου (π.χ., όταν συμμετέχουν σε συναντήσεις γυναικών AA) ή από την εμπλοκή τους σε άλλες κινήσεις, ειδικά σχεδιασμέ-

νες για γυναίκες (π.χ., WFS). Επιπρόσθετα, χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες για τις διαφορές στα ποσοστά διακοπής ή μη συμμετοχής των γυναικών στις ομάδες αυτοβοήθειας και για το αν αυτό οφείλεται σε περιορισμούς που σχετίζονται με το φύλο (π.χ., θέματα φροντίδας των παιδιών).

Παρά τις ευρείες συστάσεις για συμμετοχή και εμπλοκή στις οργανώσεις αυτοβοήθειας, οι οποίες απευθύνονται κυρίως σε ενήλικους, η έρευνα για την εμπλοκή των νέων σε αυτές τις ομάδες παραμένει ελλιπής. Χρειάζονται μελέτες που θα καθορίσουν αν ταιριάζουν καλύτερα στις αναπτυξιακές ανάγκες των νέων τα 12 βήματα, κάποια άλλου είδους αυτοβοήθεια ή άλλες θεραπευτικές λύσεις. Επίσης, η ανάλυση των ενδιάμεσων παραγόντων δείχνει ότι οι μηχανισμοί μέσω των οποίων προκύπτουν οι ωφέλειες από τις ομάδες αυτοβοήθειας διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο ζωής: οι ενήλικες μπορεί να αποκομίζουν μεγαλύτερα οφέλη μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, της αύξησης των δεξιοτήτων αντιμετώπισης του προβλήματος και της σχετικής αυτεπάρκειας (Morgenstern et al., 1997), ενώ οι έφηβοι μπορεί να ωφεληθούν περισσότερο μέσω της διατήρησης της κινητοποίησης και της συνεχούς δέσμευσης στην αποχή (Kelly et al., 2000). Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα αυτών των αναλύσεων των ενδιάμεσων μεταβλητών. Δεδομένης της παρατηρούμενης ποικιλομορφίας των ΔΚΟ στους νέους και των σημαντικών αναπτυξιακών τους διαφορών, υπάρχει η ανάγκη για μία περαιτέρω αποσαφήνιση και διερεύνηση των αποτελεσμάτων, ως προς τις εσωτερικές (π.χ., βαθμός σοβαρότητας στη χρήση ουσιών, ηλικία) και τις περιβαλλοντικές/πλαισίου (π.χ., οικογενειακή σύσταση και λειτουργικότητα, οικογενειακοί πόροι, συνομηλικοί) ενδιάμεσες μεταβλητές, που επηρεάζουν τη συμμετοχή των νέων στην αυτοβοήθεια.

Παρά τα ημι-θρησκευτικά θέματα και την αντίστοιχη γλώσσα που χρησιμοποιούν κάποιοι οργανώσεις αυτοβοήθειας (π.χ., ομάδες 12 βημάτων), δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα σήμερα που να δείχνουν ότι για κάποιους είναι απαγορευτική η συμμετοχή σε ομάδες με θρησκευτικές πεποιθήσεις. Ασθενείς με διαφορετικές θρησκευτικές καταβολές και με καθόλου θρησκευτικές καταβολές φαίνονται να ωφεληθούν το ίδιο. Μέχρι μελλοντικές μελέτες να δείξουν το αντίθετο, μάλλον είναι δίκαιο να παραπέμπουμε τους ασθενείς σε αυτές τις ομάδες, ανεξάρτητα από το θρησκευτικό τους υπόβαθρο.

6.4 Μη παραδοσιακές οργανώσεις αυτοβοήθειας

Κατά διαστήματα, υπήρξαν ομάδες αυτοβοήθειας διαφορετικής μορφής, επικεντρωμένες στη χρήση ουσιών (π.χ., SMART Recovery, SOS, MM). Ωστόσο, η ανάπτυξη αυτών των οργανώσεων υπήρξε αργή, με αποτέλεσμα να είναι διαθέσιμες σε μικρότερο βαθμό και να τυγχάνουν λιγότερης ερευνητικής προσοχής. Βέβαια, αυτές οι ομάδες μπορεί να είναι ωφέλιμες. Δεδομένης της ευρείας χρήσης των παρεμβάσεων CBT για ΔΚΟ, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καθορισθεί η αποτελεσματικότητα της συμμετοχής στην αυτοβοήθεια με συναφή (π.χ., SMART Recovery) ή διαφορετική (π.χ., 12 βημάτων) φιλοσοφία. Παρόμοια, δεν είναι γνωστό αν σε κάποιους ασθενείς ταιριάζουν καλύτερα κάποιες μορφές αυτοβοήθειας που δεν χρησιμοποιούν τα 12 βήματα (π.χ., σε αυτούς που δεν έχουν θρησκευτική πίστη). Περαιτέρω έρευνα και θετικά ευρήματα θα μπορούσαν να ενισχύσουν την ανάπτυξη τέτοιων μικρότερων ομάδων αυτοβοήθειας.

Η χρήση της ανταγωνιστικής στα οπιοειδή ουσιών μεθαδόνης, στη θεραπεία για την εξάρτηση από οπιοειδή, αυξάνεται σε κάποιες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών. Ανεπίσημα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς της μεθαδόνης δε νιώθουν ευπρόσδεκτοι στις παραδοσιακές ομάδες αυτοβοήθειας (π.χ., NA) που επιδιώκουν την επίτευξη καθολικής αποχής από τα ναρκωτικά και άλλες ουσίες, επειδή η λήψη μεθαδόνης εκλαμβάνεται ως συνέχιση της χρήσης ναρκωτικών. Η εμφάνιση μίας καινούργιας ομάδας 12 βημάτων, των Methadone Anonymous (Αώνυμοι λήπτες Μεθαδόνης), ως μία πηγή αυτοβοήθειας που απευθύνεται ειδικά σε τέτοιους ασθενείς, ήρθε στην κατάλληλη στιγμή, ιδιαίτερα αν ληφθούν υπόψη οι τρέχουσες προσπάθειες για την αύξηση της εφαρμογής και της πρόσβασης σε προγράμματα μεθαδόνης σε εθνικό επίπεδο (Willenbring, 2001). Επιπρόσθετα, τα πρώτα ευρήματα των σχετικών εκθέσεων των μελών είναι θετικά (Gilman, Galanter, και Dermatis, 2001). Περαιτέρω έρευνα κρίνεται αναγκαία, για να αποσαφηνίσει το αν αυτές οι ομάδες βοηθούν τα μέλη τους να ανέχονται τη φαρμακευτική αγωγή, αν μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής και αν διαμορφώνουν και διευκολύνουν εκείνες τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, που συνδέονται με τη βελτιωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, με τρόπο παρόμοιο με τις άλλες ομάδες 12 βημάτων, που απευθύνονται σε διαφορετικές ΔΚΟ (π.χ., AA). Αν ναι, οι Methadone Anonymous μπορούν να λειτουργή-

σουν ως ένα βοηθητικό συμπλήρωμα στη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή.

6.5 Μείωση κόστους

Τα δημοσιονομικά κριτήρια ανέκαθεν δεν ήταν ένας περιορισμός που απασχολούσε ιδιαίτερα τους κλινικούς και τους ερευνητές της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, στο σημερινό κλίμα των περικοπών και της οικονομικής διαχείρισης της φροντίδας υγείας, η μεγαλύτερη πρόκληση για τη μελλοντική έρευνα ίσως να είναι η δυνατότητα μείωσης του κόστους μέσω της σύνδεσης της αυτοβοήθειας με το σύστημα υγείας. Τα ερευνητικά δεδομένα που ανασκοπήθηκαν παραπάνω και αφορούν το αντιστάθμισμα του κόστους είναι ενθαρρυντικά. Ωστόσο, χρειάζονται κι άλλες μελέτες, για να δείξουν σε ποιο βαθμό, υπό ποιες συνθήκες και για ποιους τύπους ασθενών μπορεί η θεραπεία 12 βημάτων να αυξήσει τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας και να κατεβάσει το κόστος της φροντίδας υγείας, μειώνοντας την τάση να βασίζονται οι ασθενείς αποκλειστικά στις υπηρεσίες επαγγελματικής θεραπείας ΔΚΟ, χωρίς να επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα.

7. Ανακεφαλαίωση

Σε όλη την ιστορία των Ηνωμένων Πολιτειών, οι οργανώσεις αυτοβοήθειας που απευθύνονταν στις ΔΚΟ εμφανίστηκαν και αναπτύχθηκαν ως αποτέλεσμα μίας κοινωνικής, λαϊκής επίγνωσης της ανάγκης να παρεμποδιστεί η καταστροφική επίδραση αυτών των συχνά παρατηρούμενων και διαδεδομένων καταστάσεων – μίας ανάγκης που δεν έχει και πιθανώς δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς μόνο από επαγγελματικές πηγές βοήθειας. Η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των κοινοτήτων όπως οι AA στην άμβλυση των προβλημάτων ΔΚΟ, έχει υποστηριχθεί από την όλο και καλύτερα σχεδιασμένη εμπειρική έρευνα. Οργανώσεις όπως οι AA, οι NA και άλλες, φαίνονται ωφέλιμες για πολλούς ανθρώπους. Επιπλέον, είναι δωρεάν, ευρέως διαθέσιμες και προσβάσιμες στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες (Mäkelä, 1996). Αυτές οι ωφέλειες δε φαίνεται να εξηγούνται με εσωτερικούς κινητοποιητικούς παράγοντες, ή από τα εξαρχής υψηλά επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου (π.χ., McKellar et al., 2003). Η κινητοποίηση του ασθενή είναι μία κατάσταση και όχι ένα μόνιμο χαρακτηρι-

στικό, η οποία μεταβάλλεται δυναμικά, σε σχέση με τις αντιλαμβανόμενες συνέπειες και πολλοί ασθενείς δε μπορούν να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα κινητοποίησης χωρίς συνεχή υποστήριξη. Οι πιο κινητοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αναζητήσουν επαγγελματική θεραπεία και μάλιστα ακολουθούν τις προτάσεις της να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας. Άλλοι παρόμοιοι θεραπευτικοί μηχανισμοί της συμμετοχής στην αυτοβοήθεια συμπεριλαμβάνουν αυξημένες δεξιότητες διαχείρισης, ενισχυμένη αυτοπάρκεια και τη διατήρηση ή την προαγωγή της κινητοποίησης (Kelly et al., 2000· Morgenstern et al., 1997). Ωστόσο, ακόμη και παρά την υψηλή αρχική κινητοποίηση, οι ασθενείς συχνά μπορεί χρειαστούν ενεργή κλινική διευκόλυνση για να αρχίσουν να συμμετέχουν και να εμπλέκονται σε αυτές τις κοινότητες. Ως κλινικοί, υπάρχουν πολλὰ που μπορούμε να κάνουμε για να βοηθήσουμε τους εξαρτημένους ασθενείς μας να κάνουν μία φιλότιμη προσπάθεια με αυτές τις οργανώσεις (π.χ., Project MATCH, 1993· Sisson και Mallams, 1981).

Αυτή η ανασκόπηση κάλυψε πολλὰ ενδιαφέροντα θέματα που αφορούν τις έρευνες για την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα, αλλὰ και για τα σχετικά μεθοδολογικά θέματα. Εξέτασε τα δεδομένα για τους τρόπους με τους οποίους επιδρούν οι ομάδες αυτοβοήθειας στους ειδικούς πληθυσμούς ή τις υπο-ομάδες που μπορούν ή όχι να ωφεληθούν από τη συμμετοχή τους σε αυτές και ανασκόπησε τα υπάρχοντα στοιχεία σε σχέση με το ενδιαφέρον θέμα της μείωσης του κόστους στη φροντίδα υγείας. Μέσω αυτής της προσπάθειας, έγινε εμφανής ένας αριθμός δυνατοτήτων έρευνας. Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές που δουλεύουν στον τομέα της θεραπείας των ΔΚΟ, οι επικεντρωμένες προσπάθειες επέφεραν αυξημένη μεθοδολογική ακρίβεια και προήγαγαν την εμπιστοσύνη στη χρήση αυτών των πηγών. Ελπίζουμε ότι αυτή η εργασία μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για την έρευνα, ώστε να προάγει την κατανόησή μας για αυτές τις οργανώσεις και τις επιδράσεις τους πάνω στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινωνία γενικότερα.

Βιβλιογραφία

- Alcoholics Anonymous [1999]. *Alcoholics Anonymous, 1998 membership survey: A snapshot of A.A. membership*. AA World Services, New York.
- Alcoholics Anonymous [1952]. *Twelve Steps & Twelve Traditions: Alcoholics Anonymous World Services*. AA World Services, New York.
- Alcoholics Anonymous [2001]. *Alcoholics Anonymous: The story of how thousands of men and women have recovered from alcoholism*. (4th ed.). AA World Services, New York.
- Alford, G.S., Koehler, R.A. & Leonard, J. [1991]. Alcoholics Anonymous–Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A 2-year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol* 52, [2], pp. 118–126.
- American Psychiatric Association, APA [1995]. Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. American Psychiatric Association. *American Journal of Psychiatry*, 152 [11] Suppl. pp. 63–80.
- Bogenschutz, M.P. & Akin, S.J. [2000]. 12-Step participation and attitudes toward 12-step meetings in dual diagnosis patients. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18 [4], pp. 31–45.
- Brown, B.S., O'Grady, K.E., Farrell, E.V., Flechner, I.S. & Nurco, D.N. [2001]. Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 [1], pp. 147–160.
- Brown, S.A., Mott, M.A. & Myers, M.G. [1990]. Adolescent alcohol and drug treatment outcome. Στο: Ronald, E. and Watson, R., (Επιμ. Εκδ.), *Drug and alcohol abuse prevention. Drug and alcohol abuse reviews*. Humana Press, Clifton, NJ. pp. 373–403.
- Bukstein, O.G. [1995]. *Adolescent substance abuse: Assessment, prevention, and treatment*. Wiley, New York.
- Connors, G.J. & Tonigan, J.S. [2001]. A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: Retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 [6] pp. 817–825.
- Connors, G. J. Tonigan, S. & Miller, W [2001]. *Religiosity and responsiveness to alcoholism treatments*. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD.
- Crits-Christoph P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L.S., Muenz, L.R., Thase, M.E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S.F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K. & Beck, A.T. [1999]. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56 [6], pp. 493–502.
- Del Boca, F. & Mattson, M.E. [Επιμ. Εκδ.] [2001]. *The gender matching hypothesis*, vol. 8, National Institutes of Health, Bethesda, MD.
- Emrick, C.D., Tonigan, J.S., Montgomery, H. & Little, L. [1993]. Alcoholics Anonymous: What is currently known?. Στο: Barbara, E., McCrady S., William, E., Miller, R. [Επιμ. Εκδ.] [1993]. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. Publications Division, Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, NJ, pp. 41–76.
- Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Hubbard, R.L. & Rounds-Bryant, J.L. [1999]. The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, pp. 99–112.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M.P. [2000]. Drug treatment and 12-step program participation: The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 [1], pp. 65–74.
- Fortney, J., Booth, B., Zhang, M., Humphrey, J. & Wiseman E. [1998]. Controlling for selection bias in the evaluation of Alcoholics Anonymous as aftercare treatment. *Journal of Studies on Alco-*

- hol, 59 [6], pp. 690–697.
- Gilman, S.M., Galanter, M. & Dermatis, H. [2001]. Methadone Anonymous: A 12-step program for methadone maintained heroin addicts. *Substance Abuse*, 24 [4], pp. 247–256.
- Horstmann, M.J. & Tonigan, J.S. [2000]. Faith development in Alcoholics Anonymous (AA): A study of two AA groups. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18 [4] pp. 75–84.
- Hsieh, S., Hoffmann N.G. & Hollister, C.D. [1998]. The relationship between pre-, during-, post-treatment factors, and adolescent substance abuse behaviors. *Addictive Behavior*, 23 [4] pp. 477–488.
- Humphreys, K. [1997]. Clinicians' referral and matching of substance abuse patients to self-help groups after treatment. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 48 [11], pp. 1445–1449.
- Humphreys, K., Phibbs, C.S. & Moos, R.H. [1996]. Addressing self-selection effects in evaluations of mutual help groups and professional mental health services: An introduction to two-stage sample selection models. *Evaluation and Program Planning*, 19 pp. 301–308.
- Humphreys, K., Huebsch, P.D., Finney, J.W. & Moos, R.H. [1999]. A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 23, [3], pp. 558–563.
- Humphreys, K., Mankowski, E., Moos, R.H. & Finney, J.W. [1999]. Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21 [1] pp. 54–60.
- Humphreys, K. & Moos, R. [2001]. Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 [5], pp. 711–716.
- Humphreys, K. & Moos, R. [1996]. Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 47 [7], pp. 709–713.
- Kelly, J.F., McKellar, J.D. & Moos, R. [2003]. Major depressive disorder in patients with substance use disorders: Effects on 12-step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction*, 98, pp. 499–508.
- Kelly, J.F., Myers, M.G. & Brown, S.A. [2000]. A multivariate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 [4], pp. 376–389.
- Kelly, J.F., Myers, M.G. & Brown, S.A. [2002]. Do adolescents affiliate with 12-step groups? A multivariate process model of effects. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 [3], pp. 293–304.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony, J.C. [1997]. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54 [4], pp. 313–321.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. & Leaf, P.J. [1996]. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 [1], pp. 17–31.
- Kownacki, R.J. & Shadish, W.R. [1999]. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use and Misuse*, 34 [13], pp. 1897–1916.
- Kurtz, E. [1991]. *Kurtz, Not God: a history of Alcoholics Anonymous*, Hazelden Educational Services, Center City, MN.
- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S. & Knight, E. [2000a]. Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 [4], pp. 321–329.
- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S. & Knight, E. [2000b]. Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 36 [5], pp. 457–476.
- Longabaugh, R., Wirtz, P.W., Zweben, A. & Stout, R.L. [1998]. Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93 [9], pp. 1313–1333.
- Magura, S., Laudet, A.B., Mahmood, D., Rosenblum, A. & Knight, E. [2002]. Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 53 [3], pp. 310–316.
- Mäkelä, K. [1996]. *Alcoholics Anonymous as a mutual help movement: A study in eight societies*. University of Wisconsin Press, Madison, WI.
- McCrary, B.S. & Miller, W.R. [1993]. Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives. *Alcohol Research Documentation*. New Brunswick, NJ.
- McElrath, D. [1997]. The Minnesota model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 [2] pp. 141–144.
- McIntire, D. [2000]. How well does AA work? An analysis of published AA surveys (1968–1996) and related analyses/comments. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18 [4], pp. 1–18.
- McKellar, J.D., Stewart, E. & Humphrey, K.N. [2003]. Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlation? A prospective 2-year study of 2319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 [2], pp. 302–308.
- Miller, N.S., Ninonuevo, F.G., Klamen, D.L., Hoffmann, N.G. & Smith, D.E. [1997]. Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 [3] pp. 239–248.
- Montgomery, H.A., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. [1993]. Differences among AA groups: Implications for research. *Journal of Studies on Alcohol*, [54] pp. 502–504.
- Montgomery, H.A., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. [1995]. Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 [4], pp. 241–246.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrary, B.S., Kahler, C.W. & Frey, R.M. [1997]. Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 [5], pp. 768–777.
- Mowbray, C.T., Solomon, M., Ribisl, K.M., Ebejer, M.A., Deiz, N., Brown, W., Bandla, H., Luke, D.A., Davidson, W.S. & Herman, S. [1995]. Treatment for mental illness and substance abuse in a public psychiatric hospital. Successful strategies and challenging problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 [2], pp. 129–139.
- Noordsy, D.L., Schwab, B., Fox L. & Drake, R.E. [1996]. The role of

- self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 32 (1), pp. 71–81 [discussion 83–76].
- Nowinski, J. (1993). Nowinski, Questioning the answers: Research and the AA traditions. Στο: Barbara, E., McCrady, S., William, E., Miller, R. (Επιμ. Εκδ.) (1993), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*, pp. 41–76 New Brunswick, NJ .
- Quimette, P., Humphreys, K., Moos, R.H., Finney, J.W., Cronkite, R. & Federman, B. (2001). Self-help group participation among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (1), pp. 25–32.
- Quimette, P.C., Finney, J.W. & Moos, R.H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (2), pp. 230–240.
- Quimette, P.C., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1998). Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (5), pp. 513–522.
- Peele, S. (1990). Research issues in assessing addiction treatment efficacy: How cost effective are Alcoholics Anonymous and private treatment centers?. *Drug and Alcohol Dependence*, 25 (2), pp. 179–182.
- Penn, P.E. & Brooks, A.J. (2000). Five years, twelve-steps, and REBT in the treatment of dual diagnosis. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 18 (4), pp. 197–208.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (6), pp. 1130–1145.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (1), pp. 7–29.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (6), pp. 1300–1311.
- RachBeisel, J., Scott, J. & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 50 (11), pp. 1427–1434.
- Roman, P.M., Blum, T.C. (1998). *National treatment center study*. University of Georgia, Athens, GA.
- Room, R. & Greenfield, T. (1993). Alcoholics anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990. *Addiction*, 88 (4), pp. 555–562.
- Rychtarik, R.G., Connors, G.J., Dermen, K.H. & Stasiewicz, P.R. (2000). Alcoholics Anonymous and the use of medications to prevent relapse: An anonymous survey of member attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (1), pp. 134–138.
- SAMHSA, (2002). *Treatment admissions for alcohol abuse, alone and with a drug problem*. Office of Applied Studies, Arlington, VA.
- Smart, R.G. & Mann, R.E. (1993). Recent liver cirrhosis declines: Estimates of the impact of alcohol abuse treatment and alcoholics anonymous. *Addiction*, 88 (2), pp. 193–198.
- Sisson, R.W. & Mallams, J.H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8 (3), pp. 371–376.
- Snow, M.G., Prochaska J.O. & Rossi, J.S. (1994). Processes of change in Alcoholics Anonymous: Maintenance factors in long-term sobriety. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (3) pp. 362–371.
- Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W. & Lesar, M.D. (2000). Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (4), pp. 529–540.
- Tomasson, K. & Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: A prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93 (3), pp. 423–431.
- Tonigan, J. S., Connors, G. J. & Miller, W. R. [in press]. Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. Στο: F. Babor, & F. K. Del Boca (Επιμ.Εκδ.), *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: The results of Project MATCH*. New York: Cambridge University Press.
- Tonigan, J.S., Miller, W.R. & Connors, G. (2000). Project MATCH client impressions about Alcoholics Anonymous: Measurement issues and relationship to treatment outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18 (1), pp. 25–41.
- Tonigan, J.S., Toscova, R., Miller, W.R. (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57 1 (1996), pp. 65–72.
- Vik, P.W., Grizzle, K.L., Brown, S.A. (1992). Social resource characteristics and adolescent substance abuse relapse. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2 (2), pp. 59–74.
- Vogel, H.S., Laudet, A.B. & Magura, S. (1998). Double trouble in recovery: Self-help for people with dual diagnoses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21 (4), pp. 356–364.
- Weisner, C., Greenfield, T. & Room, R. (1995). Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990. *American Journal of Public Health*, 85 (1), pp. 55–60.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Gallop, R., Luborsky, L., Siqueland, L., Frank, A., Onken, L.S., Daley, D.C. & Gastfriend, D.R. (2000). Predictors of self-help group attendance in cocaine dependent patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (5), pp. 714–719.
- Weiss, R.D. Griffin, M.L., Gallop, R., Onken, L.S., Gastfriend, D.R., Daley, D., Crits-Christoph, P., Bishop, S. & Barber, J.P. (2000). Self-help group attendance and participation among cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 60 (2), pp. 169–177.
- White, W.L. (1998). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Chestnut Health Systems, Bloomington, IL.
- Willenbring, M.L. (2001). *Opioid agonist translation project: Progress to date*. Orlando, FL: Veterans Affairs National QUERI Conference.
- Winzelberg A., Humphreys, K. (1999). Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3018 male substance abuse patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), pp. 790–794.



Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά:

Οδεύοντας προς πρακτικές και πολιτικές βασισμένες στα ερευνητικά δεδομένα*

Keith Humphreys** et al.***

Αυτό το συνεργατικό επιστημονικό άρθρο, αποτελεί μια ανασκόπηση των δεδομένων περί της αποτελεσματικότητας των ομάδων αυτοβοήθειας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, παρουσιάζοντας παράλληλα κάποιες μελλοντικές δυνατότητες για τους υπεύθυνους των προγραμμάτων θεραπείας, καθώς και για όσους ορίζουν τις σχετικές πολιτικές. Επειδή οι διαχρονικές έρευνες συνδέουν την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας με την ελάττωση της χρήσης ουσιών, τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και τη μείωση του κόστους της φροντίδας υγείας, υπάρχουν ανθρωπιστικοί και πρακτικοί λόγοι για να αναπτύξουμε πολιτικές που θα υποστηρίζουν την αυτοβοήθεια. Οι πολιτικές που περιγράφονται εδώ και οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τους κλινικούς και τους υπεύθυνους των προγραμμάτων, συμπεριλαμβάνουν την αύξηση της χρήσης των εμπειρικά τεκμηριωμένων μεθόδων που θα απευθύνονται στις ομάδες αυτοβοήθειας, σε θεραπευτικά, επαγγελματικά και μη πλαίσια, και την ανάπτυξη μιας σειράς διαθέσιμων επιλογών για τοπικές ομάδες αυτοβοήθειας, που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες, τις προτιμήσεις και το πολιτιστικό υπόβαθρο των πελατών. Η ομάδα εργασίας μας προτείνει, επίσης, κάποιες πιθανές επιλογές υποστηρικτικής πολιτικής (π.χ., την υποστήριξη κέντρων διασύνδεσης για την αυτοβοήθεια) για την πολιτεία και για τους ομοσπονδιακούς υπευθύνους. Η εφαρμογή τέτοιων πολιτικών θα μπορούσε να ενδυναμώσει τις οργανώσεις αυτοβοήθειας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και έτσι να βοηθήσει στην αντιμετώπιση σε εθνικό επίπεδο αυτού του σοβαρού για τη δημόσια υγεία προβλήματος της κατάχρησης ουσιών.

1. Εισαγωγή

Οι οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι μία σημαντική πηγή βοήθειας για τις περιπτώσεις κατάχρησης ουσιών, ενός σοβαρού προβλήματος για τη δημόσια υγεία που αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για

500.000 θανάτους και για συνολικό οικονομικό κόστος άνω των 400 δισεκατομμυρίων δολαρίων κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Horgan, Skwara, Strickler, 2001). Αυτή η εργασία συγκεφαλαιώνει ση-

* Το άρθρο με αρχικό τίτλο «Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy» περιλαμβάνεται στο *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (2004) 151-158. Σύμφωνα με σημείωμα που περιλαμβάνεται στη δημοσίευση, η προετοιμασία αυτού του άρθρου υποστηρίχθηκε από την Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), το U.S. Department of Health and Human Services Research and Development Service και από το Mental Health Strategic Healthcare Group and Health Services Research and Development Service, U.S. Department of Veterans Affairs (VA). Τα συμπεράσματα αυτής της εργασίας δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα τις επίσημες θέσεις του SAMSHA, του VA, ή των οργανισμών στους οποίους ανήκουν οι συγγραφείς ή οι σχολιαστές αυτού του άρθρου. Οι συγγραφείς ευχαριστούν θερμά τα παρακάτω άτομα για τα χρήσιμα σχόλιά τους κατά τις συναντήσεις της ομάδας εργασίας και/ή σε πρώιμα σχέδια αυτού του άρθρου: Sonya A. Baker, T. Robert Burke, Herman Dieneshaus, Dona M. Dmitrovic, R. John Gregrich, Tom Hill, Mike Hilton, George Kosniak, John Mahoney, Kate Malliarakis, J. Paul Molloy, Harold Perl, Rick Sampson και Richard Suchinsky. Μετάφραση άρθρου: Αγγιώτη Κατερίνα, Επιμέλεια Μετάφρασης: Ζαφειρίδης Φοίβος.

** Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Veterans Health Administration Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, c/o Program Evaluation and Resource Center, Veterans Affairs Health Care System (152-MPD), 795 Willow Road, Menlo Park, CA 94025, USA, Tel.: +1-650-617-2746; fax: +1-650-617-2736, E-mail: KNH@Stanford.edu (K. Humphreys).

*** Στο άρθρο σημειώνονται επιπλέον οι ακόλουθοι συγγραφείς: Stephen Wing, M.S.W., Dennis McCarty, Ph.D., John Cappel, M.D., Lewis Gallant, Ph.D., Beverly Haberle, MHS, A. Thomas Horvath, Ph.D., Lee Ann Kaskutas, Dr. P.H., Thomas Kirk, Ph.D., Daniel Kivlahan, Ph.D., Alexandre Laudet, Ph.D., Barbra S. McCrady, Ph.D., A. Thomas McLellen, Ph.D., Jon Morgenstern, Ph.D., Mike Townsend, M.S.S.W., και Roger Weiss, M.D.

μαντικά ερευνητικά ευρήματα για τις σχετικές με τις εξαρτήσεις ομάδες αυτοβοήθειας και αξιολογεί τις προτάσεις τους για τους άμεσους παροχείς υπηρεσιών, τα θεραπευτικά προγράμματα, τις υπηρεσίες της πολιτείας και τους υπευθύνους για τις σχετικές πολιτικές. Περιλαμβάνει κυρίως τα συμπεράσματα μίας ομάδας εργασίας ειδικών, που συνήλθαν σε εθνικό επίπεδο, στις 6 και 7 Νοεμβρίου του 2001, στη Ουάσιγκτον. Οι πληροφορίες από την ομάδα εργασίας συμπληρώθηκαν με μία ανασκόπηση επιστημονικών δημοσιεύσεων και με σχόλια που διατύπωσαν οι συμμετέχοντες στην ομάδα εργασίας, κάποιοι παρατηρητές, μέλη ομάδων αυτοβοήθειας και άλλοι συμμετέχοντες, πάνω σε προσχέδια αυτού του άρθρου.

1.1 Ορολογία

Οι όροι «εξάρτηση» και «σχετικός με τις εξαρτήσεις» αναφέρονται σε όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με ουσίες -συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από αλκοόλ, παράνομα ναρκωτικά ή νικοτίνη- όπως και στο να βρίσκεται κανείς σε στενή σχέση με κάποιον που έχει τέτοια προβλήματα (π.χ., σύντροφος ή γονέας). Η έκφραση «ομάδα/οργάνωση αυτοβοήθειας» αναφέρεται σε μη επαγγελματικές, ομαδικά διαχειριζόμενες οργανώσεις, επικεντρωμένες στην παροχή βοήθειας σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Ο όρος «ομάδα αλληλοβοήθειας» χρησιμοποιείται επίσης κάποιες φορές, για να δηλώσει ότι τα μέλη των ομάδων δίνουν και δέχονται συμβουλές, ενθάρρυνση, υποστήριξη. Οι ομάδες αυτοβοήθειας δεν χρεώνουν χρήματα και δεν πρέπει να εξισώνονται με τις υπηρεσίες επαγγελματικής βοήθειας. Η έκφραση «οργανώσεις των 12 βημάτων» αναφέρεται σε εκείνες τις ομάδες αυτοβοήθειας που στηρίζονται σε μία συγκεκριμένη φιλοσοφία ανάρρωσης, η οποία δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα του να δέχεται κανείς την εξάρτηση ως μία αρρώστια η οποία μπορεί να ανασταλεί, αλλά ποτέ να εξαλειφθεί και προάγουν την ατομική ωριμότητα και την πνευματική ανάπτυξη μέσα από την ελαχιστοποίηση της εγωκεντρικότητας και την παροχή βοήθειας σε άλλα εξαρτημένα άτομα (π.χ., μοίρασμα εμπειριών ανάρρωσης στις συναντήσεις της ομάδας, επίβλεψη νέων μελών). Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA) και οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (NA) είναι οι πιο γνωστές από τις οργανώσεις εκείνου του τύπου αυτοβοήθειας που βασίζεται στα 12 βήματα.

2. Η φύση και η σημερινή κατάσταση της αυτοβοήθειας για τις εξαρτήσεις στις Η.Π.Α.

Οι Αμερικανοί συμμετέχουν σε ένα πλήθος ομάδων αυτοβοήθειας για χρόνια προβλήματα υγείας όπως η νόσος Alzheimer, ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η παχυσαρκία και οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Περίπου το 18% των Αμερικανών ενηλίκων υπήρξε κάποια στιγμή της ζωής του μέλος ομάδας αυτοβοήθειας, ενώ για το 7% αυτή η συμμετοχή έλαβε χώρα μέσα στους τελευταίους 12 μήνες (Kesler, Mickelson, και Zhao, 1997). Τα προβλήματα που σχετίζονται με την εξάρτηση είναι ξεκάθαρα η πιο συχνή αιτία κινητοποίησης για τη συμμετοχή σε ομάδα αυτοβοήθειας (Kessler et al., 1997· Room και Greenfield, 1993). Στην πραγματικότητα, οι Αμερικανοί κάνουν περισσότερες επισκέψεις σε ομάδες αυτοβοήθειας, απ' ό,τι σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μαζί (Kesler et al., 1997).

Ο Πίνακας 1 συγκεντρώνει κάποιες αντιπροσωπευτικές οργανώσεις αυτοβοήθειας για τις εξαρτήσεις στις Η.Π.Α. Η μεγαλύτερη και η πιο γνωστή είναι εκείνη των AA, μία οργάνωση 12 βημάτων που ιδρύθηκε το 1935 και ενέπνευσε τη δημιουργία πολλών από τις υπόλοιπες οργανώσεις του πίνακα. Μολονότι οι ουσίες και οι πληθυσμοί στους οποίους απευθύνονται ποικίλουν, όλες οι οργανώσεις με τη λέξη «Ανώνυμοι» (Anonymous) ή Anon στο όνομά τους χρησιμοποιούν προσεγγίσεις των 12 βημάτων για την ανάρρωση, όπως κάνουν: η Oxford House (σπίτι της Οξφόρδης), ένα πλαίσιο εσωτερικής διαμονής βασισμένο στη ισότιμη συνύπαρξη και η Double Trouble in Recovery (Διπλό Πρόβλημα στην Ανάρρωση), μία οργάνωση αυτοβοήθειας για εξαρτημένα άτομα που έχουν επιπλέον κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Παρ' ό,τι μικρότερες και λιγότερο γνωστές, οι ακόλουθες οργανώσεις αυτοβοήθειας, που δεν είναι 12 βημάτων, αντιπροσωπεύουν εναλλακτικές λύσεις για άτομα εξαρτημένα από ουσίες (Humphreys, 2004).

Η Secular Organization for Sobriety (Κοσμική Οργάνωση για τη Νηφαλιότητα) υποστηρίζει τη λογική και την επιστημονική γνώση και δεν έχει καθόλου πνευματικό περιεχόμενο. Η οργάνωση πιστεύει ότι η αποχή μπορεί να επιτευχθεί μέσω της υποστήριξης από την ομάδα και μέσω της νηφαλιότητας ως πρωταρχικού στόχου ζωής.

Η SMART Recovery¹ βλέπει την υπερβολική χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών περισσότερο ως μία δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, παρά ως ασθένεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εκτιμώμενος αριθμός συμμετοχών σε επιλεγμένες οργανώσεις αυτοβοήθειας για την εξάρτηση στις Η.Π.Α.

	Εκτιμώμενος αριθμός μελών στις Η.Π.Α.
Alcoholics Anonymous / Ανώνυμοι Αλκοολικοί	1.160.000
Al-anon Family Groups / Οικογένειες Αλ-ανον	200.000
Narcotics Anonymous / Ναρκομανείς Ανώνυμοι	185.000
Adult Children of Alcoholics / Ενήλικα Τέκνα Αλκοολικών	40.000
Cocaine Anonymous / Κοκαΐνομανείς Ανώνυμοι	15.000
Marijuana Anonymous/ Ανώνυμοι Χρήστες Μαριχουάνας	10.000
Oxford House / Σπίτι της Οξφόρδης	9.000
Nicotine Anonymous / Νικοτινομανείς Ανώνυμοι	7.500
Secular Org. for Sobriety / Κοσμική Οργ. Για τη Νηφαλιότητα	3.000
Double Trouble in Recovery / Διπλό Πρόβλημα στην ανάρρωση	3.000
SMART Recovery / SMART Ανάρρωση	2.000
Women for Sobriety / Γυναίκες για την Νηφαλιότητα	1.500
Dual Diagnosis Anonymous / Ανώνυμοι με Διπλή Ανάρρωση	700

Σημείωση: Τα δεδομένα προέρχονται από τους White και Mandara (2002) και από τον Humphreys (2004).

νεια. Στόχος της είναι η χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένων γνωστικών–συμπεριφορικών τεχνικών, για να προάγει την κινητοποίηση των ασθενών για αποχή, την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τη μεγάλη επιθυμία για την ουσία, την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αλληλίζουν τις παράλογες σκέψεις και την κριτική τους σκέψη, ώστε να ισορροπούν ανάμεσα στις στιγμιαίες και τις μακροπρόθεσμες απολήψεις.

Οι Women for Sobriety (Γυναίκες για τη Νηφαλιότητα) ιδρύθηκαν το 1976, για να υποστηρίξουν την ανάρρωση αλκοολικών γυναικών, μέσω ενός θετικά προσανατολισμένου, φεμινιστικού προγράμματος, που ενθαρρύνει την αυτο-ανάπτυξη και προάγει τη συναισθηματική και πνευματική ωρίμανση. Δίνει έμφαση στο σημαντικό ρόλο που κατέχουν οι αμιγώς γυναικείες ομάδες ως προς τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των μελών και τη διευκόλυνση της ανακάμψης του εαυτού.

Άλλη μία οργάνωση αλληλοβοήθειας, που μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική λύση για όσους κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, είναι η Moderation Management (Διαχείριση της Αλληλαγής). Πρόκειται για ένα δίκτυο αυτοβοήθειας 500-1000 ανθρώπων, που έχουν αποφασίσει να μειώσουν ή να κόψουν το ποτό και να κάνουν επιπλέον θετικές αλλαγές στη ζωή

τους. Από την ίδρυσή της, το 1993, λειτουργεί κάτω από την κοινή παραδοχή ότι η προβληματική πόση, σε αντίθεση με τη χρόνια εξάρτηση από αλκοόλ, είναι μία μαθημένη συμπεριφορική συνήθεια που μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο. Η οργάνωση Moderation Management είναι η μοναδική από αυτές που αναφέρονται στο άρθρο μας, η οποία κατά βάση προσελκύει άτομα με σχετικά λιγότερα (όχι εξάρτησης) προβλήματα με ουσίες (Humphreys και Klaw, 2001).

Οι οργανώσεις αυτοβοήθειας δεν διαφέρουν μόνο στην προσέγγιση, τη φιλοσοφία και το μέγεθος, αλλά και στην οργανωτική δομή, στις παραδόσεις τους (π.χ., στο αν δέχονται με προθυμία εξωτερική οικονομική βοήθεια, αν ενθαρρύνουν τη διαβίου συμμετοχή), καθώς και στη φυλετική και εθνική ποικιλομορφία των μελών τους. Παρά τις διαφορές, καμία από τις παραπάνω οργανώσεις δεν παίρνει χρήματα για τη συμμετοχή, δεν απαιτείται κλείσιμο ραντεβού και δεν βάζει όρια στον αριθμό των επισκέψεων. Γι' αυτό ακριβώς και τα μέλη μπορούν να συμμετέχουν για απεριόριστο χρόνο, αν το επιθυμούν. Το σημείο αυτό είναι κρίσιμο, αν σκεφτούμε τις αντιλήψεις που έχουν κάνει την εμφάνισή τους, ότι πρέπει να διαχειριζόμαστε την εξάρτηση βασισμένοι στην ιδέα ότι αυτή αντιμετωπίζεται καλύτερα ως ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας, όπως ο διαβήτης και η υπέρ-

1 Σημ. μτφρ: Τα αρχικά SMART προέρχονται από τις λέξεις Self Management and Recovery Training (Εκπαίδευση στην Αυτοδιαχείριση και την Ανάρρωση).

ταση (McLellan, Lewis, O'Brien, και Kleber, 2000). Οι άμεσες παρεμβάσεις φροντίδας (π.χ., νοσηλεία) είναι σημαντικές για να αντιμετωπίσουν την άμεση ιατρική ανάγκη για σταθεροποίηση, καθώς και για να ενθαρρύνουν την εμπλοκή σε μία συνεχιζόμενη φροντίδα, αλλά δεν θεραπεύουν αυτές οι ίδιες τα χρόνια προβλήματα υγείας. Τα χρόνια προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται καλύτερα με ηπιότερη, διαχρονική υποστήριξη (Humphreys και Tucker, 2002). Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι μία σημαντική, ενδυναμωτική στήριξη για την ανάρρωση από χρόνια προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εξάρτηση από ουσίες και δρουν περισσότερο συμπληρωματικά παρά ανταγωνιστικά στις άμεσες παρεμβάσεις φροντίδας.

Ένα τελευταίο σημαντικό σημείο για τις οργανώσεις αυτοβοήθειας, είναι ότι η ανάπτυξή τους μπορεί να ενισχυθεί ή να περιοριστεί από εξωτερικές δυνάμεις. Για παράδειγμα, οι ΑΑ βίωσαν μία μεγάλη αύξηση στις συμμετοχές τους κατά το έτος 1941, όταν τις παρουσίασε η εφημερίδα «The Saturday Evening Post» σε ένα ιδιαίτερα ευνοϊκό άρθρο. Γενικότερα, τα μη κερδοσκοπικά κέντρα ενίσχυσης της αυτοβοήθειας, έχουν παραπέμψει πολλά πιθανά μέλη σε ομάδες αυτοβοήθειας και έχουν διευκολύνει τη δημιουργία πολλών ομάδων. Οι αναφορές των κλινικών, επίσης, συντελούν στη σύνδεση πολλών ανθρώπων με τις οργανώσεις αυτοβοήθειας: παρόμοια, αρνητικές συμπεριφορές εκ μέρους των κλινικών μπορεί να αποθαρρύνουν τη συμμετοχή. Τέλος, αρκετές χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Γερμανία, η Πολωνία και η Ιαπωνία έχουν προσφέρει χρηματοδότηση για έργα υποδομής στις οργανώσεις αυτοβοήθειας και έχουν διευκολύνει επιτυχώς την ανάπτυξή τους (Humphreys, 2004).

2.1 Ανακεφαλαίωση της κατάστασης των ομάδων αυτοβοήθειας στις Η.Π.Α.

Από αυτή την περιγραφή των οργανώσεων αυτοβοήθειας, συνάγονται ορισμένα συμπεράσματα που αποτελούν υποδείξεις για τους κλινικούς, τις υπηρεσίες και τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικών. Συγκεκριμένα:

- Έχει αναπτυχθεί ένα ποικιλόμορφο σώμα οργανώσεων αυτοβοήθειας για όλες τις ουσίες που ενδιαφέρουν σημαντικά τη δημόσια υγεία.
- Στο σύνολό τους, αυτές οι οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι ελκυστικές και προσιτές οικονομικά σε ένα ευρύ φάσμα ανθρώπων.
- Κλινικές, υπηρεσιακές και κυβερνητικές διαδι-

κασίες και πολιτικές επηρεάζουν τη διάδοση, την οργανωτική σταθερότητα και τη διαθεσιμότητα των σχετικών με τις εξαρτήσεις ομάδων αυτοβοήθειας.

3. Έρευνες για την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποδοτικότητας στις σχετικές με την εξάρτηση ομάδες αυτοβοήθειας

Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την κατάχρηση ουσιών πρέπει να κατανοηθεί υπό το φως δύο γεγονότων. Πρώτον, όπως και κάθε άλλο χρόνιο πρόβλημα υγείας (McLellan et al., 2000), οι διαταραχές εξάρτησης είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν και καμία από τις παρεμβάσεις δεν οδηγεί σε όλες τις περιπτώσεις -ούτε καν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων- σε μόνιμη αποχή. Δεύτερον, οι οικονομικές πηγές για τη θεραπεία της εξάρτησης είναι πάντα περιορισμένες, έτσι ώστε οποιαδήποτε εκτίμηση για το αν μία παρέμβαση είναι πολυτιμη ή όχι, χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη της και το κόστος εκτός από την αποτελεσματικότητα.

Η «αποτελεσματικότητα» των οργανώσεων αυτοβοήθειας μπορεί να ιδωθεί με πολλούς τρόπους (π.χ., πόσο γρήγορα μεγαλώνει μία οργάνωση, πώς χειρίζεται την αλλαγή, αν τα μέλη της είναι ευχαριστημένα). Ωστόσο, οι περισσότεροι κλινικοί, οι διευθυντές υπηρεσιών και οι υπεύθυνοι για τις σχετικές πολιτικές, ενδιαφέρονται πρώτιστα για δύο βασικά θέματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα: 1) Μειώνει η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας την κατάχρηση ουσιών και, αν ναι, με τι δημοσιονομικό κόστος; 2) Ωφελούν οι ομάδες αυτοβοήθειας τα μέλη τους και την κοινωνία, πέρα από τη δυνατότητα για μείωση της χρήσης της ίδιας της χρήσης;

Οι περισσότερες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ομάδων αλληλοβοήθειας στο πεδίο της εξάρτησης εστιάζονται στους ΑΑ, ενώ οι ΝΑ είναι η δεύτερη οργάνωση που έχει τόσο ευρέως μελετηθεί. Πολύ λίγες έρευνες αποτελεσματικότητας έχουν γίνει για ομάδες αυτοβοήθειας που δεν στηρίζονται στα 12 βήματα. Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός είναι ότι σχεδόν όλες οι μελέτες σε αυτό το πεδίο αφορούν ενηλίκους, αφήνοντας ανεξερεύνητο το ερώτημα για τις πιθανές επιδράσεις των ομάδων σε εφήβους χρήστες ουσιών.

Παρ' ότι θεωρούνται από κάποιους ως οι επιστημονικά ακριβέστερες δοκιμές, έχουν γίνει μόνο τρεις τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν μέσα στην κοινότητα.

Όλες εξέτασαν τους ΑΑ και χρησιμοποίησαν δείγματα για τα οποία η συμμετοχή στις ομάδες ήταν υποχρεωτική. Η πρώτη, που διεξήχθη τη δεκαετία του 1960, έδειξε ότι, σε σύγκριση με άτομα που παρακολουθούσαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ή δεν είχαν λάβει καθόλου θεραπεία, η ομάδα που με δικαστική απόφαση υποχρεώθηκε να συμμετάσχει σε 5 συναντήσεις ΑΑ δεν έδειξε μείωση στον αριθμό των συλλήψεων για χρόνια μέθη (Ditman, Crawford, Forgy, Moskowitz, και Macandrew, 1967). Δυστυχώς, αυτή η μελέτη δεν συνέληξε πληροφορίες για τη χρήση αλκοόλ αυτή καθαυτή. Οι άλλες δύο δοκιμές εξέτασαν μία γκάμα αποτελεσμάτων και συνέκριναν τη συμμετοχή μόνο στους ΑΑ με το συνδυασμό επαγγελματικής θεραπείας και συμμετοχής στους ΑΑ (Bradsma, Maultby, και Welsh, 1980· Welsh et al., 1991). Και οι δύο έδειξαν χειρότερα αποτελέσματα για τη συμμετοχή στους ΑΑ μόνο, η μία ως προς το ότι περισσότερα άτομα διέκοπταν τη συμμετοχή και η άλλη ως προς τον αριθμό των υποτροπών διαχρονικά. Ταυτόχρονα, μιλώντας με απόλυτους όρους, τα άτομα που συμμετείχαν μόνο στους ΑΑ βελτιώθηκαν σε σχέση με την αρχική τους κατάσταση και διαχρονικά είχαν σημαντικά χαμηλότερο κόστος φροντίδας υγείας από ότι τα άτομα που συμμετείχαν σε θεραπεία και στους ΑΑ μαζί.

Επειδή οι τυχαίοποιημένες δοκιμές αφορούν μόνο ένα μικρό, μη αντιπροσωπευτικό μέρος των εξαρτημένων ασθενών, κάποιοι ερευνητές διεξήγαγαν ημι-πειραματικές έρευνες. Για παράδειγμα, εκτίμησαν τα διαχρονικά αποτελέσματα σε άτομα με παρόμοια μεταξύ τους χαρακτηριστικά, κάποια από τα οποία είχαν εμπλακεί σε ομάδες αλληλοβοήθειας για την εξάρτηση και κάποια όχι. Χρησιμοποιώντας αυτή την προσέγγιση, η μία ερευνητική ομάδα μελέτησε 887 εξαρτημένους από ουσίες ασθενείς, που λάμβαναν θεραπεία σε κλειστά προγράμματα, τα οποία έδιναν ισχυρή έμφαση στη σημασία της εμπλοκής σε ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων και 887 άτομα που συμμετείχαν σε κλειστά προγράμματα χωρίς τέτοιο προσανατολισμό (Humphreys και Moos, 2001). Κατά την έναρξη της θεραπείας, οι δύο αυτές ομάδες ήταν παρόμοιες ως προς το θεραπευτικό ιστορικό τους, τα προβλήματα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, τα ψυχιατρικά προβλήματα, τις δημογραφικές μεταβλητές και την κινητοποίηση. Στον επανέλεγχο, μετά από 1 χρόνο, αυτοί που είχαν ενθαρρυνθεί να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας ήταν πιο πιθανό να απέχουν από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Επιπρόσθετα, αυτοί οι ασθενείς βάσιζαν περισσότερο

τη μεταθεραπευτική υποστήριξη τους στις ομάδες αυτοβοήθειας και λιγότερο σε άλλες θεραπευτικές υπηρεσίες, μειώνοντας το κόστος της φροντίδας υγείας σχεδόν κατά 5000 δολάρια ετησίως ανά άτομο. Αυτή η μελέτη έγινε σε άντρες ασθενείς, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν Αφροαμερικανοί ή Ισπανόφωνοι. Αξίζει, λοιπόν, εδώ να αναφέρουμε ότι πολύ παρόμοια κλινικά αποτελέσματα και ευρήματα για τη μείωση του κόστους, βρέθηκαν και σε μία άλλη, ξεχωριστή έρευνα, που συμπεριέλαβε αρκετές εκατοντάδες χρήστες αλκοόλ, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν λευκοί και οι μισοί περίπου ήταν γυναίκες (Humphreys και Moos, 1996).

Ένας τρίτος τύπος έρευνας εξετάζει τη σχέση μεταξύ της συμμετοχής στις ομάδες αυτοβοήθειας και της χρήσης της ουσίας, με ή χωρίς ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από μη-συμμετέχοντες, και κάποιες φορές χωρίς διαχρονικό σχεδιασμό που να μπορεί να εντοπίζει τις αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου. Σχεδόν όλες αυτές οι έρευνες βρήκαν ότι η συμμετοχή στους ΑΑ σχετίζεται με καλύτερη έκβαση στη χρήση αλκοόλ (π.χ., μειωμένη κατανάλωση, λιγότερα συμπτώματα εξάρτησης από το αλκοόλ) και ότι η συμμετοχή στους Κοκαΐνομανείς Ανώνυμους (Cocaine Anonymous) σχετίζεται με καλύτερη έκβαση στη χρήση ναρκωτικών (για μία ανασκόπηση, βλ. Humphreys, 2004). Οι ίδιες έρευνες δείχνουν επίσης ότι τα μέλη που εμπλέκονται και σε άλλες δραστηριότητες της ομάδας, εκτός από το να συμμετέχουν στις συναντήσεις –όπως στη μελέτη της βιβλιογραφίας του προγράμματος, στην υποστήριξη ως «σπόνσορες» των νέων μελών, στην εφαρμογή των 12 βημάτων στην καθημερινή τους ζωή– είναι πιο πιθανό να απέχουν από τις ουσίες από ότι άλλα άτομα, που δεν εμπλέκονται σε αυτές τις δραστηριότητες. Ωστόσο, τέτοιες συσχετιστικές έρευνες, ιδωμένες από μία καθαρά επιστημονική σκοπιά, δεν αποδεικνύουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν την αιτία των θετικών αποτελεσμάτων· δείχνουν μόνο ότι υπήρξε κάποια θετική έκβαση.

Τέλος, μοιλονότι η ομάδα αυτοβοήθειας δεν αποτελεί θεραπεία, κάποιες μελέτες πάνω σε θεραπείες που επηρεάστηκαν από την αυτοβοήθεια, δίνουν παρόμοια στοιχεία. Η πιο γνωστή από αυτές τις μελέτες είναι η Project MATCH, που μοίρασε τυχαία ασθενείς εξαρτημένους από αλκοόλ σε τριών ειδών θεραπείες, για διάστημα 3 μηνών (Babor και Del Boca, 2002· Project MATCH Research Group, 1997). Οι θεραπείες ήταν: η επαγγελματική θεραπεία διευκόλυνσης των δώδεκα βημάτων, η γνωστική-συμπεριφο-



ρική θεραπεία και η θεραπεία ενίσχυσης της κινητοποίησης. Τα αποτελέσματα στον ένα χρόνο μετά τη θεραπεία ήταν πολύ παρόμοια για τους ασθενείς και στις τρεις συνθήκες, από την άποψη της αύξησης του αριθμού των ημερών αποχής, αλλά και ως προς τη μείωση του μέσου όρου στον αριθμό των ποτών που καταναλάωναν καθημερινά. Τα άτομα της θεραπείας διευκόλυνσης των 12 βημάτων συμμετείχαν σε σημαντικά περισσότερες συναντήσεις ομάδων αυτοβοήθειας 12 βημάτων και είχαν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν αδιάλειπτα την αποχή. Οι ασθενείς της διευκόλυνσης των 12 βημάτων συνέχισαν να έχουν υψηλότερα ποσοστά αδιάλειπτης αποχής τρία χρόνια μετά τη θεραπεία και, σε σύγκριση με τους ασθενείς της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας, είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ως προς τις ημέρες αποχής. Τέλος, ανεξάρτητα από τη θεραπευτική συνθήκη στην οποία ανήκαν οι ασθενείς, η συχνότερη συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων συσχετίστηκε με καλύτερα αποτελέσματα.

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα βρέθηκαν, επίσης, και από μία πολύ μεγάλη κλινική έρευνα, που απευθύνθηκε σε ασθενείς εξαρτημένους από κοκαΐνη. Η Συνεργατική Μελέτη της Θεραπείας για την Κοκαΐνη (Collaborative Cocaine Treatment Study) βρήκε ότι οι ασθενείς που είχαν τυχαία κατανεμηθεί σε συνθήκες ομαδικής ή ατομικής συμβουλευτικής και οι οποίοι

ει ενθαρρύνθηκαν έντονα να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας, είχαν πιο σταθερή παρουσία και περισσότερους μήνες συνεχιζόμενης αποχής από την κοκαΐνη κατά τον επανέλεγχο, συγκρινόμενοι με τρεις άλλες θεραπευτικές συνθήκες, που περιλάμβαναν μόνο επαγγελματικές θεραπείες (Weiss et al., 1996, 2000).

Αξίζει να αναφερθούμε σε άλλες τρεις μελέτες πάνω στις επηρεασμένες από την αυτοβοήθεια θεραπείες. Μία έρευνα με εξαρτημένους από ναρκωτικά ασθενείς, βρήκε ότι αυτοί που εντάχθηκαν τυχαία σε ένα μεταθεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο συμπεριλάμβανε ομαδικές συναντήσεις τύπου αυτοβοήθειας και ένα υποστηρικτικό δίκτυο από πρώην ασθενείς, είχαν 40% λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν στους επόμενους 6 μήνες, συγκρινόμενοι με αυτούς που είχαν λάβει τη συνηθισμένη μεταθεραπευτική φροντίδα (McAuliffe, 1990). Μία δεύτερη έρευνα βρήκε ότι οι ασθενείς με εξάρτηση από αλκοόλ, οι οποίοι εντάχθηκαν σε ένα πειραματικό θεραπευτικό πρόγραμμα που έδινε έμφαση στην κοινή ευθύνη και την αλληλοβοήθεια, είχαν υψηλότερη εμπλοκή στη θεραπεία και δραματικά κατώτερο κόστος φροντίδας υγείας, κατά τον επανέλεγχο στον ένα χρόνο (Galanter, 1984). Μία τρίτη μελέτη κατένειμε τυχαία ενήλικους ασθενείς με εξάρτηση από ουσίες, που είχαν μεγαλώσει με γονείς εξαρτημέ-

νους από ουσίες, σε μία συνθήκη παρακολούθησης ομάδων αυτοβοήθειας 12 βημάτων για Ενήλικα Παιδιά Αλκοολικών ή σε μία συνθήκη παρακολούθησης εκπαιδευτικών, επιμορφωτικών μαθημάτων για την κατάχρηση ουσιών (Kingree και Thomson, 2000). Οι ασθενείς που εντάχθηκαν στις ομάδες αυτοβοήθειας είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν ναρκωτικά και αλκοόλη, μετά το πέρας της θεραπείας.

Οι έρευνες που αναφέρθηκαν πιο πάνω δείχνουν ότι η εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας μειώνει τη χρήση ουσιών και χαμηλώνει το κόστος της φροντίδας υγείας. Αυτές, μαζί με έναν αριθμό άλλων ερευνητικών εργασιών, έχουν παρουσιάσει περαιτέρω στοιχεία για τις ωφέλειες της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης της αυτεπάρκειας, της βελτίωσης της κοινωνικής στήριξης, της μείωσης της κατάθλιψης και του άγχους και της δραστικότερης αντιμετώπισης του στρες (βλ. Humphreys, 2003, για μία ανασκόπηση). Οι ωφέλειες, λοιπόν, των ομάδων αυτοβοήθειας για τις εξαρτήσεις, φαίνεται να προεκτείνονται πέρα από τη μείωση της χρήσης της ουσίας αυτής καθαυτήν.

Οι μελέτες που αναφέρθηκαν παραπάνω επικεντρώθηκαν στους ΑΑ και στους ΝΑ. Πολλά από αυτά τα ευρήματα πιθανώς να μπορούν να γενικευτούν και σε άλλες οργανώσεις αλληλοβοήθειας. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που να διερευνούν αυτή την υπόθεση.

3.1 Σύνοψη των ερευνητικών δεδομένων για την αποτελεσματικότητα

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών υποστηρίζει ότι η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων συνδέεται με θετικά αποτελέσματα καταδεικνύοντας τους μηχανισμούς μέσω των οποίων αυτά επιτυγχάνονται. Επιπρόσθετα, εκατομμύρια Αμερικανών έχουν δείξει τη δυσσέσκειά τους μπρος στην αμφίθυμη στάση των κλινικών, συμμετέχοντας σε ομάδες αυτοβοήθειας σχετικές με την εξάρτηση. Χρειάζεται ακόμη να γίνουν πολλές βελτιώσεις στον τομέα της έρευνας για τις ομάδες αυτοβοήθειας, προς το παρόν όμως μπορούμε να συνάγουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα, βασισμένοι στις υπάρχουσες μελέτες:

- Διαχρονικές έρευνες συνδέουν τη συμμετοχή στους Ανώνυμους Αλκοολικούς και στους Ναρκωμανείς Ανώνυμους με μεγαλύτερες πιθανότητες για αποχή, με βελτιωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και

μεγαλύτερη αυτεπάρκεια. Η συμμετοχή φαίνεται να είναι περισσότερο βοηθητική, όταν τα μέλη εμπλέκονται και σε άλλες δραστηριότητες της ομάδας εκτός από το να παραβρίσκονται στις συναντήσεις.

- Οι ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων μειώνουν σημαντικά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και το σχετικό κόστος, αφαιρώντας ένα πολύ βαρύ φορτίο από το σύστημα φροντίδας υγείας.

- Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι καλύτερα να θεωρούνται ως μία μορφή συνεχιζόμενης φροντίδας, παρά ως κάτι που υποκαθιστά τις υπηρεσίες άμεσης θεραπείας (π.χ., αποτοξίνωση, θεραπείες βασισμένες στη νοσοκομειακή νοσηλεία κ.λπ.).

- Τυχαίοποιημένες δοκιμές με πληθυσμούς που υποχρεώθηκαν σε θεραπεία δείχνουν ότι ο συνδυασμός συμμετοχής στους ΑΑ και σε επαγγελματική θεραπεία είναι καλύτερος από τη συμμετοχή μόνο στους ΑΑ.

- Δεν έχουν εκτιμηθεί διαχρονικά τα αποτελέσματα της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας που δεν είναι 12 βημάτων, αλλά φαίνεται λογικό να υποθέσουμε ότι τα μέλη τους ωφελούνται επίσης.

4. Δυνητικές συνέπειες για τους κλινικούς, για τα θεραπευτικά προγράμματα και για τους υπεύθυνους διαμόρφωσης της σχετικής πολιτικής.

Τα προαναφερθέντα στοιχεία δείχνουν ότι οι σχετικές με την εξάρτηση οργανώσεις αλληλοβοήθειας συνεισφέρουν μάλλον σημαντικά στη δημόσια υγεία και επίσης μειώνουν το κόστος της φροντίδας υγείας. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, οι κλινικοί, όσοι άλλοι παρέχουν θεραπεία, καθώς και οι υπεύθυνοι για τη σχετική πολιτική, πιθανώς θα επιθυμούσαν να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν πρακτικές και πολιτικές, οι οποίες θα συντελούσαν αφενός, στην αύξηση της πιθανότητας της αναζήτησης των οργανώσεων αυτοβοήθειας από τα εξαρτημένα άτομα και αφετέρου, στην αύξηση της πιθανότητας της εξάπλωσης και της διαθεσιμότητας αυτών των οργανώσεων σε ένα ευρύτερο φάσμα ανθρώπων. Στο υπόλοιπο μέρος αυτού του άρθρου, παρουσιάζονται πιθανά σχέδια δράσης, εστιάζοντας πρώτα στους κλινικούς και στα θεραπευτικά προγράμματα κι έπειτα στους υπεύθυνους για τις σχετικές πολιτικές.

4.1 Κλινικοί και υπεύθυνοι θεραπευτικών προγραμμάτων

Πολλοί πιστεύουν ότι όλα τα αμερικανικά προγράμματα για τη θεραπεία της κατάχρησης ουσιών βασίζονται στα 12 βήματα και ότι όλοι οι κλινικοί που εργάζονται εκεί, ήδη προάγουν τη συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας, συνεπώς δεν υπάρχει κάτι άλλο να γίνει ώστε τα προγράμματα θεραπείας να διευκολύνουν περισσότερο την εμπλοκή στις ομάδες. Τα ερευνητικά ευρήματα δεν υποστηρίζουν αυτή την υπόθεση. Ακόμη και οι επαγγελματίες που περιγράφουν τους εαυτούς τους ως «προσανατολισμένους στα 12 βήματα», θεωρούν ότι μόνο ένα μέρος από τις διαδικασίες των 12 βημάτων έχει σημασία για τους πελάτες τους. Επίσης, πολύ λίγοι επαγγελματίες αναφέρουν ότι δουλεύουν με μία καθαρή προσέγγιση 12 βημάτων, προτιμώντας αντ' αυτού ένα εκλεκτικό μείγμα πολλών προσεγγίσεων, όπως για παράδειγμα: των 12 βημάτων, της γνωστικής-συμπεριφορικής, της κινητοποιητικής συνέντευξης, της ψυχοδυναμικής, των οικογενειακών συστημάτων, κ.λπ. Αυτά τα ευρήματα έχουν επιβεβαιωθεί σε μελέτες βιντεοσκοπημένων ψυχοθεραπευτικών συνεδριών, οι οποίες δείχνουν ότι οι σύμβουλοι δίνουν έμφαση σε ορισμένες διαστάσεις των 12 βημάτων, όπως η ένταξη στους ΑΑ, ενώ δεν τονίζουν άλλες, όπως η πνευματικότητα (Morgenstern και McCrady, 1993). Όταν οι σύμβουλοι επιχειρούν να υποστηρίξουν την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων, σπάνια χρησιμοποιούν μεθόδους που υποστηρίζονται από εμπειρικά ερευνητικά δεδομένα. Τέλος, πολλοί κλινικοί δεν είναι καν ενήμεροι για τις εναλλακτικές λύσεις, πέρα από τις ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων. Επομένως, υπάρχει χώρος για πολλές βελτιώσεις σε αυτούς τους τομείς.

Η έρευνα έχει δείξει ξεκάθαρα ότι, όταν οι κλινικοί χρησιμοποιούν εμπειρικά τεκμηριωμένες τεχνικές για να υποστηρίξουν τη συμμετοχή στις ομάδες αλληλοβοήθειας, είναι πολύ πιο πιθανό αυτό να γίνει πραγματικότητα (Nowinski, Baker, και Carrol, 1995· Sissin και Mallams, 1981· Weiss et al., 1996, 2000). Η επιμόρφωση των κλινικών σε τέτοιες τεχνικές μπορεί να είναι βοηθητική σε κάποιες περιπτώσεις, αλλά, γενικότερα, η απλή παροχή καθοδήγησης στους κλινικούς, βασισμένης στα εμπειρικά δεδομένα, σπάνια αλλάζει σημαντικά τη συνήθη πρακτική τους. Η αλλαγή της συμπεριφοράς των κλινικών είναι μία σημαντική πρόκληση, για την οποία οι ερευνητές της εξάρτησης μόλις τώρα αρχίζουν να

δείχνουν σοβαρό ενδιαφέρον.

Οι προσπάθειες προαγωγής της ένταξης σε ομάδες αυτοβοήθειας, εκτός από το να επιδιώκουν την αλλαγή της συμπεριφοράς των κλινικών, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις πεποιθήσεις των κλινικών που επηρεάζουν τη μετάβαση των ασθενών από τη θεραπεία στις ομάδες αυτοβοήθειας. Κάποιοι από αυτούς που παρέχουν θεραπεία βλέπουν αρνητικά αυτές τις ομάδες, προβάλλοντας το επιχείρημα ότι μπορεί να ενισχύουν τη μη υγιή εξάρτηση ή να μειώνουν την προσωπική αυτονομία. Άλλοι πάραυτα πιστεύουν ότι οι ΑΑ είναι η μόνη οργάνωση αυτοβοήθειας που υπάρχει, ή ότι μόνο αυτή έχει κάποια αξία ως παρέμβαση. Άλλες παρανοήσεις περιλαμβάνουν την πεποίθηση ότι όλες οι οργανώσεις αυτοβοήθειας έχουν πνευματικό περιεχόμενο, ή ότι η πνευματικότητα πρέπει να είναι κεντρικό ζήτημα για κάθε μέλος των ΑΑ, των ΝΑ και των άλλων ομάδων 12 βημάτων. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν πολλοί δρόμοι προς την ανάρρωση, που αφορούν μία ποικιλία θεραπειών και ομάδων αυτοβοήθειας (Fletcher, 2001). Έτσι, η εκπαίδευση όσων παρέχουν θεραπεία πρέπει να απευθύνεται στις στάσεις αλλά και στις συμπεριφορές τους, ώστε να γίνει μία επιτυχημένη σύνδεση ανάμεσα στους κλινικούς και στο ευρύτερο δίκτυο ομάδων αυτοβοήθειας.

Κάθε εκπαιδευτική στρατηγική για επαγγελματίες, σχετική με τα παραπάνω, θα πρέπει να αναγνωρίζει δύο σημαντικά σημεία. Πρώτον, οι περισσότερες έρευνες επικεντρώθηκαν σε θεραπευτές ειδικούς στην κατάχρηση ουσιών και γι' αυτό οι ερευνητές ξέρουν πολύ λίγα για τον τρόπο με τον οποίο οι μη ειδικοί (π.χ., οι γιατροί στις εντατικές μονάδες θεραπείας) παραπέμπουν τους εξαρτημένους ασθενείς σε ομάδες αυτοβοήθειας, ή για τις περιπτώσεις στις οποίες δεν γίνονται τέτοιες παραπομπές. Δεύτερον, κάθε προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς των κλινικών, άσχετα με την ειδικότητα που μας αφορά, πρέπει να είναι ευαίσθητη στις ποικίλες διαφορές των ασθενών μεταξύ τους. Μερικές οργανώσεις αυτοβοήθειας για την κατάχρηση ουσιών, για παράδειγμα, η SMART Recovery, η Women for Sobriety και η Moderation Management, έχουν συμμετέχοντες που είναι σχεδόν εξ ολοκλήρου λευκοί και μεσαίας τάξης. Οι ΑΑ και οι ΝΑ περιλαμβάνουν σε μεγαλύτερη αναλογία ανθρώπους διαφορετικής φυλετικής καταγωγής, αλλά η κάθε ξεχωριστή ομάδα που ανήκει σε αυτές τις οργανώσεις, δεν έχει απαραίτητα τέτοια ποικιλομορφία. Οι κλινικοί θα έπρεπε να λαμβάνουν υπόψη ότι κάποιοι ασθενείς μπορεί να νιώθουν άβο-

λα σε ομάδες αυτοβοήθειας που δεν περιλαμβάνουν ανθρώπους με ίδιο φυλετικό/εθνικό υπόβαθρο, ή περιλαμβάνουν πολύ λίγους. Παρόμοια, οι ομοφυλόφιλοι ασθενείς μπορεί να προτιμούν ειδικές συναντήσεις (όπως αυτές που προσφέρουν οι ΑΑ), για τις οποίες οι κλινικοί πρέπει να είναι ενήμεροι, όπως και για τον τόπο πραγματοποίησής τους. Συνοψίζοντας, οι οργανώσεις αυτοβοήθειας μπορεί να μην είναι εξίσου ελκυστικές ή βοηθητικές για όλους τους ασθενείς, εξαιτίας πολιτισμικών (π.χ., στις πνευματικές πεποιθήσεις, στις προσδοκίες για αυτο-αποκάθιση) και άλλων διαφορών. Αυτά και άλλα ζητήματα ποικιλομορφίας πρέπει να εξετάζονται με προσεκτική.

4.2 Πιθανές στρατηγικές

Οι ακόλουθες στρατηγικές θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από τους ιδιώτες κλινικούς, τους κλινικούς επιβλέποντες και τους υπεύθυνους προγραμμάτων:

- Οι κλινικοί θα πρέπει να χρησιμοποιούν εμπειρικά τεκμηριωμένες μεθόδους (π.χ., συμβουλευτική διευκόλυνσης των 12 βημάτων, τεχνικές ενίσχυσης της κινητοποίησης) όταν θέλουν να ενισχύσουν την εμπλοκή σε ομάδες αυτοβοήθειας.
- Εφόσον υπάρχουν πολλοί δρόμοι για την ανάρρωση, οι κλινικοί πρέπει να έχουν μία ποικιλία διαθέσιμων επιλογών θεραπείας και ομάδων αυτοβοήθειας, όταν στη συμβουλευτική διαδικασία διαλέγουν με τον πελάτη τους και τα υπόλοιπα εμπλεκόμενα μέρη εναλλακτικές λύσεις.
- Οι προσπάθειες εκπαίδευσης των κλινικών στη διευκόλυνση της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας θα πρέπει να συμπεριλάβουν την παροχή κινήτρων για την αλλαγή της κλινικής πρακτικής τους και να είναι ευαίσθητες στην πολιτισμική ποικιλομορφία.
- Αποτελεσματικές παραπομπές σε ομάδες αυτοβοήθειας για την εξάρτηση πρέπει να γίνονται στα ειδικά αλλά και στα μη ειδικά προγράμματα φροντίδας υγείας.
- Οι κλινικοί πρέπει να ξέρουν και να επικοινωνούν στους ασθενείς τους ότι πολλοί άνθρωποι αναρρώνουν μέσα στους ΑΑ, άλλοι όμως αναρρώνουν μέσα από διαφορετικές ομάδες αυτοβοήθειας, ή χωρίς να συμμετάσχουν καθόλου σε τέτοιου είδους ομάδες.
- Ακόμα και τα προγράμματα θεραπείας που έχουν την ταμπέλα «με προσανατολισμό στα 12 βήματα» και αυτοπαρουσιάζονται με αυτό τον τρόπο, θα πρέ-

πει να αξιολογήσουν αν οι υπάρχουσες πρακτικές τους υποστηρίζουν ενεργητικά την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων.

5. Προτάσεις στους υπευθύνους για τις σχετικές πολιτικές

Αρκετές χώρες εκτός των Η.Π.Α. έχουν εφαρμόσει πολιτικές σχεδιασμένες να ενισχύσουν την ανάπτυξη των οργανώσεων αλληλοβοήθειας (Humphreys, 2004). Στις Η.Π.Α., ορισμένα θεραπευτικά συστήματα, πολιτείες και ομοσπονδιακές υπηρεσίες έχουν επίσης επιχειρήσει τέτοιες πρωτοβουλίες. Όπως με άλλων των ειδών τις πολιτικές, οι προσπάθειες σε αυτό τον τομέα θα αντιμετωπίσουν προκλήσεις σε πολιτειακό και εθνικό επίπεδο, σχετικά με τη χρηματοδότηση, το συντονισμό και την εφαρμογή. Επιπρόσθετα, υπάρχει ένα ιδιαίτερο σημείο στο συγκεκριμένο θέμα. Κάθε προσπάθεια για υποστήριξη των οργανώσεων αυτοβοήθειας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι, κατά παράδοση, οι οργανώσεις 12 βημάτων δεν δέχονται άμεση εξωτερική οικονομική υποστήριξη. Ακόμη και για τις οργανώσεις αυτοβοήθειας που το κάνουν, είναι σημαντικό να μη γραφειοκρατικοποιούμε και να μην επιδιώκουμε να ενσωματώσουμε αυτά τα λαϊκά στην ουσία κινήματα. Αυτές οι απαιτήσεις αξίζει να καθυφθούν, εξαιτίας της δυναμικής των ομάδων αυτοβοήθειας να εξελιχθούν σε μία αποτελεσματική, σε σχέση με το κόστος, παρέμβαση για την εξάρτηση.

Όπως και οι ίδιες οι οργανώσεις αυτοβοήθειας έτσι και οι δομές υποστήριξης της αυτοβοήθειας ποικίλουν σε ισχύ και οργάνωση, από τόπο σε τόπο. Σε κάποιες περιοχές υπάρχουν μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που είναι γνωστοί ως «κέντρα ενίσχυσης της αυτοβοήθειας» (self-help clearing houses), που παρέχουν πληροφορίες, τεχνική υποστήριξη και κάνουν παραπομπές στις ομάδες αλληλοβοήθειας. Πληροφορίες για τις ομάδες αυτές παρέχουν επίσης και οι γραμμές βοήθειας αλλά και κοινωνικές υπηρεσίες.

Σύμβουλοι που είναι οι ίδιοι σε διαδικασία ανάρρωσης και ομάδες παλιών μελών είναι ακόμη ένα σημαντικό κομμάτι των δομών που δρουν υποστηρικτικά για τις ομάδες αυτοβοήθειας. Σε μία εποχή όπου έχει πια αρχίσει η διαχείριση της φροντίδας υγείας και αλλάζουν οι προϋποθέσεις για την πιστοποίηση των υπηρεσιών, η ισχύς αυτών των πιθανών πηγών υποστήριξης για τις ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να αποδυναμωθεί· γι' αυτό χρειάζεται να αναμειχθούν

στη διαδικασία κι άλλοι ευαίσθητοποιημένοι επαγγελματίες υγείας. Παραμένει άγνωστο αν άτομα που δε βρίσκονται σε ανάρρωση έχουν τη γνώση και τις ικανότητες να διευκολύνουν τη σύνδεση μεταξύ εξαρτημένων ασθενών και ομάδων αυτοβοήθειας.

5.1 Πιθανές στρατηγικές

Μέσα στο προαναφερόμενο πλαίσιο, είναι μάλλον θεμιτή η εφαρμογή πολιτικών που θα μπορούσαν να ενδυναμώσουν τις υποδομές που στηρίζουν τις οργανώσεις αλληλοβοήθειας. Έχουν γίνει προσπάθειες να εφαρμοστούν οι ακόλουθες πολιτικές σε κάποια κράτη ή πολιτείες, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν και σε άλλα πλαίσια, δηλαδή:

- Να επενδυθούν κεφάλαια στα κέντρα ενίσχυσης της αυτοβοήθειας. Αυτές οι οργανώσεις μπορούν να υποστηρίξουν μία ευρεία ποικιλία ομάδων αυτοβοήθειας σχετικών με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, χωρίς να παραβιάσουν τις παραδοσιακές αρχές όσων δεν δέχονται χρηματοδότηση.

- Να γίνουν οι δημόσιες υπηρεσίες και τα ιδρύματα φιλικά προς τις ομάδες αυτοβοήθειας. Αυτό συμπεριλαμβάνει όχι μόνο το να δίνεται άδεια χρήσης του χώρου, αλλά και το να προσκαλούνται οι ομάδες να κάνουν τις συναντήσεις τους σε χώρους όπου ιστορικά μπορεί να μην είχαν ποτέ παρουσία, όπως για παράδειγμα σε κλινικές, νοσοκομεία, θρησκευτικές οργανώσεις και κοινοτικά κέντρα.

- Να διαδοθούν πληροφορίες για τις ομάδες αυτοβοήθειας. Οι κυβερνητικές υπηρεσίες και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που ενδιαφέρονται, θα μπορούσαν να αναρτήσουν λίστες με οργανώσεις αυτοβοήθειας στις ιστοσελίδες τους και/ή να δημιουργήσουν συνδέσεις με ιστοσελίδες των οργανώσεων αυτοβοήθειας, που παρέχουν σχετικές πληροφορίες. Τέτοιες προσπάθειες πληροφόρησης μπορούν να συμπεριλάβουν ενημέρωση για πρακτικές που είναι βασισμένες στα ερευνητικά δεδομένα, σχετικές με τις ομάδες αυτοβοήθειας ως πηγές ανάρρωσης.

- Να υιοθετηθεί η αρχή της ιστιμίας των πληροφοριών. Οι προσπάθειες πληροφόρησης κάθε μορφής, θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενημέρωση για ολόκληρο το φάσμα των εναλλακτικών επιλογών για τις ομάδες αλληλοβοήθειας. Εφόσον αυτές οι ομάδες είναι εθελοντικής φύσης, σέβονται τα πολιτικά δικαιώματα των μελών, απευθύνονται στην κατά-

χρηση ουσιών, δεν είναι επαγγελματικές θεραπείες που φέρουν λανθασμένα την ταμπέλα της αυτοβοήθειας και διαθέτουν κάποια στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις λίστες των ομάδων αυτοβοήθειας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά.

- Να δημιουργηθούν και να υποστηριχθούν καινοτόμες υπηρεσίες, που προάγουν την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας. Τέτοια παραδείγματα περιλαμβάνουν τους εκπαιδευτές που διευκολύνουν την ανάρρωση (recovery coaches), που χρηματοδοτήθηκαν από το πρόγραμμα Arizona Medicaid και ένα άλλο πρόγραμμα στη Φιλαδέλφεια, που παρέχει χρηματοδοτήσεις σε έναν οργανισμό ο οποίος έχει αναλάβει την ευθύνη της σταδιακής μετάβασης των ατόμων σε ομάδες αυτοβοήθειας. Παρόμοια, το SAMHSA's Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, Κέντρο SAMHSA ² για τη Θεραπεία της Κατάχρησης Ουσιών) έθεσε σε λειτουργία το Recovery Community Services Program (Πρόγραμμα Κοινοτικών Υπηρεσιών για την Ανάρρωση), για να παρέχει χρηματοδότηση σε ομάδες που αναπτύσσουν καινοτόμες υπηρεσίες ομοτίμων. Παραδείγματα υπηρεσιών που υπάρχουν σε αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνουν: εκπαίδευση και συμβουλευτική στην ανάρρωση, διαχείριση περίπτωσης, εκπαίδευση σε καθημερινές δεξιότητες (π.χ ανατροφή παιδιών, επικοινωνία) και σε θέματα υγείας, βοήθεια και υποστήριξη στη διαχείριση του νοικοκυριού, στην εργασία, στην εκπαίδευση και σε άλλες σχετικές δραστηριότητες, που παρέχονται από ομότιμα μέλη.

- Να δοθεί εκπαίδευση και πιστοποίηση σε επαγγελματίες υγείας, ώστε να μπορούν να συνδέουν τους ασθενείς με τις ομάδες αυτοβοήθειας. Επειδή μπορεί να μην υπάρχει προσωπικό σε όλα τα πλαίσια που να έχει καλή επαφή με τις τοπικές ομάδες αυτοβοήθειας, όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν κάποια γνώση για το πώς θα παραπέμπουν αποτελεσματικά τους ασθενείς στις ομάδες.

- Να ενισχυθούν οι οργανώσεις αυτοβοήθειας για τους πληθυσμούς των οποίων οι ανάγκες δεν έχουν καθυφθεί επαρκώς. Το New York State's Mental Health Empowerment Project (Σχέδιο της Πολιτείας της Νέας Υόρκης για την Ενίσχυση της Ψυχικής Υγείας), βοήθησε επιτυχώς τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας να οργανώσουν ομάδες αυτοβοήθειας για ανθρώπους με διπλή διάγνωση. Παρόμοια προγράμματα, που παρέχουν υποστήριξη χωρίς να επαγ-

² Σημ.μπφ.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

γεληματοποιούν ή να γραφειοκρατικοποιούν τις ομάδες αυτοβοήθειας, μπορούν να δοκιμαστούν και σε άλλους σχετικούς πληθυσμούς, όπως οι έφηβοι και οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών.

- Να αυξηθούν οι δυνατότητες ύπαρξης ομάδων αυτοβοήθειας σε δικαστικά περιβάλλοντα. Αυτές μπορούν να είναι διαθέσιμες στους νομικούς παραβάτες, σε συνδυασμό με θεραπεία μέσα στα σωφρονιστικά ιδρύματα ή στην κοινότητα. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να προσκληθούν οι ομάδες να κάνουν τις συναντήσεις τους μέσα σε αναμορφωτήρια, κρατητήρια, φυλακές, υπηρεσίες και τμήματα επιτήρησης. Δεδομένης της υποχρεωτικής φύσης της θεραπείας σε τέτοια πλαίσια, οι υπεύθυνοι προγραμμάτων και οι κλινικοί θα πρέπει να αποφύγουν να πιέσουν τους πελάτες να συμμετάσχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας, όταν αυτό δε φαίνεται κατάλληλο και καλό θα ήταν να τους προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις.

- Να αποθαρρυνθεί η χρήση των ομάδων αυτοβοήθειας σαν αυτές να υποκαθιστούν τη θεραπεία. Οι έρευνες δείχνουν ότι για πολλούς πελάτες είναι απαραίτητη η στήριξη μέσω κάποιου θεραπευτικού προγράμματος και μέσω των ομάδων αυτοβοήθειας. Δεν είναι πρόβλημα να χρησιμοποιείται η επιτυχία των ομάδων αυτοβοήθειας ως δικαιολογία για να καθυστερείται ή να μειώνεται η στήριξη στις υπηρεσίες θεραπείας. Οι οργανώσεις αυτοβοήθειας χαρακτηριστικά θεωρούν τον εαυτό τους σύμμαχο και όχι ανταγωνιστή των επαγγελματικών προγραμμάτων θεραπείας: οι υπόλοιποι εμπλεκόμενοι σε αυτό τον τομέα θα ήταν καλό να υιοθετήσουν αυτή την οπτική.

- Να διευρυνθεί η έρευνα πάνω στις ομάδες αυτοβοήθειας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Οι μελέτες αξιολόγησης των ομάδων αυτοβοήθειας των 12 βημάτων και μη, πρέπει να αυξηθούν. Το ίδιο ισχύει και για τις μελέτες πάνω στους μηχανισμούς μέσω των οποίων επιδρούν οι ομάδες στην αλλαγή και πάνω στις πολιτικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη μεταφορά τεχνολογίας και την εμπλοκή στις ομάδες αυτοβοήθειας. Η δημιουργία ενός Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Μεταφοράς Τεχνολογίας για τις Ομάδες Αυτοβοήθειας και την Εξάρτηση θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά σε μία τέτοια επικέντρωση.

- Να διευρυνθούν οι επιλογές για τα σπίτια αλληλοβοήθειας. Το Oxford House είναι ένα εθνικό πρόγραμμα με πάνω από 850 σπίτια, ισότιμα διαχειριζόμενα από τα μέλη. Το Connecticut και η California, επίσης, φιλοξενούν με επιτυχία υπηρεσίες ισότιμης αυτοδιαχείρισης με βάση τα μοντέλα διαμονής. Η ενί-

σχυση της ανάπτυξης περισσότερων σπιτιών, βασισμένων στην αυτοβοήθεια, θα μπορούσε να αποτελέσει μία οικονομική σε σχέση με τα αποτελέσματα της στρατηγική, που θα προσφέρει ένα περιβάλλον υποστηρικτικό για την ανάρρωση σε ανθρώπους εξαρτημένους από ουσίες, συμπεριλαμβανομένων των αστέγων.

- Να δοθούν περισσότερες ευκαιρίες στα μέλη των οικογενειών εξαρτημένων ατόμων να εμπλεκούν σε οργανώσεις αλληλοβοήθειας. Ένα από τα ευρήματα του προγράμματος κοινότητας ανάρρωσης CSAT ήταν ότι οι οικογένειες δεν νιώθουν ότι συμμετέχουν στη σχέση που αναπτύσσει με την οργάνωση αυτοβοήθειας το υπό ανάρρωση άτομο. Κατά συνέπεια, όλες οι παραπάνω προσπάθειες θα πρέπει να συμπεριλάβουν το ενδιαφέρον για τα μέλη των οικογενειών και τις οργανώσεις αλληλοβοήθειας που εστιάζουν στην οικογένεια.

6. Συμπέρασμα

Οι οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι μία σημαντικότερη πηγή βοήθειας για τους εξαρτημένους ανθρώπους, αλλά και για όλους εκείνους που φροντίζουν για τη θεραπεία τους, που δουλεύουν μαζί τους και ενδιαφέρονται γι' αυτούς. Μέχρι σήμερα, οι έρευνες μας δείχνουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να είναι ωφέλιμες, αλλά επίσης μας τονίζουν ότι έχουμε πολλά ακόμη να μάθουμε για το πώς αυτές λειτουργούν και για το πώς μπορούν να υποστηριχθούν μέσω κλινικών, υπηρεσιακών και πολιτικών ενεργειών. Γι' αυτό το λόγο, οι στρατηγικές που παρουσιάζονται εδώ είναι μόνο ένα σύνολο αρχικών βημάτων και δεν αποτελούν ολοκληρωμένη πρόταση, ούτε πανάκεια. Ωστόσο, υπόσχονται σημαντική ενδυνάμωση των ομάδων αυτοβοήθειας για την εξάρτηση και κατά συνέπεια την παροχή βοήθειας σε όλο και περισσότερους ανθρώπους, ώστε να αναρρώσουν από προβλήματα με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ.

Βιβλιογραφία

- Babor, T. & Del Boca, F. (Eds), [2002]. *Treatment matching in alcoholism* Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Brandsma, J.M., Maultby, M.C. & Welsh, R.J. [1980]. *Outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study*. Baltimore: University Park Press.
- Ditman, K.S., Crawford, G.G., Forgy, E.W., Moskowitz, H. & Macandrew, C. [1967]. A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. *American Journal of Psychiatry*,

- 124, pp. 64–67.
- Fletcher, A. (2001). *Sober for good: New solutions for drinking problems*. Boston: Houghton Mifflin.
- Galanter, M. (1984). Self-help large group therapy for alcoholism: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, pp. 16–23.
- Horgan, C., Skwara, K.C. & Strickler, G. (2001). *Substance abuse: The nation's number one health problem*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of Recovery: Self-help organizations for addictions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Humphreys, K. & Klaw, E. (2001). Can targeting non-dependent problem drinkers and providing internet-based services expand access to assistance for alcohol problems?: A study of the Moderation Management self-help/mutual aid organization. *Journal of Studies on Alcohol* 62, pp. 528–532.
- Humphreys, K. & Moos, R.H. (2001). Can encouraging substance abuse inpatients to participate in self-help groups reduce the demand for outpatient aftercare? A quasi-experimental study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25, pp. 711–716.
- Humphreys, K. & Moos, R. (1996). Reduced substance abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatric Services* 47, pp. 709–713.
- Humphreys, K. & Tucker, J. (2002). Towards more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97, pp. 126–132.
- Kessler, R.C., Frank, R.G., Edlund, S.J., Katz, E., Lin, E. & Leaf, P. (1997). Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine*, 326, pp. 551–557.
- Kessler, R.C., Mickelson, K.D. & Zhao, S. (1997). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. *Social Policy*, 27, pp. 27–46.
- Kingree, J. & Thompson, M. (2000). Mutual help groups, perceived status benefits, and well-being: A test with adult children of alcoholics with personal substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology*, 28, pp. 325–342.
- McAuliffe, W.E. (1990). A randomized clinical trial of recovery training and self-help for opioid addicts in New England and Hong Kong. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, pp. 197–209.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, pp. 1689–1695.
- Morgenstern, J. & McCrady, B.S. (1993). Cognitive processes and change in disease-model treatment. In: McCrady, B.S. & Miller, W.R. (eds), 1993. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*, New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, K. (1995). *Twelve-step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIAAA, Rockville, MD NIH Publication No. 94–3722 .
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, pp. 7–29.
- Room, R. & Greenfield, T. (1993). Alcoholics Anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990. *Addiction*, 88, pp. 555–562.
- Sisson, R.W. & Mallams, J.H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, pp. 371–376.
- Walsh, D., Hingson, R., Merrigan, D., Levenson, S., Cupples, L., Heeren, T., Coffman, G., Becker, C., Barker, T., Hamilton, S., McGuire, T. & Kelly, C. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine*, 325, pp. 775–782.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Gallop, R., Onken, L.S., Gastfriend, D.R., Daley, D.C., Crits-Cristoph, P., Bishop, S. & Barber, J.P. (2000). Self-help group attendance and participation among cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, pp. 169–177.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Najavits, L.M., Hufford, C., Kogan, J., Thompson, H.J., Albeck, J.H., Bishop, S., Daley, D.C., Mercer, D. & Siqueland, L. (1996). Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from the NIDA collaborative cocaine treatment study. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, pp. 79–86.
- White, B.J. & Madara, E.J. (2002). *The self-help sourcebook: Your guide to community and online support groups* (7th ed.). American Self-Help Clearinghouse, Denville, NJ.



Σχολιασμός του άρθρου:

«Οργανώσεις Αυτοβοήθειας για προβλήματα με το Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά: Οδεύοντας προς Πρακτικές και Πολιτικές βασισμένες στα Ερευνητικά Δεδομένα»*

George De Leon**

1. Εισαγωγή

Το υλικό για το ειδικό άρθρο που ετοίμασαν οι Humphreys και Wing προήλθε από τις συνεδριάσεις μίας ομάδας εργασίας, αποτελούμενης από αναγνωρισμένους σε εθνικό επίπεδο ειδικούς στις οργανώσεις αυτοβοήθειας, με την προσθήκη επιλεγμένων επιστημονικών δημοσιεύσεων. Τα συμπεράσματα και οι προτάσεις τους αφορούν επαγγελματίες κλινικούς, ερευνητές και υπεύθυνους για τη διαμόρφωση της σχετικής πολιτικής. Βέβαια, απηχώντας μία γενική συναίνεση εκ μέρους των ειδικών, το άρθρο έχει ευρύτερες συνέπειες και εισάγει ζητήματα για τη θεραπεία της εξάρτησης γενικότερα. Κάποια από αυτά, διατυπωμένα ως ερωτήσεις, θα αποτελέσουν το θέμα αυτού του σχολίου.

2. Οργανώσεις αυτοβοήθειας και προσεγγίσεις βασισμένες στην αυτοβοήθεια. Υπάρχει διαφορά;

Παραμένει μία ανάγκη για αποσαφήνιση των όρων «αυτοβοήθεια» (self-help) και «αμοιβαία αυτοβοήθεια» (mutual self-help). Η παλιότερη βιβλιογραφία, η έρευνα, οι κρατικές πρωτοβουλίες (που δεν αναφέρονται σε αυτό το άρθρο) για συνέδρια και άλλες ενέργειες που αφορούν την αυτοβοήθεια, έχουν καταπιστεί ανάμεσα στα άλλα και με θέματα ορολογίας: δείτε, για παράδειγμα, τις βιβλιογραφικές αναφορές στη δουλειά του Frank Riessman, όπως και τις δημοσιεύσεις του γραφείου του Κυβερνητικού Εκπροσώπου (π.χ., Everett Koop) κατά τη δεκαετία του 1980.

Τα κριτήρια που προτείνονται στο άρθρο για να ορι-

στεί κάτι ως οργάνωση αυτοβοήθειας, είναι: 1) απουσία χρέωσης, 2) όχι προαπαιτούμενο ραντεβού, 3) χρονικά απεριόριστη συμμετοχή. Ωστόσο, αυτό που παραμένει ασαφές είναι ο ρόλος του επαγγελματικού προσωπικού στις οργανώσεις ή στις ομάδες αυτοβοήθειας. Για παράδειγμα, η SMART Recovery, που αναφέρεται το άρθρο, χρησιμοποιεί γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές στα πλαίσια της ομάδας, για να διευκολύνουν την αποχή από το αλκοόλ και άλλες ουσίες. Μπορεί να συμπεριλαμβάνει επαγγελματικό προσωπικό, όμως πληρεί και τα άλλα κριτήρια για να οριστεί ως οργάνωση αυτοβοήθειας.

Με βάση αυτό τον ορισμό, η πλήρης απουσία αναφοράς του άρθρου στις Θεραπευτικές Κοινότητες (ΘΚ) ως οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι μια αξιοπρόσεκτη παράλειψη. Οι ΘΚ προέρχονται από τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (ΑΑ), δέχονται χιλιάδες εισαγωγές ετησίως και έχουν έναν αξιοσέβαστο όγκο ερευνητικών δεδομένων, που προέκυψαν τα τελευταία 40 χρόνια, τα οποία υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους και τις ωφέλειές τους ως προς το κόστος, ειδικά όσον αφορά πελάτες κοινωνικά αποκλίνοντες/με σοβαρά προβλήματα. Ο αποκλεισμός των ΘΚ από την ανασκόπηση μοιάζει να δικαιολογείται τεχνικά από τα προτεινόμενα κριτήρια ορισμού της αυτοβοήθειας (όχι θεραπεία, όχι χρηματική χρέωση, όχι προαπαιτούμενα ραντεβού, όχι προκαθορισμένη διάρκεια). Παρά τον περιορισμό αυτό, οι ΘΚ αποτελούν ένα μοναδικό παράδειγμα για τις αρχές και τις πρακτικές της αλληλοβοήθειας ως τα καθοριστικά συστατικά μιας ευρέως αναγνωρισμένης θεραπείας της εξάρτησης. Επιπλέον, οι σύγχρονες ΘΚ εξακολουθούν να είναι ένα σπάνιο πείραμα πάνω στην προ-

* Το άρθρο με αρχικό τίτλο «Commentary on "Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy"» περιλαμβάνεται στο *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (2004) 163-165. Μετάφραση: Αγγιώτη Κατερίνα, Επιμέλεια: Ζαφειρίδης Φοίβος.

** Director of the Center for Therapeutic Community Research at National Development and Research Institutes, Inc. in New York City. Ταχυδρομική Διεύθ.: 1010 Fifth Avenue, New York, NY 10010, USA. Τηλ.: +1-212-249-5158, e-mail: geodeleon@aol.com.

σέγγιση της αυτοβοήθειας, που εξελίχθηκε σε μια ευρέως διαδεδομένη ανθρώπινη υπηρεσία.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ΘΚ και οι ΑΑ κατηγοριοποιούνται μαζί ως προσεγγίσεις αμοιβαίας αυτοβοήθειας, παρ' ότι υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους, που έχουν συζητηθεί αλλού (De Leon, 2000, Ch.2) Αυτές περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την οργάνωση του πλαισίου, το προφίλ των πελατών, τους στόχους, τις διαδικασίες μέσα στην ομάδα, και ειδικότερα τον προσανατολισμό της ομάδας (π.χ., θεραπεία έναντι υποστήριξης). Παρά τις διαφορές τους, η εντονότερη ομοιότητα των ΘΚ με τους ΑΑ (και τις άλλες προσανατολισμένες στα 12 βήματα προσεγγίσεις) είναι ότι η αλληλοβοήθεια αποτελεί ταυτόχρονα μια φιλοσοφία και ένα αίτημα να υπάρξει ανάρρωση. Σε όλες τις περιπτώσεις, τα κύρια μηνύματα και οι στρατηγικές της ανάρρωσης διαμεσολαμβάνονται από άλλα υπο ανάρρωση άτομα, μέσω της καθοδήγησης, της ανοιχτής αντιμετώπισης και του μοιράσματος της εμπειρίας στις ομάδες, αλλά και επειδή αυτά τα άτομα λειτουργούν ως πρότυπα και υποστηρικτικοί φίλοι.

3. Προσεγγίσεις αυτοβοήθειας: Μία πρωτεύουσα, δευτερεύουσα ή συμπληρωματική θεραπεία;

Η ιδέα ότι υπάρχουν πολλοί δρόμοι προς την ανάρρωση, συμπεριλαμβανομένης της επίσημης θεραπείας, των οργανώσεων αυτοβοήθειας και άλλων μορφών, είναι γενικώς αποδεκτή (όπως και από το παρόν άρθρο). Ωστόσο, τώρα τελευταία, μέσα στο κυρίαρχο σύστημα της θεραπείας των ναρκωτικών, οι προσεγγίσεις αυτοβοήθειας θεωρούνται κυρίως ως επιλογές που έπονται της επίσημης θεραπείας (εν είδει συνεχιζόμενης φροντίδας) ή ως συμπληρωματικές στην επίσημη θεραπεία. Αυτή η οπτική τείνει να ενισχύει τις αντιλήψεις ότι υπάρχουν σύνορα μεταξύ των προσεγγίσεων αυτοβοήθειας και της επίσημης θεραπείας, τα οποία μπορεί να είναι κατά κάποιον τρόπο τεχνητά.

Το να θέσουμε το ζήτημα στην ιστορική του προοπτική, ως προς τη θεραπεία των ναρκωτικών στις Η.Π.Α., θα βοηθήσει να διασαφηνίσουμε το παραπάνω θέμα. Οι προσεγγίσεις αυτοβοήθειας για την κατάχρηση ουσιών εμφανίστηκαν κυρίως επειδή οι κυρίαρχες, ιατρικά προσανατολισμένες και σχετικές με την ψυχική υγεία, προσεγγίσεις απέτυχαν σημαντικά ως θεραπείες για τη σοβαρή χημική εξάρτηση. Στα χρόνια που προηγήθηκαν της εμφάνισης φαρμακο-

λογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών, ανάρρωση υπήρχε. Για παράδειγμα, ένα μικρό ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση οπιοειδών ανάρρωνε, είτε ξαφνικά (προφανώς χωρίς θεραπεία) είτε κάνοντας αποτοξίνωση σε Ομοσπονδιακά νοσοκομεία, όπως το Lexington και το Fort Worth. Ένας ακαθόριστος αριθμός αναρρώσεων, ωστόσο, πραγματοποιήθηκε μέσω της συμμετοχής στις θεραπευτικές κοινότητες πρώτης γενιάς ή στους ΑΑ, για όσους έκαναν κατάχρηση αλκοόλ. Επομένως, η ιστορία αποδεικνύει ότι οι προσεγγίσεις αυτοβοήθειας και αμοιβαίας αυτοβοήθειας προηγήθηκαν της ανάπτυξης του σημερινού, βασισμένου στην κοινότητα συστήματος θεραπείας για τα ναρκωτικά, ως αναρρωτικά μέσα για τη χημική εξάρτηση.

Βέβαια, για πολλές υπο-ομάδες ανθρώπων που κάνουν κατάχρηση ουσιών, οι προσεγγίσεις αμοιβαίας αυτοβοήθειας μπορεί να λειτουργούν ως η μόνη ή η κυριότερη «θεραπευτική επιλογή». Για εκείνους τους εξαρτημένους που έχουν χάσει ή ποτέ δεν είχαν ένα προσωπικό μερίδιο στην κοινωνία, οι ΑΑ και οι ΘΚ εμπειρεύουν κάποια από τα κρίσιμα κοινωνικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά που χρειάζονται για να τους εμπλέξουν στη διαδικασία της ανάρρωσης (De Leon, 2000). Αφού έχουν πετύχει μια σταθερή αποχή, συχνά προχωρούν σε εποικοδομητική χρήση επίσημων ψυχοκοινωνικών θεραπειών, συμβατικής θεραπείας ή επιλογών συμβουλευτικής, για να υποστηρίξουν την ανάρρωσή τους. Για παράδειγμα, πολλοί απόφοιτοι που ζούσαν για χρόνια στις θεραπευτικές κοινότητες, ενθαρρύνονταν να χρησιμοποιήσουν συμβατικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες, για να συνεχίσουν να δουλεύουν πάνω σε «θέματα» ανάρρωσης, αλλά και για την προσωπική τους ανάπτυξη.

Αυτά τα παραδείγματα αναδεικνύουν δύο σημεία που αποδίδουν μια σχέση ισότητας μεταξύ αυτοβοήθειας και θεραπείας. Πρώτον, οι προσεγγίσεις αμοιβαίας αυτοβοήθειας μπορούν να αποτελέσουν τις κύριες στρατηγικές για τη διευκόλυνση της ανάρρωσης από τη χημική εξάρτηση. Δεύτερον, το πότε και πώς θα χρησιμοποιούνται η επίσημη θεραπεία και οι προσεγγίσεις αυτοβοήθειας, θα εξαρτηθεί από μια κατανόηση των διαφορών των πελατών, ειδικά σε συνδυασμό με τη διαδικασία της ίδιας της ανάρρωσης. Για παράδειγμα, ο βαθμός σοβαρότητας της εξάρτησης, το επίπεδο της αποκατάστασης, ο βαθμός της κοινωνικής απόκλισης, η ψυχοπαθολογία και η κινητοποίηση για αλλαγή είναι ατομικές παράμετροι των πελατών, οι οποίες επηρεάζουν τη χρονική καταλληλότητα και τη χρησιμότητα των ομάδων αυτο-

βοήθειας ως κύρια ή δευτερεύουσα επιλογή. Παρόμοια, μία κατανόηση για το στάδιο της ανάρρωσης στο οποίο βρίσκονται τα άτομα, θα έπρεπε να αποτελέσει οδηγό για το τι απαιτείται ώστε αυτή να προχωρήσει.

4. Ανάρρωση, υποστήριξη, διαχείριση: Ποιοι είναι οι αντικειμενικοί στόχοι;

Οι όροι «θεραπεία», «ανάρρωση» και «διαχείριση», απαιτούν περαιτέρω διάκριση, ειδικά στο πλαίσιο της κατανόησης των προσεγγίσεων αυτοβοήθειας. Το άρθρο τονίζει ότι η εξάρτηση μπορεί να ιδωθεί ως ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας, το οποίο μπορούν να διαχειριστούν υποστηρικτικές υπηρεσίες λιγότερο εντατικές, όπως αυτές που παρέχουν οι οργανώσεις αυτοβοήθειας. Έπειτα στο κείμενο δηλώνεται ότι «οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι μια σημαντική, ενδυναμωτική υποστήριξη για την ανάρρωση από χρόνια προβλήματα υγείας...».

Η διαχείριση υποδηλώνει ότι μαθαίνει κανείς να αντιμετωπίζει δραστικά ή εποικοδομητικά ένα επανερχόμενο πρόβλημα υγείας. Υπονοεί ότι οι δεξιότητες διαχείρισης μπορούν να τροποποιήσουν τα αρνητικά αποτελέσματα της διαταραχής κατάχρησης ουσιών, η οποία αναγκαστικά θα επιμείνει σε βάθος χρόνου.

Η ανάρρωση υποδηλώνει «το να ξεπερνά κανείς μια διαταραχή», το να επανέρχεται έπειτα από μια αρρώστια, να ξανακερδίζει την υγεία του, ή να επιστρέφει στη φυσιολογική του λειτουργία. Η θεραπεία, στη στενή της έννοια, υποδηλώνει μία γιατρεία για την αρρώστια ή μία αφαίρεση της βασικής παθολογίας. Οι όροι ανάρρωση και θεραπεία αναφέρονται σε έναν θετικό αντικειμενικό στόχο και δεν υπονοούν ότι η αρρώστια (δηλ. η εξάρτηση) είναι απαραίτητα ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Οι στόχοι της διαχείρισης και της ανάρρωσης μπορεί να επιτυγχάνονται με τη χρήση κάποιας θεραπείας ή κάποιας προσεγγίσεως αυτοβοήθειας για προβλήματα σχετικά με την εξάρτηση. Ωστόσο, οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα σε αυτούς τους στόχους είναι σημαντικές για τις σχετικές πρακτικές και πολιτικές, ειδικότερα όμως έχουν σημασία για το πώς θα εκληφθούν από τον πελάτη κατά τη διάρκεια της διαταραχής. Αυτό το τελευταίο σημείο ενισχύεται στο επόμενο ερώτημα, που επίσης εμφανίζεται ιστορικά.

5. «Μια φορά ναρκομανής, για πάντα ναρκομανής» και «Χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος». Ποιό είναι το μήνυμα;

Από την οπτική της δημόσιας υγείας υπήρξε σωστό και βοηθητικό να οριστεί η διαταραχή κατάχρησης ουσιών ως ένα πρόβλημα υγείας, που δε διαφέρει από άλλα προβλήματα, όπως η υπέρταση και ο διαβήτης. Η έρευνα και η κλινική εμπειρία υποστηρίζουν αυτή την ομοιότητα, ειδικά ως προς τη χαρακτηριστική ομάδα των υπό θεραπεία πελατών. Συγκεκριμένα, η ενεργή χρήση ουσιών είναι αυξημένη πριν την εισαγωγή σε θεραπεία, μειώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της συμμετοχής στη θεραπεία (ή στις ομάδες αυτοβοήθειας), συνήθως επανεμφανίζεται σε περιόδους μη συμμετοχής σε θεραπεία (ή σε ομάδες αυτοβοήθειας) και συχνά βελτιώνεται ξανά με μια κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εμφανιστεί μετά από ένα μοναδικό, πολύ εντατικό, θεραπευτικό επεισόδιο ή να προκύψει κατά τη διάρκεια πολλών μικρής έντασης θεραπευτικών επεισοδίων.

Όπως η υπέρταση και ο διαβήτης, έτσι και η διαταραχή κατάχρησης ουσιών έχει ένα κρίσιμη σημασία συμπεριφορικό χαρακτηριστικό, μιλώντας με όρους τήρησης των θεραπευτικών κανόνων και της αποχής από ριψοκίνδυνες συμπεριφορές. Σε αντίθεση με τις βιολογικά καθορισμένες διαταραχές, ωστόσο, η χρόνια φύση της κατάχρησης ουσιών είναι οι επανεμφανιζόμενες ή οι επίμονες σκέψεις γύρω από την ουσία, η αναζήτηση της ουσίας και οι συμπεριφορές χρήσης, οι οποίες ορίζουν τη διαταραχή. Και, η επίμονη αποχή από αυτά τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά ορίζει την ανάρρωση (ανεξάρτητα από το αν έχει επιτευχθεί μέσω θεραπείας, προσεγγίσεων αυτοβοήθειας ή με άλλους τρόπους). Μια άλλη διαφορά είναι ότι ορισμένες μελέτες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και νατουραλιστικές έρευνες παρέχουν επαρκή στοιχεία για τη δυνατότητα ύπαρξης ανάρρωσης από την κατάχρηση ουσιών έπειτα από μακρύ χρονικό διάστημα (ως και μετά από 30 χρόνια) –φαινόμενο που γενικώς δεν έχει αναφερθεί για την υπέρταση ή τον διαβήτη.

Συνοψίζοντας, το να βλέπει κανείς την κατάχρηση ουσιών ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, ή ως ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας, είναι αποπροσανατολιστικό σύμφωνα με τη σημερινή γνώση μας για τη διαταραχή και την ανάρρωση. Επιπλέον, πρόκειται για μια ιδέα που μοιάζει να είναι ένας ελαφρά συγκαλυμμένος σύγχρονος ευφημισμός, για την έκ-

φραση «μια φορά ναρκομανής, για πάντα ναρκομανής», που αντικατοπτρίζει την άποψη που συνήθως είχε η κοινή γνώμη, οι επαγγελματίες των υπηρεσιών και οι ίδιοι οι χρήστες οπιοειδών κατά την εποχή πριν την αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από ηρωίνη. Αναμφίβολα, ήταν όλα όσα προαναφέραμε για την ανάρρωση -τα οποία επιτεύχθηκαν μέσω των προσεγγίσεων αυτοβοήθειας- που έθεσαν σε αμφισβήτηση αυτή την ατυχή έκφραση.

Ο όρος «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος» δίνει έμφαση περισσότερο στα νοσολογικά χαρακτηριστικά, παρά στη διαδικασία της ανάρρωσης. Ένας πιο ακριβής όρος, που αντανακλά την αναλογία με άλλα χρόνια προβλήματα υγείας, είναι η «ευσαιωτικότητα», που αναφέρεται σε παράγοντες κινδύνου και πιθανότητες. Η έρευνα και η κλινική εμπειρία δεν αφήνουν πολλές αμφιβολίες ότι ένας ακαθόριστος αριθμός ατόμων, συμπεριλαμβανομένων όσων ανάρρωσαν από κατάχρηση ουσιών, έχουν υψηλότερη πιθανότητα να αναπτύξουν ή να επανεμφανίσουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ωστόσο, η ευαιωτικότητα δεν προϋποθέτει απαραίτητα τη χρόνια ασθένεια. Κάποιος μπορεί να αναρρώσει από μία διαταραχή κατάχρησης ουσιών, που υπήρξε επίμονη και επανεμφανιζόμενη (δηλαδή χρόνια) και να είναι ακόμη ευάλωτος, με την έννοια ότι συνεχίζει να έχει υψηλές πιθανότητες υποτροπής, που βασίζονται σε βιο-ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Το μήνυμα της ευαιωτικότητας δεν είναι μόνο περισσότερο ακριβές απ' αυτό της χρόνιας νόσου, αλλά είναι και πιο ελπιδοφόρο. Συγκεκριμένα, υπογραμμίζει την προτεραιότητα της αυτοβοήθειας για την απόδοση στον ίδιο τον άνθρωπο της ευθύνης να παραμείνει υγιής.

6. Η αμοιβαία αυτοβοήθεια ενταγμένη σε ένα ενιαίο σύστημα θεραπείας

Στο τέλος του άρθρου τους, οι Humphreys και Wing τονίζουν το σημαντικό συμπέρασμα ότι «...οι σχετικές με την εξάρτηση οργανώσεις αλληλοβοήθειας συνεισφέρουν μάλλον σημαντικά στη δημόσια υγεία και επίσης χαμηλώνουν το κόστος της φροντίδας υγείας». Ωστόσο, η εγκυρότητα αυτού του συμπεράσματος εξαρτάται από το πώς εντάσσονται οι προσεγγίσεις αυτοβοήθειας σε ένα ενιαίο σύστημα θεραπείας και παροχής υπηρεσιών, στόχος του οποίου είναι να παράσχει μια αποτελεσματική, απρόσκοπτη, συνεχή φροντίδα (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, και Bond, 1998· De Leon, 1997·

Prendergast και Burden, 2002). Όπως συμβαίνει με τις προσεγγίσεις του συστήματος σε άλλα προβλήματα υγείας, χρειάζεται ένα πλαίσιο που θα ενοποιησει ιδεολογικά τα στοιχεία του συστήματος και το οποίο θα βασίζεται στη γνώση των εμπειρικών δεδομένων για τη διαταραχή, τη θεραπεία και την ανάρρωση. Ένα τέτοιο πλαίσιο, λόγω χάρη, είναι ένα παράδειγμα βασισμένο στα στάδια ανάρρωσης, που έχει αναφερθεί γενικά σε άλλες δημοσιεύσεις (π.χ., De Leon, 1996).

Σε ένα ενοποιημένο, προσανατολισμένο στην ανάρρωση σύστημα, ο όρος «θεραπευτική υπηρεσία» προεκτείνεται πέρα από συμβατικές μορφές θεραπείας (για παράδειγμα: ιατρική, ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνική), για να συμπεριλάβει τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις προσεγγίσεις αλληλοβοήθειας. Κάθε θεραπευτική υπηρεσία είναι ένα συστατικό του συστήματος, που χρησιμοποιείται για να προωθήσει το άτομο στο επόμενο στάδιο ανάρρωσης. Οι οργανώσεις αμοιβαίας αυτοβοήθειας (π.χ., προγράμματα 12 βημάτων, το Σπίτι της Οξφόρδης) και οι άλλες σχετικές προσεγγίσεις (π.χ., Θεραπευτικές Κοινότητες, Κοινωνικά Μοντέλα) μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρωτεύουσες, συμπληρωματικές, ή μεταθεραπευτικές ενέργειες για να εντάξουν, να σταθεροποιήσουν και/ή να διατηρήσουν το άτομο στη διαδικασία της ανάρρωσης. Επομένως, σε ένα σύστημα που βασίζεται περισσότερο στη διευκόλυνση της ανάρρωσης, παρά στη διαχείριση της νόσου, οι προσεγγίσεις αμοιβαίας αυτοβοήθειας είναι, όχι μόνο αλλά συμπληρωματικές, αλλά ουσιαστικής σημασίας.

Βιβλιογραφία

- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J. & Bond, G.R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), pp. 589–608.
- De Leon, G. (1997). Modified therapeutic communities: Emerging issues. Στο: De Leon, G. (Επιμ. Εκδ.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc., pp. 261–270.
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm. *Substance Abuse*, 17 (1), pp. 51–63.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing.
- Prendergast, M.L. & Burden, W.M. (2002). Integrated systems of care for substance abusing offenders. Στο: Leukefeld, C., Tims, F. & Farabee, D. (Επιμ. Εκδ.), *Treatment of drug offenders, policies and issues*. New York: Springer Publishing, pp. 111–126.



Η Κατάχρηση των ΑΑ

Επηρεασμένοι από όσους ευαγγελίζονται τη θεραπεία για το αλκοόλ, τα δικαστήρια, οι εργοδότες και οι γονείς αναγκάζουν τους ανθρώπους να συμμετάσχουν σε προγράμματα 12 βημάτων με την παραμικρή αφορμή. *

Archie Brodsky**
Stanton Peele***

Μία ομάδα από υψηλά ιστάμενους αντιπροσώπους της Σοβιετικής Ένωσης επισκέφτηκε πρόσφατα το Quincy της Μασσαχουσέτης, για να μάθει πώς αντιμετωπίζει ο δικαστής της περιοχής Albert L. Kramer τους μεθυσμένους οδηγούς. Ο Kramer, στις περιπτώσεις που για πρώτη φορά κάποιος συλλαμβάνεται για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ (Driving-While-Intoxicated, DWI), του επιβάλλει την ποινή να ενταχθεί στο Right Turn, ένα ιδιωτικό πρόγραμμα θεραπείας για τον αλκοολισμό, το οποίο απαιτεί από τους συμμετέχοντες να παραβρίσκονται στις συναντήσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών. Οι επισκέπτες από τη Σοβιετική Ένωση αγκάλιασαν με ενθουσιασμό το πρόγραμμα του Kramer, το οποίο είναι επίσης το αγαπημένο των αμερικανικών μέσων ενημέρωσης.

Κάποιος θα σκεφτόταν ότι οι Σοβιετικοί είναι πρωτοπόροι στις καταναγκαστικές θεραπείες, δεδομένου ότι έχουν ιστορία στο να φυλακίζουν πολιτικούς αντιρρησίες κολλώντας τους ψεύτικες ψυχιατρικές ταμπέλες. Κατά την άποψή τους όμως, η προσέγγιση του Kramer είναι πρωτοποριακή: Η θεραπεία των ΑΑ αποτελεί μία διαδικασία πνευματικής μεταστροφής, που προϋποθέτει υποταγή σε μία «ανώτερη δύναμη» (γνωστή και ως Θεός). Υιοθετώντας μία υποχρεωτική θεραπεία Α.Α., οι Σοβιετικοί από μία πολιτική που επέβαλλε τον αθεϊσμό θα στρέφονταν σε μία πολιτική που θα επέβαλλε τη θρησκευτική προσήλωση.

Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι σήμερα η συνηθισμένη τιμωρία για τους DWI παραβάτες στις Ηνω-

μένες Πολιτείες, σύμφωνα με την Constance Weisner, της Ερευνητικής Ομάδας για το Αλκοόλ (Alcohol Research Group), του Berkeley. «Στην πραγματικότητα πολλές πολιτείες έχουν μεταφέρει αρκετή από την ευθύνη για την αντιμετώπιση των παραβάσεων DWI στα προγράμματα θεραπείας για το αλκοόλ», γράφει. Το 1984, 2.551 δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφεραν ότι παρείχαν DWI υπηρεσίες σε 864.000 άτομα. Το 1987, οι 50 πολιτείες αφιέρωσαν 39% των θεραπευτικών τους μονάδων σε υπηρεσίες DWI. Κάποιες πολιτείες συνεχίζουν να προάγουν με γοργούς ρυθμούς αυτές τις θεραπείες. Από το 1986 ως το 1988, το Connecticut ανέφερε ότι αύξησε κατά 400% τον αριθμό των DWI που παραπέμφθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα.

Αυτή η αντιμετώπιση της οδήγησης υπό την επήρεια μέθης αποτελεί μέρος της ευρέως διαδεδομένης αμερικανικής πρακτικής να υποχρεώνει ή να πιέζει τους ανθρώπους να μπαίνουν σε θεραπείες τύπου Α.Α. Τα δικαστήρια μέσω της επιβολής ποινών, επιτηρήσεων και αναστολών, η κυβέρνηση μέσω της χορήγησης αδειών, αλλά και οι υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, τα διάφορα ιδρύματα (π.χ., σχολεία) και οι εργοδότες πιέζουν περισσότερους από ένα εκατομμύριο ανθρώπους τον χρόνο να συμμετάσχουν σε θεραπεία. Η χρήση του εξαναγκασμού και της πίεσης για να γεμίσουν τα θεραπευτικά προγράμματα έχει μεταβάλλει την ίδια την προσέγγιση των Η.Π.Α στην κα-

* Το άρθρο, με αρχικό τίτλο «AA Abuse: Under the influence of alcohol-treatment evangelists, courts, employers, and parents are forcing people into 12-step programs for the slightest of reasons» περιλαμβάνεται στο *Reason*, November 1991, pp. 34-39. Μετάφραση: Αγγελιώτη Κατερίνα, Επιμέλεια Μετάφρασης: Ζαφειρίδης Φοίβος.

** Department of Psychiatry, Harvard Medical School, and Heller Graduate School, Brandeis University, 17 Berkeley Street, Watertown, MA 02472-2809, USA. E-mail: archie@tiac.net (A. Brodsky).

*** PhD, JDFellow, The Lindesmith Center - Drug Policy Foundation 925 9th Avenue, NY, USA 10019 e-mail: stanton@peele.net (Stanton Peele).

τάχρηση ουσιών: Το μοντέλο των Α.Α., που χρησιμοποιεί μία πνευματική προσέγγιση, για να θεραπεύσει τη «νόσο» του αλκοολισμού, δε θα μπορούσε να έχει τόσο έντονη απήχηση υπό συνθήκες ελεύθερης επιλογής.

Επιπλέον, το να συνταγογραφεί κανείς μία θεραπεία, αντί να επιβάλλει μια συνηθισμένη ποινή, όπως η κοινωνική ή η απλή εργασία, αντιπροσωπεύει μία εθνική αναθεώρηση των παραδοσιακών πεποιθήσεων περί ατομικής ευθύνης. Όταν καλούνται να απολογηθούν για τη συμπεριφορά τους, ο εγκληματίας, ο παραβατικός έφηβος, ο «ψευδοάρρωστος» υπάλληλος και ο προσβλητικός προϊστάμενος, υπάρχει διέξοδος: «Το αλκοόλ (ή τα ναρκωτικά) με έκαναν να συμπεριφερθώ έτσι». Ωστόσο, μέσω της αποδοχής της παραπλανητικής ερμηνείας ότι η κατάχρηση ουσιών προκαλεί αντικοινωνική συμπεριφορά παραχωρείται στην πολιτεία το δικαίωμα παρείσφρησης στις ζωές των ανθρώπων. Όταν αποποιούμαστε την ευθύνη, χάνουμε και την ελευθερία μας.

Δείτε ορισμένους από τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι καταλήγουν σε θεραπεία:

- Μία μεγάλη αεροπορική εταιρία διέταξε έναν πιλότο της να ξεκινήσει θεραπεία, αφότου ένας συνάδελφός του ανέφερε ότι ο πιλότος είχε συλληφθεί δύο φορές για οδήγηση υπό την επήρεια μέθης πριν από μία δεκαετία. Για να μη χάσει τη δουλειά του και την άδεια της FAA (Federal Aviation Administration, Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Αεροπορίας), ο πιλότος έπρεπε να συνεχίζει τη θεραπεία επ' άπειρον, παρά τον άσηπτο εργασιακό του φάκελο, την απουσία συμβάντων σχετικών με το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της δουλειάς, την απουσία προβλημάτων με αλκοόλ ή συλληψέων DWI για χρόνια και την ανεξάρτητη διάγνωση ενός κλινικού ότι ο πιλότος ήταν καθαρός από ουσίες.

- Η Helen Terry, δημοτική υπάλληλος στο Vancouver της Ουάσιγκτον, εξορίστηκε από τη δουλειά της αφού κατέθεσε υπέρ ενός συναδέλφου της σε μία αγωγή για σεξουαλική παρενόχληση. Η Terry δεν έπινε ποτέ παραπάνω από ένα ποτηράκι κρασί το βράδι. Ωστόσο, βασισμένοι σε μία μη-επιβεβαιωμένη πληροφορία ότι εκείνη είχε παραπαιεί σε μία κοινωνική εκδήλωση, οι προϊστάμενοί της ζήτησαν από εκείνη να παραδεχθεί ότι ήταν αλκοολική και να μπει σε ένα θεραπευτικό κέντρο, με την απειλή της απόλυσης. Το δικαστήριο την αποζημίωσε με περισσότερα από \$200.000, όταν εκείνη μήνυσε τον δήμο για παράνομη απόλυση και για παράβλεψη των νόμιμων διαδικασιών που προστατεύουν τα ατομικά δικαιώματα.

- Ένας άντρας που ήθελε να υιοθετήσει παιδί, παραδέχθηκε ότι είχε κάνει βαριά χρήση ναρκωτικών μία δεκαετία πριν. Από τότε που υπέβαλλε τη διάγνωση που του ζητήθηκε, του κόλλησαν την ταμπέλα του «εξαρτημένου από χημικές ουσίες», κι ας μην είχε χρησιμοποιήσει ναρκωτικά για χρόνια. Περιμένοντας ακόμα την ολοκλήρωση της διαδικασίας για την υιοθεσία, τώρα ανησυχεί ότι το στίγμα της «χημικής εξάρτησης» θα τον ακολουθεί για το υπόλοιπο της ζωής του.

- Οι πολίτες συχνά απαιτούν από γιατρούς και δικηγόρους που αντιμετωπίζουν σχετικά προβλήματα να ξεκινήσουν θεραπεία, για να μην ανακληθούν οι άδειές τους. Ένας εκπαιδευμένος σύμβουλος εξαρτήσεων από την Commission on Impaired Attorneys (Επιτροπή για τους Δικηγόρους που αντιμετωπίζουν Προβλήματα) της American Bar Association (Αμερικανική Νομική Εταιρία), αναφέρει: «Κάνω μία αξιολόγηση και λέω στους ανθρώπους τι μπορούν να κάνουν για να γίνουν καλά. Μέρος αυτού αποτελούν και οι Α.Α. Πρέπει να συμμετάσχουν στους Α.Α.».

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί δεν σχετίζονταν πάντα με την αναγκαστική συμμετοχή. Ξεκίνησαν το 1935 ως εθελοντικός σύλλογος, αποτελούμενος από έναν μικρό αριθμό χρόνιων αλκοολικών. Οι ρίζες τους ανάγονται στο κίνημα της εγκράτειας του 19ου αιώνα, όπως φαίνεται και από τον εξομολογητικό τους χαρακτήρα και από το πνεύμα αμαρτία-και-σωτηρία, που τους διακατέχει. Οι Α.Α. και το κίνημα της νοσολογικής αντίληψης της εξάρτησης, που εμπνεύστηκε από αυτούς, μεταμόρφωσαν τον αμερικανικό ευαγγελισμό σε μία ιατρική αντίληψη για τον κόσμο.

Όντας κατά της ιατρικής στο ξεκίνημά τους, τα μέλη των Α.Α. συχνά έδιναν έμφαση στην αδυναμία των γιατρών να αναγνωρίσουν τον αλκοολισμό. Η εκδότρια Marty Mann, από τα πρώτα μέλη των Α.Α., σκέφτηκε σωστά ότι αυτό ήταν μία αυτοπεριοριστική στρατηγική. Η ίδια, το 1944 οργάνωσε τη National Committee for Education on Alcoholism (Εθνική Επιτροπή για την Εκπαίδευση στον Αλκοολισμό), γνωστή τώρα ως National Council on Alcoholism and Drug Dependence (Εθνικό Συμβούλιο για τον Αλκοολισμό και την Εξάρτηση από Ναρκωτικά), προκειμένου να αποτελέσει το τμήμα δημοσίων σχέσεων του κινήματος, στρατολογώντας γιατρούς και επιστήμονες που ήταν τοποθετημένοι σε καλές θέσεις, για να προάγουν το νοσολογικό μοντέλο του αλκοολισμού. Χωρίς τη συνεργασία της ιατρικής, οι Α.Α. δεν θα είχαν απολαύσει αυτή τη συνεχιζόμενη επιτυχία, που τους ξεχώρισε από τις άλλες ομάδες εγκράτειας που είχαν προηγηθεί.

Οι Α.Α. έχουν τώρα ενσωματωθεί στο κυρίαρχο πολιτιστικό και οικονομικό ρεύμα. Πράγματι, πολλοί θεωρούν τη φιλοσοφία των 12 βημάτων των Α.Α. ως θεραπεία, όχι μόνο για τον αλκοολισμό, αλλά για μία σωρεία άλλων προβλημάτων. Προγράμματα 12 βημάτων αναπτύχθηκαν για τους εξαρτημένους από ναρκωτικά [Narcotics Anonymous, (Ναρκομανείς Ανώνυμοι)], για συγγενείς αλκοολικών (Al-anon), για παιδιά αλκοολικών (Alateen) και για ανθρώπους με κυριολεκτικά εκατοντάδες άλλα προβλήματα [Gamblers Anonymous - Ανώνυμοι Τζογαδόροι, Sexaholics Anonymous - Σεξομανείς Ανώνυμοι, Shopaholics Anonymous - Ανώνυμοι Υπερκαταναλωτές]. Πολλές από αυτές τις ομάδες και τις «ασθένειες» συνδέονται με τη σειρά τους με συμβουλευτικά προγράμματα, ορισμένα από τα οποία εδρεύουν σε νοσοκομεία.

Το ιατρικό κατεστημένο έχει πια αναγνωρίσει τα οικονομικά και τα άλλα πλεονεκτήματα που απορρέουν από το λαϊκό κίνημα των Α.Α. όπως άθλωσε και πολλοί υπό ανάρρωση αλκοολικοί. Τα μέλη των Α.Α., συχνά κάνουν καριέρα ως σύμβουλοι καθώς αναρρώνουν. Έπειτα, αυτοί και τα θεραπευτικά τους κέντρα αποκομίζουν οφέλη από τη χρηματική ενίσχυση εκ μέρους τρίτων ενδιαφερόμενων. Σε μία πρόσφατη μελέτη, σε 15 θεραπευτικά προγράμματα σε όλη τη χώρα, η ερευνήτρια Marie-Bourbine-Twohig βρήκε ότι όλα τα κέντρα (90% από τα οποία ήταν κέντρα διαμονής) εφάρμοζαν τη φιλοσοφία των 12 βημάτων και ότι τα 2/3 των συμβούλων σε αυτές τις υπηρεσίες ήταν αλκοολικοί και χρήστες υπό ανάρρωση.

Η αρχική βιβλιογραφία των Α.Α. τόνιζε ότι τα μέλη μπορούσαν να επιτύχουν την ανάρρωση μόνο αν ήταν «κινητοποιημένα από μία ειδικρινή επιθυμία». Όσο η θεσμική τους βάση διευρυνόταν, οι Α.Α. και η νοσολογική προσέγγιση άρχισαν να λειτουργούν επιθετικά. Αυτή η τάση για προσηλυτισμό, που εδράζει στις θρησκευτικές ρίζες του κινήματος, νομιμοποιήθηκε από τη σύνδεσή του με την ιατρική. Αν ο αλκοολισμός είναι ασθένεια, τότε πρέπει να θεραπεύεται –όπως η πνευμονία. Αντίθετα με όσους έχουν πνευμονία, ωστόσο, πολλοί από αυτούς που έχουν χαρακτηριστεί αλκοολικοί δε θεωρούν τους εαυτούς τους άρρωστους, ούτε θέλουν να λάβουν θεραπεία. Σύμφωνα με τη βιομηχανία της θεραπείας, ένας άνθρωπος με πρόβλημα αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, που δεν αναγνωρίζει τη φύση αυτού του προβλήματος ως ασθένεια, χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της «άρνησης».

Στην πραγματικότητα, η άρνηση ενός προβλήματος

με το αλκοόλ –ή της διάγνωσης μίας ασθένειας και της αντιμετώπισής της μέσω των Α.Α.– έχει καταλήξει να είναι προσδιοριστικό χαρακτηριστικό της νόσου. Όμως, το να χρησιμοποιείται αδιακρίτως η ταμπέλα της άρνησης συσκοτίζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των χρηστών αλκοόλ. Παρόλο που οι άνθρωποι μερικές φορές πράγματι αποτυγχάνουν να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους, ένα πρόβλημα με το αλκοόλ δεν αποδεικνύει αυτόματα ότι ο άνθρωπος είναι χρόνιος αλκοολικός. Αντίθετα, οι περισσότεροι άνθρωποι ωριμάζοντας ξεπερνούν την υπερβολική, ανεύθυνη χρήση.

Η νοσολογική προσέγγιση χρησιμοποιεί την ιδέα της άρνησης, όχι μόνο για να εξαναγκάσει τους ανθρώπους σε θεραπεία, αλλά και για να δικαιολογήσει τη συναισθηματική κακοποίηση μέσα σε αυτή. Τα προγράμματα για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά συνήθως βασίζονται στην αντιπαραθετική θεραπεία (όπως αυτή που παρουσιάζεται στην ταινία «Clean and Sober»), κατά την οποία οι σύμβουλοι και οι ομάδες χλευάζουν τους συμμετέχοντες για τις αποτυχίες τους και την απροθυμία τους να αποδεχτούν τις συστάσεις του προγράμματος. Οι περισσότεροι από τους διάσημους που αποφοιτούν από τέτοια προγράμματα, είτε λόγω πηγαίας πίστης σε αυτά είτε λόγω δικαστικής απόφασης, αναφέρουν ότι έζησαν σκληρές αλλά θετικές εμπειρίες.

Τα σχόλια όμως μίας σημαντικής μειοψηφίας είναι αποκαλυπτικά. Ο ηθοποιός Chevy Chase, για παράδειγμα, άσκησε κριτική για το Κέντρο Betty Ford, στο Playboy και σε διάφορες τηλεοπτικές εμφανίσεις του, μετά την παραμονή του εκεί το 1986. «Αποκαλούσαμε τη θεραπεία 'το απόσπασμα του Θεού'», λέει ο ίδιος. «Σε κάνουν να πιστέψεις ότι είσαι στο κατώφλι του θανάτου...ότι τα θαλάσσωσες με όλους, ότι είσαι ένα τίποτα και ότι πρέπει να αρχίσεις να ξαναχτίζεις τον εαυτό σου μέσω της εμπιστοσύνης σου στο Θεό... Δεν με ενδιέφεραν οι τακτικές εκφοβισμού που χρησιμοποιούνταν εκεί. Δεν τις έβρισκα σωστές».

Σ' ένα άρθρο του 1987 των New York Times, ο παίκτης των New York Mets, Dwight Gooden, περιέγραψε την κατήχηση της ομάδας στο Κέντρο Smithers στη Νέα Υόρκη, όπου τον είχαν στείλει για κατάχρηση κοκαΐνης. Ο Gooden, που χρησιμοποίησε κοκαΐνη σε διάφορα πάρτι που γίνονταν εκτός αγωνιστικής περιόδου, δέχθηκε πίεση με συνοδεία απειλών από τους υπόλοιπους διαμένοντες στο κέντρο. «Οι ιστορίες μου δεν ήταν τόσο καλές [όσο οι δικές τους]... Έλεγαν: 'Έλα τώρα ρε φίλε, ψέματα λες'. Δεν με πίστευαν...Έκλαιγα για πολλή ώρα πριν κοιμηθώ το βράδυ».

Για κάθε Dwight Gooden και Chevy Chase, υπάρχουν χιλιάδες, λιγότερο διάσημοι, άνθρωποι που έζησαν πικρές εμπειρίες αφότου μπήκαν σε θεραπεία. Η Marie R., για παράδειγμα, είναι μία ισορροπημένη, παντρεμένη γυναίκα που έχει περάσει τα πενήντα. Ένα βράδυ οδηγούσε ενώ είχε πίνει πάνω από το νόμιμο όριο και υποβλήθηκε σε αλκοτέστ από την αστυνομία. Όπως οι περισσότεροι μεθυσμένοι οδηγοί, η Marie δεν πληρούσε τα κριτήρια για αλκοολισμό, τα οποία περιλαμβάνουν συχνή απώλεια ελέγχου. (Μία έρευνα από τους Kaye Fillmore και Dennis Kelso του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια βρήκε ότι οι περισσότεροι από αυτούς που συλλαμβάνονται για οδήγηση υπό την επήρεια μέθης είναι ικανοί να περιορίσουν την πόση αλκοόλη).

Η Marie παραδέχθηκε ότι της άξιζε να της επιβληθεί ποινή. Ωστόσο, έμεινε έκπληκτη όταν έμαθε ότι θα της αφαιρούσαν την άδεια οδήγησης για ένα χρόνο. Αν και υπήρξε όντως ανεύθυνη, η απροσεξία της δεν ήταν τόσο σοβαρή όσο η απειροεξία ενός DWI ατόμου, του οποίου η οδήγηση θα έθετε ξεκάθαρα σε κίνδυνο τους άλλους ανθρώπους. Τέτοιες δυσανάλογες ποινές πιέζουν τους πάντες, εκτός από τους πιο ξεροκέφαλους οδηγούς DWI, να διαλέξουν τη θεραπεία αντί της άλλης ποινής. Βέβαια, αυτός μπορεί να είναι κι ο σκοπός της επιβολής τους. Όπως οι περισσότεροι παραβάτες, η Marie βρήκε προτιμότερη τη θεραπεία, ακόμη κι αν έπρεπε να πληρώσει \$500 γι' αυτή.

Η θεραπεία της Marie συνίστατο σε εβδομαδιαίες συνεδρίες και επιπλέον εβδομαδιαίες συναντήσεις με τους Α.Α., για πάνω από τέσσερις μήνες. Αντίθετα με τις αρχικές της προσδοκίες, θεώρησε αυτή την εμπειρία «ένα δεινό που με αποστράγγισε σωματικά και συναισθηματικά περισσότερο από κάθε άλλο». Στις συναντήσεις των Α.Α., η Marie άκουγε ατέλειωτες ιστορίες πόνου και ταπείνωσης, ιστορίες γεμάτες εκφράσεις όπως «βυθίστηκα στην κόλαση» και «έπεσα στα γόνατα και προσευχήθηκα σε μία ανώτερη δύναμη». Για την Marie, οι Α.Α. έμοιαζαν με τις συναντήσεις αναζωπύρωσης του θρησκευτικού ζήλου των φονταμενταλιστών.

Στο συμβουλευτικό πρόγραμμα που παρείχε η πολιτεία, μέσω ενός ιδιώτη -κατόχου της σχετικής άδειας- η Marie έλαβε την ίδια κατήχηση και συναντήθηκε με συμβούλους, των οποίων το μόνο προσόν ήταν η συμμετοχή τους στους ΑΑ. Αυτοί οι πραγματικοί πιστοί είπαν σε όλους τους DWI ότι είχαν τη μόνιμη «ασθένεια» του αλκοολισμού, για την οποία η μοναδική θεραπεία ήταν η ισόβια αποχή και η συμμετοχή στους Α.Α. —κι όλα αυτά για μία σύλληψη για οδήγη-

ση υπό την επήρεια μέθης!

Για να κρατιέται το ψευδοευλαβές και ευαγγελικού χαρακτήρα πνεύμα του προγράμματος, κάθε ένσταση στις απαιτήσεις του αντιμετωπιζόταν ως «άρνηση». Οι διδαχές του προγράμματος είχαν προεκτάσεις και στην προσωπική ζωή της Marie: Της είπαν να απέχει από οτιδήποτε αλκοολούχο κατά τη διάρκεια της «θεραπείας», μία απαγόρευση που επιβαρύνονταν με την απειλή της ανάληψης ούρων. Καθώς η Marie έβλεπε ολοκληρωτή τη ζωή της να ελέγχεται από το πρόγραμμα, συμπέρανε ότι «η εξουσία που επιχειρούν αυτοί οι άνθρωποι να ασκήσουν είναι για να αντισταθμίσει την έλλειψη δύναμης μέσα τους».

Τα χρήματα ήταν ένα συνηθισμένο θέμα στις συνεδρίες και οι σύμβουλοι συνεχώς θύμιζαν στα μέλη των ομάδων να είναι συνεπείς στις πληρωμές τους. Ωστόσο, η πολιτεία κάλυπτε το κόστος για όσους αποδείκνυαν ότι δε μπορούσαν να πληρώσουν αυτά τα 500 δολάρια. Εντωμεταξύ, εκείνα τα μέλη της ομάδας που είχαν σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα έψαχναν μάταια για κάποια αποτελεσματική επαγγελματική συμβουλευτική. Ένα βράδυ, μία γυναίκα είπε ότι ένιωθε αυτοκτονική. Ο σύμβουλος της ομάδας την καθοδήγησε: «Προσευχήσου σε μία ανώτερη δύναμη». Η γυναίκα συνέχισε να σέρνεται από συνάντηση σε συνάντηση, χωρίς κάποια εμφανή βελτίωση.

Η Marie και οι υπόλοιποι, αντί να λάβουν πραγματική συμβουλευτική, πείστηκαν να συμμετάσχουν σ' ένα θρησκευτικό τελετουργικό. Η Marie προβληματίστηκε πολύ σχετικά με «τις ηθικές, τις δεοντολογικές και τις νομικές διαστάσεις του να υποχρεώνεται κανείς τους ανθρώπους να αποδεχτούν ένα δόγμα, το οποίο βρίσκουν προσβλητικό». Καθώς στην αρχή είχε μία αόριστη μόνο ιδέα για το τι είναι οι Α.Α., έμεινε κατάπληκτη όταν ανακάλυψε ότι οι λέξεις «θεός» και «ανώτερη δύναμη» αναφέρονται στα μισά από τα 12 βήματα των Α.Α. Για τη Marie, το τρίτο βήμα τα έλεγε όλα: «Πήραμε την απόφαση να παραδώσουμε τη βούλησή μας και τις ζωές μας στη φροντίδα του Θεού». Όπως και πολλούς άλλους, τη Marie δεν την ανακούφισε καθόλου το γεγονός ότι επρόκειτο για «τον Θεό όπως τον καταλαβαίνουμε».

Γράφει στο ημερολόγιό της: «Συνέχεια υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι έτσι είναι η Αμερική. Μου φαίνεται παράλογο το γεγονός ότι το ποινικό σύστημα δικαιοσύνης έχει τη δύναμη να υποχρεώσει τους Αμερικανούς πολίτες να αποδεχθούν ιδέες που είναι γι' αυτούς απορριπτέες. Μοιάζει σα να είμαι πολίτης σε κάποιο ολοκληρωτικό καθεστώς και να τιμωρούμαι ως πολιτικός αντιρρησίας».

Όπως δείχνει η ιστορία της Marie, οι δικαστικές αποφάσεις που παραπέμπουν τους παραβάτες DWI σε τέτοια προγράμματα αποτελούν για τους επιχειρηματίες στο χώρο της θεραπείας πηγή εισοδήματος, που προέρχεται από τις ασφαλιστικές εταιρίες και από τη πολιτεία. Ο διευθυντής ενός θεραπευτικού προγράμματος λέει: «σχεδόν 80% από τους πελάτες μου έρχονται με δικαστική απόφαση ή μετά από συμφωνία αναστολής σύστασης του κατηγορητηρίου. Πολλοί από αυτούς απλώς εκμεταλλεύονται την ευκαιρία να αποφύγουν να πληρώσουν τα ασφάλιστρα, να μην αμαυρώσουν το μητρώο τους ως οδηγοί, κ.λπ., και δεν έχουν καμία πρόθεση να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους».

Οι παραβάτες DWI αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των παραπομπών που στέλνουν τα ποινικά δικαστήρια, ωστόσο και σε περιπτώσεις άλλων αδικημάτων απαιτείται από τους κατηγορούμενους να ξεκινήσουν θεραπεία για κατάχρηση ουσιών. Στο Connecticut, το 1988, το 1/4 όσων βρίσκονταν υπό αστυνομική επιτήρηση αντιμετώπιζαν δικαστική εντολή εισαγωγής σε θεραπεία για το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Τα ποινικά συστήματα προτιμούν να αντιμετωπίζουν με θεραπεία τον τεράστιο αριθμό των κατηγορουμένων για ναρκωτικά, ως μία εναλλακτική λύση αντί ποινής, αλλά και ως μία συνθήκη αποφυλάκισης υπό όρους. Η προσέλευση των πελατών όλο και αυξάνεται: οι αρχές των φυλακών της Νέας Υόρκης εκτιμούν ότι τα 3/4 όλων των κρατούμενων στην πολιτεία έχουν κάνει κατάχρηση ναρκωτικών.

Οι έφηβοι είναι άλλη μία πλούσια πηγή πελατών που έρχονται για θεραπεία.¹ Τα γυμνάσια/λύκεια και τα πανεπιστήμια συχνά κατευθύνουν τους μαθητές/φοιτητές τους στους Α.Α., πολλές φορές με βάση μεμονωμένα περιστατικά μέθης. Η αλήθεια είναι ότι οι άνθρωποι που βρίσκονται στην εφηβεία, καθώς και όσοι είναι από 20 έως 30 ετών, αποτελούν το τμήμα των Α.Α. που μεγαλώνει πιο ραγδαία από κάθε άλλο. Ο εγκλεισμός των νέων σε ιδιωτικά ιδρύματα ψυχικής υγείας –κυρίως για κατάχρηση ουσιών– αυξήθηκε κατά 450% κατά τη δεκαετία του 1980. Οι έφηβοι σχεδόν πάντα εισέρχονται στη θεραπεία ακούσια, είτε με δικαστική εντολή είτε επειδή τους ασκήθηκε πίεση (στους ίδιους ή στους γονείς τους) από το σχολείο ή από άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Στη θεραπεία περνούν από προγράμματα «σκληρής αγάπης», που απογυμνώνουν τα παιδιά από τις ταυτότητες που είχαν πριν τη θεραπεία, μέσω τεχνικών που συχνά αγγίζουν τη φυσική κακοποίηση.

Στο «The Great Drug War», ο Arnold Trebach αναφέρει τη συγκλονιστική περίπτωση του 19χρονου Fred Collins, που το 1982 αναγκάστηκε από τους γονείς του και από το προσωπικό του οργανισμού να ξεκινήσει θεραπεία ως εσωτερικός ασθενής στο Straight Inc., κοντά στο St. Petersburg της Florida. Οι γονείς του Collins και των άλλων διαμενόντων στο κέντρο, συνεργάστηκαν με το Straight ώστε να τον κρατήσουν υπό περιορισμό για 135 μέρες. Απομονωμένος από τον έξω κόσμο, υποβλήθηκε σε 24ωρη επιτήρηση, σε στέρηση ύπνου και φαγητού (έχασε 25 κιλά) και σε συνεχή εκφοβισμό και παρενόχληση.

Ο Collins τελικά δραπετεύσε από ένα παράθυρο και, ύστερα από μήνες κατά τους οποίους κρυβόταν από τους γονείς του, αναζήτησε νομική στήριξη. Στο δικαστήριο, το Straight δεν αμφισβήτησε τις περιγραφές του Collins, αλλά ισχυρίστηκε ότι η θεραπευτική αυτή αντιμετώπιση ήταν δικαιολογημένη, επειδή ο Collins ήταν χημικά εξαρτημένος. Ο Collins, που ήταν ένας μαθητής άνω του μετρίου, κατέθεσε μία ψυχιατρική έκθεση που βεβαίωνε ότι κάπνιζε μόνο μαριχουάνα και ότι έπινε μπύρα περιστασιακά. Οι ένορκοι ψήφισαν υπέρ του Collins, ο οποίος έλαβε αποζημίωση \$220.000, κυρίως για ηθική βλάβη. Παρ' όλα αυτά, το Straight ποτέ δεν παραδέχθηκε ότι το θεραπευτικό του πρόγραμμα είχε ψεγάδια και η Nancy Reagan συνέχισε να υπερασπίζεται πιστά τον οργανισμό. Στο μεταξύ, οι εκπομπές του ABC «Primetime Live» και «20/20» κατέγραψαν παρόμοιες πρακτικές κακομεταχείρισης και σε άλλα ιδιωτικά προγράμματα θεραπείας.

Μία άλλη μεγάλη ομάδα πελατών είναι όσοι παραπέμπονται από προγράμματα βοήθειας για εργαζόμενους (EAP - Employee Assistance Programs). Αν και οι εργαζόμενοι αναζητούν βοήθεια για ποικίλα προβλήματα, τα EAP επικεντρώνονται κυρίως στην κατάχρηση ουσιών. Συνήθως, την πρωτοβουλία για τη θεραπεία την παίρνει το EAP και όχι ο εργαζόμενος, ο οποίος τελικά υποχρεώνεται να υποβληθεί σε θεραπεία, για να μη χάσει τη δουλειά του. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν πάνω από 10.000 EAP στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα περισσότερα από τα οποία δημιουργήθηκαν την τελευταία δεκαετία, ενώ ο αριθμός τους συνεχίζει να αυξάνεται. Ως τα μέσα της δεκαετίας του '80, η πλειοψηφία των εταιριών που απασχολούσαν πάνω από 750 υπαλλήλους είχαν EAP.

Τα EAP συχνά χρησιμοποιούν τις λεγόμενες «παρεμβάσεις» (interventions), μία τεχνική που είναι

1 βλ. «What's up to Doc?», *Reason*, February 1991.

πολύ δημοφιλή στη βιομηχανία της θεραπείας. Μία παρέμβαση συνίσταται στον αιφνιδιασμό του ατόμου με μία ορδή που αποτελείται από μέλη της οικογένειας, φίλους και συναδέλφους, οι οποίοι, κάτω από την επίβλεψη του θεραπευτικού προσωπικού, εξαναγκάζουν το άτομο να παραδεχθεί ότι είναι χημικά εξαρτημένο και ότι χρειάζεται θεραπεία. Οι παρεμβάσεις αυτές συχνά έχουν επικεφαλής συμβούλους που είναι οι ίδιοι αλκοολικοί υπό ανάρρωση. Και συνήθως η υπηρεσία που παραλαμβάνει τελικά για θεραπεία τον κατηγορούμενο χρήστη ουσιών είναι η ίδια που είχε βοηθήσει στην αρχική παρέμβαση.

«Οι παρεμβάσεις αποτελούν τη μεγαλύτερη πρόοδο στη θεραπεία του αλκοολισμού από τότε που ιδρύθηκαν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί», λέει ο διευθυντής ενός θεραπευτικού προγράμματος της Καλιφόρνια, το οποίο στηρίζεται σε τέτοιους πελάτες. Σε ένα άρθρο του 1990 στο Special Report on Health που έχει τίτλο «Drunk Until Proven Sober» («Μεθυσμένος Μέχρι να Αποδειχθείς Νηφάλιος»), ο δημοσιογράφος John Davidson πρόσφερε μία διαφορετική ερμηνεία: «Το φιλοσοφικό υπόβαθρο αυτής της τεχνικής μοιάζει να είναι ότι ο καθένας –και ειδικά ένας υπό ανάρρωση αλκοολικός– έχει το δικαίωμα να εισβάλει στην ιδιωτική ζωή του άλλου, αρκεί να προσπαθεί να βοηθήσει».

Παρ' ότι οι υπάλληλοι που υποβάλλονται σε αυτές τις παρεμβάσεις δεν υποχρεώνονται να το κάνουν, συχνά απειλούνται με απόλυση και οι εμπειρίες τους συχνά μοιάζουν με όσων είναι ποινικά εναγόμενοι και υποχρεώνονται να υποβληθούν σε θεραπεία. Οι εταιρείες που αντιμετωπίζουν έτσι τους υπαλλήλους για τους οποίους υποψιάζονται ότι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, κάνουν το ίδιο λάθος με τα δικαστήρια που χειρίζονται υποθέσεις που αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια μέθης. Και το πιο σημαντικό είναι ότι αποτυγχάνουν να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες εργαζομένων, που θεωρούνται ύποπτοι για κατάχρηση ουσιών.

Όπως δείχνουν οι ιστορίες του Dwight Gooden και της Helen Terry, οι εργαζόμενοι μπορεί να θεωρηθούν από ένα EAP ως ύποπτοι για κατάχρηση, ακόμη κι αν η απόδοσή τους στη δουλειά είναι ικανοποιητική. Η δειγματοληπτική ανάληψη ούρων μπορεί να βρει κάποια ίχνη ναρκωτικού, μία διερεύνηση του φακέλου μπορεί να αποκαλύψει μία παλιά σύλληψη για οδήγηση υπό μέθη, ή ένας εκθρόνος μπορεί να υποβάλει μία ψεύτικη αναφορά. Επιπλέον, κάθε υπάλληλος που τα θαλασώνει στη δουλειά του, δεν το κάνει λόγω ναρκωτικών ή αλκοόλ. Ακόμη δε κι όταν η απόδοση ενός υπαλλήλου είναι ελλιπής λόγω χρή-

σης αλκοόλ ή ναρκωτικών, αυτό δε σημαίνει ότι πρόκειται για έναν αλκοολικό ή ένα ναρκομανή. Τέλος, αυτοί οι υπάλληλοι που έχουν πράγματι σοβαρά προβλήματα μπορεί και να μην ωφεληθούν από την προσέγγιση των 12 βημάτων.

Παρά τις σκληροπυρηνικές τακτικές της, η συνηθισμένη θεραπεία για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά δε φαίνεται να δουλεύει πολύ καλά. Οι λίγες έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει τυχαία ανάθεση και κατάλληλης ομάδες ελέγχου δείχνουν ότι οι Α.Α. δεν έχουν καλύτερα αποτελέσματα, ίσως μάλιστα να έχουν χειρότερα, από την απουσία θεραπείας. Η αξία των Α.Α., όπως και κάθε άλλης πνευματικής αδελφότητας, έγκειται στις αντιλήψεις όσων διαλέγουν να συμμετάσχουν σε αυτές.

Φέτος, μία μελέτη δημοσιευμένη στο The New England Journal of Medicine ανέφερε για πρώτη φορά ότι οι εργαζόμενοι που έκαναν κατάχρηση ουσιών και στάλθηκαν σε προγράμματα ιδιωτικών νοσοκομείων είχαν λιγότερα προβλήματα με την κατοπινή χρήση αλκοόλ από αυτούς που διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία τους (το οποίο γενικώς σημαίνει είτε νοσοκομείο, είτε Α.Α.). Μία τρίτη ομάδα που στάλθηκε στους Α.Α. τα πήγε χειρότερα από όλες.

Ακόμη και στην ομάδα της κλινικής, μόνο 36% απείχε από το ποτό καθ' όλη τη διάρκεια των δύο ετών που ακολούθησαν τη θεραπεία (το αντίστοιχο ποσοστό για τους Α.Α. ήταν 16%). Ενώ η θεραπεία σε κλινική οδήγησε σε μεγαλύτερη αποχή, δεν υπήρξαν διαφορές στην παραγωγικότητα, στις απουσίες από τη δουλειά και σε άλλες μετρήσεις σχετικές με την εργασία, ανάμεσα στις δύο ομάδες. Με άλλα λόγια, ο εργοδότης που κάλυπτε τα έξοδα θεραπείας, στην ουσία δεν ωφελήθηκε παραπάνω από την ακριβότερη επιλογή.

Επιπρόσθετα, αυτή η μελέτη ασχολήθηκε με τα ιδιωτικά κέντρα θεραπείας, τα οποία εξυπηρετούν εκείνη την κατηγορία πελατών —ευκατάστατους, μορφωμένους, εργαζόμενους, με καλή οικογενειακή συνοχή— οι οποίοι πολύ συχνά επανέρχονται από μόνοι τους. Τα αποτελέσματα για τις δημόσιες υπηρεσίες θεραπείας είναι ακόμη λιγότερο ενθαρρυντικά. Μία έρευνα σε εθνικό επίπεδο, του Research Triangle Institute της Νότιας Καρολίνα βρήκε στοιχεία που δείχνουν ότι η συντήρηση με μεθαδόνη και οι θεραπευτικές κοινότητες για τους εξαρτημένους από ναρκωτικά επιφέρουν βελτιώσεις, ωστόσο η είσοδος σε θεραπεία για κατάχρηση μαριουάνας ή για τον αλκοολισμό δεν επιφέρει θετικές αλλαγές. Μία μελέτη του 1985 που δημοσιεύτηκε στο The New England Journal of Medicine ανέφερε ότι μόνο το 7% από τους

ασθενείς μίας υποβαθμισμένης γειτονιάς της πόλης, που έλαβαν θεραπεία για αλκοολισμό επιβίωσαν και, όταν έγινε ο επανέλεγχος 7 χρόνια αργότερα, το πρόβλημά τους βρισκόταν σε ύφεση.

Όλες αυτές οι μελέτες έχουν το ελάττωμα ότι δεν συμπεριλαμβάνουν μία ομάδα ελέγχου, που δε λαμβάνει καμία θεραπεία. Τέτοιες συγκρίσεις έχουν γίνει κυρίως με πληθυσμούς DWI. Μία σειρά από τέτοιες μελέτες έδειξαν ότι, για τους μεθυσμένους οδηγούς, η θεραπεία ήταν λιγότερο δραστική απ' ό,τι οι δικαστικές κυρώσεις. Για παράδειγμα, μία μεγάλη έρευνα στην Καλιφόρνια σύγκρινε τέσσερις νομούς της πολιτείας στους οποίους οι μεθυσμένοι οδηγοί παραπέμπονταν σε προγράμματα αποκατάστασης για το αλκοόλη, με τέσσερις παρόμοιους νομούς, στους οποίους οι άδειες των μεθυσμένων οδηγών ακυρώνονταν ή αφαιρούνταν προσωρινά. Έπειτα από τέσσερα χρόνια, οι οδηγοί DWI των περιοχών -όπου επιβλήθηκαν παραδοσιακές δικαστικές ποινές- είχαν καλύτερους φακέλους ως προς τη συμπεριφορά οδήγησης, από όσους ανήκαν στις περιοχές που βασίζονταν στα προγράμματα θεραπείας.

Για τους μη αλκοολικούς παραβάτες DWI, τα προγράμματα που διδάσκουν στους οδηγούς τις απαραίτητες δεξιότητες για να αποφεύγουν τις ριψοκίνδυνες καταστάσεις έχουν αποδειχθεί καλύτερα από τα συμβατικά εκπαιδευτικά προγράμματα των Α.Α. Πραγματικά, η έρευνα έχει δείξει ότι ακόμη και για τους σοβαρά αλκοολικούς οδηγούς, η διδασκαλία δεξιοτήτων που χρειάζονται στην καθημερινή ζωή είναι η πιο αποδοτική μορφή θεραπείας, περισσότερο μάλλον από τις διαλέξεις περί της νόσου του αλκοολισμού. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει την επικοινωνία (ειδικά μεταξύ των μελών της οικογένειας), τις εργασιακές δεξιότητες και την ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς «χαλαρά» τις στρεσογόνες καταστάσεις, που συχνά οδηγούν στην υπερβολική πόση αλκοόλη.

Μία τέτοια εκπαίδευση αποτελεί ελάχιστη προϋπόθεση για τη σχετική θεραπεία, σχεδόν σε ολόκληρο τον υπόλοιπο κόσμο. Δεδομένου ότι η θεραπεία που προέρχεται από το νοσολογικό μοντέλο έχει ήδη πολλά ψεγάδια, θα υπέθετε κανείς ότι τα προγράμματα των Η.Π.Α. θα ενδιαφέρονταν να διερευνήσουν τις εναλλακτικές θεραπείες. Αντίθετα, οι υπηρεσίες που παρέχουν θεραπεία, οι οποίες δε βλέπουν άλλες δυνατότητες πέρα από το νοσολογικό μοντέλο, εξα-

κολουθούν να τις αντιμετωπίζουν αφοριστικά. Τον περασμένο χρόνο, το Institute of Medicine (Ινστιτούτο Ιατρικής) της αναγνωρισμένου κύρους National Academy of Sciences (Εθνική Ακαδημία Επιστημών), δημοσίευσε μία έκθεση που κάνει έκκληση να διευρυνθούν περισσότερο οι θεραπευτικές επιλογές, ώστε να ανταποκριθούν στην ποικιλία των ατομικών προτιμήσεων και των προβλημάτων με το αλκοόλη.

Με το να αποδεχόμαστε την ιδέα ότι οι άνθρωποι που έχουν προβλήματα με το αλκοόλη ή τα ναρκωτικά (ή που ορίζονται από τους άλλους ως τέτοιοι) υποφέρουν από μία ασθένεια που μόνιμως καταργεί την προσωπική τους κρίση, υπονομούμε το δικαίωμα των ανθρώπων να αλλιάξουν τη συμπεριφορά τους μόνοι τους, να απορρίψουν τις ταμπέλες που τους φαίνονται ανακριβείς ή εξευτελιστικές και να διαλέξουν μία μορφή θεραπείας στην οποία θα βιώσουν άνετα και για την οποία θα πιστεύουν ότι μπορεί να λειτουργήσει για τους ίδιους. Την ίδια στιγμή, συντασσόμαστε με την κυβέρνηση που υποστηρίζει την κατήχηση στις ομάδες, τις αναγκαστικές εξομολογήσεις και τη μαζική παραβίαση της ιδιωτικής ζωής.

Ευτυχώς, τα δικαστήρια έχουν στηρίξει όσους αναζητήσαν προστασία από την υποχρεωτική θεραπεία. Ως σήμερα, σε κάθε δίκη που αφορούσε την υποχρεωτική συμμετοχή στους Α.Α. -στο Wisconsin, το Colorado, την Alaska και το Maryland- τα δικαστήρια αποφάσισαν ότι οι Α.Α. είναι το ανάλογο μίας θρησκείας, κατά το πνεύμα της Πρώτης Τροπολογίας.² Η δύναμη της πολιτείας περιορίζεται στη ρύθμιση της συμπεριφοράς των ανθρώπων, όχι στον έλεγχο των σκέψεών τους.

Για να χρησιμοποιήσω τα λόγια της Ellen Luff, της δικηγόρου της ACLU που υποστήριξε επιτυχώς την υπόθεση Maryland σε ένα εφετείο της πολιτείας, η πολιτεία δεν μπορεί «να εισβάλλει περαιτέρω στο μυαλό ενός ανθρώπου που βρίσκεται υπό επιτήρηση, υποχρεώνοντάς τον σε διαρκή συμμετοχή σε προγράμματα που είναι σχεδιασμένα να αλλιάξουν την πίστη του στο Θεό ή την ταυτότητά του». Είτε εμπλέκεται σε αυτό μία θεσμική θρησκεία είτε όχι, συμπεραίνει, «αν η πολιτεία αποτελέσει κομμάτι της προσπάθειας πρόωθησης μίας εμπειρίας προσηλυτισμού, τότε η Πρώτη Τροπολογία θα έχει καταστρατηγηθεί».

2 Σημ.μτφρ.: Η Πρώτη Τροπολογία (First Amendment) του Αμερικανικού Συντάγματος τέθηκε σε ισχύ στα τέλη του 1791, μετά από απαίτηση των ίδιων των πολιτών, για να προστατεύσει τις βασικές τους ελευθερίες. Το κείμενο ορίζει ότι: «Το Κογκρέσο δεν θα εισάγει νόμο που θα αφορά στην αναγνώριση κάποιας θρησκείας ως επίσημης ή θα απαγορεύσει την ελεύθερη άσκηση αυτής, ή θα περιορίζει την ελευθερία του λόγου, ή του τύπου, ή το δικαίωμα των ανθρώπων να συναθροίζονται ειρηνικά και να αιτούνται από την Κυβέρνηση να αποκαταστήσει την αδικία.», (http://www.firstamendmentcenter.org/about.aspx?item=about_firstamd).

Αποφάσεις σαν αυτή που εκδόθηκε το 1989 στη Maryland, δεν πτόησε τον διευθυντή του προγράμματος Right Turn της Μασσαχουσέτης, στο οποίο στέλνονται παραπομπές κατόπιν δικαστικής εντολής, που δήλωσε ότι: «Η βασική αρχή που λέει ότι πρέπει να συμμετάσχουμε εκούσια στους Α.Α. είναι αμφισβητήσιμη, γιατί τα περισσότερα μέλη των Α.Α. που δεν προέρχονται από το Right Turn αναγκάστηκαν να συμμετάσχουν λόγω άλλων πηγών πίεσης· κάποιος συγγενής τους ή ο εργοδότης τους, για παράδειγμα, τους έδωσε ένα τελευταίο τελεσίγραφο». Ακόμη κι αν παραβλέψουμε αυτό που υπονοείται, ότι δηλαδή ο μέσος μεθυσμένος οδηγός μοιάζει με τον αλκοολικό που πηγαίνει εκούσια στους Α.Α., η εξίσωση του εξαναγκασμού εκ μέρους της δικαιοσύνης με την κοινωνική ή την οικονομική πίεση, ακυρώνει τα Ανθρώπινα Δικαιώματα.

Μέσα στο σημερινό κλίμα της σύγχυσης και της διαφθοράς μέσα στη θεραπεία, της επιβολής του νόμου και της διαχείρισης του προσωπικού, προτείνουμε τις παρακάτω κατευθυντήριες γραμμές:

Τιμωρείστε την κακή συμπεριφορά άμεσα. Η κοινωνία πρέπει να θεωρεί τους ανθρώπους υπεύθυνους για τη διαγωγή τους και να επιβάλλει τις κατάλληλες ποινές για κάθε ανεύθυνη, καταστροφική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, οι μεθυσμένοι οδηγοί θα έπρεπε να καταδικάζονται, κατά τρόπο που να αναλογεί στο βαθμό σοβαρότητας της απρόσεκτης οδήγησής τους, άσχετα με το αν υπάρχει κάποια υποτιθέμενη «νοσηρή κατάσταση». Στο χαμηλότερο άκρο αυτών των DWI παραβάσεων (οριακή μέθη), οι ποινές είναι μάλλον υπερβολικά αυστηρές· στο άλλο, υψηλό άκρο (επανελημμένες παραβάσεις, απρόσεκτη, επικίνδυνη για τους άλλους οδήγηση υπό την επήρεια μέθης, ανθρωποκτονία σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οι ποινές είναι πολύ επιεικείς. Οι ποινές πρέπει να προσαρμόζονται και να είναι ρεαλιστικές –για παράδειγμα, παρακράτηση της άδειας οδήγησης για ένα μήνα, όταν πρόκειται για κάποιον που συνειδητά να οδηγήσει μεθυσμένος για πρώτη φορά και δεν θα οδηγούσε απρόσεχτα σε άλλη περίπτωση – εφόσον πραγματικά θα εφαρμόζονται.

Κατά τον ίδιο τρόπο, οι εργοδότες θα πρέπει να επιμένουν να κάνουν οι υπάλληλοι τη δουλειά τους σωστά. Όταν η απόδοση δεν είναι ικανοποιητική, για οποιοδήποτε λόγο, μάλλον θα ήταν σκόπιμο ο εργοδότης να προειδοποιήσει, να θέσει σε διαθεσιμότητα, να υποβιβάσει ή να απολύσει τον υπάλληλο, ανάλογα με το πόσο απέκλινε η απόδοσή του από το αναμενόμενο. Η θεραπεία είναι ένα ξέχωρο ζήτημα· σε

πολλές περιπτώσεις –για παράδειγμα, όταν η μόνη ένδειξη για κατάχρηση ουσιών είναι ένας πονοκέφαλος το πρωί της Δευτέρας– θα ήταν εντελώς άστοχη.

Προσφέρετε θεραπεία σε όσους αναζητούν βοήθεια, αλλά όχι ως εναλλακτική λύση έναντι του καταλογισμού ευθυνών. Η υποχρεωτική θεραπεία έχει αυτά τα τόσο φτωχά αποτελέσματα, εν μέρει επειδή οι παραβάτες συνήθως αποδέχονται τη θεραπεία για να αποφύγουν την τιμωρία. Τα δικαστήρια και οι εργοδότες θα πρέπει να προτείνουν τη θεραπεία σε αυτούς που αναζητούν βοήθεια για να απαγκιστρωθούν από καταστροφικές συνήθειες και όχι ως ένα τρόπο για να αποφεύγονται οι ποινές.

Προσφέρετε μία ποικιλία εναλλακτικών επιλογών θεραπειών. Η θεραπεία θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις αξίες του ατόμου. Για να έχει το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα, οι άνθρωποι θα πρέπει να πιστεύουν σε αυτή και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την επιτυχία της, εφόσον την έχουν επιλέξει. Οι Αμερικανοί θα πρέπει να έχουν πρόσβαση και σε μία ποικιλία θεραπειών που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες χώρες και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές με βάση κλινικές έρευνες.

Δώστε έμφαση σε συγκεκριμένες συμπεριφορές και όχι σε καθολικές ταυτότητες. Η «άρνηση» είναι συχνά μία απόκριση στην απερίσκεπτη εμμονή ότι οι άνθρωποι πρέπει να παραδεχτούν ότι είναι εθισμένοι, ή αλκοολικοί. Αυτή η αντίσταση μπορεί να ξεπεραστεί μέσω της επικέντρωσης σε μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, την οποία η πολιτεία νόμιμα ενδιαφέρεται να τροποποιήσει –για παράδειγμα, η οδήγηση υπό την επήρεια μέθης. Μία πρακτική προσέγγιση, προσανατολισμένη στο στόχο, που θα πραγματοποιείται με την εκπαίδευση στις δεξιότητες και τις απαιτήσεις της κατάστασης, έχει τις περισσότερες πιθανότητες να αλλιάξει τη συμπεριφορά.

Δεν υπάρχει καλύτερη αφορμή κινητοποίησης ενός ατόμου προς κάποια αλλαγή, από το να υποστεί τις ποινές που επιβάλλονται στην αληθινή ζωή για την άσχημη συμπεριφορά. Πέρα από κάθε σύγκριση, η υποχρεωτική θεραπεία που στηρίζεται σ' ένα θρησκευτικό μοντέλο είναι αξιοσημείωτα αναποτελεσματική. Και αποτελεί μία από τις πιο κατάφωρες και έντονες παραβιάσεις των συνταγματικών δικαιωμάτων στις Η.Π.Α. σήμερα. Στο κάτω-κάτω, ακόμη κι οι θανατοποινίτες δολοφόνοι δεν υποχρεώνονται να προσευχηθούν πριν την εκτέλεσή τους.



Ωριμάζοντας Το Ξεπερνάς *

Stanton Peele**

Σκέφτηκα πολλούς τίτλους γι' αυτό το άρθρο, αλλά αυτός που χρησιμοποίησα – «Ωριμάζοντας Το Ξεπερνάς» (Maturing Out)– περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι περισσότεροι άνθρωποι εγκαταλείπουν τις εξαρτήσεις. Η έκφραση «το ξεπερνάς ωριμάζοντας» αναφέρεται εδώ και καιρό στους εξαρτημένους από την ηρωίνη που εγκαταλείπουν αυτή τη συνήθεια. Ένας σημαντικός κοινωνικός ερευνητής στη Νέα Υόρκη, ο Charles Winick, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε αυτή την «κοινή» έκφραση. Μελετώντας τους φακέλους των υπηρεσιών υγείας για γνωστούς ηρωινομανείς, πρόσεξε ότι αυτοί που μπήκαν στην εξάρτηση προς το τέλος της εφηβείας, σταματούσαν να εμφανίζονται στους σχετικούς καταλόγους ανάμεσα στα 25 και τα 35 τους περίπου χρόνια. Μερικοί μόνο πέθαναν· ο Winick ανακάλυψε ότι οι υπόλοιποι ανέλαβαν τελικά τους ενήλικους ρόλους που απέφευγαν ενόσω ήταν μπλεγμένοι στις συνήθειες και το περιβάλλον των ναρκωτικών.¹

Εναλλακτικοί όροι γι' αυτή τη διαδικασία είναι η «φυσική ανάρρωση» (natural recovery) και η «αυθόρμητη ανάνηψη» (spontaneous remission). Αυτοί οι όροι αναφέρονται γενικά στους ανθρώπους που ξεπερνούν ασθένειες, μολονότι, είτε δεν έλαβαν καθόλου θεραπεία είτε δεν ανταποκρίθηκαν σε αυτή. Αυτή η διαδικασία είναι συχνά μυστηριώδης, παρόμοια με τις περιπτώσεις εκείνες που οι άνθρωποι θεραπεύονται ανεξήγητα από τον καρκίνο ή άλλες σοβαρές νόσους. Όμως, το να ξεπερνά κανείς την εξάρτηση καθώς ωριμάζει, όπως παρατηρήθηκε από τον Winick, είναι κάτι πιο συνηθισμένο. Αντίθετα με την πνευμονία, το διαβήτη ή τις περισσότερες άλλες σωματικές ασθένειες, η εξάρτηση είναι συχνά ένα πρό-

βλημα που αυτο-διορθώνεται.

Τα παραπάνω δεν σημαίνουν ότι πρόκειται για κάτι εύκολο ή ότι δεν χρειάζεται προσπάθεια. Ούτε ότι οι άνθρωποι που αποτυγχάνουν προς το παρόν να ξεπεράσουν την εξάρτηση δεν θα το κάνουν ποτέ –οι περισσότεροι το κάνουν, αργά ή γρήγορα. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι καπνιστές κάποτε κόβουν το κάπνισμα. Και οι πιο πολλοί από αυτούς το κάνουν χωρίς τη βοήθεια κάποιας επίσημης θεραπείας, ούτε καν μιας υποστηρικτικής ομάδας –διόλου μικρό επίτευγμα, αν σκεφτεί κανείς ότι η εξάρτηση του καπνίσματος είναι η πιο δύσκολη να διακοπεί (για όσους από σας έχουν κόψει το ποτό και το τσιγάρο, ποιο από τα δύο σας ήταν πιο δύσκολο;).

Για να έχουμε μια καλύτερη εικόνα του τεράστιου αριθμού των ανθρώπων που μπορούν να ξεπεράσουν την εξάρτηση μόνοι τους (ή έστω χωρίς να συμμετάσχουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ή στους ΑΑ), ας δούμε μια έρευνα που διεξήγαγαν επιδημιολόγοι ερευνητές, για το National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Εθνικό Ίδρυμα για την Κατάχρηση Αλκοόλ και τον Αλκοολισμό - NIAAA,). Σημειώστε ότι ο επικεφαλής του NIAAA Enoch Gordis είναι γιατρός και έχει υιοθετήσει την οπτική ότι ο αλκοολισμός είναι μια θεραπεύσιμη ασθένεια.

Η National Longitudinal Epidemiologic Survey (NLAES, Εθνική Διαχρονική Επιδημιολογική Έρευνα) διεξήχθη το 1992 από τη US Census Bureau (Υπηρεσία Δημοσκοπήσεων Η.Π.Α.), για λογαριασμό του NIAAA. Οι κοινωνικοί ερευνητές της Census πήραν συνεντεύξεις από σχεδόν 43.000 συμμετέχοντες σε όλη την Αμερική, ένα δείγμα Αμερικανών ενηλίκων, πάνω από 18 ετών. Κάθε συνέντευξη εξέταζε τη χρή-

* Το άρθρο με αρχικό τίτλο «Maturing Out», δημοσιεύθηκε τον Μάρτιο του 1999 στο «AOL Addiction and Recovery Forum» (<http://www.peele.net/lib/index56.html>). Μετάφραση: Αγγελιώτη Κατερίνα, Επιμέλεια Μετάφρασης: Ζαφειρίδης Φοίβος.

** Stanton Peele, PhD, JDFellow, The Lindesmith Center - Drug Policy Foundation 925, 9th Avenue, NY, USA, 10019, e-mail: stanton@peele.net (Stanton Peele).

1 βλ. Charles Winick, 1962, "Maturing Out of Narcotic Addiction", *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-7.



ση αλκοόλ και ναρκωτικών κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής του ατόμου, με επικέντρωση στο περασμένο έτος.

Στη συνέχεια, η Deborah A. Dawson, επιδημιολόγος του NIAAA, ανέλυσε τις συνεντεύξεις 4.585 υποκειμένων, τα οποία κάποια στιγμή στη ζωή τους υπήρξαν εξαρτημένα από το αλκοόλ, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (αυτό είναι το εγχειρίδιο που χρησιμοποιεί η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία). Μόνο το 1/4 αυτής της ομάδας είχε κάνει θεραπεία για αλκοολισμό. Για εκείνους που είχαν λάβει κάποιας μορφής θεραπεία ήταν ελαφρώς πιθανότερο να έχουν περάσει κάποιο πρόβλημα με το ποτό κατά το περασμένο έτος, απ' ό,τι για αυτούς που δεν είχαν λάβει καμίας μορφής θεραπεία. (Παρ' ό,τι ένα εντυπωσιακά μεγάλο μέρος αυτών συνέχισαν να πίνουν χωρίς να υπάρχει διάγνωση κατάχρησης ή εξάρτησης, λιγότεροι ήταν αυτοί που είχαν κάνει θεραπεία, παρά αυτοί που δεν είχαν κάνει).

Δεδομένα NIAES για τα Άτομα που υπήρξαν εξαρτημένα από το Αλκοόλ

Κατηγορίες αποτελεσμάτων για το προηγούμενο έτος:	Με Θεραπεία	Χωρίς Θεραπεία
Έπιναν με κατάχρηση / εξάρτηση	33%	26%
Απέχον	39%	16%
Έπιναν χωρίς κατάχρηση / εξάρτηση	28%	58%

(Deborah Dawson, 1996, "Correlates of past year status among treated and untreated person with former alcohol-dependence: United States, 1992", Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20, 771-779.)

Εφόσον οι ομάδες της θεραπείας και της μη-θεραπείας διέφεραν στον αρχικό βαθμό σοβαρότητας των προβλημάτων τους, δε θα ήταν δίκαιο να ισχυριστούμε ότι η θεραπεία οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα από ότι η απουσία θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η θεραπεία απέχει πολύ από το να χαρακτηριστεί ωφέλιμη γι' αυτούς που συμμετέχουν σε αυτή, καθώς:

- Οι περισσότεροι από αυτούς που δεν κάνουν θεραπεία είναι τελικά ικανοί να επιβληθούν στα προβλήματά τους με το ποτό, μόνοι τους.
- Οι πιο πολλοί το πετυχαίνουν μειώνοντας το ποτό, παρά απέχοντας από αυτό.
- Σχεδόν το 1/4 από τους αλκοολικούς που είχαν κάνει θεραπεία κατάφεραν το παραπάνω τον προηγούμενο χρόνο (σημειώστε ότι αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι έπιναν στις κοινωνικές τους συναναστροφές, αλλά μόνο ότι έπιναν χωρίς να υπάρχει πρόβλημα που να μπορεί πλήρως να διαγνωσθεί).

Γιατί περιγράφω τη φύση και τη συχνότητα της διαδικασίας του να ξεπερνάμε τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και τα τσιγάρα, καθώς ωριμάζουμε; Γιατί αυτή είναι η πεμπτουσία του τρόπου που βλέπω και αντιμετωπίζω την εξάρτηση. Το να λέει κανείς ότι οι άνθρωποι «το ξεπερνούν ωριμάζοντας», δε σημαίνει ότι υποστηρίζει πως αυτή είναι μια παθητική διαδικασία. Το να μπαίνουμε, μεγαλώνοντας, σ' έναν ενήλικο ρόλο απαιτεί χρόνο, κινητοποίηση, προσπάθεια και ένα διευκολυντικό περιβάλλον. Επιπλέον, ακόμη και γι' αυτούς που είναι ικανοί να εγκαταλείψουν τον αλκοολισμό χωρίς θεραπεία, μερικές φορές η διαδικασία της εξάλειψης της παθολογικής αυτής πόσης μπορεί να πάρει δεκαετίες.

Προφανώς, στους ανθρώπους είναι πιθανό να συμβούν άσχημα πράγματα μέχρι τελικά να αναρρώσουν μόνοι τους (αν ποτέ αυτό συμβεί), γι' αυτό και είναι σοφό να επιταχύνουν αυτή τη διαδικασία. Πώς το κάνουν εγώ αυτό; Πρώτον, βοηθώ τους ανθρώπους να δουν ότι, σύμφωνα με τις δικές τους αξίες, το να αφήσουν πίσω την εξάρτηση είναι πολυτιμότερο από το να τη συνεχίσουν. Δεύτερον, δουλεύω μαζί τους για να διοχετεύσω αυτή τη συνειδητοποίηση σε προσπάθειες βελτίωσης της ζωής τους ως προς την εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις και τον ελεύθερο χρόνο τους. Τρίτον, επικεντρώνομαι στο περιβάλλον τους –για να ψάξω την υποστήριξη που θα χρειαστούν σε αυτή τη διαδικασία και για να παρατηρήσω τις αλλαγές που θα χρειαστούν στη ζωή τους, ώστε να ξεφύγουν από την εξάρτηση.

Τι θεωρώ πλεονέκτημα στην προσέγγιση «το ξεπερνάς ωριμάζοντας»; Πολλοί σκέφτονται ότι το «νοσολογικό» μοντέλο επιτρέπει στους ανθρώπους να νιώσουν ότι η εξάρτησή τους δεν είναι δικό τους λάθος και ότι θα πρέπει να ζητούν βοήθεια για να την ξεπεράσουν. Στην προσέγγιση της ωρίμανσης, οι άνθρωποι βλέπουν τελικά ότι η «ανάρρωση» είναι μια φυσική διαδικασία που πιθανότερο είναι να συμβεί παρά να μη συμβεί, αρκεί να πετύχουν μια λογική πρόοδο σε κεντρικούς τομείς της ζωής τους. Η εξάρτηση δεν είναι ούτε ισόβια, ούτε παντοδύναμη· αντίθετα, είναι κάτι πάνω στο οποίο συνηθισμένοι άνθρωποι σαν κι αυτούς μπορούν να επιβληθούν. Αν οπλιστούν με αυτή την αντίληψη, πολλοί άνθρωποι αποκτούν πρόσθετη δύναμη και κινητοποιούνται για να ακολουθήσουν ένα μονοπάτι υγείας και ανάπτυξης, αφήνοντας πίσω τους την εξάρτηση.



Η Εξάρτηση είναι Εμπόριο. Ο Αγώνας «Απεξάρτησης» και η Πρόληψη οφείλουν να είναι Λειτουργήματα *

Τάκης Λυρής**

Ο Τάκης Λυρής γεννήθηκε στην Πάτρα πριν επτά δεκαετίες. Από τη δεκαετία του 1960 ζει στο Τορόντο του Καναδά. Γνώρισα τον Τάκη πριν από πέντε χρόνια, όταν ξεκινήσαμε τη συνεργασία του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας με το Oasis Addiction Recovery Society. Η συνάντηση και η συνεργασία μαζί του ήταν αποκαλυπτική και διδακτική. Ο Τάκης είναι ένα δρών κοινωνικό και πολιτικό υποκείμενο από τα νεανικά του χρόνια. Ένας άνθρωπος ιδιαίτερα επίμονος, οραματιστής και με μεγάλη ικανότητα να αφουγκράζεται το περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται. Η αναζήτηση του καινούργιου και η πληρότητα που γεννά η δημιουργία, αποτελούν και την κινητήριου δύναμη στη ζωή του. Αυτά μάλλον τα χαρακτηριστικά του, τον οδήγησαν στη δημιουργία του Oasis Addiction Recovery Society ¹, αφού αντιμετώπισε επιτυχώς το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ σε ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων. Στη συγκεκριμένη συζήτηση προσεγγίζονται βασικά χαρακτηριστικά τόσο των ομάδων αυτοβοήθειας όσο και του πολύ ενδιαφέροντος παραδείγματος του Oasis Addiction Recovery Society.

Ερώτηση: Αγαπητέ κύριε Λυρή, γνωριζόμαστε και συνεργαζόμαστε τα τελευταία πέντε χρόνια. Μέσα από αυτή τη γνωριμία, μας δόθηκε η ευκαιρία να εκτιμήσουμε πραγματικά την ξεκάθαρη άποψη σας για την έννοια της αυτοβοήθειας και τις ομάδες αυτοβοήθειας. Θα θέλαμε λοιπόν να σας ρωτήσουμε πώς έχετε βιώσει την έννοια της αυτοβοήθειας και αλληλο-



βοήθειας μέσα από την εμπειρία σας, τόσο ως μέλος ομάδας 12 βημάτων όσο και ως ιδρυτής του Oasis Addiction Recovery Society.

Απάντηση: Θέλω να ξεκαθαρίσω από την αρχή: το OASIS και η ομάδα των 12 βημάτων είναι δύο διαφορετικοί οργανισμοί. Η ομάδα βοηθά άτομα που επιθυμούν να απαλλαγούν από το πρόβλημα του αλκοολισμού. Ο τρόπος βοήθειας γίνεται με τη μορφή «υποδείξεως». Το πρόγραμμά της είναι γνωστό σαν πρόγραμμα των 12 Βημάτων.

* Συνέντευξη: Ασπίνης Σωτήρης.

** Συνιδρυτής του Oasis Addiction Recovery. Μέλος της Ομάδας 12 Βημάτων. E-mail: oasis@oasismovement.gr.

1 Το Oasis Addiction Recovery Society (<http://www.oasismovement.org>) είναι ένας οργανισμός, που υποστηρίζει ανθρώπους που έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εξάρτησης στην επαγγελματική και κοινωνική τους ένταξη. Είναι ένας οργανισμός που βασίζεται στην πρωτοβουλία των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών και στελεχώνεται 100 % από αυτούς. Αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράδειγμα οργανισμού βάσης. Το Oasis Addiction Recovery Society λειτουργεί στο Τορόντο του Καναδά και δεν έχει παραρτήματα εκτός Καναδά.

Το OASIS προσφέρει υπηρεσίες στα άτομα που ανήκουν σε όλους τους πιο πάνω οργανισμούς. Οι υπηρεσίες αφορούν στην προετοιμασία αυτών των ατόμων για την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Παρ' ότι τα άτομα προέρχονται (η πλειονότητά τους) από ομάδες 12 βημάτων, το OASIS δε συνεργάζεται άμεσα με αυτούς τους οργανισμούς, σεβόμενο τις παραδόσεις τους, που είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ύπαρξής τους. Όμως, υιοθετεί και υποστηρίζει τη φιλοσοφία των 12 Βημάτων. Οι προσωπικές μου εμπειρίες προέρχονται κυρίως από το πρόγραμμα των 12 Βημάτων. Είναι εμπειρίες δύναμης, αυτογνωσίας, ηρεμίας, κ.λπ. Οι εμπειρίες αυτές είναι η πυξίδα μου, στην προσπάθειά μου να κάνω το OASIS να ανταποκριθεί στο σκοπό που έχει αναλάβει.

Ερώτηση: Έχοντας μια ενεργή εμπλοκή στις ομάδες των 12 βημάτων τα τελευταία δεκαπέντε περίπου χρόνια σε μια χώρα όπως ο Καναδάς, όπου το κίνημα των ομάδων αυτών είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένο, θα θέλαμε να μας σχολιάσετε την εξέλιξη των ομάδων τόσο στον Καναδά όσο και διεθνώς. Επίσης θα θέλαμε το σχόλιό σας για την ανάπτυξη των ομάδων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

Απάντηση: Εξαρτάται από το τι εννοείτε «εξέλιξη». Αν αυξήθηκε ο αριθμός των μελών; Ο αριθμός των ομάδων; Ή αν το πρόγραμμα που παρουσιάστηκε από τον Μπιλ Γουίλσον το 1935 είχε ελλείψεις και με την πάροδο του χρόνου αυτές οι ελλείψεις συμπληρώθηκαν; Επειδή δεν έχω την απάντησή σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα, θα σας απαντήσω τι γίνεται εδώ στον Καναδά. Η πάροδος του χρόνου τράβηξε την προσοχή περισσότερων ατόμων προς τους ΑΑ και επειδή ο πληθυσμός σε κάθε χώρα μεγαλώνει, οι ομάδες γίνανε περισσότερες. Όσον αφορά στη φιλοσοφία του προγράμματος, έμεινε ακριβώς η ίδια!!! Οι ανάγκες του αλκοολικού του 1935 με αυτού του 2007 ήσαν οι ίδιες. Γι' αυτό και η φιλοσοφία παραμένει η ίδια.

Υπήρξε μια συγκεκριμένη εξέλιξη, σε σχέση με το παρελθόν, στις ομάδες των ΑΑ. Ενώ παλιότερα οι συμμετέχοντες ήταν καθαρά αλκοολικοί, σήμερα εκ των πραγμάτων υπάρχουν και μέλη που κουβαλούν κι άλλες εξαρτήσεις. Όσον αφορά τη συμμετοχή τους στις ομάδες, συζητούν το πρόβλημα του αλκοολισμού τους.

Ερώτηση: Μέσα από την εμπειρία σας στις ομά-

δες των 12 βημάτων ποια κατά τη γνώμη σας είναι τα βασικά βοηθητικά χαρακτηριστικά των ομάδων; Τι βρίσκει ένας άνθρωπος με πρόβλημα εξάρτησης σε μια ομάδα 12 βημάτων που πραγματικά τον βοηθάει;

Απάντηση: Θα σας πω την προσωπική μου εμπειρία. Όταν πριν 15 χρόνια πήγα για πρώτη φορά στην ομάδα, ήμουν ένα άτομο απελπισμένο, ταλαιπωρημένο, χωρίς όνειρα, χωρίς σκοπό και γεμάτο ντροπή και φόβο. Με λίγα λόγια έγινα άτομο του περιθωρίου. Όμως εκεί μέσα βρήκα ελπίδα, κατανόηση, θάρρος, δύναμη για να ξαναφτιάξω τη ζωή μου, που εγώ ο ίδιος είχα καταστρέψει. Με τον καιρό το μυαλό μου άρχισε να ξεκαθαρίζει, να αποκτώ ηρεμία, να είμαι σε θέση να παίρνω σωστές αποφάσεις και να ανακτώ τη χαμένη μου αξιοπρέπεια. Σας διαβεβαιώ ότι δεν είμαι το μοναδικό άτομο. Κερδισμένοι είναι όλοι αυτοί που υιοθετούν, χωρίς εκπτώσεις, τη φιλοσοφία των 12 Βημάτων και απ' ό,τι ξέρω είναι αρκετά εκατομμύρια στον κόσμο. Έμαθα τη δύναμη που υπάρχει στο να προσφέρεις, χωρίς να ζητάς αντάλλαγμα. Να νιώθεις ότι είσαι κομμάτι από την κοινωνία και ότι η συμπεριφορά σου και ο αγώνας σου ωφελούν το σύνολο κι εσένα.

Ερώτηση: Υπάρχουν κατά τη γνώμη σας όρια στη λειτουργία των ομάδων των 12 βημάτων. Υπάρχουν ανάγκες τις οποίες οι ομάδες δεν μπορούν να καλύψουν ή κάποια στοιχεία στη λειτουργία τους που δυσχεραίνουν τη συμμετοχή σε αυτές;

Απάντηση: Σας υπενθυμίζω, ο μοναδικός σκοπός των 12 βημάτων είναι το άτομο να αποκτήσει νηφαλιότητα, να απαλλαχτεί από το βάσανο της εξάρτησης (αλκοόλ, ναρκωτικά κ.λπ.) και να βρει τη δύναμη να συνεχίσει το υπόλοιπο της ζωής του απελευθερωμένο. Ο αγώνας φυσικά είναι καθημερινός και περιορίζεται στο σήμερα. Είναι γεγονός ότι τα άτομα με εξαρτήσεις έχουν κι άλλες ανάγκες που χρειάζονται υποστήριξη (ψυχολογικές, υγείας κ.λπ.). Το ίδιο το πρόγραμμα τους παροτρύνει να ζητήσουν βοήθεια από ειδήμονες, για τις ειδικές τους ανάγκες. Αν αυτό γίνει κατανοητό από τον ενδιαφερόμενο, δεν έχει καμία δυσχέρεια να συμμετέχει στην ομάδα και ταυτόχρονα να επισκέπτεται ειδικούς και για τις άλλες του ανάγκες. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι το πρόγραμμα των 12 βημάτων βοηθά το άτομο να αναπτύξει την πνευματικότητά του, οπότε είναι κατανοητό ότι αν ένα άτομο έχει ψυχολογικά ή άλλα προβλήματα πρέπει να καταφύγει σε ειδήμονες.

Ερώτηση: Θα θέλαμε τώρα να επικεντρωθούμε σε δύο σημεία που αφορούν στις ομάδες και προκαλούν έντονη συζήτηση και διχογνωμίες. Το πρώτο αφορά στην έννοια της ασθένειας που είναι κυρίαρχη στις ομάδες. Το πρόγραμμα των 12 Βημάτων είναι ένα πρόγραμμα με σαφείς υπαρξιακές βάσεις, το οποίο δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε έννοιες όπως η ελευθερία, η επιλογή, η υπευθυνότητα, η ενεργός εμπλοκή κάποιου. Μια βασική άποψη που επικρατεί στις ομάδες είναι ότι «Η ελευθερία είναι επιλογή». Από την άλλη πλευρά οι ομάδες μιλούν για μια χρόνια, προοδευτική, ανίατη ασθένεια. Εσείς πως προσεγγίζετε την έννοια της ασθένειας;

Απάντηση: Όσον αφορά την έννοια της ασθένειας, είμαι υποχρεωμένος να σας αναφέρω την εμπειρία μου, των 15 χρόνων, στις ομάδες. Άτομα που είχαν διαφορετικά χρονικά διαστήματα αποχής από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (1 χρόνο, 2, 15 κ.λπ.) και ενώ η ζωή τους ήταν κανονική – όσο κανονική μπορεί να είναι μια ζωή – ξανακατρακύλησαν στη δίνη της εξάρτησης, όταν από αφέλεια, περιέργεια ή άλλους λόγους δοκίμασαν ξανά αλκοόλ ή ναρκωτικά. Αυτό είναι αρκετό για να επιβεβαιώσει σε μένα ότι η αρρώστια που είχαν, και κουβαλάω κι εγώ, δεν θεραπεύεται, κοιμάται όσο το άτομο απέχει από τη χρήση. Εάν κάποιος εξαρτημένος έχει αμφιβολία για αυτά που εγώ πιστεύω, δεν έχει παρά να δοκιμάσει. Όσον αφορά στην ελευθερία, ελεύθερος είναι αυτός που ξέρει ποιος είναι και σε αυτό σε βοηθάει η φιλοσοφία των 12 Βημάτων.

Ερώτηση: Προσεγγίζετε λοιπόν την έννοια της ασθένειας όπως την προσεγγίζει ένας γιατρός;

Απάντηση: Δεν ξέρω πως την προσεγγίζει ο γιατρός. Όταν ανέλυσα την κατάστασή μου είδα τρεις διαστάσεις. Την ψυχική μου υγεία, τη σωματική μου υγεία, την πνευματική μου υγεία. Ανέλυσα ότι όταν έπινα ήμουν άρρωστος και πρέπει να αποφεύγεις αυτό που σε κάνει άρρωστο. Ενώ ήξερα ότι το ποτό με αρρωσταίνει, εγώ έπινα περισσότερο. Αυτό λέγεται τρέλα, παράνοια. Αν με ρώταγες εκείνη τη στιγμή προτού πιάσω το ποτήρι αν θέλω να πω θα σου έλεγα όχι αλλά έπινα. Ούτε μπορώ να πω ότι ευθύνονταν κάποια ψυχολογικά τραύματα που έπινα. Εγώ ξεπέρασα τα παιδικά τραύματα του ποθάρου, ξεπέρασα την απώλεια του πατέρα και τα έφτιαξα όλα εντάξει. Και όμως, να τα έχω όλα και ξαφνικά να βρίσκομαι στην άλλη όχθη.

Ερώτηση: Μια δεύτερη αμφιλεγόμενη έννοια σε σχέση με τις ομάδες των 12 Βημάτων είναι η έννοια της ανώτερης δύναμης. Πολλοί είναι αυτοί που θεωρούν ότι για να είναι κάποιος/α μέλος στην ομάδα είναι προϋπόθεση η πίστη στο Θεό/σε κάποια θρησκεία. Εσείς τι πιστεύετε;

Απάντηση: Εγώ προσωπικά δεν είχα αυτό το δίλημμα, όχι γιατί είχα θρησκευτική προσήλωση κάπου, αλλά γιατί ήμουν αδιάφορος. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν αυτοί οι ενδοιασμοί και η αμφισβήτηση για το πρόγραμμα των 12 Βημάτων. Όπως επίσης είναι γεγονός ότι τουλάχιστον το 50% από τα μέλη του προγράμματος των 12 Βημάτων είναι άθεοι ή αγνωστικιστές. Συμβουλεύω, όποιος έχει αυτό το δίλημμα, προτού αποφασίσει την αποχώρησή του από τις ομάδες, να συζητήσει με ανθρώπους της ομάδας που είναι άθεοι ή αγνωστικιστές. Συνάντησα πολλά άτομα με το παραπάνω δίλημμα, που χρησιμοποίησαν την ομάδα σαν ανώτερη δύναμη. Ξαναγουρίζοντας στον εαυτό μου, θέλω να σας πω ότι προσπάθησα πολλές φορές να σταματήσω μόνος μου, χωρίς επιτυχία. Αυτό με έκανε να ζητήσω βοήθεια και να πιστέψω σε κάτι έξω από μένα. Σήμερα είμαι πεπεισμένος ότι δεν είμαι εγώ ο θεός και αυτό μου φτάνει.

Ερώτηση: Μια κριτική που επίσης γίνεται στις ομάδες των 12 Βημάτων είναι ότι δεν έχουν κανένα κοινωνικό προσανατολισμό. Η κριτική αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι με βάση τις παραδόσεις τους οι ομάδες δεν εκφέρουν γνώμη για κανένα θέμα εκτός των ομάδων. Με βάση την εμπειρία σας όλα αυτά τα χρόνια οι ομάδες συμβάλλουν πέρα από την ατομική αλλαγή και σε ευρύτερες αλλαγές;

Απάντηση: Θα χρησιμοποιήσω κάτι που το έχετε ακούσει πολλές φορές. Συνηθίζουμε να βλέπουμε το δέντρο και χάνουμε το δάσος. Για να γίνω σαφέστερος, θα σας δώσω ένα παράδειγμα. Όταν η ζωή μου εκκινείτο γύρω και μέσα στο αλκοόλ, ήμουν επιζήμιος στον εαυτό μου, στην οικογένειά μου, στην κοινωνία και σε ό,τι άλλο με περιέβαλλε. Σήμερα, οι δραστηριότητες που αναπτύσσω στο OASIS, το οποίο είναι ένα κίνημα που στόχο έχει να αναδείξει τα οικονομικο-κοινωνικά προβλήματα και να παρουσιάσει λύσεις, έχουν αναγνωριστεί από τους κρατικούς φορείς και την κοινωνία. Αυτό αποδεικνύει ότι ένα άτομο σαν εμένα, που κάποτε ήταν περιθωριακό και βάρος στο σύνολο, σήμερα έχει να δείξει προσφορά. Σαν εμένα υπάρχουν δεκάδες εκατοντάδες άτομα, που

η προσφορά τους στην κοινωνία είναι μεγάλη. Αυτό είναι το αποτέλεσμα της φιλοσοφίας των 12 Βημάτων. Η πνευματικότητα στην οποία σε εισαγάγει το πρόγραμμα των 12 Βημάτων έχει θετικές επιπτώσεις και στο άτομο και σε όλη την κοινωνία.

Προσωπικά, το βρίσκω πολύ έξυπνο εκ μέρους των ομάδων να μην εκφέρουν γνώμη σε πολιτικά, κοινωνικά και άλλα θέματα. Κατ' αυτό τον τρόπο αποφεύγεται κάθε προστριβή μεταξύ των μελών και το πρόγραμμα των 12 Βημάτων παραμένει ξεκάθαρο στο σκοπό του, που είναι η βοήθεια στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

Ερώτηση: Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα γινόμαστε μάρτυρες ενός πραγματικά δυσάρεστου φαινομένου. Μέλη ή πρώην μέλη ομάδων 12 Βημάτων λειτουργούν παράνομα «κέντρα απεξάρτησης» όπως οι ίδιοι τα ονομάζουν. Αξιοποιώντας το όνομα και τη δυναμική των ομάδων των 12 Βημάτων εκμεταλλεύονται ή προσπαθούν να εκμεταλλευτούν τον πόνο και την αγωνία των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και ακόμη υποφέρουν, με στόχο την αποκόμιση τεράστιων κερδών. Και όλα αυτά γίνονται σε ένα πλαίσιο απόλυτης παρανομίας. Θα θέλαμε ένα σχόλιό σας για αυτή την κατάσταση και επίσης πιστεύετε ότι αυτά τα φαινόμενα μπορούν να επηρεάσουν και το ήθος και των ίδιων των ομάδων των 12 Βημάτων στην Ελλάδα;

Απάντηση: Είναι γεγονός ότι τα θεραπευτήρια ή κέντρα απεξάρτησης, όπως αποκαλούνται στην Ελλάδα, συμβάλλουν θετικά στην αρχή στον αγώνα για απεξάρτηση αρκετών ατόμων. Όμως η γνώμη μου είναι (και έτσι γίνεται στον Καναδά και άλλες ανεπτυγμένες χώρες) ότι αυτά είναι υπόθεση επαγγελματιών με την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία, επειδή σήμερα η εξάρτηση είναι πολύπλοκη υπόθεση. Υπάρχουν διάφορα μοντέλα αντιμετώπισης του προβλήματος που ακολουθούνται από τα διάφορα θεραπευτικά κέντρα. Μερικά από αυτά υιοθετούν τη φιλοσοφία των 12 Βημάτων και ενθαρρύνουν τους ενδιαφερόμενους να ακολουθήσουν στο υπόλοιπο της ζωής τους τη φιλοσοφία αυτή και να ενταχθούν στις ομάδες τους.

Παρ' όλη την πείρα και τη συμμετοχή που έχω στο πρόγραμμα δεν θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να αντικαταστήσω τον επαγγελματία και η μόνη προσφορά μου στον εξαρτημένο που ζητάει βοήθεια είναι οι προσωπικές μου εμπειρίες, χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα. Όπως μου προσφέρθηκαν κι εμένα όταν τις

είχα ανάγκη από άλλα μέλη και μου προσφέρθηκαν ΤΖΑΜΠΑ.

Ερώτηση: Οι ομάδες των Α.Α. και των 12 Βημάτων γενικότερα αποτελούν κατά τη γνώμη σας τη μοναδική λύση για τα ζητήματα των εξαρτήσεων ή υπάρχουν και άλλοι δρόμοι για να βρει κάποιος/α βοήθεια; Σε αυτό το πλαίσιο, θα θέλαμε να μας σχολιάσετε και τα ευρήματα ερευνών τα τελευταία χρόνια που αναφέρουν ότι υπάρχουν άνθρωποι που καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης, χωρίς να συμμετέχουν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ή σε μια ομάδα αυτοβοήθειας.

Απάντηση: Η απάντησή μου είναι κάθετα όχι, δεν είναι η μοναδική λύση, υπάρχουν κι άλλα μοντέλα και τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος. Εγώ προσωπικά έχω φίλους που κατόρθωσαν να βγουν από τη δίνη της εξάρτησης χωρίς τη βοήθεια του προγράμματος. Ξαναβρήκαν τις παλιές τους αξίες και ζουν μια ήρεμη ζωή. Άλλοι κατέφυγαν στη θρησκεία και εκεί ανακάλυψαν την πνευματικότητα και αυτά που έχει να προσφέρει. Υπάρχουν κι άλλα άτομα που, όταν ο γιατρός τους χτύπησε τον κώδωνα του κινδύνου για την υγεία τους, σταμάτησαν. Ο φόβος τους έγινε ανώτερη δύναμη.

Έχω κάνει άλλη μία διαπίστωση που θα ήθελα να σας πω. Τα άτομα που έχουν σαν πρόγραμμα στη ζωή τους τα 12 Βήματα, είναι πιο ήρεμα, πιο λογικά, πιο ήλιες φορές πιο χαρούμενα και δεν κουβαλάνε θυμό. Εν αντιθέσει με τα άτομα που διάλεξαν άλλο τρόπο να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Συνάντησα κάποιον στο ΑΑ που με ρώτησε: «Αν από έναν μεθυσμένο γάιδαρο καταφέρεις να βγάλεις το αλκοόλι, τι θα προκύψει; Άλλο;»;» Για να μείνει το άτομο καθαρό και μακριά από την εξάρτηση, χρειάζεται να αλλάξει τρόπο σκέψης, να αναπτύξει κάποια πνευματικότητα. Αυτό εγώ το βρήκα στο πρόγραμμα των 12 Βημάτων.

Ερώτηση: Διαπιστώνουμε από την εμπειρία μας στο Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας ότι υπάρχουν διαφορετικές τάσεις ανάμεσα στα μέλη των ομάδων σε σχέση με την εμπλοκή επαγγελματιών στην περιφερειακή υποστήριξη ανθρώπων που συμμετέχουν στις ομάδες. Υπάρχουν άνθρωποι που είναι περισσότερο ανοικτοί σε ανάλογες συνεργασίες – πάντα με απόλυτο σεβασμό στην αυτονομία των ομάδων – και άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τους επαγγελματίες επιφυλακτικά ή καχύποπτα. Ποια είναι η γνώμη

σας για αυτό και γενικότερα για τη σχέση των λειτουργιών υγείας και των μελών των ομάδων ή των πρωτοβουλιών αυτοβοήθειας;

Απάντηση: Νομίζω ότι έχω δώσει απάντηση σε παρόμοια ερώτησή σας προηγουμένως. Σας επαναλαμβάνω πως το πρόγραμμα των 12 Βημάτων ασχολείται μόνο με την εξάρτηση. Όσον αφορά στις επιπτώσεις αυτής σε άλλους τομείς του ατόμου (ψυχικές ασθένειες, σωματικές κ.λπ.), ο επαγγελματίας έχει δικαίωμα και υποχρέωση να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο άτομο που θα τις ζητήσει. Σαν μέλος του προγράμματος, οι παραδόσεις μου υπαγορεύουν να μην ανακατεύομαι και να μην εκφέρω γνώμη σε υποθέσεις που δεν αφορούν τις ομάδες.

Ερώτηση: Ας έρθουμε τώρα στο έργο ζωής σας, στο Oasis Addiction Recovery Society. Θα θέλαμε καταρχήν να μας πείτε τι ακριβώς κάνετε στο Oasis, ποι-οι συμμετέχουν σε αυτό και σε ποιους απευθύνεται.

Απάντηση: Το OASIS είναι ένα κοινωνικό κίνημα, που η προσπάθειά του είναι να ανοίξει δρόμο σε αυτούς που κατάφεραν να ελέγξουν κατά κάποιο τρόπο την εξάρτηση, για να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Τα άτομα που εξυπηρετεί το OASIS είναι άτομα που κατόρθωσαν να ελέγξουν το πάθος τους για το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά και επιθυμούν να επανενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο.

Το OASIS έχει σχεδιάσει και εφαρμόσει προγράμματα όπως προετοιμασία για την εργασία και γραφείο ευρέσεως εργασίας και συνεργάζεται με επιχειρηματίες που είναι διατεθειμένοι να βοηθήσουν, προσλαμβάνοντας αυτά τα άτομα. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στο web site του OASIS: www.oasismovement.org. Οι υπεύθυνοι που έχουν αναλάβει την προετοιμασία είναι κατά 90% επαγγελματίες με την απαραίτητη μόρφωση και επίσης μέλη του προγράμματος των 12 Βημάτων.

Ερώτηση: Αν επιχειρούσατε μια μικρή αναδρομή σε σχέση με τη δημιουργία και την εξέλιξη του οργανισμού σας, ποιες ήταν οι ανάγκες αλλά και οι συνθήκες μέσα στις οποίες γεννήθηκε η ιδέα του Oasis και ποια ήταν τα σημεία κλειδιά στην εξέλιξη του οργανισμού σας;

Απάντηση: Στα περισσότερα εξαρτώμενα άτομα που ζητούν βοήθεια σε θεραπευτικά κέντρα γεννιέται η επιθυμία της προσφοράς, όταν συμπληρώσουν το

χρόνο που χρειάζεται να παραμείνουν μέσα. Πολλοί κάνουν εθελοντική δουλειά σε διάφορους οργανισμούς, κέντρα αποτοξίνωσης κ.λπ. και μια μεγάλη μερίδα θέλει να ασχοληθεί με τον τομέα «εξάρτησης». Το συναίσθημα αυτό της «προσφοράς» το αισθάνθηκα κι εγώ έντονα, με μια διαφορά: δε με προσέληκε η προσφορά βοήθειας προς αυτούς που πάσχουν, μόνο με ερέθισε η «επανάταξη» αυτών που έκαναν την προσπάθεια να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους.

Δεν χρειαζόταν και δεν χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για να αντιληφθεί κάποιος τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας απεξαρτημένος στα πρώτα βήματα της νέας του ζωής. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η εργασία και ακολουθούν κατοικία, σχέσεις με οικογένεια, περιβάλλον κ.λπ.. Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει είναι ο ασφαλής χώρος όπου μπορεί να συναντήσει και να συζητήσει με άτομα της ίδιας κατηγορίας – φυσικά τα μπαρ και οι ταβέρνες είναι κόκκινο πανί. Αυτά ήρθε να προσφέρει στο μέτρο των δυνατοτήτων του το OASIS.

Ο πρώτος μεγάλος σταθμός ήταν η δημιουργία του CLUB-CAFE. Στο χώρο αυτό μου δόθηκε η ευκαιρία να συναντήσω καθημερινά πολλή νέα άτομα και να δω σε βάθος τα προβλήματά τους, τα οποία είναι κοινά με τους νέους όλου του κόσμου, κοινωνικά και οικονομικά. Από τα νεανικά μου χρόνια υπήρξα πολιτικοποιημένο και ευαίσθητο άτομο σε αυτά τα θέματα και χωρίς να μου ζητηθεί από πουθενά, ανέλαβα την ευθύνη να προσπαθήσω, όχι μόνο να βρεθώ δίπλα στα άτομα αυτά και να δείξω κατανόηση, αλλά να βρω και τρόπους που θα τα βοηθούσαν.

Πλησίασα όλους τους φορείς (κρατικούς, κοινωνικούς, πολιτείας, κ.λπ.), συζήτησα τα προβλήματα πολλές φορές μαζί τους, μέχρι που κάποια μέρα με «άκουσαν». Υιοθέτησαν τις σκέψεις μου, με χρηματοδότησαν και έτσι κατάφερα να φτιάξω μερικά από τα προγράμματα που που σήμερα προσφέρει το OASIS. Ένας άλλος σταθμός ήταν η αγορά του κτιρίου που στεγαζόμαστε σήμερα και η δημιουργία κατάλληλων χώρων για το CLUB-CAFE, αλλά και για τη διδασκαλία των προγραμμάτων.

Η μεγαλύτερη επιτυχία του OASIS, κατά τη γνώμη μου, είναι το πάθος των ανθρώπων που εργάζονται στο OASIS, για το OASIS. Επίσης, η συνεργασία του OASIS με τις κοινωνικές υπηρεσίες της πολιτείας του Τορόντο, καθώς και με την επιχειρηματική και επιστημονική κοινότητα.

Το γεγονός ότι το OASIS αγαπήθηκε από αυτά τα κομμάτια της κοινωνίας, δημιούργησε την πεποί-

θηση ότι και τα άτομα που έρχονται στο OASIS για βοήθεια αποτελούν κομμάτια της κοινωνίας και όχι του περιθωρίου.

Ερώτηση: Το Oasis Addiction Recovery Society, το οποίο όπως είπαμε είναι μια πρωτοβουλία άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών, αποτελεί σήμερα ένα από τα πλέον ενδιαφέροντα παραδείγματα οργανισμών που υποστηρίζουν ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης στην κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική τους ένταξη. Σήμερα, που πλέον το έργο σας έχει καταξιωθεί και έχει κερδίσει την αναγνώριση τόσο των κυβερνητικών υπηρεσιών του Τορόντο όσο και της ακαδημαϊκής κοινότητας, που μελετά το παράδειγμα του Oasis, ποια θεωρείτε ότι είναι τα πλεονεκτήματα του οργανισμού σας που οδήγησαν σε αυτή τη μεγάλη ανάπτυξη;

Απάντηση: Η επιτυχία του βασίζεται στα εξής: Πρώτον, το OASIS είδε τις πραγματικές ανάγκες που έχει ένα άτομο, όταν κατορθώσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του (αλκοόλη, ναρκωτικών). Αυτές οι ανάγκες, όπως προείπα, είναι να ξαναβρεί το ηθικό του, την αυτοπεποίθησή του και τη χαμένη αξιοπρέπειά του, που το πάθος του αλλιά και η κοινωνία του τα είχαν στερήσει. Έδωσε την ευκαιρία στον απεξαρτημένο να κάνει πάλη όνειρα, που να μη μένουν μόνο όνειρα, αλλά αργά και μεθοδικά να γίνονται πραγματικότητα.

Δεύτερον, το OASIS κοντραρίστηκε με την κοινωνία και το σύστημα για το «στίγμα». Από αυτή την πάλη τα απεξαρτημένα άτομα βγήκαν κερδισμένα, αλλιά και η κοινωνία κέρδισε ένα δυναμικό κομμάτι που μπορούσε να της προσφέρει.

Τρίτον, ο αγώνας αυτός απέδειξε στον πάσχοντα, που ακόμα είναι στη δίνη της εξάρτησης, ότι υπάρχει ελπίδα και του δίνει τη δύναμη να περάσει στην απέναντι όχθη του ποταμού.

Η ομάδα αυτή, που απαριθμεί μερικές εκατοντάδες μέλη, από «παθητικό» έγινε «ενεργητικό» κομμάτι για τον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά και για την τοπική κοινωνία.

Ερώτηση: Με βάση όλα τα παραπάνω πιστεύετε ότι υπάρχουν κάποια όρια ή δυσκολίες στη δουλειά σας και ποιες θεωρείτε ότι είναι οι προοπτικές ή τα στοιχεία που έχει ο οργανισμός σας για τα επόμενα χρόνια;

Απάντηση: «Το νερό μπήκε στ' αυτιάκι», όπως λέγαν οι παλιοί. Οι ορίζοντες του OASIS είναι ανοικτοί

και εξαρτάται από το πού θέλει η επόμενη γενιά να το πάει. Τα θεμέλια είναι δυνατά. Η κοινωνία το αγκάλιασε γιατί το χρειάζεται, ο εξαρτημένος αρχίζει να βρίσκει την αξιοπρέπειά του. Όσον αφορά τα άμεσα σχέδια, το OASIS αρχίζει και προγράμματα εξειδικευμένης εκπαίδευσης, πέρα από τα προγράμματα προετοιμασίας. Το πρώτο πιλοτικό πρόγραμμα αρχίζει τον Γενάρη του 2008.

Ερώτηση: Τελειώνοντας θα σας παρακαλούσα να αναφέρετε ο,τιδήποτε θεωρείτε σημαντικό και δεν το έχουμε συμπεριλάβει στη συζήτησή μας.

Απάντηση: Πιστεύω ότι αν δημιουργηθεί ένας καινούργιος φορέας θεραπείας -όποιο μοντέλο θεραπείας κι αν διαλέξει- που θα βάλει σαν συνέχεια το μοντέλο του OASIS, η βοήθεια που θα προσφέρει στο άτομο που θέλει να μείνει απεξαρτημένο, όπως επίσης στην κοινωνία και στο κράτος, θα είναι μεγάλη. Ξοδεύονται μεγάλα ποσά για την πρόληψη, ενώ η έννοια της πρόληψης δεν είναι ξεκάθαρη σε αυτούς που ασχολούνται με αυτό το θέμα. Για να γίνω σαφέστερος και κατανοητός, θα σας ενημερώσω ότι μεγάλος αριθμός ατόμων, τα οποία πέρασαν από τα θεραπευτικά κέντρα ή από το πρόγραμμα των 12 Βημάτων, ξαναπέφτουν στο πρόβλημα. Θεωρώ ότι το μοντέλο του OASIS είναι ένα μοντέλο που συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη των υποτροπών. Για αυτά τα άτομα και τα ποσοστά τους δεν ενδιαφέρθηκε κανένας, ώστε να ασχοληθεί με την πρόληψη του κακού, εκτός από το OASIS, απ' ότι ξέρω.

Κλείνοντας, θέλω να σας πω ότι εγώ προσωπικά θεωρώ το OASIS ένα επιτυχημένο πιλοτικό πρόγραμμα. Εύχομαι οι ενδιαφερόμενοι να το υιοθετήσουν, για να προσφέρουν στην κοινωνία. Ένας προσωπικός μου καημός είναι ότι δεν κατόρθωσα να μεταφέρω την εμπειρία του Oasis στην πατρίδα μου, την Ελλάδα. Η εξάρτηση είναι εμπόριο. Ο αγώνας «απεξάρτησης» και η πρόληψη οφείλουν να είναι λειτούργημα.



Προάγοντας την Αυτοβοήθεια στην Αντιμετώπιση της Εξάρτησης στην Ελλάδα

Λαϊνός Σωτήρης*

Η Αυτοβοήθεια στην Ελλάδα

Οι πρακτικές της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης είναι απόλυτα συνυφασμένες με την παράδοση και τον πολιτισμό στην Ελλάδα. Τα παραδοσιακά δίκτυα υποστήριξης χαρακτηρίζονταν κατεξοχήν από μία λογική αμοιβαίας βοήθειας. Σήμερα, υπάρχουν πολλές μορφές συλλογικής οργάνωσης που αποτελούν πρωτοβουλίες των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών. Απουσιάζει, όμως, μια συστηματική καταγραφή των συλλογικοτήτων αυτών, του τρόπου λειτουργίας και κυρίως των επιμέρους χαρακτηριστικών τους, η οποία θα αναδείκνυε το βαθμό συνάφειάς τους με το κίνημα της αυτοβοήθειας. Το γεγονός ότι στη χώρα μας δεν υφίσταται οργανωμένο κίνημα πρωτοβουλιών των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών, που αυτοπροσδιορίζονται ως ομάδες αυτοβοήθειας, δεν είναι απαραίτητα αρνητικό. Πρέπει να ιδωθεί μέσα στο συγκεκριμένο ιστορικό και πολιτισμικό πλαίσιο της Ελλάδας και να αναζητηθούν οι διάφορες λειτουργίες στην κοινότητα που βασίζονται σε ανάλογη λογική αλλά δεν αυτοπροσδιορίζονται ως ομάδες ή πρωτοβουλίες αυτοβοήθειας. Η άκριτη μεταφορά ιδεών και πρακτικών, άλλωστε, από τη διεθνή εμπειρία στην ελληνική πραγματικότητα εμπεριέχει τον κίνδυνο αλλοίωσης και ακύρωσης του υφιστάμενου δυναμικού στις τοπικές κοινότητες. Αυτό που έχει σημασία είναι η ενεργοποίηση, η εμπλοκή και η αξιοποίηση της εμπειρίας και της γνώσης των ίδιων των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν τα προβλήματα, πέρα από τους ορισμούς, τις κατηγοριοποιήσεις και τα επινοημένα σχήματα των κοινωνικών επιστημών.

Στην Ελλάδα, οι πρώτες αμιγείς ομάδες αυτοβοήθειας για εξαρτημένους εμφανίζονται στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και είναι ομάδες 12 βημά-

των και πιο συγκεκριμένα ομάδες Αλκοολικών Ανωνύμων. Στη συνέχεια δημιουργούνται ομάδες Ναρκομανών Ανωνύμων, Οικογενειών Ανωνύμων και Οικογενειών Αλκοολικών. Η διασπορά και εξάπλωσή τους παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα ως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και αφορούσε σε ομάδες αυτοβοήθειας, οι οποίες βασίζονταν στη φιλοσοφία των 12 βημάτων, ενώ κατά την τελευταία δεκαετία διαπιστώνεται μια μεγάλη αύξηση στη συγκρότηση τέτοιου τύπου ομάδων τόσο για ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης όσο και για συγγενικά και φιλικά τους πρόσωπα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχουν οι ίδιες οι ομάδες, σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 83 ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων (βλέπε παράρτημα παρόντος τεύχους). Η εξάπλωση αυτή σε μια χώρα -όπως η Ελλάδα- όπου δεν υπάρχει ανεπτυγμένο κίνημα ομάδων αυτοβοήθειας ερμηνεύεται με βάση το ξεκάθαρο πλαίσιο αρχών και οργάνωσης που διαθέτουν (12 παραδόσεις) το οποίο τους επιτρέπει να αναπτύσσονται διαχρονικά σε εντελώς διαφορετικούς πολιτισμούς (Makela και άλλοι, 1996).

Η Προαγωγή της Αυτοβοήθειας στην Ελλάδα. Βασικοί άξονες της φιλοσοφίας του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας

Στην Ελλάδα η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια, εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, προαγωγής της ιδέας της αυτοβοήθειας στο πεδίο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κύρια στο πεδίο των εξαρτήσεων ξεκίνησε το 2001, με τη δημιουρ-

* Ψυχολόγος, Συντονιστής Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας, Μητροπόλεως 10, 546 25, Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 500447, e-mail: selfhelp@auth.gr

1 Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας (<http://www.selfhelp.gr>) είναι ένα ερευνητικό πρόγραμμα του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.). Χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.). Επιστημονικός Υπεύθυνος του προγράμματος είναι ο κ. Φοίβος Ζαφειρίδης, ψυχίατρος, Αναπληρωτής καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας.

γία του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας.¹ Κύριος στόχος του εγχειρήματος είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας, στην αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κυρίως του προβλήματος της εξάρτησης, καθώς και η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε νέους ρόλους εμπύκωσης και περιφερειακής υποστήριξης πρωτοβουλιών των πολιτών.

Η δημιουργία του βασίζεται στον κριτικό προβληματισμό που αναπτύσσεται για την αντιμετώπιση των σύγχρονων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Βασικές συνιστώσες της φιλοσοφίας του αποτελούν: η έμφαση στην κοινωνική και πολιτική διάσταση των αιτιών αυτών των προβλημάτων, η κριτική προσέγγιση του ρόλου των λειτουργών υγείας και των λογικών των κυρίαρχων παρεμβάσεων, η αλληλαγία των παραδειγμάτων παροχής βοήθειας, καθώς και η αναζήτηση νέων μεθόδων έρευνας και σχεδιασμού παρεμβάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος άξονας αφορά στην προσέγγιση των αιτιών των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Το κυρίαρχο παράδειγμα των επιστημών υγείας και των κοινωνικών επιστημών εμμένει στην ατομοκεντρική ερμηνεία τους. Η θεώρηση, όμως, αυτή οδηγεί σε αποσπασματικές και αναποτελεσματικές παρεμβάσεις. Εδώ και δεκαετίες, παράλληλα με την κυρίαρχη επιστημονική αντίληψη για τον ατομικό/βιολογικό χαρακτήρα διαφόρων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αναπτύσσεται και ένας άλλος λόγος, που συνδέει άμεσα την υφιστάμενη κοινωνική κρίση με την κατακόρυφη αύξηση, τόσο της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες όσο και άλλων προβλημάτων. Μια κοινωνική κρίση που αποτυπώνεται με τον πλέον επώδυνο τρόπο, σε οδοένα και αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων, με διάφορα συμπτώματα όπως η εξάρτηση, παραβατικότητα, η εγκληματικότητα, η κατάρτιση. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται σε μια ενιαία αντίληψη για τη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και για τη σχέση τους με τις ιστορικές, κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής (Ζαφειρίδης 2000, 1988, Μπαϊρακτάρης, 2004, Albee, 1986, Sarason 1981).

Ο δεύτερος άξονας της φιλοσοφίας του προγράμματος σχετίζεται ακριβώς με αυτή την προσέγγιση των αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η προσέγγιση αυτή αίρει την πλειονότητα των υλοποιούμενων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που βασίζονται σε μία ατομοκεντρική και αποσπασματική λογική. Το ζητούμενο είναι η αλληλαγία του τρόπου παροχής βοή-

θειας από το μοντέλο της παροχής βοήθειας από τον ειδικό προς τον πάσχοντα, προς το μοντέλο της παροχής βοήθειας για την αυτοοργάνωση (De Zeeuw, 2004). Βασικός στόχος της συγκεκριμένης πρότασης είναι η ενδυνάμωση των ατόμων και των τοπικών κοινωνιών, ώστε σε πλαίσια συλλογικότητας και αλληλεγγύης να υπερβαίνουν τα προβλήματά τους. Η κριτική αυτή θεώρηση οδηγεί στην πλήρη ανατροπή του παραδοσιακού μοντέλου υλοποίησης των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, τοποθετώντας στο επίκεντρο των παρεμβάσεων τους άμεσα ενδιαφερομένους πολίτες και στην περιφέρεια της παρέμβασης τους ειδικούς σε ρόλους υποστήριξης και ηλαιοσίωσης των πρωτοβουλιών των πολιτών (Ζαφειρίδης, 2000).

Ο τρίτος άξονας της φιλοσοφίας του προγράμματος αφορά σε μια άλλη προσέγγιση της έρευνας και της δημιουργίας των παρεμβάσεων. Η μελέτη και κατανόηση της δυναμικής των ομάδων αυτοβοήθειας αναδεικνύει την ανάγκη αναζήτησης νέων μεθοδολογιών έρευνας από τις κοινωνικές επιστήμες (Powel, 1994). Αλλά και η φιλοσοφία δημιουργίας και υλοποίησης των παρεμβάσεων διαφοροποιείται. Κεντρική πολιτική επιλογή του προγράμματος – απόλυτα συνεπής με τον προβληματισμό που αναπτύσσεται για την ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας – είναι η συνδιαμόρφωση των δράσεων με τους ανθρώπους στους οποίους αυτές απευθύνονται (Μπαϊρακτάρης, 1994). Οι δράσεις του προγράμματος δεν αποτελούν εφαρμογές θεωρητικών μοντέλων και σχημάτων από πλειυράς ειδικών, αλλά προΐόν συνεχούς αλληλεπίδρασης με τους εκάστοτε ενδιαφερόμενους και εμπλεκόμενους. Η αξιοποίηση της λογικής της έρευνας δράσης, καθ' όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του, υποστηρίζει και ενισχύει αυτήν ακριβώς τη διάσταση. Οι δράσεις που υλοποιούνται στο πρόγραμμα αποτελούν αποτέλεσμα συνδιαμόρφωσης με τους άμεσα ενδιαφερομένους και στηρίζονται στη λογική της έρευνας δράσης, όπου όλοι οι εμπλεκόμενοι είναι ενεργοί στο σχεδιασμό, την υλοποίηση της δράσης, την αξιολόγησή της, τον εκ νέου σχεδιασμό και την εκ νέου υλοποίησή της (Winter & Munn-Giddings, 2001).

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του ως μια προσπάθεια αναζήτησης νέων τρόπων παρέμβασης στο πεδίο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κυρίως του προβλήματος της εξάρτησης. Η βασική υπόθεση πίσω από τη δημιουργία του, ήταν η αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων των ομάδων αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρ-

τησης, με την ταυτόχρονη ηλαιοσίωση των εγχειρημάτων αυτών σε τομείς όπου υπάρχει ανάγκη. Συγκεκριμένα, οι ομάδες αυτοβοήθειας για εξαρτημένους παρουσιάζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα σε σχέση με τις παραδοσιακές επαγγελματικές προσεγγίσεις. Τα πλεονεκτήματα αυτά σχετίζονται με την ενεργοποίηση και ανάληψη της προσωπικής ευθύνης από τα ίδια τα μέλη –που απαντούν σε βασικούς αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς της εξάρτησης– με την ολιστική και όχι συμπτωματική αντιμετώπιση του προβλήματος, με την ενσωματωμένη λειτουργία πρόληψης των υποτροπών, με το μηδαμινό οικονομικό κόστος. Ταυτόχρονα, οι ομάδες αυτοβοήθειας λόγω της φύσης τους έχουν κάποιες εγγενείς δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται με την αδυναμία συγκράτησης χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών σε αρχική φάση απεξάρτησης, με την κυμαινόμενη αξιοπιστία από ομάδα σε ομάδα, με τον κίνδυνο ανάπτυξης ιδεολογίας «γκέτο» σε κάποιες ομάδες και με την έλλειψη υποστήριξης στην επαγγελματική ένταξη (Ζαφειρίδης, 2001).

Πορεία εξέλιξης του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Οικογενειών Μελών Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας

Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, στα έξι χρόνια λειτουργίας του, ανέπτυξε μια σειρά δράσεων για την επίτευξη των στόχων του. Οι δράσεις αυτές αφορούν κατά κύριο λόγο την προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης καθώς και στην εκπαίδευση λειτουργών υγείας σε νέους τρόπους παρέμβασης και υποστήριξης πρωτοβουλιών των πολιτών. Επίσης, ανέπτυξε μια σειρά δράσεων που αφορούν στην προαγωγή της αυτοβοήθειας σε άλλα ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι άξονες δράσης και η οργανωτική δομή του προγράμματος.

Το πρόγραμμα με βάση τη λογική της έρευνας δράσης διαμορφώνεται συνεχώς. Η επισκόπηση της

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Οργανόγραμμα Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας				
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ				
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ				
ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ			ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΆΛΛΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ			ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΡΑΣΕΩΝ	ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΡΑΣΕΩΝ
ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΧΡΗΣΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ			ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ: Η/Υ, ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΤΕΧΝΟΓΝΩΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ - ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ		ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ, ΝΟΜΙΚΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ, ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ
ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ		ΑΝΟΙΓΜΑ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ - ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΑΞΟΝΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ	ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ
ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ, ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ		ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΟΜΑΔΩΝ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΜΕ ΑΞΟΝΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ	ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

εξέλιξης του προγράμματος αναδεικνύει τη δυνατότητα συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων στο πρόγραμμα και τη συνεπαγόμενη μεταβολή ή βελτίωση των επιμέρους δράσεων του, ως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του. Ο αναστοχασμός πάνω στην πορεία των δράσεων, ο έλεγχος αυτών και η βελτίωσή τους, συντελείται μέσα από την καθημερινή λειτουργία του προγράμματος, την αλληλεπιδραστική φύση όλων των επιμέρους δράσεων, τη συνεργασία, τις σχέσεις, τη συνύπαρξη όλων των εμπλεκόμενων και τις θεσμοθετημένες ή άτυπες συλλογικές διαδικασίες (Georgiou & Lainas, 2007). Το χαρακτηριστικό αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη συγκρότηση μιας πρότασης που να ανταποκρίνεται σε πραγματικές ανάγκες όλων των εμπλεκόμενων σε ένα άγνωστο πεδίο, όπως αυτό της προαγωγής της αυτοβοήθειας στο πεδίο της εξάρτησης. Σε αυτό το πλαίσιο, δημιουργήθηκε και εξελίχτηκε το Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενείων

Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα σημεία ορόσημα στην πορεία εξέλιξης του προγράμματος, όπου είχαμε μεταβολές ή βελτιώσεις στον τρόπο δουλειάς.

Παρουσίαση των δράσεων του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών και Ψυχοτρόπων Ουσιών και Οικογενειών Μελών Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας.

Με βάση την προαναφερθείσα λογική της συνδιαμόρφωσης δημιουργήθηκαν και λειτουργούν οι δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Βασικός άξονας της λειτουργίας του προγράμματος είναι η ευαισθητοποίηση στις αρχές της αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας, τόσο μέσα από τη λειτουργία των επιμέρους δράσεων με

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Φάσεις εξέλιξης των δράσεων και του τρόπου λειτουργίας του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας		
Φάση εξέλιξης	Περιγραφή κατάστασης	Διαμόρφωση και μεταβολές του τρόπου παρέμβασης
1 ^η φάση	Έναρξη προγράμματος / αναγκαιότητα δημιουργίας πλαισίου και υποστηρικτικών δράσεων και δημιουργίας τρόπου επικοινωνίας με τις ομάδες αυτοβοήθειας.	Δημιουργία των πρώτων υποστηρικτικών δράσεων (εκπαιδευτικά σεμινάρια) μέσα από συνεργασία και διαβουλεύσεις με παλιά μέλη ομάδων αυτοβοήθειας.
2 ^η φάση	Έλλειψη στο πρόγραμμα πολλών ανθρώπων με πρόβλημα εξάρτησης, με βασικές ανάγκες υποστήριξης για έναρξη της ανεξαρτητικής διαδικασίας	Δημιουργία Ημερήσιου Κέντρου Υποστήριξης και των περισσότερων δράσεων υποστήριξης (Υποστήριξη σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά, επαγγελματικά ζητήματα, δράσεις πολιτιστικής ευαισθητοποίησης, ατομικές συναντήσεις, διευκόλυνση λειτουργίας ομάδων αυτοβοήθειας). Εγκατάσταση σταθερού διαύλου επικοινωνίας με αρκετά παλιότερα μέλη των ομάδων 12 βημάτων της Θεσσαλονίκης.
3 ^η φάση	Προβλήματα δυσλειτουργίας λόγω της αθρόας προσέλευσης ανθρώπων και της έλλειψης σαφούς πλαισίου συμμετοχής στις δράσεις.	Συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων στο πρόγραμμα στη διαμόρφωση του πλαισίου συμμετοχής στις δράσεις, ξεκαθάρισμα του πλαισίου και των όρων συμμετοχής.
4 ^η φάση	Παρατήρηση των ορίων λειτουργίας των ομάδων αυτοβοήθειας και συγκεκριμένων προβλημάτων στη λειτουργία τους στην παρούσα φάση. Αδυναμία κάλυψης αναγκών αρκετών μελών του προγράμματος μέσα από τη διασύνδεση με τις ομάδες.	Αλλαγή τρόπου δουλειάς. Η συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας παραμένει βασική πρόταση του προγράμματος, αλλά δεν αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής σε αυτό. Εμπλουτισμός των δράσεων του προγράμματος με τη δημιουργία ομάδων υποστήριξης και ενδυνάμωσης των ατομικών συναντήσεων υποστήριξης στα πλαίσια του προγράμματος.
5 ^η φάση	Συστηματική έλλειψη στο πρόγραμμα ανθρώπων με προβλήματα εξάρτησης και παράλληλα ψυχικά προβλήματα.	Επαναδιαμόρφωση των όρων και των πλαισίων των δράσεων ώστε να είναι εφικτή η συμμετοχή και υποστήριξη ανθρώπων με ανάλογα αιτήματα.
6 ^η φάση	Παρατήρηση του θετικού φαινομένου κάποιοι άνθρωποι από όσους προσέρχονται στο πρόγραμμα, να αντιμετωπίζουν επιτυχώς το πρόβλημα της εξάρτησης, απλώς μέσα από τη συστηματική συμμετοχή τους σε επιμέρους δράσεις του προγράμματος, χωρίς να συμμετέχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας ή άλλο πρόγραμμα ανεξάρτησης.	Διαμόρφωση ενός ευέλικτου σχήματος υποδοχής και πρότασης υποστήριξης σε ανθρώπους με πρόβλημα εξάρτησης ανάλογα με τις ανάγκες τους, ώστε να μην αποκλείονται επειδή δεν συμμετέχουν σε όλες τις δράσεις του προγράμματος ² . Η συγκεκριμένη μεταβολή τελεί υπό διαμόρφωση την παρούσα χρονική στιγμή.

(Georgiou & Lainas, 2007)

2 Η ευελιξία του προγράμματος στη συγκρότηση της πρότασης υποστήριξης προς τους ανθρώπους που προσέρχονται σε αυτό με αίτημα βοήθειας, αποτελεί μια από τις καινοτομίες της λειτουργίας του. Θα μπορούσε να αποτελέσει μια εναλλακτική πρόταση στην ακαμψία των περισσότερων δομών ανεξάρτησης να ανταποκριθούν περισσότερο εξατομικευμένα στις διαφορετικές ανάγκες ανθρώπων με προβλήματα εξάρτησης, που προσέρχονται σε αυτές.

ανάλογους όρους όσο και μέσα από τη διασύνδεση των μελών του με ομάδες αυτοβοήθειας. Το πρόγραμμα είναι ανοικτό, παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν και βασικός του στόχος είναι η υποστήριξη των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικά και αλκοόλη, καθώς και των οικογενειών τους.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται αφενός, με τη συμμετοχή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης στις δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος και αφετέρου, με τη διασύνδεση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης με τις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων (Α.Α. και Ν.Α.) που λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη.³

Οι δράσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι οι εξής:

Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων

Το Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων αποτελεί την κομβική δράση του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Προϋπόθεση για συμμετοχή στο Ημερήσιο Κέντρο, όπως και στις υπόλοιπες δράσεις του προγράμματος, είναι η αποχή από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Βασικό χαρακτηριστικό του κέντρου είναι η παροχή ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για ανθρώπους σε αρχική φάση απεξάρτησης. Βασικοί άξονες της λειτουργίας του είναι η ευαισθητοποίηση στην αυτοβοήθεια, η κινητοποίηση και εμπύχωση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών για έναρξη ή συνέχιση της προσπάθειας απεξάρτησης σε συστηματική βάση, η διασύνδεση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών με παλιότερα μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας, η υποστήριξη ανθρώπων που ήδη συμμετέχουν σε ομάδες αυτοβοήθειας και η κινητοποίηση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσεγγίζουν το Ημερήσιο Κέντρο για συμμετοχή στις υπόλοιπες δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος. Το κέντρο είναι άμεσα προσβάσιμο, λειτουργεί και τις επτά ημέρες τις εβδομάδες και αποτελεί, όπως φαίνεται από τους ιδιαίτερα αυξημένους δείκτες προσέλευσης, έναν ελκυστικό χώρο για ανθρώπους με προβλήματα χρήσης.

Ατομικές Συναντήσεις

Στο πλαίσιο του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις με τους ανθρώπους που προσέρχονται

σε αυτό με αίτημα βοήθειας με κάποιο από τα στελέχη του προγράμματος. Οι συναντήσεις αφορούν στην αρχική ενημέρωση για το πρόγραμμα και τον τρόπο λειτουργίας του και στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση ανθρώπων σε αρχική φάση. Επίσης, αφορούν στη διασύνδεση όσων ενδιαφέρονται με παλιότερα μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας, στη διαμόρφωση εξατομικευμένου πλάνου δράσης για καθένα που συμμετέχει στο πρόγραμμα και στη συμβουλευτική ανθρώπων που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα.

Ομάδες υποστήριξης – κινητοποίησης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης

Οι ομάδες υποστήριξης και κινητοποίησης των ανθρώπων, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, έχουν ανοικτή συμμετοχή σε αναλογία με τις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων, συντονίζονται από στέλεχος του προγράμματος και σκοπεύουν στην ηλαιοποίηση της απεξαρτητικής διαδικασίας. Επιμέρους στόχοι των ομάδων είναι η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, το μοίρασμα των προβλημάτων των μελών της ομάδας και η αλληλοϋποστήριξη, η ευαισθητοποίηση στη φιλοσοφία των 12 βημάτων, ο εντοπισμός και η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα μέλη της ομάδας μέσα από συγκεκριμένες προτάσεις (ιεράρχηση των προβλημάτων, πλάνο δράσης, υιοθέτηση καθημερινού προγράμματος από το κάθε μέλος, τακτές συναντήσεις με τους συντονιστές της ομάδας).

Υποστήριξη σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά ζητήματα και επαγγελματικά ζητήματα

Μια από τις βασικότερες δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, πέρα από την ευαισθητοποίηση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στην έννοια και τις αρχές της αυτοβοήθειας, είναι η υποστήριξη τους σε διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, λόγω της χρόνιας εμπλοκής τους με τις ουσίες. Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο αυτής της δράσης αναζητούνται τρόποι για την υποστήριξη των ανθρώπων γύρω από νομικά, ιατρικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά ζητήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην κινητοποίηση και την ανάληψη προσωπικής ευθύνης των ανθρώπων, που εκφράζουν ανάλογα αιτήματα. Η δράση αυτή είναι καθοριστικής σημασίας για την πορεία της απεξάρτησης και την επανένταξή τους.

³ Οι ομάδες αυτοβοήθειας των Αλκοολικών Ανωύμων (Α.Α.) και των Ναρκωμανών Ανωύμων (Ν.Α.) είναι εντελώς ανεξάρτητες από το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας και λειτουργούν αυτόνομα.

Εκπαιδευτικά σεμινάρια

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών, πραγματοποιούνται μια σειρά από εκπαιδευτικά σεμινάρια (εκμάθησης ξένων γλωσσών και χρήσης Η/Υ) με στόχο αφενός, τη δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και αφετέρου, την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων. Βασική φιλοσοφία της δόμησης και λειτουργίας όλων των δράσεων του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι να αποτελούν «ηρόσχημα» για την ενεργοποίηση, τη γνωριμία, την επικοινωνία και τη δημιουργία σχέσεων των ανθρώπων του προγράμματος με τους ανθρώπους που έρχονται σ' αυτό και όχι να είναι απλές διαδικασίες κατάρτισης και απόκτησης πληροφοριών και γνώσεων, χωρίς βέβαια να υποτιμάται η απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων που αποκτώνται σε αυτά τα σεμινάρια.

Δράσεις ευαισθητοποίησης σε πολιτιστικά, κοινωνικά, οικολογικά ζητήματα

Ένα από τα βασικά ζητούμενα του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι να προτείνει και να ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ανθρώπων σε δράσεις που αφορούν πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως η επαφή με την τέχνη και τη δημιουργία, ο κοινωνικός προβληματισμός, καθώς και η οικολογία. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας έχουν δημιουργηθεί 3 ομάδες: η ομάδα πολιτιστικών, η ομάδα προβληματισμού και η ομάδα εκδρομών. Σκοπός τους είναι να προτείνουν και να δημιουργούν δράσεις ικανές να παρέχουν ερεθίσματα σε όλους τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, σχετικά με τον πολιτισμό, τα κοινωνικά ζητήματα, την οικολογία και την επαφή με τη φύση. Βασική θέση που διέπει τη λειτουργία του προγράμματος, άρα και των ομάδων αυτών, είναι ότι η απεξάρτηση είναι μια συνολική διαδικασία επαναδιαπαιδewγησης, μια πορεία νοηματοδότησης της ανθρώπινης ύπαρξης με αξίες και αρχές που να καθύπτουν τις πραγματικές ανθρώπινες ανάγκες, μια διαφορετική στάση ζωής.

Άνοιγμα στην τοπική κοινότητα / Δράσεις Εθελοντικής Εργασίας

Στο πλαίσιο αυτής της δράσης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επανασύνδεση των ανθρώπων που προσέρχονται στο πρόγραμμα με την ευρύτερη κοινότητα μέσα από μια λογική συνάντησης και από κοινού δράσης με άλλους πολίτες. Βασικοί άξονες είναι η έμφαση στην αλληλεγγύη, η τόνωση της συλλογι-

κότητας, η ρήξη με ατομοκεντρικές λογικές και πρακτικές. Δημιουργούνται μια σειρά από μικρές δράσεις στην τοπική κοινότητα σε συνεργασία με άλλους πολίτες ή φορείς, με στόχο τη δημιουργική παρέμβαση και την εμπλοκή όλων ως ενεργών πολιτών.

Προσέγγιση χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στο δρόμο

Βασικός στόχος της δράσης προσέγγισης και κινητοποίησης χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στο δρόμο είναι η ενημέρωση και κινητοποίηση ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών σε διαδικασία απεξάρτησης, καθώς και η διασύνδεσή τους με το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας και τις ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν στην πόλη. Πιο συγκεκριμένα, μια ομάδα που στελεχώνεται από αποφοίτους του προγράμματος και κοινωνικούς επιστήμονες κινείται σε καθημερινή βάση στους χώρους της πανεπιστημιούπολης του Α.Π.Θ. προσεγγίζοντας χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης, η ομάδα αυτή πραγματοποιεί εξορμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα σε κεντρικά σημεία της πόλης, τα οποία αποτελούν τόπους συνάντησης χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών. Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι το μοναδικό πρόγραμμα στη Βόρεια Ελλάδα, το οποίο πραγματοποιεί ανάλογο δράση με αυτή τη συχνότητα και σταθερότητα.

Υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών

Στο πλαίσιο του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης μία από τις βασικές δράσεις είναι η υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα. Δύο είναι οι βασικοί άξονες της υποστήριξης. Ο πρώτος αφορά στην υποστήριξη των συγγενών και φίλων μέσα από ατομικές και ομαδικές συναντήσεις στα πλαίσια του προγράμματος και ο δεύτερος αφορά στη διασύνδεση των ανθρώπων αυτών με ομάδες αυτοβοήθειας για συγγενείς και φίλους χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.

Διευκόλυνση Λειτουργίας Ομάδων Αυτοβοήθειας

Η αναζήτηση στέγης, δηλαδή χώρου για την πραγματοποίηση των συναντήσεων των ομάδων αυτοβοήθειας αποτελεί έντονο πρόβλημα που αφορά τις ομάδες. Η διεθνής βιβλιογραφία περιγράφει ως σημαντική στήριξη εκ μέρους των επαγγελματιών προγραμμάτων την παροχή χώρου στις ομάδες αυτο-

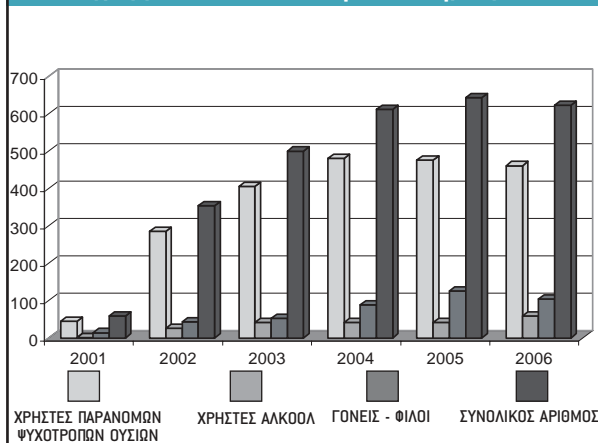
βοήθειας. Πέρα από την παροχή χώρου, έχει δημιουργηθεί ένα πολύ σημαντικό δίκτυο με τα μέλη των ομάδων. Στο πλαίσιο αυτού του δικτύου, τα μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας απευθύνονται στο πρόγραμμα για επιπλέον στήριξη, όταν αισθάνονται την ανάγκη και συστήνουν το πρόγραμμα σε άλλους ανθρώπους που έχουν προβλήματα κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών. Από την πλευρά του το πρόγραμμα, διασυνδέει με αυτές τις ομάδες ανθρώπους με ανάλογα προβλήματα που διατυπώνουν αίτημα στήριξης.

Πορεία προσελεύσεων και δημογραφικά στοιχεία των ανθρώπων που προσέρχονται στο πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας με αίτημα βοήθειας

Πορεία προσελεύσεων

Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, κατά τα έξι χρόνια λειτουργίας, προσέγγισε μεγάλος αριθμός ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης καθώς και μέλη του οικογενειακού ή του φιλικού τους περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, κατά τα έξι χρόνια λειτουργίας του στο πρόγραμμα προσήλθαν 1157 διαφορετικά άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης, χωρίς να υπολογίζονται οι άνθρωποι που προσεγγίστηκαν στα πλαίσια της δράσης προσέγγισης και ευαισθητοποίησης χρηστών στο δρόμο. Επίσης, στο πρόγραμμα προσήλθαν 428 συγγενείς ή φίλοι χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών. Το πρόγραμμα τα τελευταία τρία χρόνια παρέχει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε περισσότερα από 500 άτομα σε ετήσια βάση, ενώ ο μηνιαίος μέσος όρος προσελεύσεων στο Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχο-

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Σχηματική απεικόνιση προσελεύσεων διαφορετικών ατόμων, ανά έτος στο Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης.



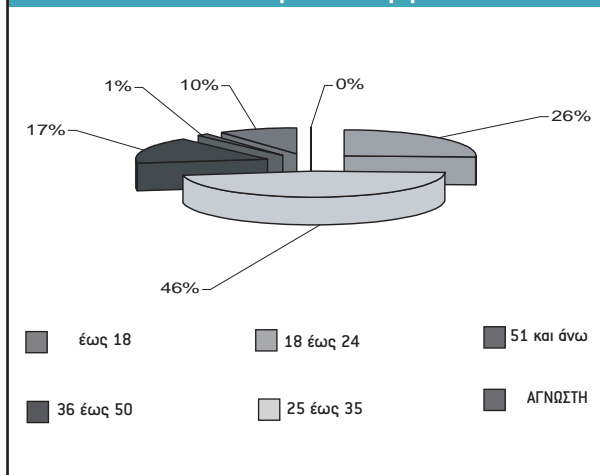
κοινωνικής Υποστήριξης για το έτος 2006 ήταν 126 άτομα με προβλήματα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται η πορεία προσελεύσεων στο Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ανά έτος λειτουργίας.

Δημογραφικά Στοιχεία

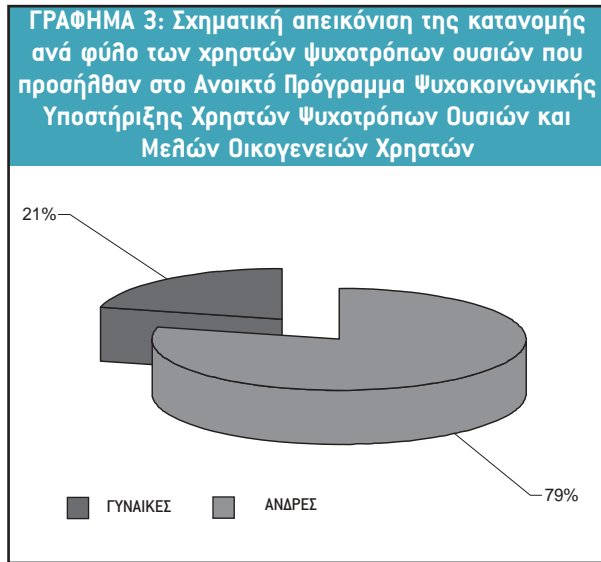
Το 2005 διενεργήθηκε από το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας μελέτη για τα βασικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων με πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες που προσήλθαν σε αυτό κατά τα πρώτα τέσσερα χρόνια λειτουργίας του. Το δείγμα αφορούσε 774 άτομα και υπάρχουν στοιχεία για την ηλικία, το φύλο, την εργασιακή κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους (Απολογισμός έργου τετραετίας Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2005).

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή των ανθρώπων που προσέγγισαν το πρόγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων κυμαινόταν από την ηλικία των 25 ως την ηλικία των 35 (46%). Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό κυμαινόταν από την ηλικία των 18 ως την ηλικία των 24 (26%). Ένα ποσοστό της τάξης του 17% κυμαινόταν από την ηλικία των 35 ως την ηλικία των 50, ενώ για ένα ποσοστό της τάξης του 10% δεν υπάρχουν στοιχεία. Αυτό το ποσοστό αφορά κυρίως ανθρώπους που προσήλθαν μόνο μία ή δύο φορές στο πρόγραμμα υπό την επήρεια της χρήσης και ήταν δύσκολη η συλλογή στοιχείων. Στο γράφημα 2 φαίνεται η ηλικιακή κατανομή των προσερχομένων στο πρόγραμμα.

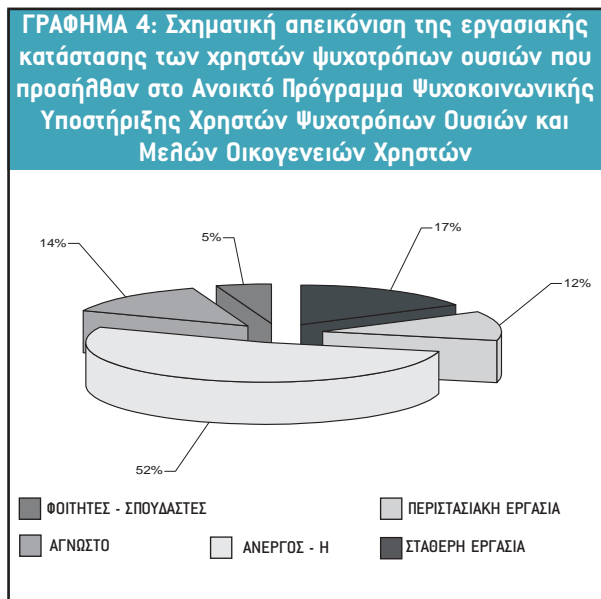
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Σχηματική απεικόνιση ηλικιακής κατανομής των ανθρώπων που προσήλθαν στο Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών



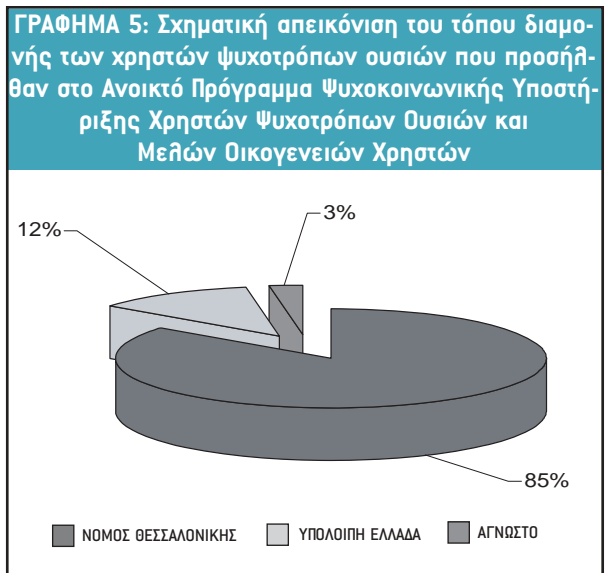
Όσον αφορά την κατανομή ανά φύλο κατά τα πρώτα τέσσερα χρόνια λειτουργίας του προγράμματος το 79% των προσελθόντων ήταν άνδρες ενώ το 21% ήταν γυναίκες. Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται η κατανομή ανά φύλο.



Όσον αφορά στην εργασιακή κατάσταση των ανθρώπων που προσήλθαν στο πρόγραμμα κατά την πρώτη τετραετία λειτουργίας του, οι άνεργοι/ες, όταν προσήλθαν στο πρόγραμμα έφταναν στο ποσοστό του 41%, σταθερή εργασία είχε ένα ποσοστό της τάξης του 30%, περιστασιακή εργασία ένα ποσοστό της τάξης του 4%, ένα ποσοστό της τάξης του 5% δήλωσε ότι ήταν σε διαδικασία εκπαίδευσης, ενώ για 20% των ανθρώπων δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.



Το Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης παρείχε υπηρεσίες στα τέσσερα χρόνια λειτουργίας του σε μεγάλο ποσοστό σε κατοίκους του νομού Θεσσαλονίκης. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι με πρόβλημα εξάρτησης που προσήλθαν στο πρόγραμμα σε ποσοστό 85% ήταν κάτοικοι του νομού Θεσσαλονίκης, το υπόλοιπο 12% αφορούσε κατοίκους νομών της υπόλοιπης Ελλάδας και για ένα ποσοστό της τάξης του 3% δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.



Στελέχωση του προγράμματος – οικονομικά στοιχεία λειτουργίας του

Η στελέχωση του προγράμματος είναι ένα από τα σημεία στα οποία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, καθώς η λειτουργία του και η ευδόωση των στόχων του εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους ανθρώπους που πλαισιώνουν την προσπάθεια. Βασικός άξονας είναι η επιλογή ανθρώπων για τη στελέχωση του προγράμματος με ανάλογη εκπαίδευση και ενδιαφέρον να συμμετέχουν σε μια καινοτόμο προσπάθεια παρέμβασης στο χώρο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Κατά τα έξι χρόνια λειτουργίας του προγράμματος, η πλειονότητα των στελεχών ήταν κοινωνικοί επιστήμονες, απόφοιτοι του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας των Εξαρτήσεων και Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων, του τμήματος Ψυχολογίας του Α.Π.Θ. Το εν λόγω μεταπτυχιακό πρόγραμμα είναι το μοναδικό στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο στην Ελλάδα. Το πρόγραμμα στελεχώνεται κατά μέσο όρο από πέντε κοινωνικούς επιστήμονες όλα αυτά τα χρόνια της λειτουργίας του.

Όσον αφορά στο κόστος λειτουργίας του προ-

γράμματος αυτό είχε την εξής διακύμανση. Για την πρώτη διετία λειτουργίας του προγράμματος το κόστος ήταν 205.000 ευρώ, για τη δεύτερη διετία ανήλθε στα 240.000 ευρώ, ενώ για τα τελευταία 2 1/2 χρόνια λειτουργίας του το κόστος ανέρχεται σε 320.000 ευρώ.

Συζήτηση

Η εμπειρία του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας αναδεικνύει μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στη συζήτηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Ταυτόχρονα, αναδεικνύονται μια σειρά από δυσκολίες και όρια σε σχέση με την προαγωγή της αυτοβοήθειας στο πεδίο των εξαρτήσεων. Μια πρώτη ιδιαίτερα σημαντική διάσταση αφορά στη καλύτερη κατανόηση της δυναμικής της αυτοβοήθειας στο πεδίο των εξαρτήσεων, των ωφελημάτων που εμπεριέχονται σε αυτή και των σημείων συνάντησης των ομάδων με τα επαγγελματικά συστήματα. Οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να αποτελέσουν αξιόπιστη εναλλακτική πρόταση για ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Πρόκειται για άμεσα προσβάσιμους χώρους υποστήριξης για ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης. Δεν είναι συμπληρωματικές προτάσεις αντιμετώπισης στα επαγγελματικά θεραπευτικά προγράμματα, αλλά μπορούν να αποτελέσουν το βασικό χώρο υποστήριξης για ένα εξαρτημένο, ανάλογο με τις ανάγκες και τη φάση ζωής του (Ζαφειρίδης 2001, De Leon, 2004). Η κατανόηση της δυναμικής των ομάδων αυτοβοήθειας αφορά τόσο τους εργαζόμενους στο πεδίο των εξαρτήσεων όσο και τους υπεύθυνους για τη χάραξη των πολιτικών σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος (Humphreys και άλλοι 2004).

Η εμπειρία από τη λειτουργία του προγράμματος είναι ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας, για πολλούς ανθρώπους, είναι ο βασικός χώρος από τον οποίο παίρνουν υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Η περιφερειακή υποστήριξη των μελών των ομάδων, στην οποία βασίζει το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας τη λειτουργία του, φαίνεται να αυξάνει κατά πολύ την παραμονή και συστηματική συμμετοχή μελών στις ομάδες αυτοβοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, η συγκροτημένη και σε καθημερινή βάση υποστήριξη που προσφέρει το πρόγραμμα σε ανθρώπους σε αρχική φάση απεξάρτησης

και η παράλληλη διασύνδεσή τους με τις ομάδες των 12 βημάτων, μειώνει το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό αποχώρησεων που εμφανίζουν οι ομάδες αυτοβοήθειας. Επίσης, η υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας που απέχουν καιρό από τη χρήση ουσιών στη φάση της κοινωνικής και επαγγελματικής τους ένταξης από το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας συμβάλλει στη επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος.

Από την άλλη πλευρά, οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να αποτελέσουν χώρους υποστήριξης και για ανθρώπους που συμμετέχουν σε άλλα προγράμματα απεξάρτησης σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία (De Leon, 1997). Η διάσταση αυτή επιβεβαιώνεται, επίσης, μέσα από τη λειτουργία του προγράμματος. Όλα αυτά τα χρόνια συμμετείχαν στις δράσεις του και άνθρωποι που παρακολουθούσαν και άλλες δομές απεξάρτησης. Μέσα από τη συμμετοχή τους γνώρισαν τις ομάδες αυτοβοήθειας και τον τρόπο λειτουργίας τους και τις χρησιμοποίησαν ως χώρους επιπλέον στήριξης όταν υπήρχε ανάγκη, ακόμη και όταν είχαν ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα. Η παρατήρηση αυτή αφορά ανθρώπους που συμμετείχαν σε προγράμματα απεξάρτησης, τα οποία βασίζονται στη λογική της πλήρους αποχής. Και στην Ελλάδα αντιμετωπίσαμε και αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα αδυναμίας ένταξης στις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων ανθρώπων, που παρακολουθούν προγράμματα μείωσης χορήγησης υποκαταστάτων. Η σύγκρουση των φιλοσοφιών για την έννοια της θεραπείας της εξάρτησης, που δημιουργείται ανάμεσα σε μέλη των ομάδων των 12 βημάτων και σε μέλη των προγραμμάτων υποκατάστασης, προκαλεί την αδυναμία ένταξης ή την αποχώρηση των δεύτερων από τις ομάδες αυτοβοήθειας. Το φαινόμενο αυτό οφείλει να οδηγήσει και στην Ελλάδα, όπως συμβαίνει στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες της Ευρώπης στη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας για ανθρώπους που συμμετέχουν σε προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων. Στην χώρα μας ειδικά η ανάγκη αυτή είναι μεγάλη καθώς τα προγράμματα υποκαταστάτων εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ανθρώπων, για τους οποίους δεν υπάρχουν επαρκείς δράσεις ψυχοκοινωνικής στήριξης και επανένταξης.

Ο μεγάλος αριθμός των παρεχομένων υπηρεσιών σε σταθερή βάση, με χαμηλό κόστος και χωρίς λίστες αναμονής που παρατηρείται στο Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική πρόταση σε εποχές, στις οποίες συζητείται έντονα το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η συζήτηση

ση γύρω από τις πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης οφείλει και στην Ελλάδα να συμπεριλάβει και την προαγωγή της αυτοβοήθειας, όπως γίνεται διεθνώς (Humphreys και άλλοι, 2004). Σε καμία περίπτωση όμως η αυτοβοήθεια δεν πρέπει να ιδωθεί ως μια «φτηνή» λύση που απλά συμφέρει στα συστήματα υγείας, καθώς είναι ακριβώς αυτά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εμπλοκή και ενεργοποίηση των άμεσα ενδιαφερομένων, τα οποία την καθιστούν μια αξιόπιστη εναλλακτική πρόταση.

Μια δεύτερη, εξίσου σημαντική διάσταση, που αναδεικνύεται από την εμπειρία του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας σχετίζεται με τη διαμόρφωση ενός άλλου παραδείγματος παροχής βοήθειας. Η θεωρητική υπόθεση για την αλλαγή του παραδείγματος προς ένα μοντέλο περιφερειακής υποστήριξης πρωτοβουλιών των άμεσα εμπλεκόμενων βρήκε πρόσφορο έδαφος στην υλοποίηση των δράσεων του προγράμματος. Μόνο μέσα από την εκχώρηση αρμοδιοτήτων στους άμεσα εμπλεκόμενους και τη διασύνδεση με τις ομάδες αυτοβοήθειας κατέστη δυνατό να υποστηρίξει το πρόγραμμα σε μηνιαία βάση περισσότερους από 120 ανθρώπους με προβλήματα εξάρτησης, με μόλις έξι άτομα στελεχιακό δυναμικό. Η έμφαση σε πρακτικές αλληλοβοήθειας στην καθημερινή λειτουργία του προγράμματος, η εμπλοκή των παλιότερων μελών στην αρχική κινητοποίηση και στήριξη των νεότερων μελών, αποτελούν βασικούς άξονες του προγράμματος.

Η αλλαγή αυτή του παραδείγματος ανατρέπει και τον κυρίαρχο ρόλο του λειτουργού υγείας στο πεδίο των εξαρτήσεων και αναδεικνύει μια σειρά νέων διαστάσεων που χαρακτηρίζουν τη σχέση βοήθειας και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Η σχέση καθίσταται βασικό «εργαλείο» και χαρακτηρίζεται από μία πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση, αλλά και από αμοιβαίο σεβασμό, ενδιαφέρον, ισοτιμία, σεβασμό στο δικαίωμα των χρηστών της υπηρεσίας για αυτοπροσδιορισμό (Λαϊνάς, 2003). Η επιλογή της αυτοβοήθειας ως κεντρικού άξονα μιας παρέμβασης σε συνδυασμό με την κριτική θεώρηση των αιτιών των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων δε μπορεί παρά να θέτει ως στόχο την ενδυνάμωση της ιδιότητας του πολίτη, την ανάκτηση των απολεσθέντων κοινωνικών και πολιτικών του δικαιωμάτων. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, διαφοροποιείται και ο ρόλος των λειτουργών υγείας. Καθίσταται λιγότερο κεντρικός—όσον αφορά στη θέση που έχει στην παρέμβαση— αλλά πιο δημιουργικός και με σαφείς πολιτικές και ανθρωπι-

νες διαστάσεις (Scheper - Hughes, 1987, Ζαφειρίδης, 2000).

Από την εμπειρία λειτουργίας του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας αναδείχτηκαν μια σειρά από όρια και δυσκολίες, που σχετίζονται με τις ίδιες τις ομάδες αυτοβοήθειας, την εμπλοκή των ειδικών αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον της εποχής μας. Όσον αφορά τις ίδιες τις ομάδες, οι δυσκολίες αφορούν σε δομικά χαρακτηριστικά αυτών, όπως στην αρχή της μη συνεργασίας με οποιονδήποτε εκτός της ομάδας και στην κατανόηση του ιδεολογικού πλαισίου (12 βήματα) και του τρόπου λειτουργίας τους (12 παραδόσεις). Επίσης, σημαντικές δυσκολίες προκάλεσαν μια σειρά από όψιμα χαρακτηριστικά της λειτουργίας των ομάδων, όπως η υιοθέτηση της νοσολογικής αντίληψης, η εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικοποίησης των μελών, εργαλειοποίησης των βασικών ιδεών τους καθώς και γραφειοκρατικοποίησής τους (Ζαφειρίδης, Λαϊνάς, υπό δημοσίευση). Η σχέση με τα επιμέρους μέλη των ομάδων και η σταθερότητα στον τρόπο δουλειάς, που τοποθετεί τους άμεσα εμπλεκόμενους στο επίκεντρο της δράσης, μετρίασε τις προαναφερθείσες δυσκολίες. Ταυτόχρονα, η επισήμανση αυτών των ορίων οδήγησε στη βελτίωση και σε κάποιες περιπτώσεις στη μεταβολή λειτουργίας επιμέρους δράσεων του προγράμματος.

Η ελλιπή γνώση ή και παντελής άγνοια εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για την αυτοβοήθεια ήταν και παραμένει σε μεγάλο βαθμό ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα στην υπόθεση της προαγωγής αυτής στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Η έλλειψη γνώσης τόσο για την ύπαρξη όσο και για τον τρόπο λειτουργίας των ομάδων, αποτελεί εμπόδιο στη διάδοση της ιδέας της αυτοβοήθειας, αφού οι λειτουργοί υγείας μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό παράγοντα ενημέρωσης και διασύνδεσης με τις ομάδες αυτοβοήθειας. Σε αυτό το επίπεδο, η μεγάλη ανάπτυξη κατ'αρχάς των ομάδων τα τελευταία χρόνια και σε δεύτερο επίπεδο η δυναμική που αναπτύχθηκε στο Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας και η παράλληλη προσπάθεια ενημέρωσης των λειτουργών υγείας, τουλάχιστον σε τοπικό επίπεδο έφερε κάποια αποτελέσματα.

Ένα τρίτο επίπεδο δυσκολίας αφορά στην τρέχουσα πραγματικότητα και την αναπαράσταση που υπάρχει για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και την αντιμετώπισή τους, στο γενικό πλαίσιο, στους λειτουργούς υγείας αλλά και στις κυρίαρχες πολιτικές υγείας. Η κυρίαρχη αντίληψη για την αντιμετώπιση

ενός προβλήματος αφορά στην προσφυγή στους ειδικούς, που θα δώσουν την απάντηση. Η αποδόμησή της ειδικά κατά την αρχική φάση λειτουργίας του προγράμματος, όταν δεν υπήρχε εγκατεστημένη μια εναλλακτική πρόταση, αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες δυσκολίες, που έπρεπε να ξεπεραστούν. Το ζήτημα αυτό αφορούσε και αφορά και τους ίδιους τους εργαζομένους στο πρόγραμμα, αφού η ρήξη με την κυρίαρχη αντίληψη για τον παραδοσιακό ρόλο του ειδικού και την ανάγκη υιοθέτησης ενός νέου παραδείγματος παροχής βοήθειας είναι διαρκή ζητούμενα (Λαϊνάς, 2003).

Επίλογος

Οι καινοτομίες της λειτουργίας του προγράμματος, που βασίζονται στη μεταβολή του παραδοσιακού παραδείγματος παροχής βοήθειας, καθιστούν δυνατή τη συγκρότηση μιας νέας πρότασης στο πεδίο των εξαρτήσεων. Βασικά της πλεονεκτήματα είναι η δυνατότητα παροχής επαρκών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, χωρίς λίστες αναμονής ή τεράστιο οικονομικό κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό. Αυτά αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όταν συντελούνται σε ένα πλαίσιο ενεργοποίησης, συμμετοχής και ανάληψης της ευθύνης από τους άμεσα εμπλεκόμενους. Τα ποιοτικά αυτά στοιχεία προσδίδουν προστιθέμενη αξία και σημαντικές προοπτικές στην πρόταση αυτή.

Η συζήτηση όμως γύρω από την προαγωγή της αυτοβοήθειας στο πεδίο της εξάρτησης και η αναφορά στο παράδειγμα του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας δεν αφορά στην παρουσίαση ενός ακόμη «απόλυτου» μοντέλου επίλυσης του προβλήματος. Παρ' όλα, αυτά η παρουσίαση μιας νέας εμπειρίας για τα ελληνικά τουλάχιστον δεδομένα ελπίζουμε να δημιουργεί ερωτήματα και νέα πεδία προβληματισμού και δράσης.

Βιβλιογραφία

- Albee G. W. 1986 Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. *American Psychologist*, 41, 891-897.
- De Leon, G., [2004]. Commentary on "Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 163-165.
- DeLeon, G. [1997] (Ed.). *Community As Method. Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Praeger Publications.
- DeZeeuw, G. [2004]. *Innovating Social Support. Examples and Designs*. Στο Βιβλίο των Δικαίου Μ., και Berkeley D., [Επιμέλεια Έκδοσης]: *Οργανισμοί. Ζητήματα Έρευνας και Ανάπτυξης στις Σύγχρονες Κοινωνίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Georgiou, Al., & Lainas, S. [2007]. From needs assessment of people with substance abuse problems to the participatory planning and implementation of supportive actions: The example of the Self Help Promoting Program. Εισήγηση στο 2ο διεθνές συνέδριο της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδας (2nd International Conference of the Psychological Society of Northern Greece), Θεσσαλονίκη (Μάιος).
- Humphreys, K., Wing S., McCarty D., Chappel J., Gallant L., Haberle L., Horvath T., Kaskutas L., Kirk T., Kivlahan D., Laudet Al., McCrady B., McLellan T., Morgenstern J., Townsend M., Weiss R. [2004]. Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, Issue 3, 151-158.
- Makela, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I., Bergmark, K.H., Kurube, N., Mariolini, N., Olafsdottir, H., Peterson, J.H., Phillips, M., Rehm, J., Room, R., Rosenqvist, P., Rosovsky, H., Stenius, K., Swiatkiewicz, G., Woronowicz, B., & Zielinski, A. [1996]. *Alcoholics Anonymous as a mutual - help movement: A study in eight societies*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Powel, T. [1994]. Self Help research and policy issues. Κεφάλαιο 1ο στο βιβλίο του Thomas Powel [Επιμ. Έκδοσης]: *Understanding the self help organization. Frameworks and findings*. London: Sage Publications.
- Sarason, S. B. [1981] An asocial psychology and a misdirected clinical psychology. *American Psychologist*, 36 (8), 827 - 836.
- Scheper - Hughes [1987]. *Psychiatry inside out. Selected Writings of Basaglia*. Columbia Press.
- Winter, R., & Munn-Giddings, C. [2001]. Action Research: Contexts and Dimensions. Κεφάλαιο 3ο, στο βιβλίο των Winter, R., & Munn-Giddings, C., [Επιμ. Έκδοσης]: *A Handbook for Action Research in Health and Social Care*. London: Routledge.
- Ζαφειρίδης, Φ. [1988]. Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών. Εισήγηση στην Πανελλήνια Ενημερωτική Συνάντηση για τα Ναρκωτικά, 3-5/6, Αθήνα.
- Ζαφειρίδης, Φ. [2000]. Γενικές θέσεις του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών της κοινωνικής κλινικής ψυχολογίας των εξαρτήσεων για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, την εκπαίδευση και τους ρόλους των λειτουργών υγείας. Κείμενο κανονισμού λειτουργίας μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών της Κοινωνικής Κλινικής Ψυχολογίας των Εξαρτήσεων, του τμήματος Ψυχολογίας του Α.Π.Θ..
- Ζαφειρίδης, Φ. [2001]. Ψυχική υγεία και αυτοβοήθεια: Το παράδειγμα των Ν.Α. και Α.Α. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 73, 22-29.
- Ζαφειρίδης, Φ., Λαϊνάς, Σ. [υπό δημοσίευση]. Αθροιστικοί Ανώνυμοι και Ναρκωμανείς Ανώνυμοι: Η επαπειλούμενη απώλεια της ριζοσπαστικότητας των ομάδων.
- Λαϊνάς, Σ. [2003]. Ο Νέος Ρόλος των Λειτουργών Υγείας στην Αντιμετώπιση των Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων. Το Παράδειγμα του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας. Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. [1994]. *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. [2004]. Ψυχοκοινωνικά Συστήματα και Πολιτικές. Κατασκευή, Διαχείριση και Ανάιρεση του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Στο Βιβλίο των Δικαίου Μ., και Berkeley D., [Επιμέλεια Έκδοσης]: *Οργανισμοί. Ζητήματα Έρευνας και Ανάπτυξης στις Σύγχρονες Κοινωνίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας [2005]. Απολογισμός έργου τετραετίας 2001 - 2004.
- Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας [2007]. Απολογισμός έργου 2006.



Βασικές πληροφορίες για τις ομάδες των 12 Βημάτων

Το παρακάτω κείμενο στοχεύει στην παρουσίαση των βασικών αξόνων της λειτουργίας των ομάδων αυτοβοήθειας 12 Βημάτων. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται το βασικό εργαλείο θεραπείας που χρησιμοποιούν οι ομάδες («Τα 12 Βήματα») και το πλαίσιο αρχών που διασφαλίζει τη λειτουργία των ομάδων («Οι 12 Παραδόσεις» και «Τι δεν κάνουν οι ομάδες 12 Βημάτων»). Οι παρακάτω πληροφορίες έχουν συγκεντρωθεί από κείμενα διαφόρων ομάδων 12 Βημάτων¹ όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, οι Ανώνυμοι Нарκομανείς, οι Ανώνυμες Οικογένειες και οι Ανώνυμοι Υπερφάγοι.

Τα Δώδεκα Βήματα

1. Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι απέναντι στο πρόβλημά μας και ότι δεν ελέγχουμε πια τη ζωή μας.
2. Πιστέψαμε ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από μας μπορεί να μας επαναφέρει στην ψυχική και πνευματική υγεία.
3. Αποφασίσαμε να παραδώσουμε τη θέλησή μας και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού, όπως εμείς τον αντιλαμβανόμαστε.
4. Κάναμε μια διερευνητική και άφοβη εξέταση του εαυτού μας.
5. Παραδεχτήκαμε στο Θεό, στον εαυτό μας και σ' έναν άλλο άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.
6. Είμαστε εντελώς έτοιμοι να αφήσουμε το Θεό να εξαλείψει όλα τα ελαττώματα του χαρακτήρα μας.
7. Του ζητήσαμε ταπεινά να μας απαλλάξει από τις ατέλειές μας.
8. Κάναμε ένα κατάλογο όλων αυτών των ανθρώπων που βλάψαμε και προθυμοποιηθήκαμε να επανορθώσουμε τα λάθη μας.

9. Επανορθώσαμε άμεσα τα λάθη μας για όσους από αυτούς τους ανθρώπους ήταν δυνατό, εφόσον αυτό δεν έβλαπτε τους ίδιους ή άλλους.

10. Συνεχίσαμε να κάνουμε την προσωπική μας απογραφή και όταν σφάλλαμε το παραδεχόμαστε αμέσως.

11. Ζητήσαμε μέσω της προσευχής και της αυτοσυγκέντρωσης να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με τον Θεό, όπως εμείς τον αντιλαμβανόμαστε, προσευχόμενοι μόνο για να μας κάνει γνωστή τη θέλησή του για μας και για να αποκτήσουμε τη δύναμη να την πραγματοποιήσουμε.

12. Αφού σαν αποτέλεσμα των βημάτων αυτών, βιώσαμε μια πνευματική αφύπνιση, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε το μήνυμα αυτό και σ' άλλους που πάσχουν από το ίδιο πρόβλημα και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής μας.

Οι Δώδεκα Παραδόσεις

1. Το κοινό καλό όλων μας πρέπει να προηγείται. Η προσωπική ανάρρωση βασίζεται στην ενότητά της ομάδας μας.

2. Για τον σκοπό της ομάδας μας δεν υπάρχει παρά μία απόλυτη αρχή: ένας στοργικός Θεός, όπως εκφράζεται στη ομαδική μας συνείδηση. Οι αρχηγοί μας δεν είναι παρά έμπιστοι υπηρέτες, δεν κυβερνούν.

3. Η μόνη προϋπόθεση για να γίνει κανείς μέλος της ομάδας είναι η επιθυμία να σταματήσει να έχει το συγκεκριμένο πρόβλημα.

4. Κάθε ομάδα πρέπει να είναι αυτόνομη, εκτός από ζητήματα που αφορούν άλλες ομάδες ίδιες με τη δική μας ή όλους εμάς ως ευρύτερο σύνολο.

5. Κάθε ομάδα έχει ένα μόνο πρωταρχικό σκοπό:

¹ Αυτές οι πληροφορίες, ωστόσο, δεν αντιπροσωπεύουν ειδικά καμιά από τις επιμέρους ομάδες.

να μεταφέρει το μήνυμά της στον άνθρωπο με το συγκεκριμένο πρόβλημα, που ακόμη υποφέρει.

6. Μια ομάδα σαν τη δική μας δεν πρέπει ποτέ να υποστηρίζει, να χρηματοδοτεί ή να δανείζει το όνομά της σε μία ξένη επιχείρηση, ώστε προβλήματα χρηματικά, ιδιοκτησίας και γοήτρου να μη μας αποσπούν από τον πρωταρχικό μας σκοπό.

7. Κάθε ομάδα σαν τη δική μας πρέπει να είναι εντελώς ανεξάρτητη οικονομικά και να μη δέχεται ξένες συνεισφορές.

8. Ο χαρακτήρας της ομάδας μας πρέπει να παραμείνει πάντοτε μη επαγγελματικός, αλλά τα κέντρα υπηρεσιών μας μπορούν να προσλαμβάνουν ειδικούς επαγγελματίες.

9. Οι ομάδες μας αυτές καθαυτές δεν πρέπει να έχουν τη μορφή οργάνωσης, αλλά μπορούμε να δημιουργούμε επιτροπές ή ομάδες εργασίας, άμεσα υπεύθυνες απέναντι σε αυτούς που υπηρετούν.

10. Η ομάδα μας δεν έχει γνώμη για εξωτερικά ζητήματα, γι' αυτό το όνομά μας δεν πρέπει να αναμειγνύεται σε δημόσιες διαμάχες.

11. Οι δημόσιες σχέσεις μας είναι βασισμένες στην έλιξη παρά στην προώθηση. Χρειάζεται να κρατάμε πάντοτε την προσωπική μας ανωνυμία, όσον αφορά τον τύπο, το ραδιόφωνο, την τηλεόραση, τον κινηματογράφο και τα άλλα μέσα μαζικής επικοινωνίας.

12. Η ανωνυμία είναι το πνευματικό θεμέλιο όλων μας των παραδόσεων και μας υπενθυμίζει διαρκώς να τοποθετούμε τις αρχές πάνω από τις προσωπικότητες.

Τι ΔΕΝ κάνουν οι ομάδες 12 Βημάτων:

- Δεν προσπαθούν να πείσουν όσους έχουν πρόβλημα να συμμετάσχουν. Απευθύνονται σε ανθρώπους που θέλουν να σταματήσουν να έχουν πρόβλημα.

- Δεν προσπαθούν να παρακολουθούν ή να ελέγχουν τα μέλη τους. Βοηθούν όσους έχουν πρόβλημα να βοηθήσουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους.

- Δεν είναι θρησκευτικός οργανισμός. Όλα τα μέλη είναι ελεύθερα να αποφασίσουν για τις προσωπική τους θέωση του νοήματος της ζωής.

- Δεν αποτελούν ιατρική υπηρεσία, δεν δίνουν φάρμακα ή ψυχιατρικές συμβουλές.

- Δεν διευθύνουν νοσοκομεία, τμήματα κλινικών, θεραπευτήρια ή άλλου είδους υπηρεσίες νοσηλείας.

- Δεν συνδέονται με καμία άλλη οργάνωση. Ωστόσο, συνεργάζονται με οργανώσεις που πολεμούν το

ίδιο πρόβλημα. Κάποια από τα μέλη δουλεύουν για τέτοιους οργανισμούς, αλλά αυτόνομα – όχι ως εκπρόσωποι των ομάδων μας.

- Δεν δέχονται χρήματα από εξωτερικές πηγές, είτε ιδιωτικές, είτε της πολιτείας.

- Δεν προσφέρουν κοινωνικές υπηρεσίες, ούτε παρέχουν διαμονή, διατροφή, ένδυση, εργασία, χρήματα. Βοηθούν τους ανθρώπους που συμμετέχουν να μείνουν μακριά από το πρόβλημα, ώστε να κερδίσουν αυτά τα πράγματα μόνοι τους.

- Δεν θέλουν να αποκαλύπτεται το πλήρες όνομα ή το πρόσωπο των μελών τους στο ραδιόφωνο, την τηλεόραση, ή σε μέσα που αφορούν νέες τεχνολογίες, όπως το Ίντερνετ, τηρώντας την ανωνυμία που υπάρχει ως όρος και στο όνομα των ομάδων. Ωστόσο, τα μέλη δεν ντρέπονται να ανήκουν στις ομάδες αυτές. Θέλουν μόνο να ενθαρρύνουν κι άλλους ανθρώπους με το ίδιο πρόβλημα, ώστε να έρθουν στην ομάδα για βοήθεια. Δεν θέλουν να θεωρηθούν ήρωες και ηρωίδες, απλώς επειδή φροντίζουν για την υγεία τους.

- Δεν παρέχουν συστατικές επιστολές σε επιτροπές αποφυλάκισης, δικηγόρους, δικαστικούς λειτουργούς, κοινωνικές υπηρεσίες, εργοδότες κ.λ.π.

- Δεν κρατούν μητρώο παρακολούθησης ή ιστορικό συζητήσεων.

- Δεν συμμετέχουν σε «συμβούλια» κοινωνικών υπηρεσιών.

- Δεν προσφέρουν θρησκευτικού περιεχομένου υπηρεσίες.

- Δεν συμμετέχουν στην εκπαίδευση για το αλκοόλη.

- Δεν παρέχουν κατ' οίκον ή επαγγελματική συμβουλευτική.

Κατάλογος Συγκεντρώσεων Ομάδων Αυτοβοήθειας στην Ελλάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ*			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΗ			
Ομόνοια Ομάδα «Αθηνών»	Ζήνωνος 4Α, 3ος όροφος τηλ: 2105220416 / 2105227920	Καθημερινά 20:30	
Μπραχάμι Ομάδα «Εμείς Μπορούμε»	Σοφοκλή Βενιζέλου 15, Μετρό Αγ. Δημητρίου, τηλ.: 6979537520	Καθημερινά 20:30 Σάββατο άκαπνη	Το τελευταίο Σάββατο κάθε μήνα
Καλάνδρι Ομάδα «Υπάρχει Λύση»	Σοφοκλή Βενιζέλου 15, Μετρό Αγ. Δημητρίου, τηλ.: 6979537520	Καθημερινά 20:30 Δευτέρα και Παρασκευή άκαπνη	Κάθε πρώτη και τρίτη Τετάρτη του μήνα
Φάληρο Ομάδα «Ελπίδα»	Εκκλησία Παναγία Μυρτιδιώτισσα, τηλ.: 2104224142	Καθημερινά 20:15 Τρίτη άκαπνη	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			
Πάτρα	Πλατεία Γεωργίου 30 (Στοά), 1ος όροφος Τηλ. 6940-639146 e-mail: aapatras@yahoo.gr	Δευτέρα και Τετάρτη 20:30 Σάββατο 12:00	
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ – ΘΡΑΚΗ			
Θεσσαλονίκη Ομάδα «Θεσσαλονίκης»	Δωδεκανήσου και Βαλαωρίτου 1, 3ος όροφος e-mail: aa_thessaloniki@yahoo.gr Τηλ. 2310 626126 / 6947992482	Καθημερινά 20:00-21:30 Σάββατο & Κυριακή στις 12-13:30	Κάθε Τρίτη
Σέρρες Ομάδα «Σερρών»	Αριστοτέλους 7, Ισόγειο Τηλ. 6977-779922, 6973-313498 e-mail: aa_serres@yahoo.gr	Σάββατο στις 20:00 (Τηλεφωνήστε για να επιβεβαιώσετε την ώρα των συγκεντρώσεων)	
ΚΥΚΛΑΔΕΣ			
Πάρος	Τηλ. 6937-500227 Ulrike	Τρίτη και Παρασκευή 16:00 (Τηλεφωνήστε για να επιβεβαιώσετε την ώρα των συγκεντρώσεων)	
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ			
Μυτιλήνη	Τηλ 6932 545 975 - Όλγα	Κυριακή 18:00	
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ			
Πάμπος	Τηλ 6978 281 568 - Ρίππα	Κυριακή, Τετάρτη, Παρασκευή 19:00 από Μάρτιο έως Οκτώβριο	
ENGLISH SPEAKING MEETINGS/ ΑΓΓΛΟΦΩΝΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ			
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Athens Central Parthenon Group Ομάδα Κέντρου «Παρθενών»	4a Zinonos str., 8th floor, Omonoia square (Ζήνωνος 4, 3ος όροφος, Tel: 210 5227920 Group - 210 7017926 Tony)	Every day 12:00 and 18:45 (except Saturday evening) Wednesday evening non smoking Καθημερινά 12:00 και στις 18:45 (εκτός από το απόγευμα του Σαββάτου) Τετάρτη απόγευμα άκαπνη	
Athens North North Corner Group Ομάδα Βορείων Προαστίων «North Corner»	Tel: 210 8072391 Irene e-mail: irene.sekros@gmail.com	Thursday 18:15 (non smoking) Πέμπτη 18:15 (άκαπνη)	
Athens South South Athens Group (Non-smoking) Αθηναϊκή Ομάδα Νοτίων προαστίων (Άκαπνη)	Clinic "Kastalia", E Street, Helleniko (Elliniko) Tel: 210 9629356 Frances Κλινική «Καστάλια», Οδός Ε, Ελληνικό	Monday & Thursday at 18:30 Δευτέρα και Πέμπτη 18:30	
Hydra Kamini Group Ύδρα Ομάδα «Καμίνι»	Tel: 22980-53672 (Roger) 22980-53252 Robin	Saturday 10:00hrs (call to confirm meeting time) Σάββατο στις 10:00 Τηλεφωνήστε για να επιβεβαιώσετε την ώρα των συγκεντρώσεων)	

* Κεντρικό Γραφείο των Α.Α.: Ζήνωνος 4, 3ος όροφος, Ομόνοια, 10431, Αθήνα, Τηλ.: 210 5220416, E-mail: info@aa-greece.gr, http://www.aa-greece.gr.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ (συνέχεια)			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνο / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
MACEDONIA – THRACE / ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ			
Thassos Abundant life group Θάσος «Ομάδα αφθονίας ζωής»	Tel: 25930 23937 Gordon e-mail: gordon@tha.forthnet.gr	Monday 20:00hrs (call to arrange meeting) Δευτέρα 20:00 (Τηλεφωνήστε για να κανονίσετε συνάντηση)	
PELOPONNESUS/ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			
Kalamata/ Καλαμάτα	tel: 27210 73385 - 6938-413525 (Sally) Call to arrange meetings	(Τηλεφωνήστε για να κανονίσετε συνάντηση)	
CRETE/ΚΡΗΤΗ			
Hania/ Χανιά	Agios Konstantinos Church Tel: 28250 22319 Julia (English) Tel: 6949224604 Nikitas (Greek) Tel: 28310 91073 Hans - Juergen (German) e-mail: hpom@otenet.gr Εκκλησία Αγίου Κωνσταντίνου	Friday 19:30hrs Παρασκευή 19:30	
Rethymno/ Ρέθυμνο	Mikri Panaghia Church - Palia Poli 6936 905848 Christine e-mail: christina.cinnamonhill@yahoo.com Εκκλησία Μικρή Παναγιά – Παλιά Πόλη	Mondays 19:30hrs Δευτέρα 19:00	Every last Monday Κάθε τελευταία Δευτέρα του μήνα
CYCLADES/ΚΥΚΛΑΔΕΣ			
Paros/ Πάρος	Tel: 6937 500227	Tuesday and Friday at 19:00 (Call to confirm meeting times) Τρίτη και Παρασκευή 19:00 (τηλεφωνήστε για να επιβεβαιώσετε την ώρα των συγκεντρώσεων)	
GERMAN SPEAKING MEETINGS/ΓΕΡΜΑΝΟΦΩΝΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ			
ATTICA/ΑΤΤΙΚΗ			
Athens Central German Group/ Γερμανόφωνη Ομάδα «Athens Central»	4a Zinonos str. (8th floor), Omonoia Ζήνωνος 4, 8ος όροφος, Ομόνοια τηλ. 6976219369	Tuesday 18:00hrs (call to confirm meeting time) Πέμπτη 18:00 (τηλεφωνήστε για να επιβεβαιώσετε την ώρα των συγκεντρώσεων)	
POLISH SPEAKING MEETINGS/ ΠΟΛΩΝΙΚΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ			
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Kato Patisia Krokus Group/ Κάτω Πατήσια, Ομάδα «Krokus»	Alkamenous street 24 Tel. 6939-798 304 Zissis AA Wytrowalosc Αθακαμένους 24	Tuesday 20:00hrs Τρίτη 20:00	
	Michael Voda street tel 6978 164179 Robert Μιχαήλ Βόδα	Friday 20:00 - 22:00 Παρασκευή 20:00 – 22:00	
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΑΛ-ΑΝΟΝ/AL-ΑΝΟΝ**			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνο / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Ομόνοια	Ζήνωνος 4, 3ος όροφος, γραφείο 10-11 Τηλ. 2105239161	Δευτέρα, Παρασκευή 19:00-20:30 Τρίτη, Πέμπτη, 20:30-22:00 Τετάρτη 10:00-11:30 και 20:00-21:30	
Πειραιάς	Εκκλησία Ευαγγελίστρια - πνευματικό κέντρο (δίπλα στο γηροκομείο) Τηλ. 2104828360 & 6979278909	Τετάρτη 19:30 - 21:00 Παρασκευή 19:00 - 20:30	
Μπραχάμι	Σοφοκλή Βενιζέλου 15 (κοντά στο μετρό Αγίου Δημητρίου)	Δευτέρα, Πέμπτη, Σάββατο 18:30-20:00	

** Ελπίδα για τους συγγενείς και φίλους των αλκοολικών, ΑΛ-ΑΝΟΝ, Ζήνωνος 4, Ομόνοια, 10431, Αθήνα, Τηλ. 2105239161, e-mail: info@alanon.gr, <http://www.alanon.gr>.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΑΛ-ΑΝΟΝ/ΑΛ-ΑΝΟΝ (συνέχεια)			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ENGLISH SPEAKING MEETINGS/ ΑΓΓΛΟΦΩΝΕΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΙΣ			
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Athens/Αθήνα Neos Cosmos/ Νέος Κόσμος	Katsomouli 19 (near metropolitan railway) Κατσμουλή 19 (κοντά στο Μετρό)	Monday 19:00 – 20:30 Δευτέρα 19:00 -20:30	
Piraeus/ Πειραιάς	εκκλησία Ευαγγελίστρια - πνευματικό κέντρο (δίπλα στο γηροκομείο)	Παρασκευή 19:00 - 20:30 Τετάρτη 19:30 - 21:00	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ/ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			
Patra/ Πάτρα	Πατρέως 5	Δευτέρα 18:00 – 19:30	
Kalamata/ Καλαμάτα	Παλιό Νοσοκομείο Καλαμάτας (πρώτη πόρτα από τη Θουρία) Τηλ. 2721032523 (μετά τις 18:00)	Δευτέρα 19:30-21:00	
ΗΠΕΡΟΥΣ/ ΗΠΕΙΡΟΣ			
Ioannina/ Ιωάννινα	2651049631		
MACEDONIA-THRACE/ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ			
Thessaloniki / Θεσσαλονίκη	Προμηθέως 40, ισόγειο (κάθετος στη Μοναστηρίου, δίπλα στο Kapsis) τηλ. 6936076412 6973919107 6934624158 6979962002	Τετάρτη 18:30 - 20:00	Κάθε τελευταία Τετάρτη του Μαρτίου, Ιουνίου, Σεπτεμβρίου και Δεκεμβρίου
CORFU/ ΚΕΡΚΥΡΑ			
Corfu/ Κέρκυρα	2661038776 (8:00-13:00)		
CYCLADES/ΚΥΚΛΑΔΕΣ			
Paros/ Πάρος	Πρόδρομος Πάρου Τηλ.2284042579		
ΔΟΔΕΚΑΝΗΣΕ/ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ			
Rhodes/ Ρόδος	Πνευματικό Κέντρο Αγίας Αναστασίας Τηλ. 2241082307	Τετάρτη 19:00-20:00	
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΝΗΛΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ (ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS)***			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Αθήνα	Ζήνωνος 4, 3ος όροφος, Ομόνοια Τηλ. 6944357506 (Γιώργος) jutsulino@hotmail.com	Κυριακή 13:15	Κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ (NA – NARCOTICS ANONYMOUS)			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Γλυφάδα	Ανδρέα Παπανδρέου και Ασκληπιού 62	Δευτέρα έως Παρασκευή 20:30-14:00 Σάββατο 12:30-14:00 και 20:30-22:00 Κυριακή 12:30-14:00 Άκαπνη: Σάββατο 20:30-22:00	Κάθε Παρασκευή
Ηλιούπολη	Μαβίλη 39, Πλατεία Ανεξαρτησίας	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μήνα
Ηράκλειο	Σαλαμίνας και Ελευσινίων 7, Κέντρο Έρευνας, 1ος όροφος	Τρίτη και Πέμπτη 18:30-20:00 (άκαπνες)	Κάθε τελευταία Πέμπτη του μήνα
Μπραχάμι	Ζαλόγγου 13, πίσω από την εκκλησία του Αγίου Δημητρίου	Δευτέρα έως Παρασκευή 20:30-22:00	Κάθε Πέμπτη
Νέα Σμύρνη	Ωκεανίδων 2, πίσω από την εκκλησία Αγίου Σώστη	Δευτέρα και Τετάρτη 19:30-21:00 (άκαπνες)	Κάθε πρώτη Τετάρτη του μήνα
Παγκράτι	Λεωφόρος Υμηττού, Εκκλησία Προφήτη Ηλία	Τρίτη 19:00-20:30 (άκαπνη) Πέμπτη και Σάββατο 20:30-22:00 Κυριακή 14:30-16:00	Κάθε τελευταία Πέμπτη του μήνα
Αμπελόκηποι	Πανόρμου 59, κτίριο Δήμου Αθηναίων, 1ος όροφος	Δευτέρα 18:30-20:00	
Περιστερί	Παναγή Τσαλδάρη, (πίσω από την εκκλησία της Ευαγγελίστριας, στο συσσίτιο απόρων)	Δευτέρα και Πέμπτη 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μήνα

*** <http://www.adultchildren.org>.

****Ανώνυμοι Ναρκομανείς (NA – Narcotics Anonymous), Τηλέφωνο επικοινωνίας για όλες τις ομάδες: 210-3474777 [Καθημερινά 18:30 – 20:00], Τ.Θ. 750 64, Καλλιθέα, Αθήνα, 176 10, e-mail: infona@na-greece.gr, <http://www.na-greece.gr>.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ (NA – NARCOTICS ANONYMOUS) (συνέχεια)

Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Πετράλωνα	Δημοφώντος και Υπερίωνος 1	Κάθε μέρα εκτός Παρασκευής 12:30-14:00 Κάθε μέρα 20:30-22:00 (άκαπνη: Κυριακή 20:30-22:00 στο μικρό δωμάτιο) Αγγλόφωνη: Πέμπτη 18:30-20:00 Ομάδα Γυναικών: Σάββατο 18:15-19:45	Κάθε Δευτέρα 20:30-22:00
Πλάκα	Άγιος Νικόλαος Ραγγαβάς, Οδός Επιχάρμου	Δευτέρα και Πέμπτη 19:00-20:30	Κάθε πρώτη Πέμπτη του μήνα
Ταύρος	Αγαμέμνωνος 20, ισόγειο	Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή 20:30-22:00	Κάθε Πέμπτη
Χαλάνδρι	Εκκλησία Αγίου Κωνσταντίνου (υπό- γειο), Πλατεία Ηρώων Πολυτεχνείου	Τετάρτη 18:30-20:00 (άκαπνη)	Κάθε πρώτη Τετάρτη του μήνα
Μαρκόπουλο	Πλατεία Μαρκόπουλου, Δημαρχεί (στο ισόγειο)	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτη Δευτέρα του μήνα
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ- ΘΡΑΚΗ			
Θεσσαλονίκη	Προμηθέως 40, ισόγειο (κάθετος στη Μοναστηρίου, δίπλα στο Καψής)	Κάθε μέρα 20:30-22:30 (άκαπνες: Δευτέρα, Πέμπτη, Σάββατο και Κυριακή. επίσης Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη, Σάββατο και Κυριακή 12:00-13:00 γυναικεία θέματα: Πέμπτη 18:30-20:00	Κάθε Δευτέρα 20:30-22:00
Ιπποδρομίου	Ιπποδρομίου και Μανουσσιαννάκη (Πλατεία Ναυαρίνου) κάτω από την εκ- κλησία Κωνσταντίνου και Ελένης	Τρίτη και Τετάρτη 19:30-21:00 Σάββατο 12: -13:30	
Εύοσμος	Κοσμά αιτωλίου και Πινδάρου 34 Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης Εύοσμου	Πέμπτη 18:30-20:00	
Καθαμαριά	Αδραμυτίου 18 Πνευματικό Κέντρο Δήμου Καθαμαριάς, πλατεία Σκρα	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή 20:00-21:30 Κυριακή 12:00-13:30	
Κατερίνη	Καραϊσκάκη 2, ισόγειο	Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή, Σάββατο και Κυριακή 20:30-22:00 Κυριακή 12:00-01:30 Τετάρτη, 21:00-22:30	
Γιαννιτσά	Λιάπση 7 Εργατικό Κέντρο Γιαννιτσών (έναντι αστυνομικού τμήματος)	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, Σάββατο και Κυριακή 20:00-21:30	
Αλεξανδρούπολη	Αίνου 5, Μητρόπολη Αλεξανδρούπολης, ισόγειο	Δευτέρα και Πέμπτη 20:00-21:30	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			
Ναύπλιο	Μιχαήλ Ιατρού (2η πάροδος Πρόνοιας Ναυπλίου)	Κάθε μέρα 20:30-22:00	Κάθε πρώτο και τρίτο Σάββατο του μήνα
Πάτρα	Πατρών 5 και Αγίου Ανδρέα 1ος όροφος	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή και Σάββατο 20:30-22:00	Άκαπνη 1η Δευτέρα κάθε μήνα
ΚΡΗΤΗ			
Ηράκλειο Κρήτης	Παναγία (Μπεντεβή)	Τρίτη 16:30-18:00 Πέμπτη 19:00-20:30	κάθε πρώτη συνάντηση του μήνα
ΕΠΤΑΝΗΣΑ			
Λευκάδα	Ιερά Μονή Φανερωμένης, Λευκάδα	Τετάρτη 19:00 -21:00	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ (FA - FAMILIES ANONYMOUS)
ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Γλυφάδα	Ανδ. Παπανδρέου & Ασκησιού 62 (στάση Καραχάλιου, Ρεωφορεία 83)	Δευτέρα και Πέμπτη 18:00 -20:00	
Ηράκλειο	Σαλαμίνας & Ελευσινίων 7, 1ος όρο- φος, κόντα στον κινηματογράφο «Τα Τρία Αστέρια» (ηλεκτρικός, στάση Ηράκλειο)	Παρασκευή 18:30-20:00	
Ομόνοια	Γ΄ Σεπτεμβρίου 21, 3ος όροφος, κτίριο Ερυθρού Σταυρού (είσοδος από τη σταά)	Δευτέρα, Τετάρτη, Πέμπτη 19:00-20:30	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ (FA - FAMILIES ANONYMOUS) ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Περιστερί	Κυλικείο Εκκλησίας Αγίου Αντωνίου (Μετρό, στάση Άγιος Αντώνιος)	Πέμπτη 19:00-20:30	
Πετράλωνα	Δημοφώντος & Υπερίωνος 1, πίσω από την εκκλησία των Τριών Ιεραρχών (μετρό, στάση Πετράλωνα)	Σάββατο 17:30-19:15	
Χαλάνδρι	Πλατεία Κένεντυ, Εκκλησία Αγίου Γεωργίου, αίθουσα κατηχητικού	Τρίτη 19:00 – 20:30	
Μαρκόπουλο	Πλατεία Μαρκόπουλου, Δημαρχείο, Ισόγειο (ΚΤΕΛ από Πεδίο Άρεως προς Μαρκόπουλο-Πόρτα Ράφτη)	Τετάρτη και Παρασκευή 18:00-19:30	
Νέος Κόσμος	Φραντζή 14, Σταθμός FIX	Δευτέρα 18:30 - 20:00	
ΒΟΙΩΤΙΑ			
Λειβαδιά	Τηλ. 6944308673 (Τηλεφωνήστε για να κανονιστούν συναντήσεις)		
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ – ΘΡΑΚΗ			
Θεσσαλονίκη Κέντρο	Μητροπόλεως 10 (στάση Αλκαζάρ ή πλ. Ελευθερίας)	Δευτέρα 18:00-20:00 (3ος όροφος) Δευτέρα 20:30-22:30 (4ος όροφος) Τρίτη 19:00-21:00 (3ος όροφος) Τετάρτη (3ος όροφος) 18:00-20:00	
Εύοσμος	Κοσμά Αιτωλίου 19, πολιτιστικό Κέντρο (λεωφ. 20, τέγμα Μενεμένης)	Παρασκευή 18:30-20:30	
Κατερίνη	Εφέσου 1 & Ειρήνης, Χατζόγλειο Πολιτιστικό Κέντρο (στάση Άγαθμα Ελευθερίας) Τηλ.2351059	Τετάρτη 18:00-20:00	
Γιαννιτά	Εργατικό Κέντρο, 2ος όροφος	Τρίτη 18:30 – 20:30	
Ορεσιάδα	Εκκλησία Κοίμησης Θεοτόκου, Πνευματικό Κέντρο	Δευτέρα, 19:00 – 21:00	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			
Πάτρα	Πατρέως 5 & Αγ. Ανδρέα, 1ος όροφος.	Δευτέρα 17:30 – 19:30	
Ναύπλιο	Μοσχονησίων 33	Τρίτη, Πέμπτη, Κυριακή 17:00 – 18:30	
ΚΡΗΤΗ			
Ηράκλειο	Πλατεία Αναλήψεως, Πολιτιστικός Σύλλογος (πίσω από την εκκλησία της Αναλήψεως)	Δευτέρα 19:00 – 19:30	
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ			
Ρόδος	Ερυθρού Σταυρού 3 (στην αυλή του παλιού νοσοκομείου)	Δευτέρα και Παρασκευή 18:00 – 20:00	
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΥΠΕΡΦΑΓΟΙ (OA - OVEREATERS ANONYMOUS)*****			
Περιοχή / Νομός	Διεύθυνση / Τηλέφωνα / e-mail	Ημέρες / Ώρες	Ανοιχτή για το κοινό συνάντηση
ΑΤΤΙΚΑ/ΑΤΤΙΚΗ			
Ομόνοια	Ζήνωνος 4, 4ος όροφος Τηλ. 210 6893631	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή, Κυριακή 19:00-20:15 Τρίτη, Πέμπτη, Σάββατο 18:00-19:15	Κάθε τρίτη Κυριακή του μήνα
Λούτσα	Τηλ. 6977254068, 6934820250	Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή 17:00	Κάθε τρίτη Κυριακή του μήνα
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ			
(Για κάθε είδους διαταραχή διατροφής)	Προμηθέως 40 (κάθετος στη Μοναστηρίου, δίπλα στο Καψής) τηλ. 2310201584, 2310254191, 2310312521 website (για τη Θεσσαλονίκη): www.anonymoi-yperfagoi.weebly.com	Δευτέρα, 17:00-18:30 Τετάρτη 16:00-17:30 Σάββατο 18:00-19:30 Κυριακή 17.30-19:00	Κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα

Ποινικό Αδίκημα η Καθήλωση

ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΣΥΣΠΕΙΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ



Χιλιάδες έγκλειστοι στα Ψυχιατρεία όλων των βαλκανικών χωρών υφίστανται αυτή την ώρα την ψυχιατρική βαρβαρότητα και βιώνουν κάτω από τις πιο άθλιες συνθήκες τον κοινωνικό, αλλά και τον βιολογικό τους θάνατο.

Χιλιάδες έγκλειστοι βιώνουν τη μηχανική ή χημική καθήλωση, υποβάλλονται σε Ηλεκτροσόκ ή βρίσκονται στην απομόνωση και στερούνται με το πρόσημα του «θεραπευτικού μέτρου» τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Δηλαδή, το δικαίωμα να είναι άνθρωποι.

Η κατάσταση αυτή δεν είναι επιλογή τους.

Είναι επιλογή ενός κοινωνικού – πολιτικού – πολιτισμικού κατεστημένου, το οποίο για να διατηρήσει την ισορροπία του μοντέλου ανάπτυξης και αναπαραγωγής του, χρειάζεται τον κοινωνικό έλεγχο, αλλά και την κοινωνική εξόντωση όλων εκείνων που απειλούν την ισορροπία του. Αυτή η επιλογή αποκαλύπτεται στη διάδραση πολλών παραγόντων. Ποιοι είναι αυτοί;

Είναι οι επιστήμες εκείνες, οι οποίες με την επινόηση διαφόρων ψυχιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνιολογικών θεωριών, έρχονται να διαμορφώσουν και να οριοθετήσουν αυθαίρετα, αλλά «με επιστημονικούς όρους», τη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικού» και «μη-φυσιολογικού», «υγιούς» και «ψυχασθενούς»

Είναι κυρίως η Ψυχιατρική, η οποία παρατηρώντας, περιγράφοντας και κωδικοποιώντας με την επι-



στημονική αυθαιρεσία της ψυχιατρικής νοσογραφίας στην παραδοσιακή, στη βιο-ψυχοκοινωνική και στην κοινοτική της εκδοχή σε συνέργεια με τη Δικαιοσύνη και τις φαρμακοβιομηχανίες_ κατασκευάζει την έννοια της επικινδυνότητας και του επικίνδυνου ψυχασθενή.

Είναι οι κυρίαρχες πολιτικές ψυχικής υγείας, οι οποίες κατευθύνονται αποκλειστικά από δημοσιονομικά κριτήρια και κινούνται σε μια κατεύθυνση μείωσης του «βάρους» της δημόσιας δαπάνης και της ιδιωτικοποίησης ή της μείωσης των εγκλειστών με τη μεταφορά τους από τις κρατικοδίατες «μη-κερδοσκοπικές εταιρείες» σε νέου τύπου ιδρυματικές δομές στην κοινότητα.

Είμαστε εμείς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που εγκλωβισμένοι σε διαδικασίες και μηχανισμούς αλλοτρίωσης, αποποιούμαστε ακόμα και την ανθρωπινή υπόστασή μας και μετατρέπομαστε, μέσα από το σύστημα εκπαίδευσης, σε εκπαιδευμένα εργαλεία άσκησης βίας σε συνανθρώπους μας.

Είμαστε εμείς οι πολίτες που με την ανοχή μας απέναντι στον εγκλεισμό και στην εξόντωση των συμπολιτών μας, συντηρούμε και αναπαράγουμε αυτή την κατάσταση.

Το αίτημα, λοιπόν, για την απαγόρευση και ποινικοποίηση της άσκησης κάθε μορφής βίας στην Ψυχιατρική και για την κατάργηση των τόπων εγκλεισμού δεν είναι απλά ένα ανθρωπιστικό ζήτημα, αλλά και ένα αίτημα για τη δική μας απελευθέρωση από την αλλοτρίωση που βιώνουμε κι εμείς οι ίδιοι.

Το έργο «Δράσεις για την Άρση των Εμποδίων Κοινωνικής Ένταξης και Εργασιακής Ενσωμάτωσης Κοινωνικά Αποκλεισμένων Ομάδων» απευθύνεται σε άτομα και φορείς της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας. Στοχεύει στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης προσέγγισης των ζητημάτων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική ένταξη ή επανένταξη ατόμων που βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού ή διατρέχουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, εξαιτίας κάποιων σωματικών, πολιτισμικών ή κοινωνικών ιδιομορφιών τους.

Πρόκειται για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση σε τρία επίπεδα:

α. στο προσωπικό των υπηρεσιών Υγείας, Πρόνοιας και Προώθησης στην Απασχόληση, με στόχο την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών,

β. σε μέλη ευπαθών κοινωνικών ομάδων που βιώνουν ή αντιμετωπίζουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, με έμφαση στην ενδυνάμωση τους ώστε να συμμετάσχουν ενεργά στην εργασιακή και κοινωνική τους (επαν)ένταξη,

γ. στους χώρους εργασίας τους, με στόχο την απόσβεση των προκαταλήψεων των υπολοίπων εργαζομένων και τη δημιουργία προϋποθέσεων για την ίση μεταχείρισή τους.

Παράλληλα, κεντρικό ρόλο σε όλες τις δραστηριότητες αποκτούν:

- Η ανάδειξη και η προαγωγή αξιών, στάσεων και συμπεριφορών που συμβάλλουν στην βελτίωση της ζωής και της υγείας των πολιτών,

- Η ενεργοποίηση και δραστηριοποίηση των συμμετεχόντων, αλλήλ και του ευρύτερου πληθυσμού,

- Η προαγωγή συλλογικών διαδικασιών για την άρση διεργασιών κοινωνικού αποκλεισμού,

- Η υποστήριξη πρακτικών αλληλεγγύης, αυτοβοήθειας και αυτοοργάνωσης σε επιμέρους πληθυσμιακές ομάδες,

- Η προώθηση της διασύνδεσης, της συνεργασίας και της δικτύωσης των υπηρεσιών και των εργαζομένων σε αυτές, με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητάς τους απέναντι σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.

«ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

Στο πλαίσιο του έργου πραγματοποιήθηκε, με μεγάλη συμμετοχή, Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα: «ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» στις 20 & 21 Οκτωβρίου 2007. Βασικές θεματικές ενότητες του συνεδρίου ήταν οι εξής:

- Κοινωνικός Αποκλεισμός
- Εξαρτήσεις – Κριτικές Προσεγγίσεις
- Ψυχική Υγεία
- Μετανάστευση και Μετανάστες

Τα πρακτικά του Συνεδρίου θα εκδοθούν σε ειδικό τεύχος.