

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ Θ. ΦΛΩΡΑ

ΑΘΗΝΑ 2011

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ Α., Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου (επόπτης)

ΚΟΚΚΕΒΗ Α., Αν. Καθ. Ιατρικής Παν. Αθηνών

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Μ.Ε., Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ Α., Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου (επόπτης)

ΚΟΚΚΕΒΗ Α., Αν. Καθ. Ιατρικής Παν. Αθηνών

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Μ.Ε., Αν. Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

MELON R., Αν. Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Θ., Αν. Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ Ι., Αν. Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ., Αν. Καθ. Παντείου Πανεπιστημίου

Στο Θεόφιλο, τη Βάσω και τη Χριστίνα

Στο Βασίλη και τη Μελίνα

Ευχαριστίες

Με αφορμή την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους ανθρώπους που η συμβολή τους υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική για να φέρω σε πέρας τη διατριβή αυτή:

Την κόρη μου Μελίνα. Το σύντροφό μου Βασίλη για την ανιδιοτελή και ανυπολόγιστη στήριξη κατά τη διάρκεια των δύσκολων στιγμών. Τον πατέρα μου Θεόφιλο, τη μητέρα μου Βασιλική, την αδερφή μου Χριστίνα για την εμπιστοσύνη και την πολύπλευρη συνεισφορά τους. Ένα μεγάλο ευχαριστώ για αυτούς και άλλους λόγους που ο καθένας ξεχωριστά γνωρίζει καλά.

Η περάτωση αυτής της διατριβής δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την καθοδήγηση του επιβλέποντα καθηγητή Αναστάσιου Σταλικά, τον οποίο θέλω να ευχαριστήσω θερμά για την ευκαιρία που μου έδωσε να μελετήσω το συγκεκριμένο θέμα. Με γενναιοδωρία και οξυδέρκεια παρείχε ουσιαστική επίβλεψη και υποστήριξη. Η εργασία μαζί του υπήρξε για μένα σημαντική εκπαιδευτική εμπειρία.

Οφείλω να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Ιατρικής κα Άννα Κοκκέβη, για τις πολύτιμες γνώσεις της στο αντικείμενο της διατριβής και τη διαθεσιμότητά της στην παροχή συμβουλών.

Επίσης, ευχαριστώ την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Κλαίρη Συνοδινού για τη συμμετοχή της στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή και την υποστήριξη της προσπάθειάς μου.

Σε ένδειξη ευγνωμοσύνης, ευχαριστώ τον καθηγητή Φοίβο Ζαφειρίδη, την Ομότιμη Καθηγήτρια Ψυχολογίας Μίκα Χαρίτου-Φατούρου και την καθηγήτρια Μαρία Δικαίου για την ουσιαστική τους βοήθεια σε σημαντικές στιγμές της εκπαιδευτικής μου πορείας.

Ως πράξη φιλίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Ελένη Ι., την Ελένη Δ., τους συναδέλφους στην ερευνητική ομάδα Θετικών Συναισθημάτων και τους συμφοιτητές μου στο μεταπτυχιακό της Κλινικής και Κοινωνικής Ψυχολογίας.

Ευχαριστώ ακόμη το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών για την οικονομική υποστήριξη. Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε στο πρόγραμμα απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «18 Άνω». Η δομή υπήρξε για μένα για 2 περίπου χρόνια χώρος φιλοξενίας και ανταλλαγής προβληματισμών. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την επιστημονικά υπεύθυνη κα Κατερίνα Μάτσα, για την εκπαιδευτική και επιστημονική υποστήριξη. Ευχαριστώ το θεραπευτικό προσωπικό του «18 Άνω» για τη βοήθεια και την ανεκτικότητα που έδειξε στη δύσκολη και πολύμηνη διενέργεια της έρευνας.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τους θεραπευόμενους του προγράμματος για την εμπιστοσύνη, το χρόνο και τις σκέψεις τους, πολύτιμους αρωγούς της όλης προσπάθειας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	VIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	XII
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	3
Εξάρτηση-πλαίσιο ορισμού.....	3
Μοντέλα εξάρτησης.....	11
Βιολογικές θεωρίες.....	11
Ψυχιατρική άποψη.....	12
Ψυχαναλυτική θεωρία.....	13
Συμπεριφοριστικές-Γνωστικές θεωρίες.....	15
Ανθρωπιστικές-Υπαρξιστικές θεωρίες.....	16
Κοινωνικές θεωρίες.....	18
Η εξάρτηση ως ατομική επιλογή.....	20
Χρήση ουσιών: πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα.....	22
Παράγοντες που συνδέονται με την ευαλωτότητα στην εξάρτηση και την επιλογή του αντικειμένου εξάρτησης.....	23
Προσεγγίζοντας την έννοια της θεραπείας.....	25
Θεραπεία (treatment).....	25
Ανάρρωση (recovery).....	27
Η έννοια της αλλαγής στην εξάρτηση.....	27
Μέθοδοι θεραπείας.....	31
Ανοιχτά προγράμματα.....	31
Χρήση φαρμάκων/θεραπεία μέσω υποκατάστατων.....	34
Κλειστά προγράμματα-θεραπευτικές κοινότητες.....	36
Ομάδες αυτοβοήθειας.....	39
Φυσική ανάρρωση (natural recovery).....	41
Εισαγωγή στη θεραπεία.....	42
Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων που ζητούν θεραπεία.....	46
Παράγοντες που συνδέονται με τη θεραπεία της εξάρτησης.....	49
Μέθοδοι έρευνας.....	67
Περιγραφή και στόχοι της παρούσας έρευνας.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΣ.....	74
Δείγμα.....	74
Εργαλεία.....	74
Η κλίμακα Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).....	75

Η κλίμακα Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ).....	76
Οι κλίμακες Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at Preatreatment (Expectations) και Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8).....	77
Η κλίμακα Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).....	78
Η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS).....	79
Η κλίμακα Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD).....	81
Η κλίμακα Meaning in Life Questionnaire (MLQ).....	82
Διαδικασία.....	82
Πιλοτικό μέρος.....	83
Κυρίως διαδικασία.....	84
Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	84
Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	86
Περιγραφή δείγματος.....	86
Έλεγχος λειτουργίας εργαλείων.....	91
Προκαταρκτικές αναλύσεις.....	95
Κύριες αναλύσεις-Ερευνητικά ερωτήματα.....	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	163
Θεωρητικές προεκτάσεις.....	184
Ερευνητικές προεκτάσεις.....	185
Κλινικές προεκτάσεις.....	186
Εκπαιδευτικές προεκτάσεις.....	188
Περιορισμοί της έρευνας.....	189
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	191
Συμπεράσματα.....	192
Βιβλιογραφία.....	194
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	231
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	239
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	241
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV.....	242

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.....	24
Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά ανθρώπων που προσέγγισαν θεραπευτικά προγράμματα για το πρόβλημα της εξάρτησης.....	48
Πίνακας 3:Αριθμός ατόμων ανά φάση και ανά μέτρηση.....	86
Πίνακας 4:Βαθμός αποχώρησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα.....	87
Πίνακας 5: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δημογραφικών στοιχείων (N=157).....	88
Πίνακας 6: Ποσοστά δημογραφικών στοιχείων.....	88
Πίνακας 7:Συγκριτικός πίνακας χαρακτηριστικών ατόμων που παρέμειναν στη θεραπεία και όσων αποχώρησαν.....	90
Πίνακας 8: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών στις τέσσερις μετρήσεις.....	96
Πίνακας 9:Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων ανά φάση θεραπείας στην ερώτηση «πιο έντονο συναίσθημα».....	97
Πίνακας 10:Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές-μέτρηση 1 ^η	98
Πίνακας 11: Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές-μέτρηση 2 ^η	98
Πίνακας 12: Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές –μέτρηση 3 ^η	99
Πίνακας 13: Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές -μέτρηση 4 ^η	99
Πίνακας 14: Επίδραση του χαρακτηριστικού «Παλιός-Νέος Θεραπευόμενος» στις υπό μελέτη μεταβλητές.....	100
Πίνακας 15: Επίδραση της Προηγούμενη θεραπείας (ναι-όχι) στις υπό μελέτη μεταβλητές.....	100
Πίνακας 16: Επίδραση του χαρακτηριστικού «Συγκατοίκηση με χρήστες (ναι-όχι)» στις υπό μελέτη μεταβλητές.....	101
Πίνακας 17: Επίδραση του χαρακτηριστικού «Διαβίωση (μόνος-γονεϊκή οικογένεια)» στις υπό μελέτη μεταβλητές.....	101
Πίνακας 18: Επίδραση του χαρακτηριστικού «Διαβίωση(σταθερή-προσωρινή στέγη)» στις υπό μελέτη μεταβλητές.....	102
Πίνακας 19: Πηγή παραπομπής-Στατιστικά σημαντικές διαφορές.....	103
Πίνακας 20: Εργασιακή κατάσταση- Στατιστικά σημαντικές διαφορές.....	103
Πίνακας 21: Εκπαιδευτικό επίπεδο-Στατιστικά σημαντικές διαφορές.....	104
Πίνακας 22: Ουσία έναρξης-Στατιστικά σημαντικές διαφορές.....	105
Πίνακας 23: Συσχετίσεις ποσοτικών σταθερών χαρακτηριστικών μεταξύ τους.....	106
Πίνακας 24: Αναγνώριση -Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	108

Πίνακας 25: Αναγνώριση - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	109
Πίνακας 26: Αμφιβολία - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	110
Πίνακας 27: Αμφιβολία - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	110
Πίνακας 28: Βήματα για αλλαγή - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	111
Πίνακας 29: Βήματα για αλλαγή - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	112
Πίνακας 30: Αυτοαποτελεσματικότητα - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	113
Πίνακας 31: Αυτοαποτελεσματικότητα - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	113
Πίνακας 32: Ικανοποίηση - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	114
Πίνακας 33: Ικανοποίηση - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	115
Πίνακας 34: Κοινωνική Υποστήριξη - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	116
Πίνακας 35: Κοινωνική Υποστήριξη - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	116
Πίνακας 36: Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	118
Πίνακας 37: Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	118
Πίνακας 38: Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	119
Πίνακας 39: Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	119
Πίνακας 40: Κλινική Εικόνα - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	120
Πίνακας 41: Κλινική Εικόνα - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	121
Πίνακας 42: Άγχος- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	122
Πίνακας 43: Άγχος- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	122
Πίνακας 44: Κατάθλιψη - Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	123
Πίνακας 45: Κατάθλιψη - Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	124
Πίνακας 46: Θετικά Συναισθήματα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	125
Πίνακας 47: Θετικά Συναισθήματα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	126
Πίνακας 48: Αρνητικά Συναισθήματα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	127
Πίνακας 49: Αρνητικά Συναισθήματα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	127
Πίνακας 50: Παρουσία Νοήματος- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων.....	128
Πίνακας 51: Παρουσία Νοήματος- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις.....	129
Πίνακας 52: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που μπήκαν στην κλειστή φάση και όσων διέκοψαν στη φάση του συμβουλευτικού σταθμού.....	132

Πίνακας 53: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία πριν φτάσουν στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης.....	133
Πίνακας 54: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και τους έξι μήνες της κλειστής φάσης.....	134
Πίνακας 55: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και τους έξι μήνες της κλειστής φάσης.....	134
Πίνακας 56: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση και πέρασαν στην επανένταξη και όσων διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης.....	135
Πίνακας 57: Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση και πέρασαν στην επανένταξη και όσων διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης.....	135
Πίνακας 58: Μεταβλητές που επηρεάζουν τη μετάβαση από την αρχική φάση (συμβουλευτικός σταθμός) στην κλειστή φάση της θεραπείας.....	137
Πίνακας 59: Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας.....	137
Πίνακας 60: Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας.....	138
Πίνακας 61: Μεταβλητές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και τη μετάβαση στην κοινωνική επανένταξη.....	139
Πίνακας 62: Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή κάποιου στους τρεις μήνες της επανένταξης.....	140
Πίνακας 63: Μεταβλητές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και τη μετάβαση στην κοινωνική επανένταξη.....	142
Πίνακας 64: Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κοινωνικής επανένταξης.....	143
Πίνακας 65: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης του προβλήματος (1 ^η φάση).....	145
Πίνακας 66: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των βημάτων για αλλαγή (1 ^η φάση).....	145
Πίνακας 67: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (1 ^η φάση).....	146
Πίνακας 68: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της προσδοκίας (1 ^η φάση).....	146
Πίνακας 69: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (1 ^η φάση).....	147
Πίνακας 70: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των θετικών συναισθημάτων.....	148

Πίνακας 71: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναζήτησης νοήματος (1 ^η φάση)	148
Πίνακας 72: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	149
Πίνακας 73: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	150
Πίνακας 74: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ανάληψης βημάτων για αλλαγή (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	150
Πίνακας 75: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των βημάτων για αλλαγή (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	151
Πίνακας 76: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ικανοποίησης (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	152
Πίνακας 77: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ικανοποίησης (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	152
Πίνακας 78: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	153
Πίνακας 79: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	154
Πίνακας 80: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	154
Πίνακας 81: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	155
Πίνακας 82: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κατάθλιψης (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	156
Πίνακας 83: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κατάθλιψης (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	157
Πίνακας 84: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κλινικής εικόνας (άγχος, κατάθλιψη, στρες) (2 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	158
Πίνακας 85: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κλινικής εικόνας (άγχος, κατάθλιψη, στρες) (2 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	159
Πίνακας 86: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (3 ^η φάση-ίδια μέτρηση).....	159
Πίνακας 87: Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (3 ^η φάση-όλες οι μετρήσεις).....	160

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: <i>Η πορεία της μεταβλητής «αναγνώριση του προβλήματος» στις 4 μετρήσεις</i>	σ. 109
Διάγραμμα 2: <i>Η πορεία της μεταβλητής «αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.111
Διάγραμμα 3: <i>Η πορεία της μεταβλητής «βήματα για αλλαγή» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.112
Διάγραμμα 4: <i>Η πορεία της μεταβλητής «αυτοαποτελεσματικότητα» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.114
Διάγραμμα 5: <i>Η πορεία της μεταβλητής «ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.115
Διάγραμμα 6: <i>Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-συνολική» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.117
Διάγραμμα 7: <i>Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-φίλοι» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.118
Διάγραμμα 8: <i>Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.120
Διάγραμμα 9: <i>Η πορεία της μεταβλητής «κλινική εικόνα» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.121
Διάγραμμα 10: <i>Η πορεία της μεταβλητής «άγχος» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.123
Διάγραμμα 11: <i>Η πορεία της μεταβλητής «κατάθλιψη» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.124
Διάγραμμα 12: <i>Η πορεία της μεταβλητής «θετικά συναισθήματα» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.126
Διάγραμμα 13: <i>Η πορεία της μεταβλητής «αρνητικά συναισθήματα» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.128
Διάγραμμα 14: <i>Η πορεία της μεταβλητής «παρουσία νοήματος» στις 4 μετρήσεις</i>	σ.129
Διάγραμμα 15: <i>Παράγοντες με στατιστικά σημαντική αύξηση</i>	σ.131
Διάγραμμα 16: <i>Παράγοντες με στατιστικά σημαντική μείωση</i>	σ.131

Περίληψη

Κύριο θέμα αυτής της εργασίας είναι η μελέτη των συντελεστών που ευνοούν την επιτυχία έκβασης στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε τους βασικότερους παράγοντες, στους οποίους και θα αναφερθούμε αναλυτικά. Στόχος της εργασίας είναι να μελετήσει εάν οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με την ολοκλήρωση των προγραμμάτων στην Ελλάδα. Οι μεταβλητές αυτές αξιολογούνται σε τρεις φάσεις της θεραπείας (αρχή, μέση και τέλος). Στόχος είναι η μελέτη τόσο των παραγόντων που συνδέονται με την επιτυχή ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος όσο και του μηχανισμού αλλαγής που συντελείται στη διάρκεια της θεραπείας

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν τον σημαντικό ρόλο της ετοιμότητας για αλλαγή, της κλινικής εικόνας και της κοινωνικής υποστήριξης στη μετάβαση από το ένα στάδιο θεραπείας στο άλλο και ανέδειξαν το ρόλο νέων μεταβλητών στο πεδίο όπως τα θετικά συναισθήματα και η αντίληψη του νοήματος της ζωής. Η θετική προβλεπτική σχέση της αυτοαποτελεσματικότητας με την ετοιμότητα, τα θετικά συναισθήματα και το νόημα ζωής ειδικά στο τέλος της θεραπείας δείχνει τη σημασία της μεταβλητής αυτής (προερχόμενης από το χώρο της γνωσιακής σχολής) ως προβλεπτικού παράγοντα της θεραπείας.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει με την αξιολόγηση του συνδυασμού μιας σειράς παραγόντων σε επαναλαμβανόμενα σημεία στο χρόνο στην κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής ως δυναμικής διεργασίας, μέσα από τους παράγοντες που την προωθούν, αυτούς που την αναστέλλουν και άλλους με διττό και πολύπλευρο ρόλο. Η διαμόρφωση ενός μοντέλου ικανού να εξηγήσει τη θεραπευτική πορεία αλλαγής στην εξάρτηση αξιοποιώντας τα μέχρι τώρα δεδομένα θα μπορούσε να αποτελέσει το επόμενο ερευνητικό βήμα.

Abstract

The main topic of this thesis is the study of the factors conducive to success in drug treatment programs on Psychotropic Substances. The literature review revealed the main factors that will be discussed in detail. The aim of this study is to examine whether these factors are associated with the completion of projects in Greece. These variables are evaluated in three phases of treatment (beginning, middle and end). The aim is to study both the factors associated with successful completion of the treatment program and the mechanism of change that occurs during treatment. The results showed the important role of readiness for change, clinical situation and social support in the transition from one treatment stage to another and highlighted the role of new variables in this area as positive emotions and the perception of the meaning of life. The positive predictive relationship of self-efficacy with readiness, positive emotions and the meaning of life, especially at the end of treatment shows the importance of this variable (derived from the field of cognitive faculty) as a predictive factor of the treatment.

This study contributes, through the evaluation of a combination of factors at repeated points in time, in understanding the process of change as a dynamic process, highlighting the factors that promote, those who inhibit and others with dual and multifaceted role. The development of a model capable of explaining the therapeutic process of change in dependency using the current data could be the next research step.

Εισαγωγή

Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες αποτελεί ένα από τα μείζονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του σύγχρονου κόσμου. Η ραγδαία διάδοση του φαινομένου από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα ώθησε τους ειδικούς όλων σχεδόν των συναφών κλάδων (ιατρική, βιολογία, ψυχολογία, κοινωνιολογία) στην αναζήτηση των αιτιών που το προκαλούν και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισης. Οι αντιφάσεις που συναντά κανείς στη μελέτη της εξάρτησης είναι ποικίλες, από την προσπάθεια ορισμού και προσδιορισμού της πολυσύνθετης φύσης του φαινομένου ως τις πιο εξειδικευμένες θεραπευτικές προτάσεις. Η εξάρτηση αποτελεί ωστόσο διακριτή διαταραχή στην έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, American Psychiatric Association [APA])*, γεγονός που αποτυπώνει την κλινική και ερευνητική τεκμηρίωση των βασικών τουλάχιστον χαρακτηριστικών της.

Τα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες άτομα αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα μιας νοσηρής κατάστασης με διάφορες οργανικές, ψυχολογικές, διαπροσωπικές και κοινωνικές συνέπειες. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία του φαινομένου δυσχεραίνει την ολοκληρωμένη θεωρητική του κατανόηση και την αποτελεσματική θεραπευτική του αντιμετώπιση. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί και προταθεί κατά καιρούς βασίζονται σε αντίστοιχες θεωρητικές παραδοχές και ερευνητικά ευρήματα που τις υποστηρίζουν. Έτσι με το φαινόμενο έχουν ασχοληθεί-πέραν των νευροεπιστημών-η ψυχανάλυση, η γνωστική-συμπεριφορική σχολή αλλά και η κοινωνική ψυχολογία.

Ένα από τα θέματα που απασχολούν τις σύγχρονες έρευνες στο πεδίο είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η διερεύνησή του προϋποθέτει το πλαίσιο καθορισμού της θεραπείας ως έννοιας και εφαρμοσμένης πράξης. Με άλλα λόγια, ποιοι παράγοντες συνθέτουν τη θεραπεία και πώς ορίζεται κάθε φορά το αποτέλεσμα. Έπεται η αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος που δείχνει την επιτυχία της παρέμβασης και επιτάσσει τον σχεδιασμό των μελλοντικών παρεμβάσεων.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία απεξάρτησης. Η εύρεση αυτών των παραγόντων, η μελέτη τους στην ελληνική πραγματικότητα και η εκτίμησή τους στα διάφορα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελούν τα βασικά βήματα της μελέτης.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι βασικές θέσεις ορισμού, τα μοντέλα ερμηνείας της εξάρτησης, οι έννοιες και οι μέθοδοι θεραπείας, καθώς και αναλυτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία και οι κύριες μέθοδοι διερεύνησής τους. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όπως προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις που διεξήγαμε. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και της σημασίας τους στην κατανόηση του μηχανισμού αλλαγής στη διαδικασία απεξάρτησης. Τέλος γίνεται αναφορά στις θεωρητικές, ερευνητικές και κλινικές προεκτάσεις των ευρημάτων, στους περιορισμούς της μελέτης και στις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Εξάρτηση-πλαίσιο ορισμού

Η χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών δεν αποτελεί καινούριο φαινόμενο. Η ύπαρξή του έχει τις ρίζες της στα πρώτα ιστορικά χρόνια και πιθανώς στην προϊστορική νεολιθική περίοδο. Η επίγνωση ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε μη κατάλληλες κοινωνικά συμπεριφορές και άλλα προβλήματα είναι το ίδιο παλιά. (Rugdley, 1995). Αναφορές στην Παλαιά Διαθήκη (π.χ. ο Νώε σκότωσε τις κόρες του ενώ ήταν μεθυσμένος) και την ελληνική μυθολογία (π.χ. οι Μαινάδες, γυναίκες οδηγημένες στην τρέλα από τη χρήση αλκοόλ, σκοτώνουν τα παιδιά τους και τα κομματιάζουν) στηρίζουν αυτή τη διαπίστωση (Adrian, 2001).

Η γνώση των ιστορικών χαρακτηριστικών ενός φαινομένου συμβάλλει στην κατανόηση της ανάπτυξής του και συνεπώς στην αντιμετώπισή του. Έτσι, οι ψυχοδραστικές ουσίες συναντώνται σε ποικίλες εκφάνσεις της ατομικής και κοινωνικής παρουσίας. Σε ατομικό επίπεδο η χρήση των ουσιών αυτών συνδέεται με επιθυμητά αποτελέσματα, όπως την ανακούφιση επώδυνων ψυχικών και συναισθηματικών καταστάσεων αλλά και σωματικών συμπτωμάτων, την τόνωση της ενεργητικότητας παρά την κούραση ή την έλλειψη διάθεσης και την «διαφυγή» από την τωρινή κατάσταση μέσω των αλλαγών στην συνειδησιακή κατάσταση. Κοινωνικά, ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ χρησιμοποιούνται σε μια σειρά από τελετουργίες και ιεροτελεστίες στην Ιουδαϊκή, Ρωμαϊκή αλλά και Ανατολική παράδοση. Ως ένα βαθμό, η ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού συμβαδίζει με την εξέλιξη των ψυχοδραστικών ουσιών. Καθώς η πολυπλοκότητα των κοινωνιών αυξάνεται, το ίδιο συμβαίνει με τις ψυχοτρόπες ουσίες, τα μέσα κατανάλωσής τους και τα προβλήματα που σχετίζονται αυτές (Westermeyer, 2005).

Η περιγραφή της εξάρτησης ως διακριτής διαταραχής με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είναι ο στόχος αυτού του κεφαλαίου, όπου παραθέτουμε τις κυριότερες θέσεις. Μια πρώτη παρατήρηση αφορά στην ύπαρξη πολλαπλών όρων που περιγράφουν την ίδια νοσολογική και εννοιολογική οντότητα καθώς και στις συγκλίσεις και τις διαφορές ανάμεσά τους. Οι επικρατέστεροι όροι είναι: εθισμός (addiction), εξάρτηση (dependence) και κατάχρηση ουσιών (substance abuse).

Η λατινική ρίζα της λέξης addiction (addicere), σημαίνει «κυριεύω, καταδικάζω» και ο κλασικός ορισμός του εθισμού αναφέρεται σε μια καθ' ἑξίν ή

παρορμητική προσήλωση σε ένα αντικείμενο ή δραστηριότητα (Webster's, 1988). Ο όρος «addiction» εμφανίστηκε στο τέλος του 19^{ου} αιώνα και άρχισε να περιορίζεται σε καταστάσεις όπου η σωματική εξάρτηση σε μια χημική ουσία αποδεικνύεται με την εμφάνιση ανοχής σε αυτή ή του συμπτώματος της στέρησης (Walters, 1999). Στα μετέπειτα χρόνια, ωστόσο, ο ορισμός «επέστρεψε» στις κλασικές του ρίζες και επεκτάθηκε σε ουσίες που δεν φαίνεται να οδηγούν σε σωματική εξάρτηση και σε μη σχετιζόμενες με ουσίες δραστηριότητες όπως ο τζόγος, το σεξ, και οι διαταραχές διατροφής (Akers, 1991). Σύμφωνα με αυτόν τον αναθεωρημένο ορισμό, κάθε ενεργητική συμπεριφορά είναι εν δυνάμει εθιστική. Το πρόβλημα με αυτή την προσέγγιση είναι ότι τα κριτήρια ενός τέτοιου ορισμού είναι συχνά τόσο ασαφή και υποκειμενικά που αναστέλλουν σοβαρές προσπάθειες διερεύνησης της έννοιας (Gori, 1996). Αυτό φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός ότι η υποκειμενικότητα και η ανακρίβεια παρεμβαίνουν στη διαδικασία ορισμού που περιλαμβάνει δύο στάδια: α) το αρχικό, την επιλογή κριτηρίων για τον ορισμό και β) το δεύτερο της εξακρίβωσης λειτουργικών στοιχείων για κάθε κριτήριο.

Το DSM-IV αναφέρει ως διακριτή διαταραχή την **εξάρτηση από ουσίες (dependence)** η οποία ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών σχετιζόμενων με ουσίες. Κατά το DSM-IV, το βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης από ουσίες είναι ένα σύμπλεγμα *γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με την λήψη της*. Τα βασικά κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες είναι κατά πόσο αναπτύσσεται η ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική συμπεριφορά για τη λήψη της ουσίας (Μάνος, 1997).

Στην ίδια κατηγορία των διαταραχών σχετιζόμενων με ουσίες του DSM-IV ανήκει η διακριτή **διαταραχή της κατάχρησης ουσιών (substance abuse disorder)**, το βασικό χαρακτηριστικό της οποίας είναι ο δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και σημαντικά αρνητικές συνέπειες, που προέρχονται από την επανειλημμένη χρήση ουσιών. Σε αντίθεση με την εξάρτηση από ουσίες, τα διαγνωστικά κριτήρια δεν περιλαμβάνουν ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση αλλά *μόνον τις βλαβερές συνέπειες της επανειλημμένης χρήσης* (Μάνος, 1997).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο όρος *ουσία* μπορεί να αναφέρεται είτε σε κάποια ψυχοδραστική ουσία της οποίας γίνεται κατάχρηση, είτε σε κάποιο φάρμακο είτε σε κάποια τοξίνη. Οι ουσίες κατάχρησης ομαδοποιούνται σε 11 τάξεις ουσιών: αλκοόλ,

αμφεταμίνες ή παρόμοιας δράσης συμπαθητικομιμητικά, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοειδή, φαινκυκλιδίνη ή παρόμοιας δράσης αρυλκυκλοεξυλαμίνες και καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά (Μάνος, 1997).

Στην ίδια λογική, οι ιατρικοί ή οι κρατικοί οργανισμοί υγείας που συγκατατίθενται σε βιολογικές υποθέσεις χρησιμοποιούν τον όρο «**εθισμός**» (**addiction**), τον οποίο ορίζουν βασιζόμενοι κυρίως σε ενδεικτικές συμπεριφορές, όπως «μία ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη (παρόρμηση) να συνεχίσεις να παίρνεις το ναρκωτικό και να το προμηθευτείς με κάθε μέσο» (WHO Expert Committee on Mental Health, 1957). Ωστόσο, συνδέουν αυτές τις έννοιες με άλλες, όπως την ανοχή (την ανάγκη για αυξανόμενα μεγάλη δόση ναρκωτικού) και τη στέρηση, που θεωρούνται βιολογικές στη φύση τους. Όμως η ανοχή και η στέρηση δεν μπορούν να μετρηθούν αναφορικά με τις λειτουργίες του σώματος. Αντίθετα, περιγράφονται εξ ολοκλήρου από τον τρόπο με τον οποίο οι εξαρτημένοι παρατηρούνται να ενεργούν και από το τι λένε σχετικά με την κατάστασή τους. Ως τώρα, οι αυτο-αναφορές παραμένουν οι γενικώς αποδεκτές μετρήσεις της δύσκολης κατάστασης της στέρησης (Peele, 1985).

Η στέρηση, ως παθολογία, αναφέρεται σε μια σύνθετη διαδικασία που προϋποθέτει οι χρήστες να εντοπίσουν αλλαγές στο σώμα τους, να δουν αυτή τη διεργασία ως προβληματική, και να εκφράσουν την ενόχλησή τους, μεταφράζοντάς τη σε επιθυμία για περισσότερα ναρκωτικά. Το μέγεθος και η ένταση αυτής της εμπειρίας εξαρτάται από το πλαίσιο και το κοινωνικό περιβάλλον, την προσδοκία και τις πολιτιστικές αντιλήψεις, την προσωπικότητα και την αυτο-εικόνα, και ιδίως, τον τρόπο ζωής και τις διαθέσιμες εναλλακτικές ευκαιρίες. Το γεγονός ότι ο χαρακτηρισμός και η πρόβλεψη της εθιστικής συμπεριφοράς δεν μπορούν να υπάρξουν χωρίς την αναφορά σε αυτούς τους υποκειμενικούς και κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες σημαίνει ότι η εξάρτηση υπάρχει πλήρως μόνο σε ένα πολιτισμικό, κοινωνικό, ψυχολογικό και βιωματικό επίπεδο. Δεν μπορούμε να καταφύγουμε σε ένα αμιγώς βιολογικό επίπεδο στην επιστημονική μας κατανόηση για τον εθισμό. Κάθε προσπάθεια να το κάνουμε θα κατέληγε στην παράλειψη βασικών χαρακτηριστικών του εθισμού όπως το ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρο του ατόμου και οι κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες εμφάνισης της συμπεριφοράς (Peele, 1985).

Έχουν γίνει λίγες σημαντικές προσπάθειες να δοθεί ένας ενοποιητικός ορισμός του εθισμού, όπως η εργασία του Goodman (1990) στη διαδικασία του εθισμού, όπου χρησιμοποιώντας το μοντέλο των 12 βημάτων ως οδηγό, όρισε τον εθισμό ως «μια

διαδικασία όπου μια συμπεριφορά που μπορεί να λειτουργήσει για να προκαλέσει την ευχαρίστηση και τη διαφυγή από την εσωτερική ανησυχία, εμπλέκεται σε μια διεργασία που χαρακτηρίζεται από 1) επαναλαμβανόμενη αποτυχία ελέγχου της συμπεριφοράς (αδυναμία) και 2) συνέχιση της συμπεριφοράς παρά τις αρνητικές συνέπειες (απειθαρχία). Συνθέτοντας τα κριτήρια του DSM-IV (APA, 1994) για την εξάρτηση από ουσίες και τον παθολογικό τζόγο και τα κριτήρια του Goodman (1993) για τον σεξουαλικό εθισμό, ο Walters (1999) αναγνώρισε τέσσερα στοιχεία στο γενικό ορισμό του εθισμού: 1) τη συνεχή ενασχόληση με τη συμπεριφορά ή δραστηριότητα, 2) την εξέλιξη της συμπεριφοράς ή δραστηριότητας (περιλαμβανομένης της ανάπτυξης ανοχής ή την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης), 3) την αίσθηση μειωμένου ελέγχου και 4) την επιμονή στην αντιμετώπιση των αυξανόμενων αρνητικών συνεπειών (προκειμένου να συνεχίσουν την ενασχόληση με το αντικείμενο της εξάρτησης). Ωστόσο, οι παραπάνω είναι μόνο δύο τρόποι με τους οποίους μπορεί να οριστεί η έννοια του εθισμού.

Μελέτη έδειξε ότι οι θεραπευόμενοι όριζαν τον εθισμό (addiction) με όρους αναγκών, παρορμήσεων και μειωμένου ελέγχου ενώ οι ορισμοί των ειδικών-επαγγελματιών ψυχικής υγείας εστιάζονταν στις παρορμητικές πλευρές της συμπεριφοράς, την παρουσία σωματικής εξάρτησης, και –όπως οι θεραπευόμενοι– στον μειωμένο έλεγχο. Το γεγονός ότι υπήρχε μεγάλο εύρος στις απαντήσεις των δύο ομάδων, εγείρει σημαντικά ερωτήματα για την πρακτική χρησιμότητα και την επιστημονική αξία αυτής της αινιγματικής έννοιας (Walters & Gilbert, 2000).

Μεγάλο μέρος των απόψεων που αμφισβητούν τη συμβατική άποψη για την εξάρτηση ως βιοχημική διεργασία, έχει οδηγήσει σε ορισμένες επανεκτιμήσεις της έννοιας. Το 1964 η Επιτροπή Ειδικών στα Ναρκωτικά που Προκαλούν Εθισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) άλλαξαν το όνομά της αντικαθιστώντας το «Εθισμός» (Addiction) με τη λέξη «**Εξάρτηση**» (**Dependence**). Εκείνη την εποχή, οι φαρμακολόγοι αναγνώρισαν δύο είδη εξάρτησης από τα ναρκωτικά, α) τη σωματική και β) την ψυχολογική. «Η σωματική εξάρτηση είναι αναπόφευκτο αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσης ορισμένων ναρκωτικών σε επαρκή ποσότητα και διάρκεια χορήγησης. Η ψυχολογική εξάρτηση, ενώ επίσης συνδέεται με την φαρμακολογική δράση, είναι ειδικότερα μια εκδήλωση της αντίδρασης του ατόμου στις επιδράσεις ενός συγκεκριμένου ναρκωτικού και ποικίλει όσον αφορά το άτομο όπως επίσης και το ναρκωτικό». Σε αυτή τη διατύπωση, η ψυχολογική εξάρτηση «είναι η πιο δυνατή από όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στη χρόνια διέγερση με ψυχοτρόπες

ουσίες.....ακόμη και στην περίπτωση της πιο έντονης επιθυμίας και της διαιώνισης της καταναγκαστικής κατάχρησης ουσιών» (Eddy, Halbach, Isbell, & Seevers, 1965, σ. 723). Ο Cameron (1971a), φαρμακολόγος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διευκρίνισε ότι η ψυχολογική εξάρτηση εξακριβώνεται από το «πόσο πολύ η χρήση ναρκωτικών εμφανίζεται 1) να είναι ένας σημαντικός παράγοντας οργάνωσης της ζωής και 2) να έχει προτεραιότητα έναντι της χρήσης άλλων μηχανισμών αντιμετώπισης» (σ. 10).

Η ψυχολογική εξάρτηση, όπως ορίζεται εδώ, διαμορφώνει τη βάση του ορισμού του Jaffe (1980, σ. 536) για την εξάρτηση, που εμφανίζεται σε ένα έγκυρο βασικό εγχειρίδιο φαρμακολογίας:

«Είναι δυνατό να περιγράψουμε όλους τους γνωστούς τύπους χρήσης ναρκωτικών χωρίς να χρησιμοποιήσουμε τους όρους *εθισμένος (addict)* και *εθισμός (addiction)*. Σε πολλές αναφορές αυτό θα ήταν χρήσιμο, για τον όρο *εθισμό*, που όπως ο όρος *κατάχρηση (abuse)*, έχει χρησιμοποιηθεί με τόσους πολλούς τρόπους που δε μπορεί πια να χρησιμοποιηθεί χωρίς περαιτέρω τροποποίηση ή επεξεργασία....Εδώ, ο όρος *εθισμός* θα χρησιμοποιηθεί για να εννοήσει έναν τρόπο συμπεριφοράς χρήσης ουσιών, που χαρακτηρίζεται από συνεχή εμπλοκή με τη χρήση *ναρκωτικού (καταναγκαστική χρήση)*, την *εξασφάλιση της ποσότητας*, και *μία μεγάλη τάση για υποτροπή μετά τη στέρηση*. Ο εθισμός θεωρείται έτσι σαν ένα άκρο ενός συνεχούς της εμπλοκής με τη χρήση ναρκωτικών... (που βασίζεται) στο βαθμό τον οποίο η χρήση ναρκωτικών διαπερνά όλες τις δραστηριότητες της ζωής του χρήστη... Ο *όρος* εθισμός δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί *εναλλακτικά* με την σωματική εξάρτηση».

Σύμφωνα με μια κριτική άποψη, ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχε σκοπό να διαχωρίσει συγκεκριμένα είδη χρήσης ναρκωτικών και να «ντύσει» το σκοπό αυτό με επιστημονική ορολογία. Άραγε, δεν θα μπορούσε αυτή η κατασκευή να περιγράψει επίσης την τακτική χρήση νικοτίνης, καφεΐνης, ηρεμιστικών, υπνωτικών; Πράγματι, η ανακάλυψη αυτής της απλής αλήθειας σχετικά με τα κοινωνικά αποδεκτά ναρκωτικά έχει έρθει στο προσκήνιο ως θέμα τις δεκαετίες του '70 και του '80. Επιπλέον, η έννοια της ψυχολογικής εξάρτησης δεν μπορεί να διαχωρίσει την καταναγκαστική εμπλοκή με ναρκωτικά- αυτά που καθορίζουν «την οργάνωση της ζωής» και «έχουν προτεραιότητα έναντι άλλων μηχανισμών αντιμετώπισης»-από την καταναγκαστική υπερφαγία, τον τζόγο, και την παρακολούθηση τηλεόρασης (Peele, 1985).

Ο Zinberg και οι συνεργάτες του (Apsler 1978; Zinberg, Harding & Apsler, 1978) άσκησαν δριμεία κριτική στον ορισμό της επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, δείχνοντας ότι «αυτοί οι ορισμοί χρησιμοποιούν όρους που είναι ουσιαστικά αόριστοι και έντονα αξιακά φορτισμένοι» (Zinberg, Harding & Apsler., 1978, σ. 20).

Σύμφωνα με τη διαφορετική οπτική των Larkin και Griffiths (2002) ο εθισμός (addiction) είναι μια κοινωνική, πολιτισμική και πολιτική κατασκευή (που βασίζεται στην κριτική αυτών των απόψεων που τον ορίζουν ως εσωτερική ιδιότητα προσώπων ή ουσιών ή συμπεριφορών). Όπως οι συγγραφείς τη συλλαμβάνουν, η κατασκευή αυτή πρέπει να υπόκειται σε συνεχή μεταβολή και παρέμβαση, μια λειτουργία αλλαγής ασυνάρτητων θέσεων και ανάπτυξης πολιτισμικών αφηγήσεων. Ισχυρίζονται ότι η αναγνώριση του εθισμού ως μια «κατασκευή» δεν τον καθιστά μυστηριωδώς «μη υπαρκτό». Για άτομα με προβλήματα που θα μπορούσαν να περιγραφούν ως «αντίστοιχα με την κατανόηση μας για τον εθισμό», η εμπειρία είναι κάθε άλλο παρά μυστηριώδης, και αρκετά οδυνηρά «υπαρκτή». Όσον αφορά αυτό, υπάρχει σύγκλιση απόψεων με τις «μετα-δομιστικές» προσπάθειες των Cromby και Nightingale (1999) να επιδοθούν τόσο στο κατασκευαστικό νόημα όσο και στην υποκειμενική εμπειρία.

Έτσι, οι Larkin και Griffiths (2002) βλέπουν τον εθισμό ως μια ιδιότητα διαδικασίας. Αυτή η «διαδικασία εθισμού» μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια σειρά πράξεων και εμπειριών που δρα μέσα σε ένα σύνθετο σύστημα πολλαπλών επιδρώντων παραγόντων (βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση). Ταυτόχρονα, ο όρος «εθισμός» υπόκειται σε μια κριτική αξιολόγηση του αφηγηματικού και ασυνάρτητου γενικού πλαισίου του. Έτσι, οι συγγραφείς θέλουν να δώσουν προτεραιότητα στις εμπειρίες «εθισμού» των ατόμων, εστιάζοντας όπως αρμόζει στην ψυχολογία του εθισμού, αλλά επίσης τονίζουν ότι οι ψυχολογικές μελέτες έχουν ευθύνη να λάβουν υπόψη τους το γενικό πλαίσιο αυτών των εμπειριών.

Οι Larkin και Wood (1999) υποστήριξαν ότι η συζήτηση αυτών των θεμάτων απαιτεί την αναγνώριση ότι ο «εθισμός» είναι μια προβληματική κατασκευή με πολλαπλές σημασίες. Ωστόσο, ο Davies (1992), σημείωσε ότι είναι άσκοπο να προταθεί ο επανορισμός μιας λέξης που όπως ο «εθισμός» χρησιμοποιείται ευρέως. Ο κοινωνικός επιστήμονας μπορεί να παρέχει συγκεκριμένους όρους και απόψεις προς όφελος αυτών των ομάδων που επηρεάζονται πιο άμεσα από την «εννοιοποίηση» του «εθισμού», ωστόσο, οφείλει να είναι ικανός να αναφέρεται σε μια κατανόηση του «εθισμού» που να έχει σημασία τόσο για τον καθημερινό (λαϊκό) όσο και για τον

ακαδημαϊκό λόγο. Ο «εθισμός» ίσως έτσι γίνει κατανοητός φυσικά ως μια επαναλαμβανόμενη, παράδοξη, και «ελκυστική» συμπεριφορά, που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα βασικά στοιχεία. (Larkin & Wood, 1999; Griffiths, 1996; Brown, 1993).

Την προβληματική χρήση της υπάρχουσας ορολογίας για την εξάρτηση έχουν πρόσφατα επισημάνει κοινωνικοί ερευνητές στο πεδίο, όπως ο Fainsinger και οι συνεργάτες του (2006), που υποστηρίζουν ότι η χρήση του όρου εξάρτηση «dependence» αντί του όρου εθισμός «addiction» είναι μια προσπάθεια αντιστάθμισης των αρνητικών συνεπειών του κοινωνικού στιγματισμού των εθισμένων ατόμων. Το βασικό πρόβλημα εδώ, τονίζουν, είναι συγκάλυψη του σημαντικού διαχωρισμού μεταξύ σωματικής εξάρτησης και της μη ελεγχόμενης ψυχολογικής σφοδρής επιθυμίας (addiction) (Fainsinger, Thai, Frank & Ferguson, 2006)

Έτσι, προϋπόθεση για τον επιτυχή σχεδιασμό θεραπειών και τη διαχείριση του πόνου είναι η επακριβής πολύπλευρη αξιολόγηση του ασθενή. Η διάκριση του εθισμού από την σωματική εξάρτηση είναι σημαντικό στοιχείο αυτής της διαδικασίας. Την αδυναμία της επιτροπής DSM να δώσει επαρκείς και σαφείς ορισμούς έρχονται να καλύψουν οργανισμοί στις Η.Π.Α. όπως είναι οι «The American Pain Society», «The American Academy of Pain Medicine» και «The American Society of Addiction Medicine» (2006) που καταλήγουν ομόφωνα σε σαφείς ορισμούς για τα φαινόμενα που σχετίζονται με τη χρήση οπιοειδών:

«Ο εθισμός (addiction) είναι μια βασική, χρόνια, νευροβιολογική ασθένεια με γενετικά, ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την εκδήλωσή της. Χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα στοιχεία από τα ακόλουθα: αδυναμία ελέγχου της χρήσης ουσιών, παθολογική χρήση, συνεχιζόμενη χρήση παρά την πρόκληση βλάβης, και σφοδρή επιθυμία.»

«Η σωματική εξάρτηση είναι μια κατάσταση προσαρμογής που εκδηλώνεται με το σύνδρομο στέρησης από ένα συγκεκριμένο ναρκωτικό, μπορεί να προκληθεί από την ξαφνική διακοπή, την απότομη μείωση της δόσης, τα μειωμένα επίπεδα ναρκωτικού στο αίμα, και/η την χορήγηση ενός ανταγωνιστή.»

Ο σαφής προσδιορισμός των όρων συντελεί στην πολύπλευρη και πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του φαινομένου καθώς τονίζονται τόσο οι φυσιολογικές διαστάσεις (ανοχή και στέρηση) όσο και οι συμπεριφορικές και ψυχολογικές

εκδηλώσεις της διαταραχής. Επιπρόσθετα συμβάλλει στην βελτίωση της παροχής φροντίδας των ασθενών, στην προώθηση της κατανόησης και της αποδοχής από μέρους των ασθενών της νέας διαγνωσμένης ασθένειας καθώς επίσης και στη διάνοιξη μελλοντικών δυνατοτήτων για επιλογή όρων που θα λαμβάνουν υπόψη πιθανώς και τις εξαρτήσεις τις μη σχετιζόμενες με ουσίες και την ταξινόμησή τους. (Miller, 2006 στο Fainsinger *et al.*, 2006).

Συνοψίζοντας, αναφέρθηκαν οι βασικότεροι όροι περιγραφής της εξάρτησης από ουσίες (εξάρτηση, εθισμός, κατάχρηση ουσιών) και ορισμένες κριτικές προσεγγίσεις. Το πλαίσιο ορισμού της εξάρτησης ποικίλει ανάλογα με την έμφαση που δίνεται στις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές εκφάνσεις του φαινομένου, στην εξαρτητική παρατηρήσιμη συμπεριφορά, το αποτέλεσμα της ή τις εμπειρίες των εξαρτημένων ατόμων. Η αναζήτηση ενός λειτουργικού ορισμού που θα περιλαμβάνει τις βασικές πτυχές της εξάρτησης χωρίς να παραλείπεται κάποια σημαντική παράμετρος είναι χρήσιμη στο βαθμό που γίνεται μια ουσιαστική και πολύπλευρη προσέγγιση του ζητήματος. Θεωρούμε ότι στην ελληνική γλώσσα ο όρος “εξάρτηση” συγκριτικά με τους άλλους προτεινόμενους όρους, είναι πληρέστερος όσον αφορά τις έννοιες που περικλείει (εθιστική συμπεριφορά, κατάχρηση) και για αυτό το λόγο χρησιμοποιείται κυρίως στη παρούσα εργασία για την αναφορά στο υπό μελέτη φαινόμενο.

Μοντέλα εξάρτησης

Βιολογικές θεωρίες

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στην ύπαρξη έμφυτων ή επίκτητων φυσιολογικών μηχανισμών, που καθιστούν το άτομο ευάλωτο όσον αφορά την εξάρτηση. Η βασική υπόθεση είναι αυτή της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες ως «μεταβολικής ασθένειας» που προϋπάρχει στον ανθρώπινο οργανισμό.

Η ανακάλυψη ότι το ανθρώπινο σώμα παράγει τις δικές του «οπιοειδείς» ουσίες, **τις ενδορφίνες**, ήταν μια εύλογη αιτιολόγηση της παραπάνω υπόθεσης. Οι σχετικές θεωρίες (π.χ. Goldstein, 1976b; Snyder, 1977) υπέθεταν ότι τα εξαρτημένα άτομα πιθανώς είχαν μια εγγενή έλλειψη αυτών ουσιών, που τα καθιστά ευάλωτα στον πόνο. Ως εκ τούτου, οι άνθρωποι αυτοί θα επιδιώξουν την ανακούφιση του πόνου που προσφέρουν οι ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ότι οι εξαρτημένοι από ηρωίνη έχουν διαφορετικά επίπεδα ενδορφίνης (Peele, 1985).

Παρόμοιας λογικής είναι η υπόθεση της **ντοπαμίνης** που υποστηρίζουν πρόσφατες μελέτες. Η ντοπαμίνη θεωρήθηκε ως ο νευροδιαβιβαστής με τον σημαντικότερο ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση της εξάρτησης από ουσίες αλλά και από άλλα είδη συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, η δυσλειτουργία του συστήματος της ντοπαμίνης είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη του «συνδρόμου έλλειψης ανταμοιβής» (reward deficiency syndrome). Η νευροβιολογική ανταμοιβή που προκαλείται από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι αυτή τη στιγμή η πιο ισχυρή ένδειξη της ύπαρξης ενός «συνδρόμου εξάρτησης» (Shaffer *et al.*, 2004). Ωστόσο, όπως υπενθυμίζουν οι Breiter και Gasic (in press), δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε το ρόλο της μάθησης και της μνήμης στον ιππόκαμπο αλλά και της συναισθηματικής ρύθμισης στην αμυγδαλή, στην ανάπτυξη και την διατήρηση της εξάρτησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι, ανεξάρτητα από το αντικείμενο της εξάρτησης, η νευροβιολογική δράση του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι παρόμοια και αποτελεί τον κοινό παρονομαστή στις εξαρτητικές συμπεριφορές.

Στην ευρύτερη βιολογική θεωρία προστίθεται η **γενετική υπόθεση** σύμφωνα με την οποία υπάρχει γενετική προδιάθεση στην εξάρτηση. Έρευνες σε διδύμους αποκαλύπτουν γενετικούς παράγοντες επικινδυνότητας σε συνδυασμό πάντως με αντίστοιχους περιβαλλοντικούς (Karkowski, Prescott & Kendler, 2000; Merikangas, Stolar, Stevens *et al.*, 1998). Όπως σημειώνουν οι ερευνητές, τα ευρήματα παρέχουν ενδείξεις για έναν γενικό και αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη της εξάρτησης και

όχι για την ευαλωτότητα απέναντι σε συγκεκριμένα αντικείμενα εξάρτησης, όπως π.χ. συγκεκριμένες ουσίες κατάχρησης. Εκκινώντας από την παρατήρηση ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο αντίδρασης των ατόμων στη θεραπεία, οι έρευνες στη γενετική των εξαρτήσεων υποστηρίζουν ότι μεγάλο μέρος αυτής της διαφοράς οφείλεται σε γονιδιακές διαφορές. Τα γονίδια επηρεάζουν τον αριθμό και το είδος των υποδοχέων στον εγκέφαλο, την ταχύτητα με την οποία ο οργανισμός μεταβολίζει τις ουσίες και την αντίδραση σε διαφορετικές ουσίες. Η κατανόηση του ρόλου των γονιδίων, ευελπιστούν οι επιστήμονες, θα βοηθήσει στην εύρεση της κατάλληλης θεραπείας και της κατάλληλης δοσολογίας της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνοντας ταυτόχρονα τις τυχόν παρενέργειες (NIDA, 2008).

Εκτός από την ανακάλυψη των ομοιοτήτων μεταξύ των ιδιοτήτων των τοξικών ουσιών και ουσιών οι οποίες παράγονται στο σώμα, τα πειράματα σε ζώα επίσης δίνουν ενδιαφέροντα αποτελέσματα σχετικά με την αιτιοπαθογένεια και την εξέλιξη της εξάρτησης, καθώς και των άλλων μορφών αποκλίνουσας συμπεριφοράς στον άνθρωπο. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στη χρόνια χορήγηση ναρκωτικών ουσιών και την ανάπτυξη καταναγκαστικών και παρορμητικών συμπεριφορών. Ως συνέπεια, οι συμπεριφορές αυτές οδηγούν σε αδυναμία αναγνώρισης των δυσάρεστων συνεπειών που προκαλεί η λήψη ναρκωτικών. Η συνεχής αναζήτηση της ουσίας εξηγείται ακριβώς από την ανάπτυξη της αντίδρασης της παρόρμησης και της ευαλωτότητας στην άμεση ενίσχυση που δίνουν οι τοξικές ουσίες (Olmstead, 2006).

Από τις βιολογικές λοιπόν θεωρίες και έρευνες φαίνεται ότι σε ανθρώπους που γίνονται εξαρτημένοι υπάρχει μια ευαισθησία που εξηγείται βιολογικά, πιθανόν προέρχεται από τις πρώιμες εμπειρίες και οδηγεί σε μη φυσιολογικές συμπεριφορές, μια από τις οποίες μπορεί να είναι η κατάχρηση ουσιών σαν μια προσπάθεια αντιμετώπισης προβλημάτων. Στην ίδια λογική της ύπαρξης ατομικών χαρακτηριστικών που προηγούνται της ανάπτυξης της εξάρτησης και φέρονται ως αιτιολογικοί παράγοντες εντάσσεται η ψυχιατρική προσέγγιση.

Ψυχιατρική άποψη

Αν και δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη προσωπικότητα που να σχετίζεται ειδικά με την παθολογική χρήση ουσιών, εντούτοις στοιχεία αντικοινωνικής και μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας φαίνεται να προδιαθέτουν την παράνομη χρήση ουσιών (Μάνος, 1997). Την υπεροχή της διάγνωσης της αντικοινωνικής

προσωπικότητας πιστοποιούν μια σειρά από έρευνες στην ελληνική πραγματικότητα. (Kokkevi & Facy, 1995; Kokkevi & Stefanis, 1995).

Ορισμένες σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται επίσης να συνδέονται με κατάχρηση ουσιών, όπως ο χρόνιος πόνος, οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη. Έχει ήδη προταθεί η υπόθεση ότι τα άτομα οδηγούνται στην εξάρτηση σε μια προσπάθεια να θεραπεύσουν φαρμακευτικά καταστάσεις όπως την κατάθλιψη, το άγχος και την ψύχωση. Ειδικότερα, ψυχικές διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν με διαταραχές χρήσης ουσιών και αλληλοεπηρεάζονται στην πορεία και τη θεραπεία τους είναι η διαταραχή διαγωγής, η αντικοινωνική και μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές διάθεσης. Ακόμη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι σωματόμορφες διαταραχές (Μάνος, 1997).

Οι λόγοι της συχνής συνύπαρξης εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η μία μπορεί να συνεισφέρει στην ανάπτυξη της άλλης. Παιδιά και έφηβοι με ψυχικά προβλήματα, όπως προβλήματα συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, και μαθησιακά προβλήματα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες κατάχρησης ουσιών από τους συνομηλίκους τους. Υπάρχουν, ακόμη, ενδείξεις ότι η κατάχρηση ουσιών στα πρώιμα χρόνια της ζωής αυξάνει τον κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές ή επιταχύνει την πορεία τους (Volkow, 2007).

Ψυχαναλυτική Θεωρία

Η συνεισφορά της ψυχανάλυσης στην κατανόηση και τη θεραπεία της εξάρτησης είναι μικρή παρά το γεγονός ότι ο Freud είχε αναφερθεί πολύ νωρίς στην εξάρτηση ως υποκατάστατο της σεξουαλικής ευχαρίστησης και του αυνανισμού (Freud, 1989/1884). Ο Winnicott (1951/1953) συνδέει την εξάρτηση με το μεταβατικό αντικείμενο, μια επινόηση του υποκειμένου, που ανοίγει μια ενδιάμεση ζώνη εμπειριών και στη συνέχεια επεκτείνεται στο παιχνίδι και την κοινωνική ζωή, ενώ συγχρόνως το μεταβατικό αντικείμενο αποεπενδύεται και χάνει το νόημά του. Στην εξάρτηση αυτή η διαδικασία ανάπτυξης μένει πίσω, και το μεταβατικό αντικείμενο συνεχίζει να επιτελεί την αρχική του λειτουργία (ως αντιρρόπηση στο καταθλιπτικογόνο άγχος) με τη μορφή μιας συνεχούς απάρνησης. Το μεταβατικό αντικείμενο συγκεκριμενοποιείται, «φετιχοποιείται» και αντικαθίσταται από την τοξική ουσία ως ένα αντικείμενο που το υποκείμενο μπορεί να χειριστεί και που το καθιστά ικανό να αρνείται τον αποχωρισμό, την εξατομίκευση και το επακόλουθο άγχος.

Η ψυχαναλυτική θεωρία ερμηνεύει την εξάρτηση ως παθολογία με όρους ελλείψεων στην οργάνωση του ψυχισμού, κυρίως κατά την προγενετική φάση, στο στάδιο του αποχωρισμού και της ανάπτυξης της ατομικότητας. Η απουσία-συναισθηματική ή και φυσική- των γονέων προκαλεί την ανάπτυξη άγχους, ενοχής και δυσκολεύει την ολοκλήρωση της διαμόρφωσης του Υπερεγώ. Το αποτέλεσμα των βιωμάτων αυτών είναι η σύνναψη σχέσεων που έχουν το χαρακτήρα της προσκόλλησης, της συναισθηματικής εξάρτησης από πρόσωπα ή καταστάσεις. Αυτού του είδους οι σχέσεις αδυνατούν να καλύψουν τις πραγματικές συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου. Έτσι ο εξαρτημένος, κάτω από την πίεση του άγχους και του φόβου, καταφεύγει σε αναζήτηση επιφανειακών σχέσεων και στην άμεση ικανοποίηση των αναγκών του. Με τη χρήση ουσιών, παλινδρομεί έτσι σε ένα ναρκισσιστικό στάδιο αντιστάθμισης της ελλειμματικής ψυχολογικής δομής μέσω της άμεσης ικανοποίησης της απόλαυσης (Μάτσα, 2001). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο κατανόησης, η ναρκωτική ουσία παίζει το ρόλο ενός «υποκατάστατου» αντικειμένου προσκόλλησης στη θέση του πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης.

Η Θεωρία των Αντικειμενότροπων Σχέσεων, ως μετεξέλιξη της κλασικής ψυχανάλυσης μετά το 1920, που έδωσε έμφαση στην αλληλεπίδραση (αληθινή και φαντασιακή) του εαυτού με τον Άλλον, τονίζει το ρόλο των διαπροσωπικών δυναμικών και της υφής των σχέσεων διαρκείας που ενισχύουν και συντηρούν την εξαρτητική συμπεριφορά (π.χ. Fairbairn, 1952; Kernberg, 1975). Η Ψυχολογία του Εγώ, που εστιάζεται στις εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του εαυτού και των σημαντικών άλλων, δίνει έμφαση στο ρόλο της αυτοαντίληψης του εξαρτημένου ατόμου και της εσωτερικευμένης αυτοαναπαράστασης στην αιτιολογία και τα δυναμικά της εξάρτησης (π.χ. Kohut, 1971, 1977) (Bornstein, 2005). Τις τελευταίες δεκαετίες η θεωρία του Blatt (1991) είναι το πιο διαδεδομένο μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την εξάρτηση. Ενσωματώνοντας τις ψυχαναλυτικές αρχές στα νέα ερευνητικά ευρήματα για τη γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη, ο Blatt και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά της εξαρτητικής προσωπικότητας πηγάζουν από μια νοητική αναπαράσταση του εαυτού ως αδύναμου και αναποτελεσματικού. Μελέτες σχετικά με την αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (βλ. Blatt & Homann, 1992) επιβεβαιώνουν ότι το είδος των γονιών των οποίων τα παιδιά αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως αδύναμο και ευάλωτο σχετίζεται στην ουσία με υψηλά επίπεδα εξάρτησης στη μετέπειτα ζωή. Καθώς τα παιδιά εσωτερικεύουν μια νοητική αναπαράσταση του εαυτού ως αδύναμου, α) αναζητούν στους άλλους τη γαλούχηση και την υποστήριξη, β) διακατέχονται από

φόβο εγκατάλειψης, γ) συμπεριφέρονται με απροκάλυπτα εξαρτητικό τρόπο και δ) διατρέχουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης και άλλων εξαρτησιογόνων ψυχοπαθολογιών (Bornstein, 2005).

Συμπεριφορικές -Γνωστικές Θεωρίες

Η βασική υπόθεση της συμπεριφορικής θεωρίας για την εξάρτηση είναι ότι η εξαρτητική συμπεριφορά αναπτύσσεται επειδή η συμπεριφορά αυτή επιβραβεύεται (ενισχύεται) ή θεωρούν τα άτομα ότι είναι πιθανόν να επιβραβευθεί. Ως εκ τούτου η εξάρτηση προέρχεται μέσα από μια διαδικασία μάθησης κατά την οποία η ναρκωτική ουσία αυξάνει τα θετικά συναισθήματα, μέσω της ευφορίας (θετική ενίσχυση) ενώ παράλληλα μειώνει τα ψυχικά προβλήματα που προϋπάρχουν ή που δημιουργεί ο φόβος της στέρησης (αρνητική ενίσχυση).

Στη συμπεριφορική γλώσσα, η ουσία ενεργεί ως ισχυρός ενισχυτής: συμπεριφορές που οδηγούν στην απόκτηση της ουσίας γίνονται πιο συχνές, επίμονες και μόνιμες. Συγκεκριμένα, οι εξαρτημένοι προσπαθούν να αυξήσουν στο μέλλον την ενίσχυση που παίρνουν, χρησιμοποιώντας το ναρκωτικό ως αυτο-θεραπευτικό μέσο (Ahmed, 2004).

Η μεγάλη επιθυμία (craving) και η παρόρμηση (urge) θεωρούνται βασικά χαρακτηριστικά των εξαρτημένων ατόμων. Οι συμπεριφοριογνωστικοί θεωρητικοί κάνουν διάκριση ανάμεσα στους όρους με τον πρώτο να σημαίνει τη σφοδρή επιθυμία για κάτι και τον δεύτερο την εσωτερική ώθηση προς την πραγματοποίηση αυτής της επιθυμίας ή ακόμα και την συμπεριφορική πρόθεση. Η επιθυμία είναι η έμμονη ιδέα (obsession) και η παρόρμηση ο καταναγκασμός (compulsion) να προχωρήσει κανείς προς τη συμπεριφορά (τη λήψη της ουσίας) (Beck, Wright, Newman. & Liese, 1993; Marlatt & Gordon, 1985).

Ακόμη, η συνδυαστική μάθηση, δηλαδή η εκτέλεση της συμπεριφοράς σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον, φαίνεται ότι συντελεί στη διατήρηση της εξάρτησης. Σημασία έχει εδώ το περιβάλλον ως δευτερογενής ενισχυτής. Αυτό εξηγεί την αξία που παίρνουν οι τελετουργικές συμπεριφορές στην εξάρτηση. Η αλλαγή περιβάλλοντος, επίσης, έχει βρεθεί, ότι συντελεί στην υποτροπή, καθώς η χρήση ουσιών συχνά συνδέεται με ορισμένα περιβάλλοντα και όχι με άλλα (Caprioli, Celentano, Paolone & Badiani, 2007) .

Η συμπεριφορική θεωρία προσφέρει ένα χρήσιμο αλλά όχι επαρκές πλαίσιο εξήγησης της εξάρτησης. Φαίνεται πως υπάρχει αλληλεπίδραση ενισχυτικών

παραγόντων διαφόρων τύπων, μια πρώτη προσέγγιση των οποίων προσπάθησε να κάνει η γνωστική θεωρία. Ως μετεξέλιξη των συμπεριφορικών θεωριών για την εξάρτηση συναντάμε τη θεώρηση ότι γνωστικές διεργασίες επηρεάζουν και επηρεάζονται από τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών. Η εξαρτητική συμπεριφορά εξηγείται με όρους προσδοκιών, λανθασμένων αποδόσεων και ελλείψεων στην εκτίμηση του αποτελέσματος της συμπεριφοράς (Baker, 1988). Τα προσδοκώμενα οφέλη και οι προσδοκίες από τη χρήση ουσιών ενισχύουν τη συνεχιζόμενη χρήση. (Marlatt, 1985a).

Η επιλογή της μικρότερης και άμεσης ενίσχυσης έναντι της μεγαλύτερης που έρχεται αργότερα θεωρείται ότι έχει γνωστική προέλευση καθώς επέρχεται μέσω ελλείψεων στην προσοχή, αδυναμίας διάκρισης της αξίας της ενίσχυσης, διαταραχής της αντίληψης του χρόνου και της έννοιας του μέλλοντος. Έτσι οι ελλειπείς γνωστικές λειτουργίες μπορεί να εξηγούν τυχόν μη λογικές επιλογές που φαίνεται να χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των χρηστών ουσιών (Olmstead, 2006).

Την υπόθεση των ελλείψεων στις γνωστικές ικανότητες αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων και συγκρούσεων υποστηρίζουν πολλοί γνωστικο-συμπεριφορικοί ερευνητές (Chaney, 1989; Curry & Marlatt, 1987). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, οι χρήστες ουσιών έχουν δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων στις σχέσεις τους. Επίσης δυσκολεύονται στη διαχείριση των διαπροσωπικών συγκρούσεων ή της κοινωνικής πίεσης για συμμετοχή σε αυτοκαταστροφικές δραστηριότητες, όπως η χρήση ουσιών. Υπολείπονται, ακόμη, της ικανότητας να αντλήσουν ικανοποίηση από υγιείς δραστηριότητες. Τα ελλείμματα αυτά σε συνδυασμό με βιολογικές, κοινωνικές και ψυχικές διεργασίες αυξάνουν την πιθανότητα για κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών.

Ανθρωπιστικές-υπαρξιστικές θεωρίες

Οι ανθρωπιστικές και υπαρξιστικές προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν την εξάρτηση ως έλλειψη των βασικών αναγκών όπως η αγάπη, η ασφάλεια, η επικοινωνία. Αρχής γενομένης από τον Rogers (1951,1961), ένα σημαντικό στοιχείο της ανθρωπιστικής θεωρίας είναι οι ποικίλοι οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες και κυρίως η υπό όρους θετική αποδοχή του παιδιού από τους γονείς που μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός «μη αυθεντικού» εαυτού. Ως αποτέλεσμα, το παιδί μαθαίνει να συμμορφώνεται με τις προσδοκίες των άλλων ανθρώπων και έτσι να αποκτά την έγκριση και την αγάπη τους. Το άτομο αρνείται έτσι τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του που είναι ασύμβατα με τις γονεϊκές και τις κοινωνικές νόρμες (Maslow, 1968). Στο

βαθμό που υιοθετεί τους παραπάνω τρόπους συμπεριφοράς, το παιδί αντιμετωπίζει την αυτονομία ως μη αποδεκτή και διαμορφώνει έναν εαυτό που προσανατολίζεται στο να είναι αρεστός από τους άλλους. Υπό αυτό το πρίσμα, η εξάρτηση δεν βιώνεται πλέον ως επιλογή αλλά ως δεδομένο. Οι εναλλακτικοί τρόποι αντίληψης του κόσμου περιορίζονται και το εξαρτημένο άτομο βιώνει αυτόν τον περιορισμό των επιλογών με την έννοια ότι η ετεροκαθοριζόμενη συμπεριφορά είναι ο μοναδικός τρόπος διαχείρισης του άγχους και απόκτησης της αποδοχής (Bonanno & Castonguay, 1994; Bornstein, 2005).

Η υπαρξιστική προσέγγιση της εξάρτησης, που έχει τις ρίζες της στην ανθρωπιστική θεωρία, μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τις ανασταλτικές επιδράσεις των πρώιμων βιωμάτων στη βασική κινητήρια δύναμη του υπαρξιακού άγχους. Η επίγνωση του θανάτου και της τελικής κατάστασης μη-ύπαρξης μπορεί να αποβεί επώδυνη εμπειρία και ως εκ τούτου ορισμένοι άνθρωποι προσπαθούν με διάφορους τρόπους να αρνηθούν τη θνητότητά τους. Η απάρνηση και αποφυγή της υπευθυνότητας είναι ο βασικός μηχανισμός αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης. Έτσι το άτομο βλέπει τον εαυτό του ως καθοριζόμενο από εξωτερικές δυνάμεις (π.χ. κοινωνικοί κανόνες, άλλοι άνθρωποι, μια ανώτερη δύναμη, η τύχη), παρά ως αυτόνομο, ελεύθερο στην επιλογή και υπεύθυνο. Κατά συνέπεια τείνει να επιδείξει μια εξαρτητική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση εξωτερικής υποστήριξης, συμβουλής και προστασίας (May, 1981; Yalom, 1980).

Στο πλαίσιο αυτό οι Schneider και May (1995) βλέπουν τη θεραπεία της εξάρτησης ως έναν δρόμο προς την ελευθερία. Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει το άτομο να δημιουργήσει νέες δυνατότητες, νέες θετικές πλευρές του εαυτού που έχουν παραμεληθεί ή διαστρεβλωθεί, και να αποδεχτεί την υπευθυνότητα των επιλογών του. Η ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων, ακόμη και των μη αποδεκτών, και η ενθάρρυνση για ανάπτυξη σχέσεων αυθεντικών σε πραγματικές συνθήκες αναδεικνύονται σε βασικές προτεραιότητες της θεραπείας. Η προσέγγιση αυτή βρίσκει εφαρμογή στις Θεραπευτικές Κοινότητες που χρησιμοποιούν τις ομάδες συνάντησης ως βασικό εργαλείο που προσφέρει τη γνήσια και ειλικρινή επαφή με τον άλλο, το ασφαλές κλίμα για την έκφραση συναισθημάτων μέσα στην ομάδα, συναισθήματα που λείπουν από τον τοξικομανή.

Κοινωνικές Θεωρίες

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας και των παθογόνων σχέσεων και απαιτήσεων που αναπτύσσονται στους κόλπους της. Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά ως τρόπο διαφυγής από τις πιεστικές συνθήκες ή τις νόρμες που το κοινωνικό πλαίσιο επιβάλλει. Η ανάπτυξη της σύγχρονης βιομηχανικής κοινωνίας συμβαδίζει με την ανάπτυξη του προβλήματος που λέγεται «κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών» και αυτό δεν αποτελεί βέβαια τυχαίο γεγονός. Η επίλυση μιας σειράς απλών βιοποριστικών προβλημάτων, η αποξένωση, η μοναξιά των μεγαλουπόλεων, η εντατικοποίηση της εργασίας, το στρες και ο ανταγωνισμός που επιβάλλουν οι σύγχρονοι ρυθμοί ανάπτυξης, καθώς και η ψευδαίσθηση της κατάκτησης της ευτυχίας μέσα από την συσσώρευση χρήματος φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικές πλευρές της αιτιολογίας του προβλήματος (Ζαφειρίδης, 1989). Υπό το πρίσμα αυτό η εξάρτηση είναι πρωτίστως κοινωνιολογικό πρόβλημα, που αναπτύσσεται παράλληλα με συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τα σύγχρονα κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως η έμφαση στην απόκτηση αγαθών, η αναζήτηση διαρκώς εναλλασσόμενων εμπειριών και η ταυτόχρονη παραγνώριση των βασικών ανθρώπινων αναγκών.

Παραθέτουμε τις σημαντικότερες θεωρίες που αφορούν τον άνθρωπο σε σχέση με την κοινωνική του παρουσία.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής προσαρμογής. Με απαρχή τη θεωρία του Bandura (1977b) για την μάθηση μέσω μίμησης σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, η θεώρηση αυτή μας βοηθά να κατανοήσουμε α) πώς διαφορετικοί άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στις ίδιες ουσίες, β) πώς οι άνθρωποι μπορούν να αλλάξουν αυτές τις αντιδράσεις με τις δικές τους προσπάθειες και γ) πώς οι σχέσεις των ανθρώπων μέσα στο περιβάλλον καθορίζουν τη συμπεριφορά απέναντι στις ουσίες και όχι το αντίστροφο. Από αυτή την άποψη, η εξάρτηση είναι μια προσπάθεια προσαρμογής στις εσωτερικές και εξωτερικές ανάγκες, μια προσπάθεια όπου η επίδραση της ψυχοδραστικής ουσίας εξυπηρετεί μια επιθυμητή λειτουργία.

Η θεωρία της κοινωνικής επιρροής. Οι διαπροσωπικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Ποικίλοι τέτοιοι παράγοντες στην νεαρή ζωή αντανakλούν πλευρές σχετικά με τους συνομηλίκους, το σχολείο και την οικογένεια. Η μελέτη της χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ στους εφήβους έχει δείξει το ρόλο της επιρροής των συνομηλίκων και των γονέων στην έναρξη της μαριχουάνας, του αλκοόλ και των άλλων παράνομων ναρκωτικών ουσιών

(Jessor & Jessor, 1977, Kandel, Kessler, & Margulies, 1978). Η επιρροή των συνομηλίκων ήταν περισσότερο σημαντική στην έναρξη της μαριχουάνας ενώ η εγγύτητα γονέων-παιδιού ήταν ο πιο καθοριστικός παράγοντας στην έναρξη των άλλων παράνομων ναρκωτικών ουσιών (Botvin & Botvin, 1992; Kandel *et al.*, 1978). Η κοινωνική επιρροή των ομηλίκων παίζει μεγαλύτερο ρόλο στην περίπτωση των παράνομων ουσιών, όταν οι γονείς και άλλες κοινωνικές φιγούρες δεν παρέχουν συνήθως μοντέλα συμπεριφοράς (Peele, 1985). Στο ίδιο μοντέλο, οι αντιλήψεις και οι στάσεις που φέρουν σημαντικοί άλλοι και το γενικότερο περιβάλλον (γονείς, συνομήλικοι, κοινωνικό πλαίσιο, μέσα ενημέρωσης) για τη χρήση ναρκωτικών μπορούν να συμβάλουν στην αποδοχή καταρχήν και την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (Hansen & O'Malley, 1966).

Τη σημασία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην πρόωπη έναρξη της χρήσης ουσιών αναδεικνύουν και νεότερες μελέτες (Fergusson & Horwood, 1997) κυρίως με τη μορφή της καταλυτικής επίδρασης στους παράγοντες που ήδη καθιστούν το άτομο εύάλωτο στη χρήση ουσιών.

Η θεωρία της ελλειμματικής προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεώρηση, τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εξάρτηση είναι εκείνα που δεν ανέπτυξαν ένα σύστημα αναπαράστασης του εαυτού, ένα σύστημα αισθημάτων και εμπιστοσύνης απέναντι στον εαυτό (Μάτσα, 2001). Ως εκ τούτου δεν ανέπτυξαν τις ικανότητες της διεκδίκησης της κοινωνικής υποστήριξης, της αποδοχής και της αυτο-εκτίμησης, στοιχεία που είναι οι βασικοί στόχοι της ενηλικίωσης. Η χρήση ουσιών, υπό αυτό το πρίσμα, παρέχει ένα είδος ταυτότητας στα άτομα που δεν μπόρεσαν να «μεγαλώσουν».

Η βασική θεωρία κοινωνικοποίησης (Primary Socialization Theory -PST) (Oetting & Donnermeyer, 1998) υποστηρίζει ότι τόσο οι «φυσιολογικές» όσο και οι αποκλίνουσες συμπεριφορές μαθαίνονται ως κοινωνικές συμπεριφορές και αποκτώνται μέσω των αλληλεπιδράσεων με τους τρεις βασικούς φορείς κοινωνικοποίησης, την *οικογένεια, το σχολείο ως πλαίσιο διαπαιδαγώγησης*, (κάθε πηγή μάθησης, κάθε φορέας μετάδοσης γνώσης και ανάπτυξης κοινωνικής σκέψης), καθώς και το *γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο* με τις διάφορες ομάδες που περιλαμβάνει, όπως η ομάδα των συνομηλίκων. Η δύναμη των δεσμών ή των σχέσεων που αναπτύσσονται με τους κύριους παράγοντες κοινωνικοποίησης και οι τύποι συμπεριφορών που σχηματοποιούνται και ενισχύονται από τους παράγοντες αυτούς διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των παιδιών. Οι δυνατοί δεσμοί με τα υγιή οικογενειακά και σχολικά

περιβάλλοντα οδηγούν στην ανάπτυξη προ-κοινωνικών συμπεριφορών ενώ, οι αδύναμοι δεσμοί με το οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο εκθέτουν τα νέα άτομα στην πιθανότητα εμπλοκής με ομάδες αποκλινόντων συνομηλίκων. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη συσχέτιση της οικογένειας και του σχολείου με την εμπλοκή με τους συνομηλίκους-χρήστες ουσιών και τη χρήση ουσιών (Kumpfer & Turner, 1990-1991; Oetting & Beauvais, 1987). Αν θελήσουμε να εμβαθύνουμε στη θεωρία αυτή, θα προσθέταμε ότι σήμερα ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου είναι ιδιαίτερα σύνθετος καθώς οι φορείς αυτοί συχνά αδυνατούν να ανταποκριθούν στις νέες κοινωνικές συνθήκες, κάτι που θα απαιτούσε αναδιάρθρωση των αρχών και των κανόνων που τους διέπουν. Έτσι το ευάλωτο ψυχικά και συναισθηματικά άτομο με τα ελλείμματα κοινωνικοποίησης που παρουσιάζει μπορεί να στραφεί στις ψυχοτρόπες ουσίες για να καλύψει τα εσωτερικά του κενά (Μάτσα, 1995β).

Η εξάρτηση ως ατομική επιλογή

Πρόσφατες παρατηρήσεις στο φαινόμενο της εξάρτησης δίνουν έμφαση σε πρόσθετες παραμέτρους όπως αυτή της ατομικής επιλογής, δηλαδή της απόδοσης στο ίδιο το άτομο της επιλογής της συμπεριφοράς της χρήσης ουσιών που καταλήγει σε έξη. Η εξήγηση αυτή απομακρύνεται από την άποψη που βλέπει την εξάρτηση ως παρόρμηση που δεν υπόκειται σε συνειδητό έλεγχο. Η Heyman (2009) αντλώντας υλικό από την ψυχιατρική επιδημιολογία, αυτοβιογραφίες εξαρτημένων, μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας και συμπεριφορικές παρατηρήσεις κάνει την υπόθεση ότι η εξάρτηση είναι εκούσια. Υποστηρίζει ότι η εξάρτηση, όπως κάθε επιλογή, επηρεάζεται από προτιμήσεις και στόχους. Έτσι, υπάρχουν πρώην εξαρτημένοι, όπως υπάρχουν και άνθρωποι που επιτυχώς έχουν επιλέξει να διακόψουν κάποια συνήθεια που τους έβλαπτε (π.χ. παχύσαρκοι). Είναι αλήθεια ότι η εξάρτηση είναι διαταραχή με μεγαλύτερο ποσοστό ανάρρωσης συγκριτικά με άλλες διαταραχές όπως οι ψυχώσεις και οι νευρώσεις, γεγονός που ενισχύει την παραπάνω άποψη. Στον πυρήνα της ανάλυσης της Heyman βρίσκεται ένας νέος τρόπος προσέγγισης των εννοιών της επιλογής και της κινητοποίησης που βρίσκει εφαρμογή σε όλες τις επιλογές, όχι απλώς σε αυτή της χρήσης ναρκωτικών. Στις συνθήκες που προάγουν τη διακοπή της χρήσης ναρκωτικών περιλαμβάνονται η νέα πληροφόρηση, οι πολιτισμικές αξίες, και βέβαια, ο υπολογισμός του κόστους και του οφέλους της ενδεχόμενης συνέχισης της χρήσης ουσιών. Οι περισσότεροι από μας δε γινόμαστε ουσιοεξαρτημένοι, όχι επειδή είμαστε απαραίτητως νοήμονες, αλλά επειδή

απεχθανόμαστε την ιδέα να γίνουμε εξαρτημένοι. Η ανάλυση έγκυρων αλλά πιθανώς κάπως αγνοημένων ερευνών από τη Heyman (2009) οδηγεί σε μη αναμενόμενες υποθέσεις σχετικά με τον τρόπο που κάνουμε επιλογές όσον αφορά τη βαθιά τάση μας να καταναλώνουμε όσο περισσότερο γίνεται αυτό που μας αρέσει περισσότερο. Όσο αυξάνεται η υλική ευημερία και η τεχνολογία εξελίσσεται, το δίλημμα που τέθηκε με αφορμή τη χρήση ναρκωτικών εξαπλώνεται σε νέα προϊόντα. Η λύση που διαφαίνεται εδώ βασίζεται στην απλή υπόθεση ότι εάν οι εξαρτημένοι από ουσίες μπορούν να ξεπεράσουν την εξάρτηση, τότε οι μη εξαρτημένοι μπορούν να μάθουν να ελέγχουν τη φυσική τους τάση να καταναλώνουν υπερβολικά.

Το ενδιαφέρον που παρουσιάζουν οι νέες προσθήκες στο πεδίο, όπως αυτές που περιγράψαμε, ελλοχεύει το κίνδυνο της υπεραπλούστευσης πολύπλευρων φαινομένων όπως η εξάρτηση και την υπερβολική έμφαση σε συγκεκριμένες όψεις του- εις βάρος άλλων εξίσου σημαντικών. Ωστόσο, το πλεονέκτημά τους έγκειται στη διάνοιξη νέων προκλήσεων για προβληματισμό και διάλογο που δεν μπορούν παρά να προωθήσουν την έρευνα και την κλινική πράξη.

Από τις παραπάνω τοποθετήσεις εκτιμούμε ότι ένα επιτυχές μοντέλο για την εξάρτηση οφείλει να συνδυάζει φαρμακολογικά, εμπειρικά, πολιτισμικά, περιβαλλοντικά δεδομένα καθώς και στοιχεία προσωπικότητας σε μια περιεκτική όσο και ουσιαστική περιγραφή της εξάρτησης. Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι λόγοι για τους οποίους μια ουσία είναι περισσότερο εξαρτησιογόνος σε μια κοινωνία απ' ό,τι σε μια άλλη, σε ένα άτομο απ' ό,τι σ' ένα άλλο και στο ίδιο άτομο τη μια χρονική στιγμή και όχι την άλλη (Peele, 1980). Ένα επαρκές θεωρητικό μοντέλο οφείλει να είναι πειστικό ως προς το ανθρώπινο βίωμα. Ως προϋπόθεση, η ανάπτυξη μιας θεωρίας που θα βασίζεται στις πραγματικές ανθρώπινες εμπειρίες και θα παρέχει ένα πλαίσιο εξήγησής τους, είναι η πιο δύσκολη πρόκληση για τους ερευνητές του πεδίου.

Το μοντέλο θα πρέπει να περιγράφει τον κύκλο της αυξανόμενης δυσλειτουργικής εμπλοκής με μια δραστηριότητα μέχρι αυτή η εμπλοκή φτάσει να γίνει η μοναδική επιλογή ανάμεσα σε άλλες διαθέσιμες στο άτομο. Έτσι, πέρα από την περιγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς, δίνεται έμφαση στη διαδικασία κατά την οποία βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συντίθενται ώστε να αναφερόμαστε πλέον στην εξάρτηση ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

Χρήση ουσιών: Πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται έντονη ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με τους **λόγους** για τους οποίους ένα εξαρτημένο άτομο χρησιμοποιεί ουσίες, τα αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης καθώς και τη διαδικασία της ανάρρωσης. Ως προς τους λόγους, οι τραυματικές εμπειρίες μπορεί να προκαλέσουν τόσο βαθύ αίσθημα οδύνης, ώστε το άτομο να αναζητά να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις μέσω των ουσιών (Davis, 1997; Nehls & Sallman, 2005). Η αντίληψη κατωτερότητας απ' τους άλλους, απομόνωσης από τον εαυτό και τους άλλους, καθώς και ο φόβος αποκάλυψης του εαυτού ως ευάλωτου, έχουν επίσης περιγραφεί ως κίνητρα για την χρήση ναρκωτικών (Boyd & Mackey, 2000a; Wiklund, Lindström & Lindholm, 2006). Στο πεδίο των αποτελεσμάτων, η έρευνα αποκαλύπτει ότι η χρήση ναρκωτικών αλλάζει την αντίληψη για τον εαυτό (Gray, 2005) και στοχεύει να παρέχει το μέσο απόδρασης από τον ψυχολογικό πόνο (Boyd & Mackey, 2000b; Zakrzewski & Hector, 2004). Οι ουσίες φαίνεται ότι προκαλούν επιπλέον δυσκολίες, όπως την απώλεια ελέγχου αλλά και συναισθήματα ντροπής, ενοχής και χαμηλής αυτο-εκτίμησης (Merritt, 1997; Ehrmin, 2001; Edwards, 2002; Lillibridge, Cox & Cross, 2002, Brown, 2006), συναισθήματα που σχετίζονται με τις συνέπειες της συμπεριφοράς της χρήσης και τις εμπειρίες αποτυχίας. Ειδικά τα συναισθήματα κατωτερότητας απέναντι στους άλλους μπορεί να διαμορφώνονται μέσα από μια διαδικασία υποκειμενικοποίησης (Curtis & Harrison, 2001), όπου τα άτομα εσωτερικεύουν τις κυρίαρχες κοινωνικές σχέσεις και έτσι βλέπουν τον εαυτό τους μέσα από τα μάτια των άλλων. Τα συναισθήματα αυτά προκαλούν οδύνη και όσο δεν αντιμετωπίζονται αποτελούν εμπόδιο για τη θεραπεία. Τα συναισθήματα της ντροπής και της ενοχής φαίνεται να σχετίζονται με την ανθρώπινη επίγνωση (συνείδηση), καθώς το άτομο παλεύει με το τι είναι και το τι οφείλει να είναι (Stofle, 1999). Έτσι τα εξαρτημένα άτομα αμφιταλαντεύονται, γνωρίζοντας τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση ουσιών, αλλά επίσης και την ανακούφιση που επιφέρουν (Smith, 1998). Προχωρώντας στην ανάρρωση, το σημείο αλλαγής είναι σημαντικό στοιχείο, όπου μια αλλαγή στη συμπεριφορά και / ή στον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό του είναι επιτακτική (Koski-Jannes, 1998; Kearney & O'Sullivan, 2003). Πολλοί ερευνητές συνδέουν επίσης την εξάρτηση με πνευματικά στοιχεία της ύπαρξης, όπως το νόημα της ζωής και η αναζήτησή του (DuPont & McGovern 1992; Bowden, 1998; Finfgeld 2002a; Wright, 2003). Οι πιθανοί λόγοι για τους οποίους κάνει κανείς χρήση ουσιών φαίνεται ότι εκτείνονται σε όλα τα στάδια της ζωής και σχετίζονται κυρίως με τους αιτιολογικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν. Η

έναρξη της χρήσης ουσιών όμως σχετίζεται περισσότερο με τους παράγοντες εκείνους που καθιστούν το άτομο ευάλωτο να ξεκινήσει τη χρήση.

Παράγοντες που συνδέονται με την ευαλωτότητα στη εξάρτηση και την επιλογή του αντικειμένου εξάρτησης.

Οι παράγοντες ευαλωτότητας που συνδέονται με τη χρήση και κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών είναι ποικίλοι και σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε αναπτυξιακού σταδίου.

Γενικότερα, η έναρξη της χρήσης ουσιών τοποθετείται χρονικά στην εφηβική περίοδο με φίλους ή συνομηλίκους που χρησιμοποιούν οι ίδιοι ουσίες. Είναι ωστόσο *επιλογή* του ατόμου να είναι σε μια τέτοια ομάδα και προσωπική του απόφαση να δοκιμάσει ή να μη δοκιμάσει το ναρκωτικό (Newcomb & Earleywine, 1996). Οι έφηβοι δεν επιλέγουν αυθαίρετα ή τυχαία το δίκτυο φίλων αλλά, περισσότερο η επιλογή των φίλων βασίζεται σε προσωπικές και ψυχολογικές τάσεις και χαρακτηριστικά. Για το λόγο αυτό η έναρξη της χρήσης ουσιών πιθανολογείται ότι ουσιαστικά γίνεται νωρίτερα στην ανάπτυξη του ατόμου, κατά την προεφηβική περίοδο. Το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να είναι ο καταλυτής που βοηθάει να εκδηλωθεί η προϋπάρχουσα ευαλωτότητα (Newcomb, 1997).

Υπάρχει μια πληθώρα μεταβλητών που, σύμφωνα με μελέτες, προβλέπουν την εμπλοκή με τη χρήση ναρκωτικών. Αυτές μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερις κατηγορίες :

1) το κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, 2) οι διαπροσωπικοί παράγοντες, 3) οι ψυχολογικοί/συμπεριφορικοί παράγοντες και 4) οι βιογενετικές επιρροές. Ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ευάλωτο ή όχι στη χρήση ουσιών λόγω των παραγόντων ή των δυνάμεων που περιλαμβάνονται στις κατηγορίες αυτές. Ο κάθε ένας παράγοντας επηρεάζει διαφορετικές περιόδους στην αναπτυξιακή πορεία του ατόμου. Ο διαχωρισμός αυτός είναι ουσιαστικός αν συνδυαστεί με τη μελέτη των βαθύτερων αιτιών και συνεπειών της χρήσης και της κατάχρησης ναρκωτικών (Lettieri, 1985). Στον Πίνακα 1 συνοψίζονται οι κυριότεροι παράγοντες ευαλωτότητας στη χρήση ουσιών.

Πίνακας 1:

Κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών

Πολιτισμός και κοινωνία

- νόμοι που ευνοούν τη χρήση ουσιών
- κοινωνικές συνήθειες που ευνοούν ουσιών
- διαθεσιμότητα ναρκωτικών
- ακραίες οικονομικές κρίσεις
- αποδιοργάνωση γειτονιάς

Διαπροσωπικοί παράγοντες

Παιδική ηλικία

- χρήση αλκοόλ και ουσιών στις οικογένεια/στάσεις που ευνοούν τη χρήση ουσιών
- ελλειπείς και ασυνεπείς οικογενειακές στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων
- προσωπικότητα γονέων και άλλα χαρακτηριστικά
- οικογενειακή σύγκρουση-σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση

Εφηβεία

- γενικά αγγχογόνα γεγονότα ζωής (π.χ. αλλαγή, πόλη, σχολείου)
- απόρριψη συνομηλίκων στο σχολείο και άλλα πλαίσια
- συναναστροφή με άλλους συνομήλικους χρήστες ναρκωτικών

Ψυχολογικοί/Συμπεριφορικοί παράγοντες

Παιδική και εφηβική ηλικία-επιδράσεις

- ηλικία
- πρώιμα και συνεχή προβλήματα συμπεριφοράς (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών)
- σχολική αποτυχία ή δυσκολία
- χαμηλός βαθμός δέσμευσης στο σχολείο

Μετα-εφηβεία-παράγοντες

- επαγγελματική ικανοποίηση και επιτυχία
- καθήκοντα σχετικά με την ανατροφή παιδιών
- υποχρεώσεις που απαιτούν πολλαπλούς ρόλους
- επίτευξη των σχετικών με το ρόλο των φύλων προσδοκιών
- λειτουργικότητα στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις
- εκπαιδευτικά/οικονομικά επιτεύγματα και ασφάλεια

Προγενέστερες συμπεριφορές και συνέπειες στη διάρκεια της ζωής

- αποξένωση, ανυποταξία ή αντικοινωνική προσωπικότητα
- αναζήτηση ερεθισμάτων (ανάγκη για συγκινήσεις)
- ψυχοπαθολογία (άγχος, κατάθλιψη)
- στάσεις υπέρ της χρήσης ουσιών
- γνωστικά κίνητρα ή προσδοκίες για τη χρήση ουσιών
- ανικανότητα καθυστέρησης της ικανοποίησης

Βιογενετικοί παράγοντες

- κληρονομική προδιάθεση στην κατάχρηση ουσιών
 - ψυχοφυσιολογική ευαλωτότητα στις συνέπειες της χρήσης ουσιών
-

Προσεγγίζοντας την έννοια της θεραπείας

Θεραπεία (treatment)

Το πρώτο βήμα, κατά κοινή ομολογία, για την ανάπτυξη μεθόδων και συστημάτων που προάγουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι ο ορισμός των στοιχείων που θα έκαναν την θεραπεία πολύτιμη (McLellan & Weisner, 1996; McLellan & McKay, 1998).

Για τον χρήστη ουσιών και ιδιαίτερα για αυτούς που είναι αρμόδιοι για τη θεραπεία του, η «αποτελεσματικότητα» στη θεραπεία της εξάρτησης μετριέται σε μεγάλο βαθμό από τη μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και τα οποία συχνά περιορίζουν την προσωπική λειτουργία του ατόμου και μπορεί να απασχολούν το σύστημα υγείας και τη δημόσια υγεία γενικότερα (McLellan & Weisner 1996; McLellan & McKay, 1998). Ειδικότερα, ο άμεσος στόχος της μείωσης της χρήσης ουσιών είναι αναγκαίος αλλά σπάνια επαρκής για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων της βελτίωσης της προσωπικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της μείωσης της απειλής για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια –βλ. ανάρρωση (recovery). Ένα βασικό κριτήριο αξιολόγησης είναι η παρακολούθηση και η συμμετοχή του ατόμου στη θεραπεία, καθώς αυτό είναι το απαραίτητο πρώτο βήμα προς την επίτευξη των τεσσάρων τομέων που αποτελούν ενδείξεις της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (McLellan, McKay, Forman, Cacciola & Kemp, 2005).

1. Μείωση της χρήσης ναρκωτικών. Αυτός είναι ο κύριος στόχος κάθε θεραπείας της κατάχρησης ουσιών και η επιτυχία σε αυτόν τον τομέα μπορεί να γίνει η αρχή για άλλες βελτιώσεις.

2. Ανάπτυξη της προσωπικής υγείας. Η βελτίωση στην σωματική και ψυχική υγεία είναι σημαντικός δείκτης της ποιότητας ζωής για τον πάσχοντα και σχετίζονται με μείωση της μη κατάλληλης χρήσης του υγειονομικού συστήματος φροντίδας.

3. Βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα. Η βελτίωση στην εργασία, τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις είναι σημαντική για την κοινωνία αλλά σχετίζεται και με την πρόληψη της υποτροπής.

4. Η μείωση της απειλής στη δημόσια υγεία και ασφάλεια. Οι συμπεριφορές που διαδίδουν μεταδοτικές ασθένειες ή σχετίζονται με προσωπικά παραπτώματα ή αδικήματα ιδιοκτησίας είναι απειλές για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια.

Το κλειδί στην αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης, όπως σημειώνει το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών των Η.Π.Α. (National Institute on Drug Abuse), είναι ότι πρέπει να υπάρχει μία αποτελεσματική «δόση θεραπείας» και ότι πρέπει να παρέχεται σε ένα επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να επιφέρει ένα θετικό αποτέλεσμα. Η θεραπεία της εξάρτησης πρέπει να παρέχεται για ένα χρονικό διάστημα, να διατηρεί τα αποτελέσματα της παρέμβασης που γίνεται, και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια του χρόνου, ακόμα και μετά το πέρας της θεραπείας (Miller, 2007).

Είναι σημαντικό, ωστόσο, να τονίσουμε ότι δεν χρειάζονται όλες οι περιπτώσεις χρήσης ναρκωτικών χρόνια φροντίδα. Πολλά άτομα είναι ικανά να λειτουργήσουν πολύ καλά με λίγη ή καθόλου θεραπεία (Winick, 1962; Orleans *et al.* 1991; Sobell *et al.* 1996; Toneatto, Sobell, Sobell, & Rubel, 1999). Παρόλα αυτά υπάρχουν δημοσιεύσεις για ποσοστά υποτροπών μετά από προσπάθειες να ελεγχθεί ο εθισμός τόσο από ίδια πρωτοβουλία όσο και με τη βοήθεια θεραπείας (βλ. Miller & Baca, 1983; Robins, 1993; Lichtenstein, Glasgow, Lando, Ossipklein & Boles, 1996). Στην πραγματικότητα, στη μεγάλη εθνική μελέτη για το αποτέλεσμα της κατάχρησης ναρκωτικών των Η.Π.Α. (Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)), πάνω από τα μισά άτομα ήταν επανεισαγωγές στη θεραπεία, λίγο πάνω από τους μισούς (54%) από αυτούς υποτροπίασαν μέσα σε 2 χρόνια και το 44% επέστρεψαν στη θεραπεία μέσα σε τρία χρόνια από την αναφερθείσα εισαγωγή (βλ. Grella, Hser, & Hsieh, 2003). Ενώ είναι γνωστό ότι η μεγαλύτερη χρονικά θεραπεία προβλέπει καλύτερα αποτελέσματα (βλ. Simpson, 2004), είναι επίσης γνωστό ότι αυτοί που είχαν πάνω από μια εισαγωγή στη θεραπεία και/ή σημαντικές συνυπάρχουσες ψυχιατρικές και κοινωνικές παθολογίες έχουν περισσότερες πιθανότητες για υποτροπή και επιστροφή στη θεραπεία (NIDA, 1999; SAMHSA, 2002a,b). Εάν αυτά τα άτομα που υποτροπιάζουν έχουν μια χρόνια μορφή εθισμού, τότε σημαντικές βελτιώσεις στην χρήση ουσιών, την υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητά τους μπορούν μόνο να προσδοκούνται όταν είναι σε κάποια μορφή θεραπείας ή συνεχιζόμενης φροντίδας μέσω της αλληλοβοήθειας όπως οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (NA) (McLellan *et al.*, 2005).

Ανάρρωση (Recovery)

Ο ορισμός της ανάρρωσης έχει γίνει αντικείμενο συζητήσεων από τους ερευνητές και τους κλινικούς που ασχολούνται με τον εθισμό και τη θεραπεία του. Τα θέματα συζητήσεων και διαφωνιών είναι ποικίλα, όπως το ποιος έχει τη δικαιοδοσία να ορίσει την ανάρρωση, εάν ο όρος «ανάρρωση» αναφέρεται μόνο σε προβλήματα σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, ποια είναι τα βασικά συστατικά της ανάρρωσης, εάν η ανάρρωση απαιτεί την πλήρη αποχή και από όλες τις ουσίες, εάν η χρήση συνταγογραφημένων ψυχοδραστικών φαρμάκων μειώνει τη σημασία της ανάρρωσης, κατά πόσο η ανάρρωση είναι κάτι περισσότερο από την εξάλειψη ή μείωση των προβλημάτων χρήσης ουσιών, εάν υπάρχουν στάδια ανάρρωσης ή είναι μια κατάσταση τύπου «όλα ή τίποτα», εάν θα πρέπει η ανάρρωση να είναι συνειδητή, εκούσια και αυτο-διαχειριζόμενη, ποια είναι τα χρονικά σημεία αναφοράς της. Μια πρόταση ορισμού της ανάρρωσης που λαμβάνει υπόψη τα παραπάνω σημεία είναι η εξής:

Ανάρρωση είναι η εμπειρία (διαδικασία και υπάρχουσα κατάσταση) μέσω της οποίας άτομα, οικογένειες, και κοινότητες με σοβαρά προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών, χρησιμοποιούν εσωτερικές και εξωτερικές πηγές για να λύσουν εκούσια αυτά τα προβλήματα, να θεραπεύσουν τις πληγές που προήλθαν από προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών, να χειριστούν ενεργητικά την συνεχιζόμενη ευαισθησία τους σε αυτά τα προβλήματα, και να αναπτύξουν μια υγιή, παραγωγική και μεστή νοήματος ζωή (White, 2007).

Παρόμοιες ιδιότητες δίνουν στην ανάρρωση κι άλλοι ερευνητές ορίζοντάς την ως ένα εκούσιο συνεχιζόμενο τρόπο ζωής που αποτελείται και χαρακτηρίζεται από νηφαλιότητα, προσωπική υγεία και την ιδιότητα του πολίτη. Η ανάρρωση θεωρείται η καλύτερη λέξη για να συνοψίσει όλα τα θετικά οφέλη στη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία που μπορούν να συμβούν όταν τα εξαρτημένα από ναρκωτικά άτομα παίρνουν τη βοήθεια που χρειάζονται (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007).

Η έννοια της αλλαγής στην εξάρτηση

Έρευνες σε χρήστες ουσιών που πέτυχαν την αλλαγή μόνοι τους ή μέσω θεραπειάς ανέδειξαν παράγοντες που στοιχειοθετούν τη θεραπεία και την αλλαγή στην εξάρτηση. Οι παράγοντες που χαρακτηρίζουν τη θεραπεία σε όλες αυτές τις μελέτες αναπαριστούν τα βασικά δομικά στοιχεία της ανθρώπινης λειτουργικότητας: βελτίωση στις στενές σχέσεις, αλλαγές στα κοινωνικά δίκτυα, αυξημένες ευκαιρίες εργασίες και

άλλα επαγγελματικά ζητήματα, ενδιαφέρον για την υγεία, και πιο καθολικοί παράγοντες όπως η ωριμότητα και μια αίσθηση του ποιος είναι ο εξαρτημένος και ποιος θα ήθελε να είναι. Οι παράγοντες αυτοί συμβολίζουν τις ανταμοιβές που θα αντικαταστήσουν τον εθισμό ή θα χαθούν για ανθρώπους που θα επιμείνουν στην εξαρτητική συμπεριφορά (Baekeland, Lundwall & Kissin, 1975; Costello, 1975; Orford & Edwards, 1977; Waldorf, 1983).

Διάφορες προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της φυσικής αλλαγής στην εξάρτηση αποκαλύπτουν δύο διαφορετικές όψεις του φαινομένου. Συνεντεύξεις με πρώην εξαρτημένους-ιδιαίτερα με αυτούς που θεωρούν ότι έχουν σταματήσει την εξαρτητική συμπεριφορά-τονίζουν τις υποκειμενικές εκφάνσεις της εμπειρίας ή στιγμές όπου οι άνθρωποι αναγνωρίζουν καθαρά το πρόβλημά τους και «μια και καλή» απαλλάσσονται από την εξάρτησή τους (Peele, 1983d; Tuchfeld, 1981; Waldorf & Biernacki, 1981). Από την άλλη, μελέτες αναζητούν πληθυσμούς ανθρώπων που στη διάρκεια της ζωής τους προχωρούν προς τη φυσική εξέλιξη των συνηθειών που υπαγορεύονται από την ηλικία και άλλους δημογραφικούς παράγοντες (Cahalan, Cisin & Crossley, 1969; Cahalan & Room, 1974; Winick, 1962). Η πρώτη άποψη περιγράφει μια ξαφνική ανάκαμψη των αξιών και της αυτο-εικόνας των ανθρώπων που τους δίνει ώθηση να αλλάξουν. Η δεύτερη περιγράφει μια σταδιακή διαδικασία όπου οι άνθρωποι αξιοποιούν τη συναισθηματική τους δύναμη και την υποστήριξη του περιβάλλοντος για να βρουν έναν νέο τρόπο ζωής (Peele, 1985).

Οι Prochaska, DiClemente και Norcross (1992) υποστηρίζουν ότι οι εξαρτημένοι που ζητούν θεραπεία διερωτώνται αν υπάρχει ανάγκη για αλλαγή στη ζωή τους και εάν η αλλαγή είναι όντως δυνατή γι' αυτούς. Οι απαντήσεις τους δείχνουν ότι οι άνθρωποι αυτοί πρέπει να λύσουν τα ζητήματα αυτά πριν μπορέσουν να επιδιώξουν την αποτελεσματική δράση στην κατεύθυνση της αλλαγής της συμπεριφοράς (Prochaska *et al.*, 1992). Η «προσανατολισμένη στην δράση» προσέγγιση των περισσότερων θεραπευτικών προγραμμάτων καλύπτει τις ανάγκες αυτών που είναι ήδη καλά προετοιμασμένοι να κάνουν αλλαγές στη ζωή τους. Έτσι, τα προγράμματα αυτά έχουν πολύ φτωχά αποτελέσματα με την μεγάλη πλειοψηφία των θεραπευομένων, ειδικά με αυτούς που βρίσκονται σε θεραπεία για πρώτη φορά και που παλεύουν με θέματα που αφορούν την πιθανότητα της αλλαγής (Miller & Hester, 1986).

Ο Greaves (1980) από την άλλη, είδε την διακοπή του εξάρτησης να αναπαριστά μια υπαρξιακή συνειδητοποίηση και απόφαση, τέτοια που αντιστέκεται

σχεδόν σε όλες τις πιέσεις για υποτροπή. Η αντίθετη άποψη-αυτή της σταδιακής πορείας στην αλλαγή-δίνεται από τη διαδικασία της ωρίμανσης.

Γενικότερα, μπορεί να μην υπάρχει αντίθεση ανάμεσα στην άποψη ότι οι άνθρωποι αλλάζουν τη συμπεριφορά τους ως αποτέλεσμα μιας ξαφνικής ενόρασης και της άποψης ότι μπορούν να αλλάξουν στη διάρκεια του χρόνου καθώς ωριμάζουν. Ο Vaillant (1966, 1983) ανέφερε ότι τόσο οι εθισμένοι στην ηρωίνη που είχαν αναρρώσει όσο και οι πρώην αλκοολικοί αναγνώρισαν μια συγκεκριμένη στιγμή όπου αποφάσισαν να διακόψουν τα ναρκωτικά ή το ποτό. Μέχρι τότε ο Vaillant αμφέβαλλε για την αποφασιστικότητα των ατομικών γεγονότων και προτιμούσε να βλέπει, αντίθετα, την ωρίμανση των δυνάμεων που είχαν επωασθεί για μήνες ή χρόνια. Είναι αλήθεια, για παράδειγμα, ότι πρώην εθισμένοι έχουν ζήσει προηγούμενες αναλαμπές ή πήραν παρόμοιες αποφάσεις να διακόψουν που δεν έφεραν τελικά αποτελέσματα (Marlatt & Gordon, 1980; Jorquez, 1983). Οποιαδήποτε μέσα και να χρησιμοποιούν οι εθισμένοι για να εξαλείψουν τον εθισμό τους, πολύ συχνά αναδομούν τη ζωή τους ώστε να προάγουν έναν μη εξαρτητικό τρόπο ζωής. Από μια άποψη, προσαρμόζουν σκόπιμα αυτές τις αλλαγές στην απόφασή τους να προχωρήσουν μπροστά. Από άλλη άποψη, οι αλλαγές βρίσκονταν ήδη σε εξέλιξη προκειμένου τα άτομα να απέχουν από την εξάρτησή τους (Wille, 1983). Επεκτείνοντας την έρευνα στη διαδικασία αλλαγής, ο Vaillant (1983) βρήκε ότι οι πρώην χρήστες δημιουργούσαν υποκατάστατες εξαρτήσεις. Το εύρος των συσχετίσεων ανάμεσα της πρώτης και της τωρινής κατάχρησης ουσιών και άλλων καταναγκαστικών προσκολλήσεων επιβεβαιώνει ότι η γενική τάση προς τον εθισμό είναι συχνά σταθερό μέρος του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τον κόσμο. Για τον Vaillant (1983) οι υποκατάστατες εξαρτήσεις του εθισμένου συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών εμπλοκών και της συμμετοχής σε ομάδες Ανωνύμων Ναρκομανών ή Αλκοολικών, είναι συχνά ένα θετικό βήμα. Άλλες μελέτες αποθεραπευμένων ατόμων τονίζουν τις αλλαγές που οι εξαρτημένοι κάνουν στα κοινωνικά τους δίκτυα, όπως η συμμετοχή σε θρησκευτικές ομάδες ή άλλες οργανώσεις, που αν και όχι καθαρά θεραπευτικές, αποκλείουν τη χρήση ναρκωτικών (Tuchfeld, Lipton & Lile, 1983; Waldorf, 1983; Wille, 1983). Την ίδια στιγμή, ορισμένοι εξαρτημένοι διατηρούν τον παλιό τρόπο ζωής τους και τις γνωριμίες τους ενώ αλλάζουν την εξαρτητική τους συμπεριφορά, φαινομενικά κάνοντας τίποτα περισσότερο από μια ενδοψυχική επανεκτίμηση του ποιοι θέλουν να είναι (Jorquez 1983; Peele, 1983d; Waldorf & Biernacki, 1981).

Η αλλαγή μετά από παραμονή σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα, υποστηρίζουν πιο πρόσφατα ευρήματα, σηματοδοτείται από την αύξηση των θετικών συναισθημάτων, την αίσθηση υποκειμενικής δύναμης και της ελευθερίας. Επιπλέον οι θεραπευόμενοι έδειξαν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση ενώ απέδιδαν την αλλαγή λιγότερο σε μοιρολατρικές αιτίες. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως μια πετυχημένη μετάβαση στην περισσότερη αυτονομία, σε μια ευρύτερη θεώρηση της ζωής και στην αύξηση του ρεαλισμού (Ravenna, Hölzl, Kirshler, Palmonari & Costarelli, 2002)

Συνοψίζοντας τις παραπάνω απόψεις θα λέγαμε ότι η αλλαγή στην εξάρτηση συνδέεται σε μεγάλο βαθμό από την ανάπτυξη των θετικών χαρακτηριστικών του ατόμου ενώ η υποστήριξη της ομάδας είναι ένας αδιαμφισβήτητος βασικός παράγοντας στην ικανότητα των ανθρώπων να επιλέγουν και διατηρούν μια πορεία δράσης (Allen, 1984). Επίσης, υποκειμενικοί παράγοντες όπως ο βαθμός ανάληψης προσωπικής ευθύνης, η ταυτότητα, οι προσωπικές αξίες και ο βαθμός ικανοποίησης από μια δραστηριότητα φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση (Peele, 1985).

Μέθοδοι θεραπείας

Μια σειρά από θεραπευτικές προσεγγίσεις και τεχνικές έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ναρκωτικών και του αλκοολισμού τα τελευταία 50 χρόνια, αρχής γενομένης από τις Η.Π.Α. Αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι έχουν κατηγοριοποιηθεί βασιζόμενες στα θεραπευτικά πλαίσια (ανοιχτό, βραχυπρόθεσμο κλειστό, μακροπρόθεσμο κλειστό) ή βασιζόμενες σε θεραπευτικές τεχνικές [φαρμακολογικές ή μη φαρμακολογικές (συμπεριφορικές, ψυχοκοινωνικές)]. Η σχετική αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα αυτών των θεραπειών ήταν πάντοτε το θέμα ενασχόλησης των δημιουργών της πολιτικής υγείας, των θεραπειών και των χρηστών. Αυτό έχει οδηγήσει στο σχεδιασμό ερευνών σε εθνικό επίπεδο τα οποία αξιολογούν τα θεραπευτικά προγράμματα για χρήση ναρκωτικών στις Η.Π.Α. Υπάρχουν επίσης μεμονωμένες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων προγραμμάτων (Nsimba, 2007).

Ανοιχτά Προγράμματα

Ορισμός

Εννοιολογικά, **η εξω-νοσοκομειακή (ανοιχτή) θεραπεία (outpatient treatment)** σημαίνει κάθε είδος θεραπείας που παρέχεται σε ένα εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο, δηλαδή ο ασθενής επισκέπτεται το εξω-νοσοκομειακό τμήμα θεραπευτικών υπηρεσιών και πηγαίνει στο σπίτι του μετά την παροχή θεραπείας την ίδια μέρα. Η εξω-νοσοκομειακή θεραπεία μπορεί να είναι στεγνό (χωρίς φάρμακα) θεραπευτικό πρόγραμμα, μπορεί να περιλαμβάνει τη θεραπευτική αγωγή ή να συνδυάζει φαρμακευτική αγωγή με ψυχοθεραπεία / συμπεριφορική θεραπεία. Πρακτικά, ο όρος **Ανοιχτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα (Outpatient Treatment Program)** αναφέρεται σε «Ανοιχτό Στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα εντατικής ή μη παρακολούθησης. Παρόλα αυτά πρόσφατα δημιουργήθηκαν προγράμματα που περιλαμβάνουν τη χρήση φαρμάκων όπως η ναλτρεξόνη και η βουπρενοφίνη με ή χωρίς την παροχή συμπεριφορικής / γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Συχνή είναι επίσης και η χρήση των θεραπευτικών τεχνικών που βασίζονται στην ανοιχτή συμπεριφορική θεραπεία στις κλινικές συντήρησης με μεθαδόνη. Το μικρότερο **όριο διάρκειας** που θεωρείται βέλτιστο για την ανοιχτή θεραπεία είναι οι τρεις μήνες και το αναμενόμενο έξι μήνες (Nsimba, 2007).

Μελέτες αποτελεσματικότητας

Μελέτες πάνω στο αποτέλεσμα της θεραπείας ναρκωτικών έδειξαν ότι η παρατηρημένη **μέση παραμονή** σε ανοιχτά προγράμματα ήταν τρεις μήνες σε αντίθεση με την αναμενόμενη διάρκεια των έξι μηνών. Η παραμονή ήταν συγκρίσιμη με τη διατήρηση σε προγράμματα μεθαδόνης (η μισή από την αναμενόμενη διάρκεια) και τις θεραπευτικές κοινότητες (ένα τρίτο της αναμενόμενης διάρκειας). Η αναλογία των ασθενών που παρέμεναν πέρα από το κατώτατο όριο των τριών μηνών στα ανοιχτά προγράμματα κυμαινόταν από 16% στο φτωχότερο πρόγραμμα έως 75% στο καλύτερο πρόγραμμα. Αυτό είναι συγκρίσιμο με άλλα προγράμματα μεθαδόνης και θεραπευτικές κοινότητες. Το εύρημα έχει σημασία γιατί η διατήρηση στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Nsimba, 2007).

Ευρήματα από τρεις μελέτες έδειξαν ότι **το ανοιχτό στεγνό πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό** στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τη θεραπεία και το αποτέλεσμα διατηρείται σε σημαντικό βαθμό για μεγαλύτερη διάρκεια για την οποία οι ασθενείς έχουν παρακολουθηθεί σε αυτές τις μελέτες. Το αποτέλεσμα στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τη θεραπεία μπορεί να αποδοθεί περισσότερο στην επίδραση της θεραπείας παρά σε άλλους παράγοντες ενώ το αποτέλεσμα που παρατηρήθηκε στη συνέχεια μπορεί να μην οφείλεται απαραίτητα στην επίδραση της θεραπείας καθώς πολλοί άλλοι παράγοντες περιλαμβανομένων των ακόλουθων εισαγωγών σε άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα ή στο ίδιο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να συνεπηρεάσουν τα αποτελέσματα (Nsimba, 2007).

Τα γενικά αποτελέσματα δείχνουν ότι το αποτέλεσμα ανοιχτού προγράμματος στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών είναι συγκρίσιμο με άλλα θεραπευτικά προγράμματα όπως προγράμματα μεθαδόνης ή θεραπευτικές κοινότητες και είναι πολύ καλύτερο από τη σωματική αποτοξίνωση ή την καθόλου θεραπεία. Όσον αφορά τα έμμεσα αποτελέσματα, εκτός από τη μείωση χρήσης ουσιών από τους πελάτες, παρατηρήθηκε βελτίωση στην εγκληματικότητα και στην επαγγελματική τους κατάσταση (Nsimba, 2007).

Μια σειρά από μεταβλητές σχετιζόμενες με τα χαρακτηριστικά των πελατών πριν τη θεραπεία, τη θεραπευτική διαδικασία και το περιβάλλον του πελάτη μετά τη θεραπεία βρέθηκαν να επηρεάζουν και να προβλέπουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι πιο ισχυροί **προβλεπτικοί παράγοντες** του θεραπευτικού αποτελέσματος ήταν η διάρκεια της θεραπείας, η εγκληματικότητα πριν την εισαγωγή στη θεραπεία και το

θεραπευτικό ιστορικό. Συγκεκριμένα, το εγκληματικό ιστορικό και ο υψηλότερος βαθμός συλλήψεων πριν την εισαγωγή στη θεραπεία σχετίστηκαν με φτωχά σύνθετα αποτελέσματα. Ο υψηλός βαθμός εγκληματικής δραστηριότητας, χρήσης ναρκωτικών, και ανεργίας στη διάρκεια της θεραπείας σχετίστηκαν με το φτωχότερο μετα-θεραπευτικό αποτέλεσμα (Nsimba, 2007).

Στις μελέτες αξιολόγησης προγραμμάτων, τα προγράμματα όπου οι πελάτες παρέμεναν λιγότερο, είχαν πιο δύσκολες περιπτώσεις με τους πελάτες να έχουν πιο πολλά προβλήματα κοκαΐνης και αλκοόλ, περισσότερες θεραπευτικές προσπάθειες, και περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης κοινό εύρημα των μελετών είναι ότι η παραμονή στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι προβλεπτική του αποτελέσματος. Οι πελάτες που έμεναν περισσότερο στη θεραπεία είχαν πιο ευνοϊκά αποτελέσματα και οι πελάτες που έμεναν λιγότερο από 90 μέρες είχαν το ίδιο (φτωχό) αποτέλεσμα με τους πελάτες που έκαναν σωματική αποτοξίνωση ή επισκέφτηκαν το πρόγραμμα μόνο μία φορά. Μπορεί να συναχθεί ότι θεραπευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει στεγνή θεραπεία για λιγότερο από 90 μέρες έχει περιορισμένα οφέλη και μετά από τις 90 μέρες, τα θεραπευτικά αποτελέσματα βελτιώνονται ανάλογα προς τη διάρκεια που περνάει κανείς στη θεραπεία. Οι μετρήσεις της θεραπευτικής λειτουργίας, όπως η διάρκεια και η ικανοποιητική συμπλήρωση της θεραπείας ήταν ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες από τα χαρακτηριστικά των πελατών (Ross, Teesson, Darke, Lynskey, FACHAM, Ritter *et al.*, 2006; Paparrigopoulos, Liappas, Mellos & Rabavillas, 2007)

Σε μελέτες αξιολόγησης προγραμμάτων παρατηρήθηκε ότι πελάτες που ήταν κινητοποιημένοι, ανέπτυξαν καλύτερη σχέση με τον σύμβουλο και παρακολουθούσαν περισσότερες συμβουλευτικές συνεδρίες, έμειναν περισσότερο στο ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα. Αντίστροφα, τα προγράμματα που παρείχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση στους πελάτες και περισσότερες κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας κρατούσαν τους πελάτες περισσότερο. Αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή στη θεραπεία συνεισφέρουν άμεσα στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ακόμη, βρέθηκε ότι η σχέση μεταξύ της θεραπευτικής παραμονής και της αποχής ήταν ισχυρότερη στους νέους ενήλικες από ό, τι στους μεγαλύτερους (Nsimba, 2007).

Ένα επιπλέον στοιχείο για την ανοιχτή θεραπεία είναι ότι είναι σχετικά **χαμηλότερου κόστους** συγκριτικά με τα κλειστά θεραπευτικά προγράμματα. Αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση της εγκληματικότητας ως αποτέλεσμα της παρακολούθησης

τέτοιων προγραμμάτων, δείχνει τα συνολικά οικονομικά οφέλη αυτού του είδους θεραπείας (Nsimba, 2007).

Ανακεφαλαιώνοντας, τα ανοιχτά θεραπευτικά προγράμματα αποτελούν μια θεραπευτική επιλογή που, όπως δείχνουν τα ευρήματα, συνδέεται με θετικά αποτελέσματα στην θεραπεία, όπως η παραμονή στη θεραπεία, η μείωση των αρνητικών συνεπειών της χρήσης αλλά και η υποκειμενική αίσθηση ικανοποίησης από την πορεία της θεραπείας.

Χρήση φαρμάκων/ θεραπεία μέσω υποκατάστατων

Την τελευταία δεκαετία έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων με την ιδιότητα των υποκατάστατων όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με μη φαρμακευτική παρέμβαση σε επίπεδο ανοιχτού προγράμματος. Κάποια από αυτά όπως η ναλτρεξόνη και βουπρενοφίνη έχουν δείξει υποσχόμενα αποτελέσματα. Η **ναλτρεξόνη**, ένας μακράς διάρκειας χορηγούμενος από το στόμα ανταγωνιστής του οπίου, έχει δοκιμαστεί σε ασθενείς με εξάρτηση από ναρκωτικά ή αλκοόλ. Σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, το φάρμακο έχει δείξει θετικά αποτελέσματα όταν συνδυάστηκε με τη συμβουλευτική. Αναφέρεται να μειώνει σημαντικά τη βαριά πόση σε ασθενείς που είναι πρόθυμοι να πάρουν το χορηγούμενο φάρμακο. Το φάρμακο επίσης μειώνει την επιθυμία να πίνεις και κάνει την πόση δυσάρεστη. Έτσι, η ναλτρεξόνη μπορεί να είναι χρήσιμο συμπλήρωμα στην συμβουλευτική που αφορά τη χρήση ουσιών ή στα προγράμματα αποκατάστασης (Nsimba, 2007).

Παρόλα αυτά, τα οφέλη της ναλτρεξόνης περιορίζονται εξαιτίας του σοβαρού προβλήματος της μη συμμόρφωσης ή της έλλειψης προθυμίας των ασθενών να τη συνεχίσουν για επαρκή διάρκεια. Προτείνεται, ωστόσο, ότι η ναλτρεξόνη έχει αποτελέσματα αν χρησιμοποιείται σε επιλεγμένες υποομάδες ασθενών όπως αυτές νεαρότερης ηλικίας, με μικρότερη διάρκεια χρήσης και ύπαρξη κανονικής εργασίας. Επιπλέον, έχειδειχθεί ότι με τη βελτίωση της κινητοποίησης και της συμμόρφωσης, η θεραπεία μπορεί να στοχεύσει στην αύξηση της πιθανότητας ωφέλιμων αποτελεσμάτων με ναλτρεξόνη. (Nsimba, 2007).

Η **βουπρενοφίνη** είναι ένας αγωνιστής-ανταγωνιστής του οπίου που βρέθηκε αποτελεσματικός στη θεραπεία της κατάχρησης οπιούχων πλην του ότι ενδείκνυται ως αναλγητικό σε ασθενείς με προχωρημένο επώδυνο καρκίνο. Η κλινική έρευνα έδειξε ότι η βουπρενοφίνη είναι ίσης αποτελεσματικότητας με τη μεθαδόνη, αλλά η βουπρενοφίνη είναι πολύ πιο ασφαλής στην υπερβολική δόση εξαιτίας της μεγάλης της

επίδρασης στην αναπνευστική συμπίεση. Έχει λιγότερες πιθανότητες κατάχρησης και λιγότερα στερητικά συμπτώματα όταν διακόπτεται (Nsimba, 2007; Welsh & Valadez-Meltzer, 2005). Πρόσφατη έρευνα υποστηρίζει ότι η θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη βελτιώνει την ποιότητα ζωής των χρηστών η οποία συνδέεται με τη βελτίωση μιας σειράς ψυχοκοινωνικών παραγόντων, την αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας (Ponizovsky, Margolis, Heled, Rosca, Radomislensky & Grinshpoon, 2010).

Η χορήγηση **μεθαδόνης** έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά κυρίως τη χρήση ηρωίνης (Kellogg *et al.*, 2006; Kernan & Scully, 2006) και λιγότερο τη χρήση κοκαΐνης. (Kellogg *et al.*, 2006). Τα ευρήματα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης είναι αντιφατικά και υποστηρίζεται ακόμη ότι μπορεί η μεθαδόνη να εμποδίζει τελικά την ανάρρωση από τα οπιοειδή (Maddux & Desmond, 1992).

Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη επενεργούν στους ίδιους στόχους στον εγκέφαλο όπως η ηρωίνη και η μορφίνη, μπλοκάρουν τις επιδράσεις του ναρκωτικού, καταστέλλουν τα στερητικά συμπτώματα και μετριάζουν την επιθυμία για ναρκωτικό. Αυτό βοηθά τους ασθενείς να αποδεσμευτούν από την αναζήτηση ναρκωτικών και τη σχετική εγκληματική δραστηριότητα και να είναι πιο δεκτικοί σε συμπεριφορικές θεραπείες (NIDA, 2006). Η μεθαδόνη γενικά θεωρήθηκε από τους ασθενείς καλύτερη όσον αφορά τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, αλλά η βουπρενορφίνη κρίθηκε καλύτερη σε άλλους τομείς όπως η ευκολία με την οποία μεταβολίζεται. Ωστόσο, η μεθαδόνη προτιμάται ακόμη ως ουσία υποκατάστασης εξαιτίας της μεγάλης διάρκειας επίδρασής της αλλά και της αποτελεσματικότητάς της στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων από τα οπιοειδή (White *et al.*, 2007).

Πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα αποτελεσματικότητας της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη υποστηρίζουν τη σύνδεση της θεραπείας με τη μείωση της χρήσης οπιούχων όχι όμως με τη βελτίωση της υγείας γενικότερα. Ιδιαίτερα τονίζεται η συναγόμενη άποψη ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλαισίου ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Αυτή η διαπίστωση σκιαγραφεί τη βασική κατεύθυνση των μελετών αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Comiskey & Cox, 2010)

Τέλος, αναφέρουμε μια μορφή θεραπείας με ελεγχόμενη χορήγηση της ίδιας της ουσίας της ηρωίνης σε άτομα με ιστορικό πολλών μη επιτυχημένων θεραπευτικών προσπαθειών με υποκατάστατα, όπως η μεθαδόνη. Η HAT (Heroin-Assisted

Treatment) εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη (π.χ. Ολλανδία, Ελβετία) και έχει συνδεθεί με τη σταθεροποίηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, τη μείωση της παράνομης χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης. Η HAT, που δεν αποτελεί θεραπεία με την ακριβή έννοια του όρου, προτείνεται να συνεχίζεται σε μακροχρόνια βάση, εφόσον δε συντρέχει σοβαρός λόγος διακοπής της (Blanken, Hendriks, van Ree & van den Brink, 2010).

Κλειστά Προγράμματα -Θεραπευτικές Κοινότητες

Ορισμός

Η **θεραπευτική κοινότητα** ορίζεται ως μικρή (λιγότερο από 100 άτομα), με τακτικές, πιθανώς καθημερινές συναντήσεις ασθενών, επαγγελματικό προσωπικό, βοηθούς και άλλους. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές υποθέσεις, τονίζοντας ότι οι δυσκολίες των ασθενών είναι περισσότερο στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους και ότι η ψυχολογική θεραπεία θα βοηθήσει. Οι μέθοδοί της περιλαμβάνουν ανάλυση των γεγονότων, απελευθέρωση της επικοινωνίας, εφαρμογή ιεραρχικής πυραμίδας, παροχή εκπαιδευτικών εμπειριών, και δοκιμασία ρόλου (Clark, 1965).

Ο όρος «θεραπευτική κοινότητα» χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε ψυχιατρικά πλαίσια. Από τη δεκαετία του 1960 και μετά η προσέγγιση των θεραπευτικών κοινοτήτων διευρύνθηκε και εφαρμόστηκε κυρίως στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων. Οι DeLeon και Ziegerfuss (1986) αναφέρουν ότι η θεραπευτική κοινότητα διακρίνεται από άλλες θεραπευτικές προτάσεις ως προς δύο βασικά στοιχεία: α) ότι ο «βασικός θεραπευτής» και ο παιδαγωγός στη θεραπευτική κοινότητα είναι η ίδια η κοινότητα που αποτελείται από ομότιμα μέλη και προσωπικό, ως τα πρότυπα ρόλων της επιτυχημένης προσωπικής αλλαγής που λειτουργούν ως καθοδηγητές της διαδικασίας ανάρρωσης και β) ότι η θεραπευτική κοινότητα προσφέρει μια συστηματική προσέγγιση επίτευξης του βασικού στόχου αποκατάστασης, που είναι η επανοργάνωση του τρόπου ζωής, αντίληψης και συμπεριφοράς του εξαρτημένου.

Ο Maxwell Jones, που εισήγαγε την έννοια των θεραπευτικών κοινοτήτων, κάνει διάκριση ανάμεσα στις δημοκρατικές κοινότητες που έχουν συνδεθεί με την ψυχιατρική και όπου οι θεραπευτές είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, ψυχολόγοι κοινωνικοί λειτουργοί και γιατροί και τις ιεραρχικές κοινότητες που είναι σχεδιασμένες για την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ, και το προσωπικό αποτελείται κυρίως από πρώην εξαρτημένους. Ο Jones αναφέρει τη χρησιμοποίηση της δύναμης και της εξουσίας, τις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, την ομαδική θεραπεία και

τα κοινωνικά οργανωτικά επίπεδα ως διαδικασίες κοινές αλλά με σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο είδη θεραπευτικών κοινοτήτων (Jones, 1956c). Ιδιαίτερη σημασία στην ιεραρχική κοινότητα έχει η έννοια της «αυτοβοήθειας», που υποδηλώνει ότι τα ίδια τα άτομα είναι οι βασικοί φορείς της διαδικασίας αλλαγής. Η «αυτοβοήθεια» σημαίνει επίσης ότι τα άτομα έχουν εν μέρει ευθύνη για την ανάρρωση των συνθεραπευόμενων τους-μια σημαντική πλευρά της δικής τους θεραπείας.

Μελέτες αποτελεσματικότητας

Για πάνω από τρεις δεκαετίες η Εθνική Υπηρεσία των ΗΠΑ για την Κατάχρηση Ουσιών (NIDA, 2006) διεξήγαγε μελέτες μεγάλου εύρους πάνω στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένων των θεραπευτικών κοινοτήτων αλλά και προγραμμάτων υποκατάστασης, ανοιχτών προγραμμάτων και προγραμμάτων σωματικής αποτοξίνωσης. Οι μελέτες περιλάμβαναν τη συλλογή δεδομένων κατά την εισαγωγή στη θεραπεία, στη διάρκεια της θεραπείας και μετά το τέλος της θεραπείας, τον πρώτο χρόνο ή και αργότερα. Με τους όποιους πολιτισμικούς περιορισμούς που μπορεί να υπάρχουν, οι μελέτες αυτές βρήκαν ότι η συμμετοχή στις θεραπευτικές κοινότητες συσχετίστηκε με μια σειρά από θετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η πιο πρόσφατη μελέτη για το αποτέλεσμα της θεραπείας της κατάχρησης ουσιών (Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)), έδειξε ότι αυτοί που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία στη θεραπευτική κοινότητα έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα χρήσης κοκαΐνης, ηρωίνης και αλκοόλ, εγκληματικής συμπεριφοράς, ανεργίας καθώς και κατάθλιψης σε σύγκριση με την πριν τη θεραπεία περίοδο (NIDA, 2006).

Στη λογική του ορισμού της αποτελεσματικότητας της θεραπείας ως η πλήρης αποχή από τις ουσίες, η θεραπευτική κοινότητα θεωρείται από πολλούς ως η πιο ολοκληρωμένη και συγκροτημένη πρόταση θεραπείας από ναρκωτικές ουσίες. Το πρώτο αυτοθεραπευτικό κοινόβιο, το Synanon, που ιδρύθηκε το 1958 από τον Ch. Dederich, βασίστηκε στις αρχές της αυτοβοήθειας και έδωσε για πρώτη φορά στη ιστορία της τοξικομανίας πραγματικά θεραπευμένους χρήστες ηρωίνης και άλλων ουσιών. Απόφοιτοι του Synanon σε συνεργασία ή όχι με επαγγελματίες ψυχικής υγείας έστησαν καινούρια μοντέλα θεραπευτικών κοινοτήτων σε όλο τον κόσμο. Στη θεραπευτική κοινότητα στόχος είναι η αναδόμηση της προσωπικότητας του πρώην τοξικομανή, η αναβίωση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξής του και η ανατροπή της υπάρχουσας κουλτούρας της χρήσης ουσιών μέσα από την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και αλλαγή (Ζαφειρίδης, 1987).

Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων, αναδεικνύονται οι αδυναμίες τους όταν στόχος της θεραπείας είναι: α) η πλήρης αποχή από τη χρήση οιασδήποτε νόμιμων ή παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών, β) η επαγγελματική αποκατάσταση και γ) η αποχή από εγκληματικές πράξεις. Στα τρία παραπάνω κριτήρια επιτυχούς έκβασης της θεραπευτικής προσπάθειας ελάχιστα είναι τα θεραπευτικά προγράμματα, σε παγκόσμιο επίπεδο, που κατάφεραν να ξεπεράσουν σε ποσοστό επιτυχίας το 20% (Simpson, 1986).

Σε μια συγκριτική προσέγγιση, μελέτη που αφορά τους τύπους των πελατών στις τρεις βασικές θεραπευτικές προτάσεις, δηλαδή σε προγράμματα υποκατάστασης, θεραπευτικές κοινότητες και ανοιχτά στεγνά προγράμματα, έδειξε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους τρεις τύπους ως προς τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά τα αποτελέσματα ανάμεσα στις τρεις θεραπείες δεν ήταν πολύ διαφορετικά το ένα από το άλλο. Ωστόσο το θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν πολύ πιο ευνοϊκό για τους θεραπευόμενους και των τριών προσεγγίσεων συγκριτικά με μία ομάδα ελέγχου. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένδειξη για κάποιο συνδυασμό ανάμεσα σε τύπους θεραπευόμενων και θεραπειών που οδηγεί σε καλύτερα μετα-θεραπευτικά αποτελέσματα (Simpson & Savage, 1981-82). Άλλη έρευνα δείχνει μεγαλύτερη παραβατική δραστηριότητα και λιγότερα προβλήματα χρήσης ουσιών στους πελάτες θεραπευτικών κοινοτήτων συγκριτικά με τους πελάτες προγραμμάτων μεθαδόνης και προγραμμάτων σωματικής αποτοξίνωσης (Eland-Goossensen, van de Goor, Benschop & Garretsen, 1998).

Συγκριτική μελέτη στο πλαίσιο στεγνού κλειστού προγράμματος (κοινότητα) και προγράμματος υποκατάστασης με μεθαδόνη έγινε με σκοπό τον καθορισμό των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που είναι σημαντικά για τη θεραπεία της εξάρτησης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πελάτες των προγραμμάτων μεθαδόνης έδειξαν μεγαλύτερη κοινωνική εξάρτηση στο πλαίσιο ενός πιο ανεκτικού χαρακτηριστικού προσωπικότητας, ενώ οι πελάτες θεραπευτικών κοινοτήτων ήταν πιο διαπροσωπικά προσανατολισμένοι βασιζόμενοι στο περιβάλλον πλαίσιο. Οι διαφορές αυτές αντικρούουν τις απόψεις που αναφέρονται σε έναν γενικό πληθυσμό εξαρτημένων. Η απουσία σχέσης ανάμεσα στις δύο ομάδες θεραπευόμενων προτείνει ότι υπάρχει αυτο-επιλογή τρόπου θεραπείας που αντισταθμίζει τις ελλείψεις ή προδιαθέσεις που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Συμπεραίνεται ότι ο κοινωνικός προσανατολισμός σε αντίθεση με τον προσανατολισμό στον εαυτό συντελεί στην καταλληλότερη επιλογή θεραπείας καθώς ευνοεί τη διερεύνηση της

αλληλεπίδρασης της προσωπικότητας των εξαρτημένων με το θεραπευτικό περιβάλλον (Mider, 1984).

Ομάδες αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτοβοήθειας θεωρούνται σήμερα ως ένας από τους τρόπους θεραπείας των εξαρτήσεων από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ. Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι μικρές, εθελοντικές δομές για την αλληλοβοήθεια και την εκπλήρωση ενός ειδικού σκοπού. Συνήθως σχηματίζονται από ομότιμους, που συνασπίζονται με σκοπό την παροχή βοήθειας για την ικανοποίηση μιας κοινής ανάγκης, την αντιμετώπιση μιας κοινής δυσκολίας ή προβλημάτων που απειλούν τη ζωή τους, και για να επιφέρουν την επιθυμητή κοινωνική και/ή προσωπική αλλαγή. Οι ιδρυτές και τα μέλη τέτοιων ομάδων πιστεύουν ότι οι ανάγκες τους δεν ικανοποιούνται ή δεν μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω των ήδη υπαρχουσών κοινωνικών δομών. Οι ομάδες αυτοβοήθειας δίνουν έμφαση στην άμεση κοινωνική αλληλεπίδραση και την ανάληψη της ατομικής ευθύνης από τα μέλη. Συχνά παρέχουν υλική βοήθεια καθώς και συναισθηματική υποστήριξη. Συχνά προσανατολίζονται στην αιτία του προβλήματος και προτάσσουν μια ιδεολογία ή αξίες μέσω των οποίων τα μέλη ίσως αποκτήσουν μία καλύτερη αίσθηση της προσωπικής τους ταυτότητας (Kickbusch & Hatch, 1983).

Η Killilea (1976), έχει εντοπίσει **ορισμένα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας**. Αυτά είναι:

1. Η κοινή εμπειρία των μελών. Αυτός που δίνει βοήθεια έχει το ίδιο πρόβλημα με αυτόν που παίρνει βοήθεια.
2. Η αμοιβαία βοήθεια και υποστήριξη. Το άτομο είναι μέλος μιας ομάδας που συναντιέται σε τακτά χρονικά διαστήματα και στην οποία παρέχεται αμοιβαία βοήθεια.
3. Η αρχή του ατόμου που δίνει βοήθεια. Σε μια συνθήκη στην οποία άνθρωποι με κοινό πρόβλημα βοηθούν ο ένας τον άλλο, ίσως είναι αυτός που δίνει βοήθεια ο οποίος επωφελείται περισσότερο από τη συναλλαγή.
4. Η αποδοχή της διαφορετικότητας. Η ενίσχυση της αντίληψης του εαυτού ως φυσιολογικού επιταχύνει την εγκατάλειψη από τα μέλη της προηγούμενης αποκλίνουσας ταυτότητάς τους.
5. Η συλλογική δύναμη της θέλησης και της πίστης. Κάθε άτομο απευθύνεται σε άλλα άτομα μέσα στην ομάδα για την επικύρωση των αισθημάτων και των απόψεών του.

6. Η ανταλλαγή πληροφοριών. Η προώθηση της μεγαλύτερης ενεργητικής κατανόησης του προβλήματος, όπως αυτή αντιτίθεται στην ενδοψυχική κατανόηση.
7. Η εποικοδομητική δράση προς κοινούς στόχους. Οι ομάδες είναι προσανατολισμένες στη δράση, η φιλοσοφία τους είναι ότι τα μέλη τους μαθαίνουν και αλλάζουν μέσα από τη δράση.

Οι δέκα αρχές που χαρακτηρίζουν τις ομάδες αυτοβοήθειας, σύμφωνα με τον Riessman (1997), είναι αυτήν των ομότιμων, του αυτοπροσδιορισμού, της θεραπείας αυτού που βοηθάει και της αναδόμησης της ίδιας της βοήθειας, της διαχείρισης από το άτομο του προσωπικού του «κεφαλαίου», δηλαδή της δυνατότητας να προσφέρει βοήθεια, της επικράτησης της δύναμης έναντι της παθολογίας, της μη εμπορευματοποίησης, της κοινωνικής στήριξης, του ήθους, του ότι είναι λύση πολλών προβλημάτων, και της εσωτερικότητας.

Η ομάδα των Αλκοολικών Ανωνύμων (ΑΑ) είναι η πρώτη (1935) και πιο ευρέως διαδομένη ομάδα αυτοβοήθειας παγκοσμίως. Μαζί με τους Ναρκομανείς Ανώνυμους (ΝΑ) είναι οι δύο ομάδες που απευθύνονται σε εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Η βασική οργανωτική μονάδα των ομάδων αυτών είναι τα 12 βήματα, που συνίστανται στην αποδοχή και αναγνώριση του προβλήματος, στη βελτίωση και τη διόρθωση των λαθών που έχουν γίνει στη διάρκεια της χρήσης και στη μεταφορά του μηνύματος της ανάρρωσης σε άλλους χρήστες ουσιών. Η νηφαλιότητα και η ώριμη ανάπτυξη και εξέλιξη είναι οι βασικοί στόχοι της εφαρμογής των 12 βημάτων.

Ένα κοινό εύρημα των μελετών στις ομάδες αυτοβοήθειας ήταν ότι η πιο εντατική και μακρόχρονη συμμετοχή συνέβαλε σε καλύτερα αποτελέσματα. Τα χρήσιμα αποτελέσματα της συμμετοχής στην αυτοβοήθεια περιλάμβαναν μειωμένη ψυχιατρική συμπτωματολογία, μειωμένη χρήση επαγγελματικών υπηρεσιών, αυξημένες ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων, αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή και συντομότερες διαμονές στα νοσοκομεία. Τα μέλη των ομάδων ανέφεραν καλύτερη προσαρμογή, καλύτερη αντιμετώπιση των δυσκολιών, υψηλότερη αυτοεκτίμηση και βελτιωμένη αποδοχή της ασθένειας από τις εκτιμήσεις που κάνουν για τον εαυτό τους οι λιγότερο ενεργητικοί και τα μη μέλη (Kurtz, 1990). Ο Yalom (1995) αναγνώρισε 11 θεραπευτικούς παράγοντες στις ομάδες ψυχοθεραπείας, πολλοί από τους οποίους βρίσκονται και σε ομάδες αυτοβοήθειας. Συνοπτικά αυτοί είναι : Η ενστάλαξη ελπίδας, η καθολικότητα, η πληροφόρηση ή η άμεση συμβουλή ο αλτρουισμός, η επανορθωτική ανακεφαλαίωση της πρωταρχικής οικογενειακής

ομάδας, η μιμητική συμπεριφορά, η διαπροσωπική μάθηση, η ομαδική συνοχή, η κάθαρση, ο υπαρξιακός παράγοντας.

Έρευνα που αφορά τη θεραπεία της εξάρτησης που περιλαμβάνει τα 12 βήματα, αναφέρει ότι οι συμμετέχοντες ζητήθηκαν να κάνουν μια εκτίμηση της προόδου τους που βασίζεται στα συναισθήματα. Ανάλυση των αφηγηματικών περιεχομένων δεν έδειξε αλλαγή σε άλλα στοιχεία, όπως ο προσανατολισμός στη θεραπεία, ωστόσο έδειξε αλλαγή στη θετικότητα. Η αλλαγή αυτή συνδέθηκε με την καλύτερη ανάρρωση των ατόμων (Stephenson & Hayllett, 2000).

Φυσική ανάρρωση (Natural Recovery)

Η έρευνα που αφορά τις πιθανές μεθόδους θεραπείας της εξάρτησης έχει στραφεί τα τελευταία χρόνια στην υπόθεση της φυσικής ανάρρωσης (natural recovery). Σύμφωνα με αυτή, ένα ποσοστό ατόμων εξαρτημένων από ουσίες αναρρώνει χωρίς κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο. Μια ανασκόπηση των μελετών που υποστηρίζουν την υπόθεση της φυσικής ανάρρωσης, προτείνει ότι οι εξαρτημένοι χωρίς θεραπεία όχι μόνο μπορούν να αναρρώσουν φυσικά δίχως την θεραπευτική παρέμβαση αλλά έχουν περισσότερες πιθανότητες συγκριτικά με αυτούς που παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα να “σπάσουν” οριστικά το δεσμό με την εξάρτηση. Ωστόσο, λείπουν αρκετές σημαντικές πληροφορίες που αφορούν τις κοινωνικές, ψυχολογικές και περιβαλλοντικές διεργασίες που μπορούν συντελέσουν στη διαδικασία της ανάρρωσης (Waldorf & Biernacki, 1979).

Σε μετέπειτα μελέτες του ίδιου θέματος, τα περισσότερα άτομα αποδίδουν την αλλαγή τους στις ατομικές τους προσπάθειες. Η απόφαση για διακοπή είναι μεγάλης σημασίας στη διαδικασία αυτή και ακολουθεί η χρήση εναλλακτικών συμπεριφορών ως τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών. Η απόφαση για διακοπή περιγράφεται ως μια διεργασία που σχετίζεται με το ζήτημα της ποιότητας ζωής που φθίνει στη διάρκεια της χρήσης (Mariezcurrana, 1996). Το κίνητρο για αλλαγή, η εφαρμογή της απόφασης διακοπής της χρήσης καθώς και η διατήρηση και διαπραγμάτευση μιας νέας ταυτότητας ή ενός νέου νοήματος ζωής αναφέρονται ακόμη ως σημαντικά στοιχεία της διαδικασίας αυτο-θεραπείας (Klingemann, 1991). Η περαιτέρω μελέτη των εναυσμάτων για αλλαγή και των τρόπων που χρησιμοποιούν όσοι έχουν αναρρώσει με φυσικό τρόπο θα μπορούσε να βοηθήσει προς μια κατεύθυνση βελτίωσης της πρόληψης και της θεραπείας των προβλημάτων που σχετίζονται με κατάχρηση ουσιών (Mariezcurrana, 1996).

Εισαγωγή στη θεραπεία

Παρόλο που η κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ είναι σημαντικό πρόβλημα στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, μόνο ένα μικρό μέρος του πληθυσμού των χρηστών ουσιών ζητά θεραπεία (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal & Toneatto, 1993; Hser, Maglione, Polinsky, & Anglin, 1998; Humphreys, Moos & Finney, 1995).

Η ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν την εισαγωγή στη θεραπεία από τους Tsogia, Copello και Orford (2001), έδειξε ότι υπάρχει μικρή συμφωνία για τους λόγους που οι χρήστες ναρκωτικών εισάγονται στη θεραπεία. Οι περισσότερες μελέτες έχουν εστιαστεί σε θέματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία και μόνο πρόσφατα η έρευνα έχει κατευθυνθεί στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Μικρός αριθμός ερευνών εξετάζει μαζί με τους λόγους εισαγωγής στη θεραπεία και τους λόγους για τη μη εισαγωγή στη θεραπεία («εμπόδια») καθώς υποθέτουν ότι τα δύο αυτά θέματα μπορεί να σχετίζονται.

Στην ίδια ανασκόπηση αναφέρεται ότι οι Jordan και Oei (1989) βρήκαν ότι η αναγνώριση του προβλήματος είναι ο παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο την εισαγωγή στη θεραπεία. Αυτό στη συνέχεια σχετίζεται με θέματα που αφορούν τις ουσίες (π.χ. σοβαρότητα χρήσης), καθώς και με ενδο-ψυχικά και κοινωνικά θέματα (π.χ. απώλεια ελέγχου, κλονισμός των συνηθισμένων ρόλων, επιδείνωση ενός τομέα της ζωής λόγω της χρήσης, και αντιδράσεις των κοινωνικών δικτύων). Παρόλα αυτά, φαίνεται πως περνάει αρκετός χρόνος ανάμεσα στην αναγνώριση του προβλήματος και την εισαγωγή στο επίσημο θεραπευτικό πρόγραμμα, που συνήθως κυμαίνεται από 1 έως 15 χρόνια. Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα των Kessler *et al.* (2001), σύμφωνα με τα οποία, μεσολαβούν πάνω από 10 χρόνια ανάμεσα στην έναρξη της χρήσης ουσιών και της αναζήτησης θεραπευτικής βοήθειας. Πιο άμεσες αφορμές για την εισαγωγή στη θεραπεία είναι θέματα όπως η σωματική φθορά, οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες, οι επιρροές οικογένειας και φίλων, και οι ανεπιθύμητες προσωπικές καταστάσεις. Όταν ως αφορμή για την εισαγωγή στη θεραπεία αναφέρονται συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως οι προαναφερθείσες, το διάστημα μεταξύ της αναγνώρισης του προβλήματος και της εισαγωγής στη θεραπεία μπορεί να μειωθεί πολύ και να φτάσει μέχρι λίγες εβδομάδες, εύρημα σημαντικό ως προς τους λόγους που οδηγούν τον εξαρτημένο στη θεραπεία.

Η όψιμη έναρξη της χρήσης ουσιών, οι πολλαπλές ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής της χρήσης, η χρήση των ουσιών ηρωίνης και κοκαΐνης (Kessler *et al.*, 2001)

και η προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία (Hser *et al.*,1998; Finney & Moos, 1995; Power, Hartnoll & Chalmers, 1992; Siegal, Falck, Wang & Carlson, 2002) φαίνεται πως σχετίζονται θετικά με την εισαγωγή στη θεραπεία. Οι παραπάνω παράγοντες υποδηλώνουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και που θεωρείται από παραδοσιακά μοντέλα θεραπείας ουσιών ως σημαντικός παράγοντας στην εισαγωγή στην θεραπεία, με την έννοια ότι το άτομο είναι πιο πιθανό να μπει στη θεραπεία όταν η κατάστασή του είναι αρκετά σοβαρή και την αντιλαμβάνεται ως τέτοια. Παρόλα αυτά, αυτή η υπόθεση έχει μερικώς μόνο επιβεβαιωθεί ερευνητικά (π.χ. Siegal, Falck, Wang & Carlson, 2002). Οι Hasin (1994), Kaskutas, Weisner & Caetano (1997), Finney & Moos (1995), και Power, Hartnoll & Chalmers (1992) βρήκαν ότι τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. χρονιότητα και συχνότητα χρήσης, σοβαρότητα της εξάρτησης) σχετίζονταν με την εισαγωγή στη θεραπεία. Ενδεικτικό της σημασίας της αντίληψης της σοβαρότητας του προβλήματος είναι το εύρημα των Cunningham, Sobell, Sobell & Gaskinn (1994) ότι το «να πιάσει κάποιος πάτο» έπαιζε ρόλο στην εισαγωγή στη θεραπεία, κάτι που υποστηρίζεται κι από τους Chung & Shek (2008) σε πρόσφατη έρευνα που προσθέτει επιπλέον τον παράγοντα της απώλειας ελέγχου των σημαντικών πραγμάτων στη ζωή του εξαρτημένου ατόμου. Η υπόθεση του «πάτου» καθώς και η απώλεια ελέγχου είναι πιθανό να σχετίζονται με σημαντικά γεγονότα ζωής που προηγήθηκαν της εισαγωγής στη θεραπεία, όπως η απώλεια σημαντικών προσώπων, εργασίας ή στέγης.

Ενδοψυχικοί παράγοντες όπως η υποκειμενική αίσθηση δυστυχίας (Pfeiffer, Feuerlein, & Brenk-Schulte, 1991) καθώς και τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της χαμηλής αυτο-εκτίμησης (Finney & Moos, 1995) είναι ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της εισαγωγής στη θεραπεία. Ωστόσο υπάρχει η άποψη ότι η εισαγωγή στη θεραπεία λόγω στρεσογόνων παραγόντων σχετίζεται με την πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας καθώς μόλις επέλθει μια προσωρινή ανακούφιση, η θεραπεία χάνει τη σπουδαιότητά της. Από την άλλη, γνωστικοί παράγοντες, όπως η συνειδητοποίηση, οι προσδοκίες και οι στάσεις απέναντι στη θεραπεία (π.χ. προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα) φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά και πιο σταθερά την απόφαση για εισαγωγή στη θεραπεία (Finney & Moos, 1995).

Ως πιθανά εμπόδια της αναζήτησης θεραπευτικής βοήθειας έχουν αναφερθεί η αδυναμία αναγνώρισης του προβλήματος, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο θεραπευτικό σύστημα και ο φόβος του στιγματισμού (Cunningham *et al.*, 1993; Grant, 1997).

Οι αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης ουσιών εμφανίζονται σε μια σειρά ερευνών ως σημαντικός λόγος για την εισαγωγή στη θεραπεία. (Finney & Moos, 1995; Kaskutas *et al.*, 1997; Weisner, 1993). Αυτές περιλαμβάνουν θέματα όπως ατυχήματα ή την εμπλοκή με το νόμο λόγω της χρήσης και προβλήματα με το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. ρήξη στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις). Ωστόσο, οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες (όπως το τι θα χάσει κάποιος κοινωνικά αν εισαχθεί στη θεραπεία) μπορούν επίσης να θεωρηθούν εμπόδια στην εισαγωγή στη θεραπεία.

Η πίεση από σημαντικούς άλλους όπως ο σύντροφος, ο γονέας ή ο φίλος για να αλλάξει η συμπεριφορά της χρήσης, που περιλαμβάνει απειλές για διάλυση της σχέσης, σχετίστηκε ισχυρά με το ιστορικό της εισαγωγής στη θεραπεία (Hasin, 1994). Πρόσθετες ενδείξεις δίνουν οι Marlow *et al.* (1996), όπου οι άτυπες επιρροές από σημαντικούς άλλους στο φυσικό κοινωνικό δίκτυο κάποιου αποτελούν το ένα τρίτο των λόγων για την εισαγωγή στη θεραπεία των χρηστών ναρκωτικών. Οι George & Tucker (1996) βρήκαν ότι η εισαγωγή στη θεραπεία συσχετιζόταν με σταθερά και καθαρά μηνύματα από το κοινωνικό δίκτυο σχετικά με την έκταση του προβλήματος και την εισαγωγή στη θεραπεία, εύρημα που ώθησε ορισμένους συγγραφείς να τονίσουν την κοινωνική φύση της αναζήτησης βοήθειας για το πρόβλημα της χρήσης ουσιών. Ο Hasin (1994) προτείνει ότι οι λόγοι για την εισαγωγή στη θεραπεία αλληλεπιδρούν με έναν σύνθετο τρόπο που δεν έχει διεκρινιστεί ερευνητικά. Επίσης συζητά τον πιθανό ρόλο της κοινωνικής πίεσης στη συνειδητοποίηση του προβλήματος, με την έννοια ότι παρέχει επαρκή και σαφή πληροφόρηση που θα προωθούσε την γνωστική εκτίμηση του προβλήματος. Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται ακόμα πιο σύνθετος αν λάβουμε υπόψη την κοινωνική υποστήριξη. Οι Beattie *et al.* (1993) εξέτασαν πώς το κοινωνικό περιβάλλον και η σοβαρότητα του προβλήματος αλληλεπιδρούν πριν την εισαγωγή στη θεραπεία, και βρήκαν ότι η υψηλή κοινωνική υποστήριξη έχει αντίστροφα αποτελέσματα στην ποσότητα και τη συχνότητα της χρήσης και κατά συνέπεια στην εισαγωγή στη θεραπεία.

Ο κοινωνικός και νομικός εξαναγκασμός έχουν θεωρηθεί ότι έχουν ισχυρή επίδραση στην εισαγωγή στη θεραπεία κατάχρησης ουσιών. Ο νομικός εξαναγκασμός, όπως αναμενόταν, βρέθηκε να είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας που ενισχύει την εισαγωγή στη θεραπεία για τους χρήστες ναρκωτικών (Hser *et al.*, 1998). Παρόλο που ο νομικός εξαναγκασμός φαίνεται ως εξωτερικός και συχνά όχι επαρκής λόγος για την έναρξη μιας θεραπευτικής προσπάθειας, είναι πιθανό, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, να αποτελέσει την αφορμή για την απαρχή μιας ουσιαστικής αλλαγής.

Μια πρόσθετη παράμετρο στο θέμα της εισαγωγής στη θεραπεία αναφέρει ο Hartwell (1998) σε μελέτη του όπου αποκάλυψε ότι ο λόγος επαναλαμβανόμενης εισαγωγής σε προγράμματα αποτοξίνωσης και αποκατάστασης δεν είναι απαραίτητα η αποχή, όπως υπέθεταν οι κλινικοί και οι ερευνητές. Τα προγράμματα μάλλον χρησιμοποιούνται για να ανταποκριθούν σε άλλες ανάγκες, όπως να βρει κάποιος στέγη, να ευχαριστήσει την οικογένειά του, να ξεκουραστεί, να αποφύγει τη φυλακή, και γι' αυτό γίνονται μέρος του σχεδίου της χρήσης ουσιών. Οι ποιοτικές έρευνες μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των απόψεων των χρηστών, συμπληρώνοντας σημαντικά τα ευρήματα των ποσοτικών μελετών. Η κατανόηση των απόψεων των ατόμων που κάνουν τη θεραπεία είναι απαραίτητο βήμα στην επίτευξη των στόχων που αφορούν τη γενικότερη διαδικασία αλλαγής στην απεξάρτηση (Tsogia *et al.*, 2001).

Επιπλέον γίνεται λόγος για διαφοροποίηση των λόγων εισαγωγής στη θεραπεία ανάλογα με το είδος θεραπείας που επιλέγει κανείς. Μια υπόθεση είναι ότι τα άτομα που εισάγονται στη θεραπεία τείνουν να έχουν πιο σοβαρά προβλήματα από τα άτομα που αναρρώνουν εκτός προγραμμάτων. Ωστόσο, οι Humphreys *et al.*, (1995) προτείνουν ότι οι διαδικασίες που οδηγούν στην επιθυμία για αλλαγή είναι παρόμοιες για τα άτομα, όποιος κι αν είναι ο τρόπος αλλαγής. Το εύρημα ότι ορισμένοι χρήστες ουσιών απέχουν από τη χρήση πριν την εισαγωγή στη θεραπεία, πιθανώς ενισχύει τις έννοιες της απόφασης για θεραπεία και της ανάρρωσης ως διαδικασίες που συντελούνται σταδιακά (Rosengren, Downey & Donovan, 2000).

Συνοψίζοντας, η εισαγωγή στη θεραπεία μπορεί να είναι εκούσια και να οφείλεται σε παράγοντες όπως η αναγνώριση της σοβαρότητας του προβλήματος και των συνεπειών του με την κοινωνική υποστήριξη να βοηθά στην κατεύθυνση αυτή. Η ακούσια εισαγωγή στη θεραπεία αφορά περιπτώσεις νομικών ή κοινωνικών καταναγκασμών και πιέσεων. Όταν αναφερόμαστε στην εκούσια εισαγωγή στη θεραπεία, οι λόγοι εισαγωγής των ατόμων στη θεραπεία ίσως συνδέονται με το τι τα κινητοποιεί να αλλάξουν (Miller & Rollnick, 1991; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Η μελλοντική έρευνα θα αναδείξει αν το καταγεγραμμένο γεγονός της αύξησης αναζήτησης θεραπείας την τελευταία δεκαετία, προκύπτει λόγω της αύξησης της προσβασιμότητας της θεραπείας, της αυξανόμενης χρήσης, των κοινωνικών πιέσεων ή άλλων παραγόντων (Kessler *et al.*, 2001).

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων που ζητούν θεραπεία

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν βοήθεια για το πρόβλημα της εξάρτησης αξιολογούνται συνήθως από μελέτες που βασίζονται στην αυτο-αναφορά αυτών των στοιχείων από τους θεραπευόμενους κατά την εισαγωγή τους στη θεραπεία. Η αναφορά στα στοιχεία αυτά δίνει το προφίλ των ατόμων που ζητούν θεραπεία, ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση ανάμεσα στα προγράμματα και τα άτομα στα οποία απευθύνονται. Μεγάλης κλίμακας έρευνα που αξιολόγησε τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αναζητούν θεραπεία σε μια σειρά από θεραπευτικά προγράμματα, μη συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων μεθαδόνης, αναφέρει συνοπτικά ότι το 70% ήταν άντρες και η μέση ηλικία ήταν 35.2 χρόνια (± 13.1), το 52% δεν είχε ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 40% δεν ανήκαν στο εργατικό δυναμικό (π.χ. φοιτητές, συνταξιούχοι ή ανάπηροι), το 50% ήταν άγαμοι, το 68% είχαν νομικές εκκρεμότητες και το 34% προσήλθαν μόνοι τους στη θεραπεία (Urbanoski, Strike & Rush, 2005)

Αντίστοιχα στοιχεία στην Ελλάδα προέρχονται από το ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία). Τα στοιχεία παρέχονται από τον Δείκτη Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) που εφαρμόζεται από το ΕΚΤΕΠΝ στην Ελλάδα από το 1994 και στόχο έχει την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των συμπεριφορών χρήσης που εμφανίζουν τα άτομα που ζητούν βοήθεια για προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ή/και ξεκινούν θεραπεία στους εξειδικευμένους φορείς/ «θεραπευτικά κέντρα». Η συλλογή των στοιχείων γίνεται σε συνεργασία με το εθνικό δίκτυο του Δείκτη και στηρίζεται στην εφαρμογή του ευρωπαϊκού πρωτοκόλλου (Standard Protocol 2.0) του Δείκτη (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Σε μια συνοπτική παρουσίαση των *κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών* των χρηστών που ζητούν βοήθεια, η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών είναι άνδρες (86.8%), οι περισσότεροι είναι νέοι 19-29 ετών (53.6%) ή 30-40 ετών (32.7%), ενώ έφηβοι είναι το 4.2%. Η μέση ηλικία είναι τα 28.5 έτη (τυπική απόκλιση 7.6 έτη). Η μέση ηλικία των γυναικών εμφανίζεται σημαντικά χαμηλότερη (26.6) από αυτή των ανδρών (28.8). Ως προς το ανώτερο ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό επίπεδο, 22.3% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 30.8% απόφοιτοι Γυμνασίου, 36.8% απόφοιτοι λυκείου και το 8.5% έχουν ολοκληρώσει ανώτερες ή ανώτατες σχολές (βλ. Πίνακα 2). Σχεδόν όλοι είναι Έλληνες (94.1%). Οι περισσότεροι είναι άνεργοι (61.3%), αρκετοί έχουν σταθερή εργασία (24.6%). Με τους γονείς ζει το υψηλότερο ποσοστό (63.3%), με σύζυγο /

σύντροφο με ή χωρίς παιδιά ζει το 12.5%, ενώ μόνοι ζουν το 12.4%. Σχεδόν όλοι έχουν σταθερή στέγη (89.7%) και το 9.8% δηλώνουν προσωρινή στέγη / άστεγοι. Το 14% των ερωτώμενων δηλώνουν ότι συγκατοικούν με τουλάχιστο άλλον ένα χρήστη, ενώ από αυτούς το 52.5% δηλώνει ότι ζει με τη γονική οικογένεια, δηλαδή τουλάχιστον 335 οικογένειες στην Ελλάδα είχαν το 2008 περισσότερους από έναν χρήστες ναρκωτικών. Επιπλέον, το 13.3% όσων συγκατοικούν με χρήστες δηλώνει ότι ζει με σύζυγο / σύντροφο χωρίς παιδιά και το 9.6% με σύζυγο / σύντροφο με παιδιά.

Ως προς το ιστορικό θεραπείας, σχεδόν οι μισοί (47.7%) δηλώνουν ότι δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία στο παρελθόν. Το 30.6% δηλώνουν ότι παίρνουν μόνοι τους την πρωτοβουλία να ζητήσουν θεραπεία και παρόμοιο είναι το ποσοστό αυτών που ενθαρρύνονται από την οικογένεια (22.7%) και αυτών που παρακινούνται από φίλους (23.3%). Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στην κατηγορία «φίλοι» οι ερωτώμενοι πολύ συχνά κατατάσσουν άλλους χρήστες που παρακολουθούν ή έχουν ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Το 14.6% παραπέμπονται από άλλους φορείς υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων και άλλων κέντρων θεραπειών) και μόνο το 2.1% από τις δικαστικές υπηρεσίες και την αστυνομία.

Σε ό,τι αφορά τα χαρακτηριστικά χρήσης, η συνηθέστερη κύρια ουσία κατάχρησης είναι η ηρωίνη/οπιούχες ουσίες (88.1%), ακολουθούν η κάνναβη (8.7%), η κοκαΐνη (4%) και τα χάπια (1.2%). Οι περισσότεροι (63.1%) δηλώνουν καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης τον τελευταίο μήνα. Οι περισσότεροι από τους χρήστες οπιούχων (67.4%) και τους χρήστες χαπιών (75.9%) κάνουν καθημερινή χρήση της ουσίας τον τελευταίο μήνα. Αντίθετα, καθημερινή χρήση κάνουν το 36.4% των χρηστών κάνναβης και το 33.7% των χρηστών κοκαΐνης. Το 32.9% αναφέρουν κατάχρηση μίας μόνο ουσίας, ενώ ένας στους τρεις (36.2%) αναφέρει κατάχρηση τριών ή περισσότερων ουσιών. Η μέση ηλικία έναρξης της παράνομης χρήσης είναι τα 16.6 έτη (τυπική απόκλιση 3.7έτη). Η έναρξη της παράνομης χρήσης γίνεται για την πλειονότητα των χρηστών με κάνναβη (84.5%, στην ηλικία κατά μέσο όρο των 15.8 ετών), ενώ σαφώς μικρότερα είναι τα ποσοστά των χρηστών που ξεκίνησαν με ηρωίνη ή τα άλλα οπιούχα (6.2% σε ηλικία κατά μέσο όρο των 19.2 ετών) ή υπνωτικά ή ηρεμιστικά χάπια (3.8% σε ηλικία κατά μέσο όρο των 15.9 ετών) (ΕΚΤΕΙΝ, 2009).

Ο πίνακας δίνει ορισμένα συγκριτικά αποτελέσματα των δύο προαναφερόμενων πηγών.

Πίνακας 2:

Χαρακτηριστικά ανθρώπων που προσέγγισαν θεραπευτικά προγράμματα για το πρόβλημα της εξάρτησης

(Urbanoski et al., 2005)		(ΕΚΤΕΙΠΝ, 2009)	
Φύλο %			
Ανδρας	69.9		86.8
Γυναίκα	30.1		13.2
Ηλικία %			
<20	15.3	<19	4.2
20-29	19.0	19-29	53.6
30–39	28.6	30-40	32.7
40–49	23.8		
50+	13.2		
Εκπαίδευση %			
Λιγότερη από δευτεροβάθμια (λύκειο)	52.3	Δημοτικό	22.3
Δευτεροβάθμια	21.7	Γυμνάσιο	30.8
Μερική εκπαίδευση μετά τη δευτεροβάθμια	12.1	Λύκειο	36.8
Εκπαίδευση μετά τη δευτεροβάθμια (πτυχίο ή δίπλωμα)	13.8	Ανώτερες/ανώτατες σχολές	8.5
Εργασία %			
Πλήρης/ Μερική	36.7		24.6
Ανεργοί	23.2		63.6
Φοιτητές	12.5		
Μη ανήκοντες στο εργατικό δυναμικό α		27.6	
α Περιλαμβάνει ανάπηρα άτομα, αυτούς που κάθονται στο σπίτι, αυτούς που έχουν απολυθεί, και συνταξιούχους.			

Η παράθεση των στοιχείων που αφορούν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων κατά την εισαγωγή τους στη θεραπεία είναι χρήσιμη στο βαθμό που διαμορφώνεται μια εικόνα για το προφίλ του ατόμου που προσέρχεται στη θεραπεία και συντελεί στην αξιοποίηση αυτών των στοιχείων στην κατανόηση της συνολικής θεραπευτικής διαδικασίας.

Παράγοντες που συνδέονται με τη θεραπεία της εξάρτησης

Εξετάζοντας τη βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι οι κυριότεροι και πιο συχνά αναφερόμενοι παράγοντες που συνδέονται με την θεραπεία είναι οι εξής:

1. Η ετοιμότητα (readiness) (Diclemente, 1991; Prochaska & Diclemente, 1986; Prochaska *et. al.*, 1992).

Προσδιορισμός έννοιας

Η μελέτη που αφορά τα στάδια της αλλαγής έχει αναδείξει ότι απαραίτητα στοιχεία της αξιολόγησης της θεραπείας είναι ο προσδιορισμός της ετοιμότητας και του κινήτρου του πελάτη για θεραπεία. Η κατανόηση του κινήτρου έγινε με όρους των σταδίων αλλαγής από τον Diclemente και τους συνεργάτες του. Η βασική ιδέα στην οποία στηρίζεται η θεωρία των σταδίων αλλαγής είναι ότι υπάρχει μία πολυδιάστατη διαδικασία σκόπιμης συμπεριφοράς που εκτείνεται από την εδραίωση ενός σταθερού τρόπου κατάχρησης ως την επίτευξη μιας σταθερής αλλαγής της εξαρτητικής συμπεριφοράς (DiClemente, 2003).

Η ετοιμότητα είναι πιο γενική έννοια από τα στάδια. Η ετοιμότητα υποδεικνύει προθυμία ή διαθεσιμότητα για δέσμευση σε μια συγκεκριμένη διαδικασία ή την υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς και χαρακτηρίζει έναν πιο ρεαλιστικό και εστιασμένο τρόπο κινητοποίησης. Η έρευνα έχει ασχοληθεί με δύο διαφορετικές πλευρές της ετοιμότητας: την ετοιμότητα για αλλαγή και την ετοιμότητα για θεραπεία. Η ετοιμότητα για αλλαγή έχει προσδιοριστεί ως ένας συνδυασμός της αντίληψης του ασθενή για τη σημασία του προβλήματος και της εμπιστοσύνης στην ικανότητά του για αλλαγή (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick Mason & Butler, 1999).

Η ετοιμότητα για θεραπεία, από την άλλη, εστιάζεται στο κίνητρο να ζητήσει κανείς βοήθεια, στην προετοιμασία να δεσμευτεί σε θεραπευτικές δραστηριότητες και στο πόσο αυτές επηρεάζουν την παρακολούθηση της θεραπείας, τη συμμόρφωση και το αποτέλεσμα. Ποικίλες μελέτες έχουν δείξει την σημασία του κινήτρου για θεραπεία στην πρόβλεψη της συμμετοχής των χρηστών ουσιών στη θεραπεία και της ανάρρωσης (DeLeon, Melnick & Kressel, 1997; Simpson & Joe, 1993)

Ερευνητική αξιολόγηση

Η έννοια της ετοιμότητας έχει αξιολογηθεί με μια σειρά κλιμάκων. Ποικίλες έρευνες έχουν μελετήσει άτομα που ξεκινούν θεραπεία για κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών με πολύ διαφορετικά προφίλ όσον αφορά τα στάδια αλλαγής στην Κλίμακα

Αξιολόγησης της Αλλαγής του Πανεπιστημίου Rhode Island (University of Rhode Island Change Assessment Scale-URICA) (Blanchard, Morgenstern, Morgan, Labouvie & Bux, 2003; Carney & Kivlahan, 1995; DiClemente & Hughes, 1990; Willoughby & Edens, 1996). Άλλες μελέτες που χρησιμοποιούν την Κλίμακα Σταδίων Αλλαγής, Ετοιμότητας και Προθυμίας για Θεραπεία (Stages of Change, Readiness, and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)) έχουν αναδείξει την Αναγνώριση του Προβλήματος (Problem recognition) και τα Βήματα προς την αλλαγή (Taking Steps) ως σημαντικές διαστάσεις του προσωπικού κίνητρου που διαφέρουν κατά την εισαγωγή στη θεραπεία (Miller & Tonigan, 1996; Isenhardt, 1997; Carey, Maisto, Carey & Purnine, 2001). Έτσι, τα άτομα που εισάγονται στη θεραπεία φαίνεται πως διαφέρουν σε σημαντικές μεταβλητές που σχετίζονται με το κίνητρο και με τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το κάθε στάδιο αλλαγής, είτε παρακολουθούν πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής είτε ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα. (DeLeon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995; DeLeon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994).

Η αξιολόγηση της ετοιμότητας στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχει συγκεκριμένες δυσκολίες που πηγάζουν από την προβληματική χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων, τα μικρά δείγματα ατόμων και τις πολλαπλές συμπεριφορές-στόχους. Το κίνητρο για αλλαγή στους χρήστες ουσιών μπορεί να είναι διαφορετικό για κάθε ουσία ή κατηγορία ουσιών. Η χρησιμοποίηση ψυχομετρικών εργαλείων για κάθε ουσία ξεχωριστά πιθανότατα θα αύξανε την ακρίβεια των μετρήσεων λόγω του διαφορετικού προφίλ του χρήστη κάθε ουσίας, των διαφορών των συνεπειών της κάθε ουσίας, και των αντίστοιχων διαφορών στην ετοιμότητα για αλλαγή και θεραπεία. Η επιδίωξη της ακρίβειας στην αξιολόγηση είναι δύσκολη υπόθεση καθώς η εισαγωγή στα θεραπευτικά προγράμματα γίνεται συχνά με τυχαίο τρόπο ενώ όλο και πιο συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της χρήσης πολλών τοξικών ουσιών την ίδια χρονική περίοδο (πολυτοξικομανία). Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα κατά την εισαγωγή τους στη θεραπεία υφίστανται μια σειρά θετικών και αρνητικών πιέσεων (Marlowe, Merikle, Kirby, Festinger & McLellan, 2001). Η πίεση να εισαχθούν και να δίνουν δεκτοί στο πρόγραμμα καθιστά συχνά την ακρίβεια των αυτο-αναφορών προβληματική ή αμφίβολη όσον αφορά τη θέληση για αλλαγή (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004)

Όσον αφορά την αξιολόγηση της ετοιμότητας σε κλινικά πλαίσια, χρειάζεται οι θεραπευόμενοι να αισθάνονται άνετα και ασφαλείς στην αυτο-αποκάλυψη στην ομάδα

του σημείου αλλαγής στο οποίο βρίσκονται. Μια συνεργατική και μη κριτική προσέγγιση θα επέτρεπε την αναγνώριση της αμφιβολίας, της έλλειψης δέσμευσης και της προσωπικής αξιολόγησης του σταδίου στο οποίο βρίσκονται. (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Η ακρίβεια της αξιολόγησης της ετοιμότητας θα βελτιωνόταν πιθανώς από τον ορισμό ενός καθαρού συμπεριφορικού στόχου που σχετίζεται με τις ουσίες και την αλλαγή, την εκτίμηση της αναγνώρισης του προβλήματος, την αναγνώριση των στάσεων, των εκτιμήσεων και των προθέσεων απέναντι στη συμπεριφορά αλλαγής και την μέτρηση του χρόνου διατήρησης της αλλαγής. Είναι ωστόσο σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε μέτρηση σκοπό έχει να προσεγγίσει την έννοια με επαρκή τρόπο, αλλά καμία μέτρηση δεν επιτυγχάνει ποτέ μια πλήρη απεικόνιση της έννοιας (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Έτσι, η αξιολόγηση της ετοιμότητας και των σταδίων αλλαγής όσον αφορά τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες παρουσιάζει επιπρόσθετο ενδιαφέρον εξαιτίας των ποικίλων παραγόντων που επηρεάζουν την ακριβή προσέγγισή της αλλά και της σημασίας που φαίνεται να έχει η ετοιμότητα στη θεραπεία. Η περαιτέρω έρευνα που συγκεκριμενοποιεί την ουσία χρήσης και μελετά την πορεία των μεταβλητών στη διάρκεια του χρόνου θα αναδείξει πτυχές της ετοιμότητας και των σταδίων αλλαγής στα προβλήματα κατάχρησης ουσιών (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Ερευνητικά ευρήματα

Μεγάλος αριθμός ερευνών σε θεραπευτικές κοινότητες και άλλα θεραπευτικά πλαίσια δείχνουν ότι το κίνητρο ή η ετοιμότητα για θεραπεία σχετίζεται με την παρακολούθηση της θεραπείας και τα θετικά αποτελέσματα. (DeLeon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000; Avants, Margolin, Kosten, 1996; DeLeon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994; Mattson, Del Boca, Carroll *et al.*, 1998). Οι έννοιες του κινήτρου και της ετοιμότητας δεν είναι ταυτόσημες αλλά συναντώνται συχνά μαζί στη βιβλιογραφία, πιθανώς ως ενδεικτικές των κινητοποιών χαρακτηριστικών του ατόμου στην αρχή της θεραπείας που επηρεάζουν τη συνέχισή της και την επιτυχημένη έκβαση.

Στο πλαίσιο αυτό, ο Simpson και οι συνεργάτες τους αναγνώρισαν το κίνητρο για αναζήτηση βοήθειας ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του αποτελέσματος της θεραπείας σε ετερογενές δείγμα χρηστών ναρκωτικών ουσιών (Joe, Simpson & Broome, 1998; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995).

Γενικά, η υψηλή ετοιμότητα βρέθηκε ότι προβλέπει τη μεγαλύτερη παρακολούθηση και τη συμμόρφωση στη θεραπεία που φέρνουν καλύτερα αποτελέσματα αλλαγής συμπεριφορών. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στη συμμόρφωση και την αλλαγή δεν είναι πάντα σημαντική, και δεν οδηγούν όλες οι υποτροπές σε αποτυχία της αλλαγής των εξαρτητικών συμπεριφορών (DiClemente & Scott, 1997).

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η ετοιμότητα ή δεκτικότητα στη θεραπεία και η ετοιμότητα για αλλαγή δεν είναι απαραίτητα έννοιες ταυτόσημες στη θεραπεία και την πράξη. Ορισμένοι χρήστες μπορεί να έρθουν στη θεραπεία και να είναι ανοιχτοί στη συμμετοχή τους σε αυτή χωρίς να είναι έτοιμοι να απέχουν από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004)

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι πελάτες στην αρχή της θεραπείας επιδεικνύουν κάποια ετοιμότητα στην αλλαγή (Williams *et al.*, 2006). Άλλη έρευνα αξιολογεί ότι η ετοιμότητα επηρεάζει κατά 10% περίπου το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ετοιμότητα συνδέθηκε επίσης θετικά με την αυτο-αποτελεσματικότητα του ατόμου μετά το τέλος της θεραπείας (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004). Τη θετική συσχέτιση της ετοιμότητας για αλλαγή με την αντιλαμβανόμενη αυτο-αποτελεσματικότητα, και την κοινωνική υποστήριξη επιβεβαιώνει πρόσφατη έρευνα σχετική με το κίνητρο για αλλαγή (Freyer *et al.*, 2005)

Ωστόσο, σύμφωνα με άλλες ενδείξεις, η ετοιμότητα δεν είναι προβλεπτικός παράγοντας του θεραπευτικού αποτελέσματος (Becker, 2006). Παράγοντες που συνδέθηκαν με υψηλότερο επίπεδο ετοιμότητας για αλλαγή είναι το γυναικείο φύλο, η αίσθηση κινδύνου, η ύπαρξη διπολικής διαταραχής, η πεποίθηση ότι «θα ξαναρρωστήσω εάν ξαναπιώ», η αίσθηση κούρασης από τη χρήση και οι οικογενειακές έγνοιες (Pollini, O'Toole, Ford & Bigelow, 2006). Εκτός από το φύλο, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, η συμβίωση με μικρά παιδιά και η έγγαμη κατάσταση σχετίζονται με την καλύτερη ετοιμότητα για αλλαγή. Η ενεργός εργασία, από την άλλη, δεν φαίνεται να συνδέεται με την καλύτερη ετοιμότητα. Σημαντικό στα στοιχεία που αφορούν την ετοιμότητα είναι το υπόβαθρο του κάθε θεραπευόμενου και συγκεκριμένα το αν ήρθε εθελούσια στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή όχι. Έτσι η ετοιμότητα είναι μεγαλύτερη στη πρώτη περίπτωση από ό, τι για παράδειγμα σε περιπτώσεις που ο θεραπευόμενος προσήλθε για θεραπεία μετά από υπόδειξη του εργασιακού ή οικογενειακού περιβάλλοντος ή ακόμη και μέσω ποινικών μέτρων.

2. Η αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy).

Προσδιορισμός έννοιας

Η αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό να εκτελέσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Bandura, 1977). Συνδέεται στενά με τις έννοιες του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου, που αναφέρονται στο βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό να ελέγξει τη συμπεριφορά του και τις πράξεις του (Armitage & Conner, 2001). Οι αντιλήψεις ελέγχου στις οποίες περιλαμβάνεται η αυτο-αποτελεσματικότητα, προβλέπουν τις προθέσεις δέσμευσης σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας και τη συμπεριφορά στις πραγματικές συνθήκες. Στο πεδίο των εξαρτήσεων, η αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις ή τα γεγονότα που μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Marlatt, 1985a; Vauter, 1998; Mansilla, Herrero Garcia, Moreno & Montes, 2001; Bandura & Adams, 1977; Annis & Davis, 1989; Rounds-Bryant, 1996; Majer, Jason, Ferrari, Venable & Olson, 2002).

Παρά την πληθώρα μελετών που εξετάζουν τον ρόλο της αυτο-αποτελεσματικότητας στη θεραπευτική αλλαγή, δεν είναι γνωστός ο μηχανισμός μέσω του οποίου οι αντιλήψεις συνδέονται με την αλλαγή της συμπεριφοράς. Πιθανώς να υπάρχει κάποια αιτιολογική σύνδεση όσον αφορά για παράδειγμα την ποσότητα της προσπάθειας που το άτομο θα καταβάλλει στην αντιμετώπιση των εμποδίων (Bandura, 1997). Εναλλακτικά, η σχέση αυτή μπορεί να μεσολαβείται από άλλες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα η διάθεση. Στην περίπτωση της αποχής από το κάπνισμα, για παράδειγμα, η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι χαμηλότερη όταν τα άτομα έχουν αρνητικά συναισθήματα (Gwaltney *et al.*, 2002). Σύμφωνα με τον Bandura (1977) η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να αυξηθεί, αυξάνοντας την πιθανότητα για επιτυχή εκτέλεση της συμπεριφοράς, μέσω των εμπειριών επίτευξης, της δοκιμής και της μάθησης, της λεκτικής πειθούς και των συναισθημάτων που βιώνονται. Οι ενδείξεις ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να μεταβληθεί και ότι τέτοιες αλλαγές μεσολαβούν τις ακόλουθες αλλαγές στη συμπεριφορά, θα παρέχουν την επικύρωση στα θεωρητικά μοντέλα της συμπεριφοράς και θα προωθήσουν τις παρεμβάσεις που σκοπεύουν στην αλλαγή των εξαρτητικών συμπεριφορών (Hyde, Hankins, Deale & Marteau, 2008).

Ερευνητικά ευρήματα

Αρκετές έρευνες συνδέουν την αυτο-αποτελεσματικότητα με στοιχεία της θεραπείας. Η αυτο-αποτελεσματικότητα στην πλειονότητα των ερευνών σχετίζεται θετικά με το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και μάλιστα εμφανίζεται ως ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της αποχής σε σύγκριση με άλλες μεταβλητές (Long, Hollin & Williams, 1998; Long, Williams, Midgley & Hollin, 2000; Izquierdo, de Osma, Arnedillo & Cotaberría, 2001; Burleson & Kaminer, 2005; Ilgen, McKellar & Moos, 2007; Rychtarik, Prue, Rapp & King, 1992; Solomon & Annis, 1990). Σχετικό είναι και το εύρημα που συσχετίζει τη μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία με την αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Forcehimes & Tonigan, 2008). Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι επίσης μια δυναμική διεργασία που αλλάζει στην πορεία της θεραπείας (Smith, 2003). Ωστόσο δεν λείπουν και τα ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν το αντίθετο, ότι δηλαδή, η υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να χαρακτηρίζει αυτούς που αρνούνται τη θεραπευτική βοήθεια και προσπαθούν να αυτο-θεραπευτούν (Peele, 1983d).

Επίσης, η αυτο-αποτελεσματικότητα, ως πίστη στην ικανότητα για αποχή βρέθηκε ότι μεσολαβεί τη σχέση αντιμετώπισης της θεραπείας και της υποτροπής ενώ είναι προβλεπτικός παράγοντας και για τη μετα-θεραπευτική περίοδο (Cormier, 2002). Η πεποίθηση στην ικανότητα για αποχή στην αρχή της θεραπείας συσχετίζεται με την ίδια πεποίθηση σε ύστερη φάση της θεραπείας (Wong *et al.*, 2004). Σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα συσχετίζεται με την πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας και την υποτροπή (Blomqvist, Hernandez-Avila, Burleson, Ashraf & Kranzler, 2003; Hiller, Knight & Simpson, 1999b; Murphy & Bentall, 1997).

Όσον αφορά τη σχέση της αυτο-αποτελεσματικότητας με άλλες μεταβλητές που εμπλέκονται στη θεραπεία της εξάρτησης, πέραν της θετικής συσχέτισης με την ετοιμότητα που αναφέρουμε παραπάνω, φαίνεται πως υπάρχει θετική σχέση της αυτο-αποτελεσματικότητας με τη δέσμευση στη θεραπεία και το κίνητρο για θεραπεία (Smith, 2003). Ο παράγοντας της κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκε ότι επηρεάζει θετικά τη σχέση αυτο-αποτελεσματικότητας και παραμονής στη θεραπεία κυρίως στις γυναίκες θεραπευόμενες (Forcehimes & Tonigan, 2008). Ωστόσο, αρνητική συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με την αυτο-αποτελεσματικότητα υποδεικνύει μελέτη που βρίσκει μείωση της αυτο-αποτελεσματικότητας στις περιπτώσεις της γονεϊκής

υποστήριξης και εμπλοκής στη θεραπεία. (Lopez-Torrecillas, Bulas, Leon-Arroyo & Ramirez, 2005).

3. **Η προσδοκία** (expectation) σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι παράγοντας ο οποίος έχει ευρέως μελετηθεί και συνεχίζει να θεωρείται κεντρικής σημασίας στην ψυχοθεραπεία (Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). Από τα διάφορα είδη προσδοκιών, η προσδοκία που αφορά το αποτέλεσμα έχει τύχει περισσότερης ερευνητικής προσοχής καθώς έχει μελετηθεί ευρύτερα στο πεδίο της ψυχικής υγείας (Arnkoff., Glass, & Shapiro, 2002; Noble & Newman, 2001). Η προσδοκία είναι δόκιμο να διαχωριστεί από παρόμοιες έννοιες, όπως το κίνητρο για θεραπεία και οι θεραπευτικές προτιμήσεις. Όπως επισημαίνεται από τους Arnkoff *et al.*, (2002), ο πελάτης μπορεί να έχει υψηλό κίνητρο να συμμετάσχει στη θεραπεία, αλλά να έχει χαμηλές προγνωστικές προσδοκίες ότι η θεραπεία όντως θα είναι αποτελεσματική. Οι προτιμήσεις διακρίνονται από τις προσδοκίες κατά το ότι αναφέρονται σε μια συγκεκριμένη πλευρά του θεραπευτή ή της θεραπείας που είναι ή είναι προσφιλής και επιθυμητή, η οποία μπορεί να είναι διαφορετική από αυτό που προσδοκάται. (Arnkoff *et al.*, 2002; Berzins, 1977; Duckro Beal, & George, 1979; Richert, 1983). Οι ερευνητές έχουν, επίσης, τονίσει τη σημασία της διάκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη που σχετίζονται με την *αυτο-αποτελεσματικότητα* και τις προσδοκίες που σχετίζονται με το θεραπευτικό *αποτέλεσμα* (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005).

Παρόλο που η επιρροή των προσδοκιών των πελατών για το θεραπευτικό αποτέλεσμα υπάρχει σε πολλές αναφορές, (Kirsch, 1985; Weinberg & Eig, 1999), ο μηχανισμός με τον οποίο οι προσδοκίες επηρεάζουν το αποτέλεσμα, συγκεκριμένα στο θέμα της θεραπείας της εξάρτησης, δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995). Τα ευρήματα σχετικά με το ρόλο αυτής της μεταβλητής είναι αντιφατικά. Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πολλές θετικές προσδοκίες συνδέονται με φτωχότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Brown, 1985; Jones, Corbin & Fromme, 2001; Rychtarik *et al*, 1992; Solomon & Annis, 1990; Whorley, 1996). Άλλες ερευνητικές πηγές αναφέρουν θετική επίδραση των προσδοκιών στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Colon & Massey, 1988; Dearing *et al*, 2005; Dohnke, Muller-Fahrnow & Knauper, 2006; Joe, Flynn, Broome & Simpson, 2007; Jones *et al.*, 2001; Joyce & Pipper, 1998) αλλά και της θεραπευτικής διαδικασίας (Joyce & Pipper, 1998).

Σχετική με τις προσδοκίες είναι και η **ικανοποίηση από τη θεραπεία** (satisfaction) που συνήθως αξιολογείται στο μέσον και στο τέλος της θεραπείας. Παρόλο που η ικανοποίηση έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, οι έρευνες δείχνουν ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα από την πλευρά του πελάτη-αλλά διαχωρίζεται από αυτό (McLellan & Hunkeler, 1998; Ries, Jaffe, Comtois & Kitchell, 1999; Ross, Frommelt, Hazelwood & Chang, 1987) προτείνοντας μία διαδικαστική θεωρία της ικανοποίησης, όπου η ικανοποίηση είναι μια δυναμική αλληλεπίδραση των προσδοκιών του πελάτη για τη θεραπεία και των ακόλουθων εμπειριών στη διάρκεια της θεραπείας. Προτείνουν ότι αυτή η αλληλενέργεια είναι πιθανόν να επηρεάσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης έχουν σχετισθεί με: α) τη μεγαλύτερη διάρκεια της παραμονής του πελάτη στη ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία ψυχικών παθήσεων και κατάχρησης ουσιών (Rosenheck, Wilson & Meterko, 1997), β) μια σειρά διαθέσιμων υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία εξάρτησης για εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, (Sanders, Triuh, Sherman & Banks, 1998), και γ) την παραμονή σε κλειστό πρόγραμμα παρακολούθησης της θεραπείας που ακολουθεί ένα εντατικό θεραπευτικό πρόγραμμα (Hiller, Knight, & Simpson, 1999a; Kaspro, Frisman, & Rosenheck, 1999). Οι πελάτες που είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις θεραπευτικές διεργασίες είναι πιθανότερο να παραμείνουν στη θεραπεία και να συμμετέχουν πιο ενεργητικά, επιτρέποντας έτσι στη θεραπεία να έχει καλύτερο αποτέλεσμα (Dearing *et al.*, 2005). Ανάλογα, η μείωση της ικανοποίησης φαίνεται πως σχετίζεται με τη μικρή δέσμευση στη θεραπεία (Hawkins, Baer & Kivlahan, 2007). Γενικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με το θετικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, έτσι όπως αυτό προκύπτει από δείκτες όπως η μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία και η μεγαλύτερη αποχή από τη χρήση (Sanders *et al*, 1998; Taylor, 1999; Davis, 2006).

4. Η κοινωνική υποστήριξη. Οι μεταβλητές που ορίζουν την κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την πιθανότητα της εισαγωγής, της συνέχισης και της επιτυχίας σε συγκεκριμένα είδη θεραπείας (Adamson, Fostakowsky & Chebib, 1974; Adinolfi, DiDario, & Kelso, 1981; Finlay, 1977; Moos Bromet, Tso & Moos, 1979; Strug & Hyman, 1981; Trice, 1957). Με αυτή την έννοια η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με το κίνητρο που έχει ο πελάτης στα διάφορα στάδια της θεραπείας (Miller, 1985). Τα εξαρτημένα άτομα, συγκεκριμένα, έχουν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με άτομα μη εξαρτημένα (Dubey, 1993, Yao, Han,

Wu & Jiang, 2005). Έρευνα σε μεγάλο δείγμα εξαρτημένων ατόμων έδειξε ότι η γονική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα στην ενήλικη ζωή (Knight, Cross, Giles-Sims & Simpson, 1995). Ωστόσο, όπως είδαμε, η μεγάλη γονική εμπλοκή στη θεραπεία μπορεί να μειώσει αυτο-αποτελεσματικότητα (Lopez-Torrecillas *et al.*, 2005). Στη φάση της θεραπείας, το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο που αποτελείται από μέλη προσανατολισμένα στην ανάρρωση, ίσως είναι σημαντικός ενισχυτικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας στην πορεία της θεραπείας. Τα δίκτυα που αποτελούνται από «καθαρά» άτομα, και άλλα άτομα σε ανάρρωση θεωρούνται από τους καλύτερους προβλεπτικούς παράγοντες της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής διαδικασίας (Zywiak, Longabaugh & Wirtz, 2002). Η κοινωνική υποστήριξη ίσως ενισχύει την αυτο-αποτελεσματικότητα επειδή οι χρήστες σε διαδικασία ανάρρωσης αποκτούν αποτελεσματικές δεξιότητες έχοντας ως πρότυπα τους συντρόφους τους. Σε υποστήριξη αυτής της πρότασης, η τακτική παρακολούθηση των ομάδων των 12 βημάτων, παρέχει στους χρήστες ουσιών διαρκή έκθεση και ενίσχυση των στρατηγικών που βοηθούν στην αποχή (Majer *et al.*, 2002). Επίσης, τα κοινωνικά δίκτυα (οικογένεια, σύντροφοι και κοινότητα), έτσι όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τους θεραπευόμενους, μπορούν να οδηγήσουν σε πιο κατάλληλο θεραπευτικό σχεδιασμό (Matto, Miller & Spera, 2006). Από την άλλη, ευρήματα έχουν υποστηρίξει ότι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (σε συνδυασμό με την υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα) συνδέεται με την μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία κλειστού προγράμματος (Davis & Jason, 2006). Ενδεικτικά του πολλαπλού ρόλου που μπορεί να παίζει το κοινωνικό δίκτυο, είναι ευρήματα που δείχνουν ότι οι ποικίλες πιέσεις από το κοινωνικό περιβάλλον για τη διακοπή της χρήσης και/ή την έναρξη της θεραπείας δεν επηρεάζουν τη δέσμευση και την είσοδο του ατόμου στη θεραπεία (Wild, Cunningham & Ryan, 2006). Τέλος, ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζεται σημαντικότερος στις γυναίκες θεραπευόμενες παρά στους άντρες, όπως φαίνεται από τη συσχέτισή του με τους δείκτες αυτο-αποτελεσματικότητας και παραμονής στη θεραπεία (Forcehimes & Tonigan, 2008).

Ανακεφαλαιώνοντας, η κοινωνική υποστήριξη, υποστηρίζουν οι μελέτες, επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας και φαίνεται να συνδέεται με άλλους σημαντικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το είδος της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης σε κάθε χρονική περίοδο στην πορεία της θεραπείας προσδιορίζει, σύμφωνα με τα ευρήματα, τη θετική ή αρνητική επίδραση της συγκεκριμένης μεταβλητής.

5. **Η κλινική εικόνα.** Τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες του ατόμου είναι σημαντικός παράγοντας στη θεραπεία (McRae, Hedden , Malcolm, Carter & Brady, 2007). Η σχέση της κλινικής εικόνας, της χρήσης ουσιών και της απεξάρτησης είναι πολύπλευρη. Αρχικά, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα άγχους (anxiety) είναι ανάμεσα στα πιο συνήθη προβλήματα που αναφέρονται από άτομα που ζητούν θεραπεία από διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985; Ross, Glaser & Germanson, 1988; Rounsaville, Anton, Carroll *et al.*, 1991; Rounsaville Weissman, Kleber *et al.*, 1982; Schuckit, 1986). Ορισμένα άτομα αναφέρουν δυσφορία ή ανησυχία συμπληρωματική στη χρόνια κατάχρηση ουσιών ή στην αποχή. Άλλοι καταναλώνουν αλκοόλ ή ναρκωτικά για να κατευνάσουν άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα. Παρόλο που η κατάθλιψη και το άγχος που προκαλούνται από τις ουσίες μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά από μια περίοδο διατήρησης της αποχής (το DSM-IV προτείνει τέσσερις βδομάδες), τα πρωτογενή ψυχιατρικά συμπτώματα επιμένουν και πέρα από την αποτοξίνωση και τη μείωση της εθιστικής συμπεριφοράς. Από την οπτική της εξάρτησης μπορεί να υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που συνδέονται με τα συνυπάρχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ανεξάρτητα από την αιτιολογία. Συμπτώματα όπως η ανηδονία, η μειωμένη συγκέντρωση, η απελπισία, και η ανησυχία μπορεί να οδηγήσουν σε μια αδυναμία να δεσμευτεί κανείς στη θεραπεία και να διατηρήσει την αποχή (Charney, Palacios-Boix, Negrete, Dobkin & Gill, 2005).

Σειρά ερευνών έχει δείξει ότι οι ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν χειρότερη πρόγνωση από αυτούς χωρίς ψυχοπαθολογία, συμπεριλαμβανομένων του μειωμένου ρυθμού στο μετριασμό της χρήσης, αυξανόμενη ευαλωτότητα στην υποτροπή και ανάγκη για περισσότερες θεραπευτικές υπηρεσίες (Alterman, McLellan & Shifman, 1993; Bobo, McIlvain, & Leed-Kelly, 1998; Greenfield, Muenz *et al.*, 1998; Lossen, Dew & Prange, 1990; Moos, Mertens & Brennan, 1994 ; Rounsaville, Kosten, Weissman *et al.*, 1986; Hasin, Tsai, Endicott *et al.*, 1996 ; Driessen, Meier, Hill *et al.*, 2001; Willinger, Lenzinger , Hornik *et al.*, 2002).

Τα ευρήματα των ερευνών είναι αντιφατικά ως προς το αν υψηλά επίπεδα **κατάθλιψης** επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την πορεία της απεξάρτησης (Blume, Scmaling & Marlatt 2001). Παρόλα αυτά ορισμένες μελέτες έχουν προτείνει ότι η κατάθλιψη μπορεί να σημαίνει καλύτερη πρόγνωση (Kranzler, Del Boca &

Rounsaville, 1996; Rounsaville *et al.*, 1986; Westermeyer, Kopka & Nugent, 1997) ή ότι η κατάθλιψη δεν έχει επίδραση στο αποτέλεσμα της θεραπείας του εθισμού (Araujo, Goldberg, Eyma, *et al.*, 1996; Charney, Paraherakis & Gill, 2000; Charney, Paraherakis & Gill, 2001; Davidson & Blackburn, 1998; Miller, Hoffman, Ninonuevo *et al.*, 1997; Miller Klamen, Hoffman *et al.*, 1996; Sellman & Joyce, 1996; Schuckit, 1985) Κάποια πάντως από τα μη συνεπή ευρήματα μπορεί να οφείλονται στην αποτυχία να γίνει διάκριση ανάμεσα στην παρούσα και την παρελθούσα διάγνωση κατάθλιψης (Kranzler *et al.*, 1996; Rounsaville *et al.*, 1996; Miller *et al.*, 1997; Sellman & Joyce, 1996). Ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών, σύμφωνα με μεγάλου δείγματος μελέτη, οι οποίοι σημείωσαν υψηλά σκορ στην Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck, είχαν 20 % περισσότερες πιθανότητες να κάνουν υποτροπή (Gauthier, Paraherakis & Gill, 1997). Ειδικά οι χρήστες ηρωίνης και περισσότερο οι γυναίκες χρήστες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Οι χρήστες που αναζητούν θεραπεία είναι πιο πιθανόν να έχουν κατάθλιψη από τους χρήστες που δεν ζητούν θεραπεία (Teesson *et al.*, 2005; Fontanella & Turato, 2005).

Γενικά, η συνύπαρξη κατάχρησης ουσιών και κατάθλιψης, προβλέπουν οι έρευνες, δυσκολεύει την πορεία της θεραπείας. Τα επώδυνα συναισθήματα και τα συναισθήματα απελπισίας που συχνά συνοδεύουν τη διαταραχή χρήσης ουσιών μπορούν να φέρουν χειρότερα αποτελέσματα επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε προσπάθειες για ανακούφιση των συμπτωμάτων μέσω της αυτο-χορήγησης φαρμάκων ή της παρεμπόδισης ουσιαστικών συστατικών της θεραπείας (απόκτηση νέων συμπεριφορών αντιμετώπισης, παρακολούθηση συναντήσεων αυτοβοήθειας κοκ.) (McKay, 2005). Όσον αφορά ειδικά τους εξαρτημένους χρήστες οπιοειδών, έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους περιστασιακούς χρήστες ή όσους απέχουν από τη χρήση. Η ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ και οπιοειδών συνδέεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Maddux, Desmond & Costello, 1987).

Η κατάθλιψη υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό και στους χρήστες ναρκωτικών που παρακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης με μεθαδόνη (Peles, Schreiber, Naumovsky & Adelson, 2006; Schreiber, Peles & Adelson, 2008). Παράγοντες επικινδυνότητας στον συγκεκριμένο πληθυσμό είναι το φύλο, καθώς οι γυναίκες-χρήστες εμφανίζονται πιο ευάλωτες στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συναφείς με την κατάθλιψη είναι οι αυξημένες απόπειρες αυτοκτονιών που παρουσιάζονται στους χρήστες ηρωίνης σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι απόπειρες αυτές, όμως,

μειώνονται σταδιακά στα τρία χρόνια που ακολουθούν τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών (Darke *et al.*, 2007).

Τα συμπτώματα **άγχους** στους χρήστες με κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη έχουν βρεθεί ότι είναι μεγαλύτερα από ό,τι σε χρήστες με κύρια άλλη ουσία κατάχρησης (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova & Zvolensky, 2006). Οι λόγοι είναι ποικίλοι. Τα άτομα μπορεί να χρησιμοποιούν ουσίες για να μειώσουν τα αρνητικά συναισθήματα. Σύμφωνα με σύγχρονα μοντέλα για τη συνύπαρξη άγχους-ναρκωτικών, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι οι χρήστες ηρωίνης είναι πιο ευάλωτοι στη στενοχώρια και συναισθηματικά ενεργοί σε συναισθήματα στέρησης (Zvolensky & Leen-Feldner, *in press*). Έτσι ένας τέτοιος κύκλος μπορεί να προκύψει, όπου η ηρωίνη χρησιμοποιείται για να ρυθμίσει το συναίσθημα αλλά η μείωση ή διακοπή του ναρκωτικού στους τακτικούς χρήστες παράγει εσωτερικά συναισθήματα άγχους και ίσως λειτουργήσουν ως εμπόδια στην επιτυχία της διακοπής χρήσης (Lejuez *et al.*, 2006).

Γενικά, πελάτες με υψηλότερες βαθμολογίες σε κλίμακες άγχους δείχνουν να ωφελούνται λιγότερο από τη θεραπεία σε σύγκριση με αυτούς με χαμηλότερες (D'Andrea & D'Andrea, 1996). Ωστόσο οι Finney & Moos (1995) δίνουν ένα διαφορετικό παράδειγμα της σύνδεσης αυτής, συνιστώντας ότι υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να συντελέσουν στην αύξηση της επίγνωσης ενός ατόμου κι έτσι διευκολύνουν την εισαγωγή στο στάδιο αλλαγής που ορίζεται ως «στοχασμός» (*contemplation*) και το ότι η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα του προβλήματος χρήσης ουσιών κάποιου θα μπορούσε να συνδέεται με την διεργασία αλλαγής της «αύξησης της επίγνωσης» (Prochaska *et al.*, 1992).

Μια αυξανόμενη κλινική βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και το **στρες**. Κρίνεται σκόπιμος ο προσδιορισμός της έννοιας του στρες, που συγχέεται συχνά με αυτή του άγχους. Το στρες δεν συνδέεται πάντοτε με αρνητικά γεγονότα. Ο Selye (1975) που θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης έρευνας για το στρες, όρισε το στρες σαν τη μη συγκεκριμένη αντίδραση του σώματος σε κάθε απαίτηση που προέκυψε να προσαρμοσθεί είτε αυτή η απαίτηση φέρνει ευχαρίστηση είτε πόνο. Αντίστοιχα, το στρες μπορεί να προκύψει από κάθε σειρά γεγονότων, θετικών και αρνητικών, που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του ατόμου (Goeders, 2004).

Μια εξήγηση για την υψηλή συνύπαρξη διαταραχών στρες και εθισμού από ναρκωτικά είναι η υπόθεση αυτο-χορήγησης φαρμάκων, που προτείνει ότι τα άτομα

διπλής διάγνωσης συχνά χρησιμοποιούν την ουσία κατάχρησης για να αντιμετωπίσουν την ένταση που σχετίζεται με τους στρεσογόνους παράγοντες ζωής ή να ανακουφίσουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που είναι αποτέλεσμα του τραυματικού γεγονότος. Η μείωση του στρες μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη στη μείωση της επιθυμίας και να προωθήσει την αποχή στα άτομα που αναζητούν θεραπεία (Goeders, 2004).

Τα αρνητικά γεγονότα ζωής στο διάστημα τριών μηνών πριν την υποτροπή, προβλέπουν τόσο την υποτροπή όσο και τη σοβαρότητα κατάχρησης ουσιών (McMahon, 2001). Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με προηγούμενες μελέτες στις οποίες βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στο στρες και την υποτροπή στους χρήστες ουσιών (π.χ. Mermelstein, Cohen, Lichtenstein & Kamarck, 1986). Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με αυτά των Hall και των συνεργατών του, οι οποίοι δε βρήκαν πιθανές επιδράσεις του στρες στην υποτροπή σε μελέτες που περιελάμβαναν αλκοολικούς χρήστες οπιοειδών, καπνιστές και χρήστες κοκαΐνης (Hall, Havassy & Wasserman, 1990; Hall, Havassy & Wasserman, 1991). Οι πιθανές συσχετίσεις στρες-υποτροπής βρέθηκαν συχνότερα σε μελέτες όπου το στρες και η υποτροπή συνέβησαν σε εκτεταμένες περιόδους (π.χ. από τρεις μήνες ως ένα χρόνο). Ο Hall και οι συνεργάτες του έχουν δώσει έμφαση σε μικρότερα διαστήματα (π.χ. μια εβδομάδα) ανάμεσα στην έκθεση στο στρες και την υποτροπή. Για την πρόληψη της υποτροπής, εικάζουν οι ερευνητές, αυτοί που παρέχουν μετα-θεραπευτική φροντίδα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση των στρεσογόνων επιδράσεων, που μπορεί να επηρεάζουν τους θεραπευόμενους (Hall *et al.*, 1990; Hall *et al.*, 1991).

6. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι θεραπευόμενοι **το νόημα της ζωής και η αναζήτησή του** έχει βρεθεί ότι συνδέεται με την εξάρτηση μέσα από ένα παραξιστικό μοντέλο σκέψης που συναντάμε συχνά στη διερεύνηση του φαινομένου. Συγκεκριμένα οι εμπειρίες των εξαρτημένων περιγράφονται ως ένας αγώνας συνεχών προκλήσεων στον οποίο η πνευματική διάσταση παίζει σημαντικό ρόλο. Οι ουσίες είναι ένα μέσο να ανταπεξέλθει κανείς σε αυτές τις προκλήσεις-συγκρούσεις, καθώς προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν την αντιλαμβανόμενη ένταση που σχετίζεται με τις προκλήσεις αυτές. Όταν στην περίοδο της αποχής η ένταση αυτή βιώνεται, περιγράφεται από τους θεραπευόμενους ως μια στροφή, μια ζωτική στιγμή προς μια νέα πορεία στη ζωή, προς την ανάρρωση. Έτσι στο πλαίσιο αυτό το βίωμα της εξάρτησης δεν περιγράφεται μόνο ως ασθένεια ή συμπεριφορά που βλάπτει το σώμα, ή

ακόμα ως συνέπεια ψυχολογικής δυσφορίας ή έλλειψης αλλά επίσης ως εμπειρία με πνευματικές διαστάσεις στη διαδικασία θεραπείας (Wiklund, 2008).

Η ευρύτερη περιγραφή των «υπαρξιστικών» ή σχετικών με το νόημα εννοιών αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κόσμο, το νόημα της ζωής και το πώς κανείς θα έπρεπε να τη ζήσει. Η έλλειψη νοήματος συνδέεται επίσης με την πνευματικότητα ενώ η αναζήτηση νοήματος σχετίζεται συχνά με τη σχέση με τους άλλους και με τον κόσμο μέρος του οποίου θεωρείται συχνά ο Θεός (Wiklund, 2008). Ερωτήματα σχετικά με το νόημα έχουν ακόμη περιγραφεί ως σχετιζόμενα με το αίσθημα του ανήκειν και την ελευθερία (Fredriksson & Lindström, 2002; Gray, 2004).

Ειδικά στην εξάρτηση φαίνεται ότι η πνευματικότητα, ως αναπόσπαστο μέρος της ζωής, πρέπει να ληφθεί υπόψη. Οι DuPont and McGovern (1992) υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια πνευματική διάσταση όχι μόνο στην εξάρτηση αλλά και στην ανάρρωση. Αυτό υποστηρίζουν κι άλλοι ερευνητές (Green, Fullilove & Fullilove, 1998; Bowden 1998; Finfgeld, 2002a). Η ανάρρωση σηματοδοτεί μια βαθιά αλλαγή του εαυτού και του τρόπου με τον οποίο το άτομο σχετίζεται με τον κόσμο ή όπως το γράφει ο Marcus (1998) «μια αλλαγή καριέρας». Άλλοι ερευνητές εστιάζουν περισσότερο στην πνευματική ανάπτυξη, στη σύνδεσή της με τις αλλαγές στη ζωή, την εγγύτητα, τη συμπόνια και την αυτο-αποτελεσματικότητα ως θετικά συστατικά όταν παλεύει κανείς με την εξάρτηση (McMillen, Howard, Nower & Chung, 2001). Συνοπτικά, η εξάρτηση και η ανάρρωση παρουσιάζονται ως στενά σχετιζόμενες με την ύπαρξη των ανθρώπων, εγείροντας ερωτήματα σχετικά με τον εαυτό και την ύπαρξή του στον κόσμο. Αυτό θεωρείται ως πάλι με τα δεδομένα της ζωής και τις προς επίλυση προκλήσεις της, που σχετίζονται με την πνευματικότητα. Είναι μια διεργασία ενεργοποίησης των πνευματικών αναγκών (Wiklund, 2008b).

Το νόημα και η έλλειψη ή η απουσία νοήματος είναι βασικό ζήτημα πνευματικής αβεβαιότητας που οι εξαρτημένοι καλούνται να λύσουν. Το εξαρτημένο άτομο θα αντιμετωπίσει πιθανώς την εμπειρία της ντροπής και της ενοχής (Wiklund, Lindström & Lindholm, 2006), βιώματα που εσωτερικεύονται και γίνονται μέρος του εαυτού, δημιουργώντας έτσι ένα πλαίσιο αναφοράς γύρω από την πυρηνική πεποίθηση «είμαι κακός» (Kaufman 1992). Ως αποτέλεσμα, οι προσπάθειες των ατόμων να δημιουργήσουν νόημα βασίζονται σε αυτή την αντίληψη και οτιδήποτε συμβαίνει στη ζωή θα θεωρηθεί με αυτή την έννοια ως πλαίσιο αναφοράς και με τον έναν ή τον άλλο τρόπο θα καταλήξει σε συναισθήματα απαξίωσης του εαυτού (Wiklund, 2008b).

Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν τίγεται το ζήτημα του νοήματος, οι χρήστες ουσιών που βρίσκονται σε θεραπεία αναγνωρίζουν ότι η ζωή τους υπολείπεται κάθε πηγής νοήματος και σκοπού εκτός από την εξασφάλιση και τη χρήση της ουσίας επιλογής τους (Johnson, Griffin-Shelley & Sandler, 1987). Είναι σημαντικό ότι οι θεραπευόμενοι καταλαβαίνουν ότι με την επιλογή τους να σταματήσουν την χρήση ουσιών θα δημιουργηθεί στη ζωή τους ένα μεγάλο κενό. Είναι απαραίτητο λοιπόν γι' αυτούς να αρχίσουν να σκέφτονται σχετικά με εναλλακτικές δεσμεύσεις και πηγές νοήματος που μπορεί να προκύπτουν από τις καινούριες τους «καθαρές» επιλογές. Η ανακάλυψη πιθανών πηγών νοήματος ζωής ίσως περιλαμβάνει αναβιωμένα ενδιαφέροντα που είχαν πριν αρχίσουν τη χρήση ουσιών ή την ανάπτυξη νέων σχεδίων και στόχων ζωής (Ford, 1996).

Για το λόγο αυτό προτείνεται το ζήτημα του νοήματος και της παραγωγικότητας να τίγονται νωρίς στη θεραπεία. Την αναγκαιότητα αυτή φαίνεται να αναγνωρίζουν και οι ίδιοι οι χρήστες ουσιών (Heinz, Disney, Epstein, Glezen, Clark, & Preston, 2010). Είναι σημαντικό οι θεραπευόμενοι να αναπτύξουν σκοπούς στη ζωή τους. Όσοι δεν το καταφέρνουν θέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο υποτροπής. Μελέτες για την πρόληψη της υποτροπής έχουν δείξει ότι οι θεραπευόμενοι χρήστες ουσιών αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να αποφύγουν να ενεργήσουν σύμφωνα με το παρελθόν τους και να καταφύγουν στην χρήση ουσιών σε στιγμές άγχους (Rawson, Obert, McCann & Marinelli-Casey, 1993; Vaillant, 1983). Η δέσμευση σε έναν σκοπό στη ζωή φαίνεται να βελτιώνει την ικανότητα του ατόμου να διαβεί το άγχος αποτελεσματικά. Αυτή η προοπτική ενισχύει την αναγνώριση από την πλευρά του θεραπευόμενου ότι χρειάζονται αλλαγές σε πολλούς τομείς της ζωής που δεν σχετίζονται απαραίτητα με τη συμπεριφορά της χρήσης ουσιών.

Η επιβεβαίωση, ερευνητικά, της δημιουργίας νοήματος ως κεντρικού ζητήματος στην ανάρρωση από τον εθισμό, δεν αποτελεί έκπληξη. Μελέτες (Fredriksson & Lindström, 2002; Rehnsfeldt, 2005) έχουν περιγράψει τη σημασία της δημιουργίας νέου νοήματος και κατανόησης της ζωής ως ζωτικά στοιχεία της ανακούφισης του πόνου. Ως συνέπεια της διαδικασίας αυτής, τα άτομα αντιμετωπίζουν πιο άμεσα τα επώδυνα συναισθήματα και δημιουργούν υποστηρικτικές σχέσεις που βοηθούν την πορεία τους.

7. Μια νέα σχετικά παράμετρος όσον αφορά τη μελέτη της εξάρτησης ως βιώματος και φαινομένου ευρύτερα, είναι **η μελέτη των συναισθημάτων** (Elster,

2000; Panksepp, Knutson & Burgdorf, 2002). Η πλειονότητα των μελετών που έχει ερευνήσει πλευρές των συναισθημάτων σε χρήστες ουσιών, έχει εστιαστεί στη μελέτη της συναισθηματικής αντίδρασης της σφοδρής επιθυμίας (craving), στις πιθανές νευροφυσιολογικές συσχετίσεις (Adinoff *et al.*, 2001; Garavan *et al.*, 2000; Sell *et al.*, 2000; Wexler *et al.*, 2001), στις αλλαγές στη φυσιολογική και την νευροενδοκρινική αντίδραση στην παρουσία του συναισθηματικού ερεθίσματος (Gerra *et al.*, 2003; Navarro & Rodríguez de Fonseca, 2000) και στη συμμετοχή τους στις διεργασίες λήψης αποφάσεων (Bechara *et al.*, 2001; Bechara Dolan & Hindes, 2002; Bechara & Damasio, 2002). Παρόλα αυτά, δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες για τα συναισθήματα σε κλινικούς πληθυσμούς χρηστών ουσιών.

Η πολυπλοκότητα της μελέτης των συναισθημάτων σημαίνει ότι υπάρχουν διάφορες θεωρίες και μοντέλα (Lane, Nadel & Kaszniak, 2000; Lang, 1980; Lang, 1995; Lang, Bradley & Cuthbert, 1997) που έχουν ορίσει το συναίσθημα ως την προδιάθεση της δράσης, και υποστηρίζουν μια διαστασιακή δομή στην οποία οι τρεις βασικές κινητήριες παράμετροι είναι οι εξής: σθένος (θετικό ή αρνητικό), επίπεδο δραστηριότητας (ενεργό ή χαλαρό) και κυριαρχία (μεγαλύτερη ή λιγότερος έλεγχος).

Ερευνητικά ευρήματα

Ένα παράδειγμα μελέτης της έρευνας συναισθημάτων στο πεδίο της φυσιολογικής αντίδρασης, είναι η εφαρμογή του μοντέλου του Lang στη μελέτη συναισθηματικής αντίδρασης σε χρήστες ουσιών από τους Gerra *et al.* (2003). Μια ομάδα 12 χρηστών ηρωίνης που απείχαν από τη χρήση έδειξαν λιγότερη ενεργοποίηση στα ποικίλα φυσιολογικά και νευροενδοκρινικά συστήματα αντίδρασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει χαμηλότερη ενεργοποίηση των περιοχών του εγκεφάλου που σχετίζονται με το συναίσθημα σε χρήστες ουσιών που εκτέθηκαν σε ευχάριστες και δυσάρεστες εικόνες και ταυτόχρονα, υψηλότερη ενεργοποίηση των ίδιων περιοχών ως αντίδραση σε εικόνες που σχετίζονται με χρήση ουσιών (Garavan *et al.*, 2000; Wexler *et al.*, 2001). Η μικρή ενεργοποίηση των φυσιολογικών δεικτών και των περιοχών του εγκεφάλου που σχετίζονται με τα συναισθήματα όταν παρουσιάζονται ευχάριστες και δυσάρεστες εικόνες που συνήθως προκαλούν υψηλή ενεργοποίηση, και η υποκειμενική αντίληψη των εικόνων αυτών ως λιγότερο ευχάριστων/αφυπνιστικών, δείχνει την ύπαρξη αλλαγών στην εμπειρία των συναισθημάτων στους χρήστες ουσιών, πιθανόν ως συνέπεια της μακροχρόνιας χρήσης. Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα υπάρχουν λίγα κλινικά δεδομένα για την εμπειρία των αισθημάτων στους χρήστες ουσιών. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η εμπειρία

των συναισθημάτων μπορεί να είναι σημαντικά διαφορετική στους χρήστες ουσιών και ότι αυτές οι διαφορές ίσως παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία και το αποτέλεσμα της θεραπείας κατάχρησης ουσιών (Aguilar de Arcos, Verdejo-García, Peralta-Ramírez, Sánchez-Barrera. & Pérez-García, 2005). Η φύση των διαφορών αυτών που θα βοηθήσει στην κατανόηση του ρόλου των συναισθημάτων στη θεραπεία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η χρήση ουσιών και η στέρηση συνδέονται με ένα μεγάλο εύρος θετικών και αρνητικών ψυχοφυσιολογικών επιδράσεων που συντελούν, εν μέρει, στην ενεργοποίηση των συμπεριφορών έλξης και αποφυγής και στις συναισθηματικές καταστάσεις (Wise, 1988). Επίσης, οι χρήστες ουσιών γενικά έχουν μικρή ανοχή στις δυσάρεστες σωματικές καταστάσεις και στο αρνητικό συναίσθημα, που προκύπτει από τη συνεχιζόμενη κατάχρηση ουσιών και τις περιόδους στέρησης (Araujo *et al.*, 1996; Lacks & Leonard, 1986). Πράγματι, οι αλκοολικοί που υποτροπιάζουν συχνά αναγνωρίζουν αρνητικές σωματικές και συναισθηματικές καταστάσεις σαν αιτίες της υποτροπής (Carpenter & Hasin, 1999; O'Brien, Ehrman & Ternes, 1984; Tiffany & Drobes, 1990), εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί σε εργαστηριακές μελέτες (Cooney, Litt, Morse, Bauer & Gaupp, 1997; Litt, Cooney & Morse, 2000). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η εμπειρία κυρίαρχων αρνητικών συναισθηματικών γεγονότων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής μετά από πρόγραμμα αποτοξίνωσης (Hull, Young & Jouriles, 1986). Παρομοίως, οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, η ανικανότητα να αντισταθούν σε πειρασμούς ή παρορμήσεις να πιουν, να δοκιμάσουν τον προσωπικό έλεγχο και να αντιμετωπίσουν διαπροσωπικές συγκρούσεις συνδέονται με υποτροπή στον πρώτο χρόνο μετά το τέλος της θεραπείας σε κλειστή θεραπευτική κοινότητα. Στην έρευνα αυτή σημαντικότερο ρόλο έπαιξαν οι παράγοντες διαπροσωπικής φύσης (Fernandez-Montalvo, Lopez-Goni, Illescas, Landa & Lorea, 2007).

Παρόλα αυτά, η ακριβής φύση των συναισθηματικών κινητήριων καταστάσεων σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς. Εμπειρική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι η κλινική εικόνα των εξαρτημένων δείχνει μεταξύ άλλων το αμβλύ συναίσθημά τους και την αδυναμία αναγνώρισης και επεξεργασίας βασικών συναισθημάτων. Επιπλέον, οι χρήστες χαρακτηρίζονται ως άτομα με συναισθηματική ανωριμότητα κυρίως, κάτι που καθιστά το ρόλο του συναισθήματος στην εξάρτηση ιδιαίτερα σημαντικό. Το μηχανισμό λειτουργίας των αρνητικών συναισθημάτων που πιέζουν το άτομο για «πρόσκαιρες/ψευδαισθησιογόνες

ανακουφιστικές απαντήσεις» περιγράφει χαρακτηριστικά ο Ζαφειρίδης (2009): «όταν τα αρνητικά συναισθήματα δεν αναγνωρίζονται, δε σχετίζονται με τις πραγματικές τους αιτίες, άρα δεν αναλαμβάνεται η ευθύνη τους ως μέρος του συναισθηματικού εαυτού μας, τότε βιώνονται ως παράλογα και υπαγορεύουν αυτοκαταστροφικές και παράλογες απομονωτικές συμπεριφορές που εκ των υστέρων οφείλουν να δικαιολογηθούν/εκλογικευθούν». Η εκλογίκευση αυτή γίνεται με την αυθαίρετη απόδοση των συναισθημάτων αυτών στο «εχθρικό» και «ανεξέλεγκτο» περιβάλλον με την οποία «αφενός δικαιολογείται η άσχημη συναισθηματική διάθεση στον παρόντα χρόνο και τόπο και αφετέρου τα αρνητικά συναισθήματα δεν εκλαμβάνονται ως παράλογα από τον διανοητικό εαυτό, αφού συσχετίζονται πλέον με συγκεκριμένα γεγονότα και καταστάσεις του παρόντος» (σ. 65-66).

Έρευνες για τον ρόλο των επιμέρους συναισθημάτων συμπληρώνουν και εμπλουτίζουν τις τοποθετήσεις και τα ευρήματα που αναφέρθηκαν. Έτσι, η αύξηση των θετικών συναισθημάτων, όπως η αίσθηση υποκειμενικής δύναμης και ελευθερίας, η μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και η απόδοση της αλλαγής σε εσωτερικούς και όχι σε μη ελέγξιμους παράγοντες, και η παράλληλη μείωση αρνητικών συναισθημάτων όπως η αίσθηση απώλειας και ανικανότητας, αναφέρθηκαν ως τα βασικά συναισθήματα μετά από την επιτυχή παραμονή σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι συγγραφείς επεκτείνουν τα ευρήματα και μιλούν για επακόλουθη αύξηση της αυτονομίας, μια ευρύτερη θεώρηση της ζωής και πιο ρεαλιστική αντιμετώπισή της (Ravenna *et al.*, 2002). Ακόμη, το συναίσθημα της εχθρότητας βρέθηκε ότι μειώνεται σημαντικά στους πρώτους 6 μήνες θεραπείας εξαρτημένων ατόμων σε κλειστή θεραπευτική κοινότητα σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (Small & Lewis, 2004). Το ρόλο της συναισθηματικής διεργασίας στις ψυχολογικές δυσλειτουργίες στην εξάρτηση υποδεικνύει έρευνα αξιολόγησης του συναισθήματος πριν και μετά τη θεραπεία. Εδώ, επιβεβαιώθηκαν τα ελλείμματα στην αντιληπτική αναπαράσταση, τη ρύθμιση του συναισθήματος και την επικοινωνία/ έκφραση του συναισθήματος. Αυξημένη ήταν η επίγνωση των σωματικών εσωτερικών δεικτών συναισθήματος ενώ σημαντικές και ουσιαστικές ήταν οι αλλαγές μετά τη θεραπεία στην αναγνώριση και την έκφραση του κατάλληλου συναισθήματος (Reichert, Casellini, Duc, & Genoud, 2006).

Η σύντομη ανασκόπηση των πρόσφατων, ωστόσο λιγοστών, μελετών, δείχνει μεταξύ άλλων την απουσία ερευνητικής δραστηριότητας σε σημαντικές πτυχές του φαινομένου, όπως για παράδειγμα η εμβάθυνση, πέρα από την απλή αναγνώριση, στη φύση και ποιότητα των συναισθημάτων καθώς και η μελέτη του ρόλου των θετικών

συναισθημάτων στα ζητήματα εξάρτησης και απεξάρτησης ως παράγοντας που θεωρούμε ότι προάγει τη θεραπεία. Το ενδιαφέρον των κλινικών αλλά και των νευροψυχολογικών μελετών, φαίνεται ότι στρέφεται στη μελέτη των αρνητικών συναισθημάτων που εύλογα εικάζεται ότι σχετίζονται με την αιτιολογία και τη θεραπεία της εξάρτησης. Αναδεικνύεται έτσι, μεταξύ άλλων, η πολύπλευρη σημασία της συνδυαστικής μελέτης των συναισθημάτων στο πεδίο αυτό. Μέρος της περιορισμένης ως τώρα έρευνας είναι η δυσκολία ερευνητικής προσέγγισης των εννοιών. Η συγκέντρωση των βασικών μεθόδων διερεύνησης των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της εξάρτησης συντελεί στην επίγνωση των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών της κάθε μεθόδου και αποτελεί το πρώτο βήμα για σχεδιασμό περαιτέρω ερευνών.

Μέθοδοι έρευνας

Η σχέση έρευνας και θεραπείας στο πεδίο των εξαρτήσεων διέπεται από ποικίλες θεωρητικές και πρακτικές δυσκολίες. Ο στόχος των παρεμβάσεων τους φαίνεται να είναι κοινός, δηλ. η μελέτη μεθόδων θεραπείας σε πραγματικές συνθήκες και η διευκόλυνση της εφαρμογής τους στο πλαίσιο των θεραπευτικών προγραμμάτων εφόσον οι θεραπευτικές αυτές προτάσεις αποδειχθούν αποτελεσματικές. Εντούτοις, η διαδικασία εφαρμογής των ερευνητικών ευρημάτων σε κοινοτικά θεραπευτικά πλαίσια συναντά δυσκολίες. Από μια πρώτη άποψη η γεφύρωση του χάσματος είναι εφικτή εάν ληφθούν υπόψη ορισμένες παράμετροι που έχουν αγνοηθεί όπως π.χ. η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ του θεραπευτικού προσωπικού και των ερευνητών στην ανάπτυξη και την εφαρμογή των μελετών. Το θεραπευτικό προσωπικό φαίνεται ότι έχει περιορισμένο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία ενώ μια πρόσθετη δυσκολία είναι ο σχεδιασμός και η εποπτεία αυτών των ερευνών από ερευνητές με περιορισμένη κλινική εμπειρία στο υπό μελέτη αντικείμενο. Τέλος, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ποιοτικές διαφορές που έχει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που λειτουργεί με όρους κοινότητας διαβίωσης, όπου αναπτύσσονται συλλογικές κατά κύριο λόγο διαδικασίες, από ένα παραδοσιακό ερευνητικό πλαίσιο (Polcin, 2004). Οι διαφορές αφορούν στη βασική μονάδα λειτουργίας του προγράμματος, την ομάδα, εντός της οποίας είναι συχνά δυσκολότερη η διεξαγωγή μιας έρευνας σε σύγκριση με την έρευνα που απαιτεί επαφή με ένα μόνο άτομο κάθε φορά.

Ερευνητικές προσεγγίσεις-μέθοδοι και πλαίσια

Η μετα-θεραπευτική αξιολόγηση ήταν η παραδοσιακή μέθοδος εκτίμησης της λειτουργίας και του απολογισμού της θεραπείας του εθισμού από τη δεκαετία του 1970. Πράγματι, σχεδόν όλες οι αξιολογήσεις αποτελέσματος της θεραπείας του εθισμού έχουν προσεγγίσει ασθενείς μια ή δύο φορές μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας για να μετρήσουν τις κοινωνικά σημαντικές συμπεριφορές όπως η επιστροφή στη χρήση ναρκωτικών, η εργασία και το έγκλημα (βλ. Emrick, 1975; Armor, Polich & Stambul 1976; Hubbard *et al.*, 1989; Gerstein & Harwood 1990; Ball & Ross 1991; McLellan, Grissom, Alterman, Brill, & O'Brien, 1993a; McLellan, Arndt, Woody, & Metzger, 1993b; Finney, Hahn & Moos, 1996; Project MATCH 1997; Simpson, Joe, & Broome, 1997, 2002). Οι αξιολογήσεις αυτές έχουν κόστος, δυσκολία στην προσέγγιση, απαιτούν καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και στενή εποπτεία για να επιτύχουν αντιπροσωπευτικά ποσοστά follow-up (βλ. Moos, Finney & Cronkite, 1990; McLellan & Durell, 1995; Scott & White, 2004). Παρόλα αυτά όταν διεξάγονται σωστά τα αποτελέσματα δίνουν μια συγκεκριμένη απάντηση στο ερώτημα «πόσο διαρκούν οι θετικές αλλαγές που ακολουθούν την ολοκλήρωση της θεραπείας;» (McLellan *et al.*, 2005).

Όσον αφορά στη σύνδεση των αλλαγών με τη θεραπεία που προηγήθηκε, αυτή η ερώτηση παίρνει ως δεδομένο ότι οι θετικές αλλαγές έχουν συμβεί ως το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας (ολοκλήρωση). Αυτή είναι λογική υπόθεση στην περίπτωση θεραπείας κλειστής διαμονής ή ενδο-νοσοκομειακής, όπου τα ναρκωτικά δεν είναι διαθέσιμα στο θεραπευτικό περιβάλλον και πάνω από το 75% των ασθενών που εισάγονται σε κλειστή θεραπεία συνεχίζουν ως το σημείο της προγραμματισμένης ολοκλήρωσης (SAMHSA, 1997). Έτσι, οι μετα-θεραπευτικές αξιολογήσεις follow-up της κλειστής θεραπείας έχουν εννοιολογική συνάφεια, και επειδή οι περισσότερες από αυτές που ακολούθησαν μετα-θεραπευτικά είχαν μια λογική «δόση» θεραπείας, τα αποτελέσματά τους είναι λογική εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (McLellan *et al.*, 2005).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές στην παροχή της φροντίδας υγείας. Όπως τα περισσότερα άλλα μέρη της σύγχρονης φροντίδας υγείας, η μεγάλη πλειοψηφία των θεραπειών απεξάρτησης (πάνω από 90%) παρέχεται τώρα σε εξω-νοσοκομειακά πλαίσια (McKusick *et al.*, 1998; SAMHSA 2002a; McLellan, Carise & Kleber, 2003). Αυτό είναι σημαντικό, επειδή στις εξω-νοσοκομειακές δομές δε μπορεί να θεωρηθεί ότι οι ασθενείς απέχουν από τη χρήση ή ακόμη ότι κάνουν πρόοδο

στη διάρκεια της θεραπείας, και σημαντικός αριθμός ασθενών υποτροπιάζουν από την εξω-νοσοκομειακή θεραπεία πριν το προγραμματισμένο σημείο ολοκλήρωσης. Έτσι, φαίνεται ότι τα πιο σωστά ερωτήματα αξιολόγησης για τις σύγχρονες εξω-νοσοκομειακές θεραπείες είναι: «Συμμετέχουν οι ασθενείς ενεργά στη θεραπεία, μειώνοντας τη χρήση ναρκωτικών, βελτιώνοντας την υγεία και την κοινωνική τους λειτουργικότητα και περιορίζοντας τις απειλές στην κοινωνία;» Αυτά τα ερωτήματα έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή πολλοί ασθενείς παραπέμπονται στη θεραπεία λόγω κοινωνικών προβλημάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση όπως, το έγκλημα, η ανεργία, ή η μεταδιδόμενη ασθένεια (βλ. McLellan & Weisner, 1996).

Μια μέθοδος αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος που έχει προταθεί τελευταία είναι η «παρακολούθηση της σύγχρονης ανάρρωσης» (Concurrent Recovery Monitoring (CRM)). Σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των εξω-νοσοκομειακών θεραπειών τους εθισμού από ναρκωτικά και αλκοόλ. Αξιοποιεί τις παραδοσιακές μετρήσεις αποτελέσματος που έχουν ορίσει την ανάρρωση και επαναλαμβάνει μετρήσεις τακτικά, συγχρόνως με τη θεραπεία, ώστε να παρακολουθήσει και να συμβάλει στην αλλαγή του ασθενούς. Η CRM μετρά τα αποτελέσματα αρκετές φορές στη διάρκεια της θεραπείας, οι αξιολογήσεις γίνονται από τους θεραπευτές-κλινικούς επειδή τα αποτελέσματα παρέχουν επίσης κλινικές πληροφορίες για τη θεραπεία των ατόμων. Η εμπλοκή του κλινικού-ερευνητή από την άλλη, εισάγει ζητήματα προκαταλήψεων που χρήζουν εξωτερικής εξέτασης, ειδικά αν τα δεδομένα που προκύψουν χρησιμοποιηθούν στο συμβόλαιο λειτουργίας, την αξιολόγηση του προγράμματος ή την έρευνα (McLellan *et al.*, 2005).

Παρά τις εξελίξεις που αφορούν την παροχή εξω-νοσοκομειακής θεραπείας της εξάρτησης, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μια έρευνα επαναλαμβανόμενων και συνεχών αξιολογήσεων των μεταβλητών λαμβάνει χώρα με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο, εκτιμούμε, στο πλαίσιο ενός κλειστού προγράμματος θεραπείας, λόγω της μικρότερης κινητικότητας των ατόμων και της συνοχής που έχει η θεραπευτική διαδικασία, παράγοντες που διευκολύνουν τη διεξαγωγή της έρευνας και συντελούν στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Ερευνητικές προσεγγίσεις-ειδικές μεταβλητές

Όσον αφορά τις μεθόδους που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των μεταβλητών που παίζουν ρόλο στη θεραπεία της εξάρτησης, παρατηρούμε ότι στη μέτρηση κάθε μεταβλητής επικρατούν συγκεκριμένες μέθοδοι και ερευνητικοί σχεδιασμοί. Ένα κοινό στοιχείο των ερευνητικών σχεδιασμών είναι η χρησιμοποίηση

κλιμάκων αυτο-αναφοράς (ερωτηματολογίων) σε διάφορες φάσεις της θεραπείας. Παραθέτουμε πιο αναλυτικά στοιχεία που αφορούν τη μέθοδο διερεύνησης της κάθε μεταβλητής, όπως προέκυψαν από μια προεπισκόπηση των σχετικών μελετών.

Μία επισκόπηση των ερευνών που αφορούν την εκτίμηση της ετοιμότητας (readiness) έδειξε ότι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατά την εισαγωγή τους στην θεραπεία, ορισμένες φορές στη μέση, και στο τέλος της. Λέγοντας θεραπεία εννοούμε την κύρια θεραπευτική φάση ενός κλειστού ή ανοιχτού προγράμματος που διαρκεί συνήθως από 6 μήνες έως ένα χρόνο. Λιγότερες έρευνες αναφέρουν την εκτίμηση της ετοιμότητας και μετά τη θεραπεία, π.χ. 18 μήνες μετά το τέλος της θεραπευτικής φάσης. Οι μέθοδοι βασίζονται στην αυτοαναφορά των ατόμων που βρίσκονται σε διαδικασία ανάρρωσης.

Όσον αφορά την αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy), ο συνηθέστερος ερευνητικός σχεδιασμός ήταν η χορήγηση ερωτηματολογίου στην αρχή της θεραπείας, ορισμένες φορές κατά τη διάρκεια αυτής (π.χ. 3^ο και 6^ο μήνα) και στο τέλος της θεραπείας (discharge). Συναντώνται επιπλέον αρκετές έρευνες στις οποίες οι συμμετέχοντες συμπληρώνουν ερωτηματολόγια στο τέλος της θεραπείας και μετά από κάποιο χρονικό διάστημα 1 ή 2 φορές (π.χ. στους 3 ή / και στους 9 μήνες μετά τη θεραπεία). Οι έρευνες αυτές ως επί το πλείστον μετρούν το ρόλο της αυτο-αποτελεσματικότητας στην πρόληψη της υποτροπής. Λιγότερες είναι οι μελέτες που αξιολογούν την αυτο-αποτελεσματικότητα τόσο στην αρχή και στη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά το τέλος της θεραπείας.

Για την εκτίμηση των προσδοκιών των πελατών για το αποτέλεσμα της θεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί εκτός του ερωτηματολογίου, η συνέντευξη και οι ομάδες εστίασης στην αρχή και στη διάρκεια της θεραπείας. Ένα γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι περισσότερες έρευνες βασίζονται στην αυτο-αναφορά και είναι συσχετιστικές (π.χ. συσχέτιση προσδοκιών με αποτέλεσμα θεραπείας) ενώ αναγνωρίζεται η ανάγκη για πιο συστηματικές έρευνες που θα αξιολογούν τις προσδοκίες πριν τη θεραπεία ή στα πρώτα στάδιά της και θα συμπεριλαμβάνουν στρατηγικές βελτίωσης των προσδοκιών. Λιγότερη ερευνητική προσοχή έχει δοθεί στις προσδοκίες που αφορούν την θεραπευτική διαδικασία.

Σχετική με τις προσδοκίες είναι και η αξιολόγηση της ικανοποίησης (satisfaction) από τη θεραπεία. μέσω ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν σε δύο διαφορετικά σημεία της θεραπείας. Σπανιότερα, γίνεται αξιολόγηση της ικανοποίησης σε δύο ομάδες που λαμβάνουν διαφορετικό είδος θεραπείας.

Για τον παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης (social support) ο συνηθέστερος ερευνητικός σχεδιασμός περιλαμβάνει την αξιολόγηση με κλίμακες σε εξαρτημένα άτομα από τη μια και σε μη εξαρτημένα από την άλλη (ομάδα ελέγχου). Αναφέρεται επίσης σε λιγότερες έρευνες η χρησιμοποίηση συνεντεύξεων και η ακόλουθη ποιοτική ανάλυση αυτών.

Η εκτίμηση της κλινικής εικόνας έχει γίνει κατά κύριο λόγο με κλίμακες αυτοαναφοράς σε διάφορες φάσεις της θεραπείας καθώς και με τη λήψη κλινικής συνέντευξης, που ενδείκνυται στην περίπτωση μεταβλητών όπως το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες.

Παρά το σημαντικό ρόλο που φαίνεται να παίζουν οι μεταβλητές των συναισθημάτων και του νοήματος της ζωής, όπως δείχνει και η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η μελέτη τους στο χώρο των εξαρτήσεων είναι μη συστηματική και έχει περιοριστεί σε αποσπασματικές αξιολογήσεις.

Συμπερασματικά

Η κλινική έρευνα στο πεδίο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας εξαρτήσεων και συγκεκριμένα στο χώρο των κλειστών θεραπευτικών προγραμμάτων έχει καταστήσει σαφές ότι η παρακολούθηση προγραμμάτων φέρνει αλλαγές στην ψυχική υγεία και τη λειτουργικότητα των ατόμων, αλλά αυτό χρειάζεται να συνοδευτεί από καλής ποιότητας ποιοτικές και ποσοτικές ερευνητικές μελέτες (Lees, Manning & Rawlings, 2004). Ο Lees και οι συνεργάτες του (1999) συμπέραναν ότι η μελλοντική έρευνα στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τυχαίας δειγματοληψίας ελεγχόμενες δοκιμές. Παρόλα αυτά, πρέπει να υπερκεράσουν τις δυσκολίες που θέτονται από τα θεραπευτικά προγράμματα ελέγχοντας τις εισαγωγές τους, και την πολυδιάστατη και μεταβλητή φύση της θεραπευτικής παρέμβασης. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει πιο σύνθετες, δια-ιδρυματικές μελέτες στο πεδίο που θα αξιολογήσουν την θεραπεία από την αρχή, για να συμπληρώσουν την έρευνα που έχει ήδη γίνει (Lees, Manning & Rawlings, 1999).

Έρευνα που εξετάζει την εισαγωγή στη θεραπεία επισημαίνει επίσης τον ρόλο της ποιοτικής μεθοδολογίας σε μια πιο συστηματική διερεύνηση της προοπτικής των ίδιων των χρηστών ουσιών. Η κατανόηση των λόγων για τους οποίους οι χρήστες ουσιών μπαίνουν στη θεραπεία είναι σημαντική και πρέπει να αξιοποιηθεί στην κλινική πράξη. Η μελλοντική έρευνα στο πεδίο οφείλει να λάβει περισσότερο υπόψη την

άποψη των χρηστών συνδυάζοντας ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους (Tsogia *et al.*, 2001).

Περιγραφή και στόχοι της παρούσας έρευνας

Συνοπτικά, βλέπουμε ότι η ερευνητική δραστηριότητα στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας της εξάρτησης έχει καταστήσει σαφές ότι η θεραπεία έχει αποτελέσματα. Μεταξύ των παραγόντων που καθιστούν τη θεραπεία δυνατή είναι η απόφαση του εξαρτημένου να ζητήσει βοήθεια, να συμμετάσχει ενεργητικά στη θεραπεία και η ύπαρξη οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου, που θα δημιουργήσει τους όρους της ισότιμης επανένταξης του εξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο. Υπάρχουν πολλοί τύποι προγραμμάτων απεξάρτησης και η επιλογή του κατάλληλου από τον εξαρτημένο ανάλογα με τις ανάγκες του, συντελεί στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η λειτουργία ενός θεραπευτικού πλαισίου θεωρείται προϋπόθεση της διαδικασίας απεξάρτησης (Μάτσα, 1997, 2001).

Στόχος της απεξάρτησης πρέπει να είναι η τροποποίηση πρώτα από όλα της ψυχικής λειτουργίας του εξαρτημένου ατόμου και να μην περιορίζεται απλά και μόνο στη διακοπή της χρήσης και στην τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Δεν μπορεί λοιπόν να νοηθεί θεραπεία απεξάρτησης έξω από έναν διαρκή προβληματισμό και διάλογο γύρω από τις αιτίες της τοξικομανίας, γύρω από όλους εκείνους τους λόγους, ατομικούς και κοινωνικούς, που ώθησαν το άτομο σε κάποια κρίσιμη στιγμή της ζωής του να στραφεί στις ουσίες και τελικά να εξαρτηθεί από αυτές (Μάτσα, 2001).

Η διερεύνηση των επιμέρους μεταβλητών που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση του επιθυμητού αποτελέσματος στη διαδικασία θεραπείας της εξάρτησης έχει αναδείξει τους παράγοντες αυτούς, την πιθανή λειτουργία τους και τους περιορισμούς τους. Αυτό που φαίνεται, ωστόσο, ότι δεν έχει επαρκώς μελετηθεί είναι η εκτίμηση του συνδυασμού των παραγόντων αυτών και του πιθανού ρόλου τους στην διαδικασία της θεραπείας. Επιπρόσθετα, ελλιπής είναι η διερεύνηση και η κατανόηση του ρόλου παραγόντων που ανέδειξε η πρόσφατη έρευνα, όπως είναι τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Σημαντική κρίνεται η μελέτη των μεταβλητών, έτσι όπως εξελίσσονται στο χρόνο, σε ένα πλαίσιο που προσιδιάζει τις αρχές του δημοκρατικού μοντέλου θεραπευτικών προγραμμάτων (βλ. Παράρτημα IV) γιατί αφενός αυτό ευνοεί την ερευνητική διαδικασία και αφετέρου συντελεί στην όσο το δυνατόν ακριβέστερη προσέγγιση των θεραπευτικών παραγόντων στους οποίους αντιστοιχούν οι υπό μελέτη μεταβλητές. Δεδομένου ότι η απεξάρτηση είναι μια πορεία με συνεχείς υποτροπές,

διαφαίνεται η ανάγκη αναγνώρισης και διερεύνησης των μεταβλητών που προβλέπουν την παραμονή στη θεραπευτική προσπάθεια, τη συνέχιση και τη ολοκλήρωσή της.

Στην έρευνα αυτή τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η αναλογική συνεισφορά του κάθε παράγοντα στη διαδικασία της θεραπείας της εξάρτησης στα διάφορα χρονικά σημεία;

2. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μετάβαση από τη μια φάση της θεραπείας της εξάρτησης στην άλλη και συγκεκριμένα:

A) Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία από την πρώτη φάση της θεραπείας (συμβουλευτικός σταθμός)¹ στη δεύτερη (κλειστή φάση);

B) Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή στην κύρια φάση της θεραπείας (κλειστή φάση);

Γ) Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και το πέρας στη φάση της κοινωνικής επανένταξης;

Δ) Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή στη φάση της κοινωνικής επανένταξης;

3) Ποιοι παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με την τελική έκβαση της θεραπείας;

4) Ποια είναι η προβλεπτική ισχύς των μεταβλητών που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν τη θεραπεία σε σχέση με τις υπόλοιπες που συνδέονται με τη θεραπεία;

¹

Οι φάσεις της θεραπείας περιγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα IV.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι άτομα που προσήλθαν για θεραπεία στην Θεραπευτική Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Είναι συνολικά 157 άτομα, το 80,3 % άντρες (n=126) και το 19,7 % γυναίκες (n=31). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 30,03 ετών (ΤΑ 5,1).

Εργαλεία

Το πρώτο στάδιο της παρούσας έρευνας αφορούσε την επιλογή των ερωτηματολογίων που βασίστηκε στην ευρύτητα χρησιμοποίησής τους σε μια σειρά κλινικών ερευνών και στις ισχυρές τους ψυχομετρικές ιδιότητες. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια : 1) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), (Miller, 1994; Miller & Tonigan, 1996), 2) Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ) (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawa, 2000), 3) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at Pre-treatment (Expectations) (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005), 4) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979), 5) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988), 6) Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995), 7) Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD) (Fredrickson & Tugade, 2003), 8) Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (Steger, Frazier & Oishi, 2006) (Παράρτημα Ι).

Δύο από τις κλίμακες (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale – SOCRATES και Brief Situational Confidence Questionnaire-BSCQ) έχουν κατασκευαστεί ειδικά για τον πληθυσμό των χρηστών ουσιών ενώ οι υπόλοιπες 6 κλίμακες έχουν κατασκευαστεί για την μελέτη χαρακτηριστικών γενικότερων πληθυσμών. Η βιβλιογραφική αναζήτηση έδειξε ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες κλίμακες σταθμισμένες στον συγκεκριμένο πληθυσμό της μελέτης. Οι κλίμακες που επιλέχθηκαν δεν είχαν προηγουμένως μεταφραστεί στα ελληνικά. Για την εγκυρότητα και αξιοπιστία των μετρήσεων έγινε μετάφρασή τους στην ελληνική γλώσσα με τη χρήση της αντίστροφης μετάφρασης.

Η μετάφραση των κλιμάκων από τα ελληνικά στα αγγλικά έγινε από την γράφουσα. Στη συνέχεια έγινε μετάφραση των κλιμάκων από δύο ψυχολόγους με επάρκεια στην αγγλική γλώσσα, αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά και έπειτα

αντίστροφη μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά. Η ποιοτική σύγκριση των δύο μεταφράσεων οδήγησε σε ορισμένες μικρές γλωσσικές αλλαγές στις αρχικές κλίμακες. Στον έλεγχο της μετάφρασης συμμετείχαν 22 Έλληνες και Ελληνίδες με επάρκεια στην αγγλική γλώσσα. Οι 11 συμπλήρωσαν πρώτα τις αγγλικές κλίμακες, οι 11 πρώτα την ελληνική και έπειτα από 2 εβδομάδες συμπλήρωσαν τις κλίμακες με την αντίστροφη σειρά. Με τη διαδικασία αυτή αντισταθμίζεται η επίδραση της σειράς πραγματοποίησης των συνθηκών βαθμολόγησης. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση με σκοπό την αναζήτηση συσχέτισης μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής των κλιμάκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μετάφραση των κλιμάκων ήταν ικανοποιητική (βλ. Παράρτημα II)

H κλίμακα Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale - SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996)

Για την εκτίμηση της ετοιμότητας για αλλαγή (readiness) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SOCRATES που κατασκευάστηκε αρχικά για την εκτίμηση της ετοιμότητας για αλλαγή των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε γιατί είναι η μοναδική που αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές συγκεκριμένα με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Η κλίμακα δίνει τρεις βαθμολογίες που προέκυψαν από ανάλυση παραγόντων και αντιστοιχούν στις εξής μεταβλητές: Αναγνώριση (Recognition-Re) , Αμφιβολία (Ambivalence-Am), Βήματα προς την αλλαγή (Taking steps-Ts). Το άθροισμα των ερωτήσεων που αποτελούν την καθεμία υποκλίμακα δίνει τη βαθμολογία της. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιείται η έκδοση 8, μια μικρότερη κλίμακα, που αποτελείται από 19 δηλώσεις και προέκυψε από την ανάλυση παραγόντων προηγούμενων εκδόσεων της κλίμακας. Η σύντομη μορφή της κλίμακας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις με τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τον κάθε παράγοντα. Οι βαθμολογίες της κλίμακας των 19 δηλώσεων έχουν υψηλή συσχέτιση με την μεγαλύτερη κλίμακα των 39 δηλώσεων -Recognition ($r = .96$), Taking Steps ($r = .94$), and Ambivalence ($r = .88$). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες που δίνουν οι κατασκευαστές της κλίμακας των 19 δηλώσεων είναι:

Cronbach Test-retest Reliability

Alpha Intraclass Pearson

Ambivalence .60 - .88 .82 .83

Recognition .85 - .95 .88 .94

Taking Steps .83 - .96 .91 .93

Στην έρευνα αυτή, συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται η μορφή 8D (Personal Drug Use Questionnaire) που αφορά τα άτομα-χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Η κλίμακα αποτελείται από 19 δηλώσεις που ενθαρρύνουν το άτομο να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν την αναγνώριση του προβλήματος (7 δηλώσεις) (π.χ. «Θέλω πραγματικά να κάνω αλλαγές όσον αφορά την χρήση ναρκωτικών», «Αν δεν αλλάξω τη χρήση ναρκωτικών σύντομα, τα προβλήματά μου θα χειροτερέψουν», «Έχω πρόβλημα ναρκωτικών»), την αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος (4 δηλώσεις) (π.χ. «Κάποιες φορές αναρωτιέμαι αν είμαι εξαρτημένος», «Μερικές φορές αναρωτιέμαι αν η χρήση ναρκωτικών από την πλευρά μου, πληγώνει άλλους ανθρώπους») και τα βήματα που έχει κάνει στην κατεύθυνση της αλλαγής (8 δηλώσεις) (π.χ. «Έχω ήδη αρχίσει να κάνω κάποιες αλλαγές στη χρήση ναρκωτικών», «Χρησιμοποιούσα ναρκωτικά πολύ κάποτε, αλλά έχω καταφέρει να το αλλάξω αυτό», «Έχω ήδη κάνει αλλαγές στη χρήση ναρκωτικών, και ψάχνω τρόπους για να μην ξανακυλήσω στην παλιά μου συνήθεια»).

Ο βαθμός συμφωνίας του ερωτώμενου με την κάθε δήλωση βαθμολογείται με μια 5-βάθμια αναλογική κλίμακα ίσων διαστημάτων, όπου 1= Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Δεν μπορώ να αποφασίσω / Δεν είμαι βέβαιος, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα. Η συνολική βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας υπολογίζεται με το άθροισμα των δηλώσεων που την αποτελούν. Δεν προβλέπεται από τους κατασκευαστές συνολική αθροιστική βαθμολογία των τριών υποκλιμάκων. Η βαθμολογία της υποκλίμακας αναγνώρισης του προβλήματος κυμαίνεται από 7-35, της αμφιβολίας από 4-20 και της ανάληψης βημάτων από 8-40.

Η κλίμακα Brief Situational Confidence Questionnaire -BSCQ (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawa, 2000).

Για την εκτίμηση της αυτο-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ). Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε ως εναλλακτική της κλίμακας Situational Confidence Questionnaire (SCQ), καθώς ορισμένα θεραπευτικά προγράμματα βρήκαν ότι το αυθεντικό εργαλείο χρειάζεται πολύ χρόνο συμπλήρωσης στην κλινική πράξη (Sobell, 1996). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε το πιλοτικό μέρος της μελέτης αυτής, όπου διαπιστώθηκε η μη πρακτική χρήση του ερωτηματολογίου. Οι 8 δηλώσεις του BSCQ αντιστοιχούν στις 8 υποκλίμακες του SCQ. Οι ερωτώμενοι ζητούνται να βαθμολογήσουν το βαθμό βεβαιότητας που έχουν τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ότι θα αντισταθούν στη χρήση ουσιών σε κάθε κατάσταση (π.χ. «Θα

ήμουν ικανός να αντισταθώ στην επιθυμία να χρησιμοποιήσω ουσίες σε καταστάσεις που: είχα δυσάρεστα συναισθήματα π.χ. αν ένιωθα πιεσμένος για πράγματα γενικά, αν όλα μου πήγαιναν στραβά»). Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 (καθόλου βέβαιος) ως το 100 (απόλυτα βέβαιος). Μια σύγκριση της σύντομης και της μεγάλης έκδοσης της κλίμακας SCQ (Breslin *et al.*, 1997) έδειξε ότι η σύντομη έκδοση είναι αξιόπιστη και ανταποκρίνεται καλά στις 8 υποκλίμακες της πρώτης έκδοσης. Οι βαθμολογίες της κλίμακας των 8 δηλώσεων έχουν ικανοποιητική συσχέτιση με την μεγαλύτερη κλίμακα των 100 δηλώσεων που κυμαίνεται από .56 ως .80. Η κλίμακα δίνει μία βαθμολογία που προκύπτει από το πηλίκο του αθροίσματος των απαντήσεων στις 8 δηλώσεις. Η βαθμολογία, κατά συνέπεια, κυμαίνεται από 0 έως 100. Το BSCQ επιλέχθηκε διότι έχει πολλά πλεονεκτήματα στις μελέτες σε κλινικά πλαίσια. Μπορεί να χορηγηθεί σε λίγα λεπτά, είναι εύκολα ερμηνεύσιμο και για το λόγο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε άλλους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, εκτός του πεδίου των εξαρτήσεων.

Οι κλίμακες Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) και Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at Pre-treatment (Expectations) (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005).

Για την εκτίμηση της προσδοκίας (expectation) και της ικανοποίησης (satisfaction) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Client satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) στη αυθεντική της μορφή και μια έκδοσή της (Client Satisfaction Questionnaire -CSQ- at Pre-treatment (Expectations)) που κατασκευάστηκε μεταγενέστερα και αφορά την έννοια της ικανοποίησης πριν τη θεραπεία (προσδοκία) (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005). Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε για την εκτίμηση της ικανοποίησης στη θεραπεία σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι 8 συνολικά δηλώσεις της κλίμακας επιλέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας με βάση τη συσχέτισή τους με στοιχεία που δηλώνουν την ικανοποίηση του πελάτη και έπειτα από παραγοντική ανάλυση που ακολούθησε (π.χ. «Πώς θα βαθμολογούσες την ποιότητα των υπηρεσιών που δέχτηκες;», *Εάν ένας φίλος είχε ανάγκη για παρόμοια βοήθεια, θα σύστηνες το πρόγραμμα σε αυτόν ή σε αυτήν;*»). Η CSQ-8 δίνει μία εκτίμηση της γενικής ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Δεν δίνει ακριβή εκτίμηση των αντιλήψεων του πελάτη για το όφελος της θεραπείας αλλά την άποψη του πελάτη για την αξία των υπηρεσιών που λαμβάνει. Ο βαθμός συμφωνίας του ερωτώμενου με την κάθε δήλωση βαθμολογείται με μια 4-βάθμια αναλογική κλίμακα ίσων διαστημάτων. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 4 έως 32 και η

υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μεγαλύτερη ικανοποίηση (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε λόγω της δυνατότητας ικανοποιητικής εφαρμογής της σε όλες τα πολιτισμικά πλαίσια, όπως αναφέρουν οι κατασκευαστές και εξαιτίας της φύσης της έρευνας αυτής που αφορά τη μελέτη χαρακτηριστικών σε πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Ποικίλες μελέτες έχουν δείξει την υψηλή εσωτερική εγκυρότητα του CSQ-8 (Wilkin, Hallam & Doggett, 1992), με τον συντελεστή άλφα να είναι σταθερά πάνω από .90 (Attkisson & Zwick, 1982).

Η κλίμακα αυτή τροποποιήθηκε από τους Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer το 2005 ώστε να εκτιμά την προσδοκία για ικανοποίηση από τη θεραπεία στην εισαγωγή του πελάτη στο θεραπευτικό πλαίσιο (CSQ at Pre-treatment. Αποτελείται από τις ίδιες ακριβώς ερωτήσεις με την αυθεντική με τη μόνη διαφορά ότι αλλάζουν οι χρόνοι των ρημάτων από παρελθοντικοί σε μελλοντικούς (π.χ. «Πιστεύεις ότι θα λάβεις το είδος των υπηρεσιών που θέλεις από το πρόγραμμα;» «Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το πρόγραμμα θα καλύψει τις ανάγκες σου;»).

Η κλίμακα Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988).

Για την εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης (social support) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* που κατασκευάστηκε αρχικά για την εκτίμηση της ύπαρξης κοινωνικής υποστήριξης σε μεγάλο δείγμα φοιτητών και εφαρμόστηκε με επιτυχία σε μια σειρά κλινικών και μη κλινικών δειγμάτων στη συνέχεια (Kazarian & McCabe, 1991; Stanley, Beck, & Zebb, 1998; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990). Η κλίμακα επιλέχθηκε γιατί δίνει εκτίμηση τριών πηγών υποστήριξης: οικογένεια, φίλοι και σημαντικοί άλλοι και έχει μια σειρά χαρακτηριστικών που ταιριάζουν στην εφαρμογή της στον υπό μελέτη πληθυσμό και στη συγκεκριμένη μελέτη: α) είναι σύντομη (12 δηλώσεις), β) είναι κατάλληλη για έρευνες που απαιτούν τη μέτρηση πολλών συγχρόνως χαρακτηριστικών και γ) για πληθυσμούς που για τον έναν ή τον άλλο λόγο δεν μπορούν να «ανεχτούν» ένα μακροσκελές ερωτηματολόγιο. Ακόμη, οι ερωτήσεις είναι εύκολα κατανοητές από άτομα με χαμηλό ή μέτριο εκπαιδευτικό επίπεδο (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Zimet *et al.*, 1988).

Η κλίμακα δίνει τρεις βαθμολογίες που προέκυψαν από ανάλυση παραγόντων και αντιστοιχούν στις εξής υποκλίμακες: Οικογένεια (Family-Fa) , Φίλοι (Friends-Fr), Σημαντικοί Άλλοι (Semantic Others-SO). Η κλίμακα αποτελείται από 12 δηλώσεις που

ενθαρρύνουν το άτομο να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένειά του (4 δηλώσεις) (π.χ. «*Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει*», «*Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου*»), τους φίλους του (4 δηλώσεις) (π.χ. «*Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν*», «*Μπορώ να βασίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα πάνε στραβά*») και τους σημαντικούς άλλους (4 δηλώσεις) (π.χ. «*Υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο γύρω μου όταν έχω ανάγκη*», «*Έχω ένα συγκεκριμένο πρόσωπο που είναι πραγματικά πηγή ανακούφισης για μένα*»). Ο βαθμός συμφωνίας του ερωτώμενου με την κάθε δήλωση βαθμολογείται με μια 7-βάθμια αναλογική κλίμακα ίσων διαστημάτων, όπου 1=Διαφωνώ πάρα πολύ, 2=Διαφωνώ πολύ, 3= Διαφωνώ, 4=Είμαι ουδέτερος, 5=Συμφωνώ, 6=Συμφωνώ πολύ, 7=Συμφωνώ πάρα πολύ. Το άθροισμα των ερωτήσεων που αποτελούν την καθεμία υποκλίμακα δίνει τη βαθμολογία της. Αντίστοιχα, το άθροισμα των τριών υποκλιμάκων δίνει τη συνολική βαθμολογία της εκτίμησης της κοινωνικής υποστήριξης. Η βαθμολογία της καθεμιάς από τις υποκλίμακες κυμαίνεται από 4 έως 28 και της συνολικής κλίμακας από 12 έως 84.

Η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Για την εκτίμηση της κλινικής εικόνας των συμμετεχόντων στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995). Η DASS, που αποτελείται από τρεις υποκλίμακες αυτοαναφοράς, κατασκευάστηκε για να μετρήσει τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Σκοπός της δημιουργίας του DASS, σύμφωνα με τους κατασκευαστές, δεν είναι η μέτρηση των τυπικά καθορισμένων συναισθηματικών καταστάσεων, αλλά η περαιτέρω διαδικασία προσδιορισμού, κατανόησης, και μέτρησης των κλινικά σημαντικών συναισθηματικών καταστάσεων που περιγράφονται συνήθως ως κατάθλιψη, άγχος και στρες. Το DASS καλύπτει έτσι τις ανάγκες τόσο των ερευνητών όσο και των επιστημόνων – επαγγελματιών κλινικών.

Στην πρωτότυπη μορφή της, η κλίμακα έχει 42 δηλώσεις με την καθεμία από τις τρεις υποκλίμακες να περιέχει 14 ερωτήσεις. Η κλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την απαξίωση της ζωής, την αυτο-υποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος/εμπλοκής, την ανηδονία και την αδράνεια. Η κλίμακα άγχους αξιολογεί την αυτόνομη διέγερση, τις μυοσκελετικές επιδράσεις, το άγχος που συνδέεται με

καταστάσεις και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους. Η κλίμακα στρες είναι ευαίσθητη στα επίπεδα της χρόνιας μη συγκεκριμένης διέγερσης. Εκτιμά την δυσκολία στη χαλάρωση, την νευρική διέγερση, και την ευκολία αναστάτωσης/ταραχής, ευερεθιστότητας/ υπερ-διέγερσης και νευρικότητας. Οι ερωτώμενοι ζητούνται να χρησιμοποιήσουν τις 4-βάθμιες κλίμακες σοβαρότητας/συχνότητας ώστε να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο έχουν βιώσει κάθε κατάσταση στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, όπου 0= δεν ισχύει για μένα καθόλου, 1= ισχύει για μένα σε κάποιο βαθμό, ή για κάποιο χρονικό διάστημα, 2= ισχύει για μένα σε αρκετά μεγάλο βαθμό, ή για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, 3= ισχύει για μένα πάρα πολύ, ή το περισσότερο χρονικό διάστημα. Οι βαθμολογίες για την Κατάθλιψη, το Άγχος και το Στρες υπολογίζονται προσθέτοντας τις βαθμολογίες των σχετικών ερωτήσεων, ενώ, όπως προτείνουν οι συγγραφείς του, το άθροισμα των τριών κλιμάκων μας δίνει μια συνολική εκτίμηση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων.

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες του DASS, οι συντελεστές gamma που αναπαριστούν τη βαρύτητα κάθε κλίμακας στον συνολικό παράγοντα (συνολικό σκορ) είναι .71 για τη κατάθλιψη, .86 για το άγχος και .88 για το στρες. (Lovibond & Lovibond, 1995) Η αξιοπιστία των τριών κλιμάκων κρίνεται επαρκής και η test-retest αξιοπιστία είναι επίσης ικανοποιητική, με .71 για την κατάθλιψη, .70 για το άγχος και .81 για το στρες (Brown *et al.*, 1997). Διερευνητικές και επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων έχουν υποστηρίξει την πρόταση των τριών παραγόντων (Brown *et al.*, 1997). Η κλίμακα άγχους DASS έχει συσχέτιση .81 με την Beck Anxiety Inventory (BAI), και η κλίμακα κατάθλιψης DASS .74 με την Beck Depression Inventory (BDI).

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιείται η σύντομη μορφή της κλίμακας, η DASS21, που αποτελείται από 7 ερωτήσεις σε κάθε κλίμακα. Παραδείγματα ερωτήσεων στην υποκλίμακα κατάθλιψης είναι «Δυσκολεύτηκε να αναπτύξω πρωτοβουλία να κάνω πράγματα», «Ένιωσα ότι δεν υπήρχε τίποτα που να περιμένω με χαρά», στην κλίμακα στρες «Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις», «Ένιωσα ότι ήμουν πολύ νευρικός» και στην κλίμακα άγχους «Αντιλήφθηκα ότι το στόμα μου ήταν στεγνό», «Ένιωσα τρομαγμένος χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος». Οι ερωτήσεις της DASS21 επιλέχθηκαν με τα κριτήρια της κάλυψης των τριών παραγόντων, και της δυνατότητας σύγκρισης της βαθμολογίας με αυτή της πλήρους κλίμακας. Προτείνεται στη DASS21 να πολλαπλασιασθούν οι βαθμολογίες κλιμάκων με το 2, ώστε να μπορούν να συγκριθούν με τα δεδομένα της πρωτότυπης DASS και με

άλλα δημοσιευμένα στοιχεία. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 42, και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας από 0 έως 126.

Ο λόγος που επιλέχτηκε η συγκεκριμένη κλίμακα είναι οι ισχυρές ψυχομετρικές της ιδιότητες και ο συνδυασμός της μέτρησης τριών μεταβλητών. Η DASS21 έχει ακόμη το πλεονέκτημα ότι χρειάζεται το μισό χρόνο για να συμπληρωθεί. Υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που δείχνουν ότι η DASS21 έχει την ίδια παραγοντική δομή και δίνει παρόμοια στοιχεία με την πρωτότυπη DASS (Antony *et al.*, 1998; Henry & Crawford, 2005). Γενικά, η πρωτότυπη DASS προτιμάται στην κλινική δουλειά, και η DASS21 είναι συχνά καλύτερο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η κλίμακα Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD) (Fredrickson & Tugade, 2003).

Για την εκτίμηση των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD)* που κατασκευάστηκε αρχικά για την εκτίμηση των διαφορετικών συναισθημάτων και τροποποιήθηκε από τους Fredrickson & Tugade με την προσθήκη 9 επιπλέον συναισθημάτων. Η κλίμακα επιλέχθηκε για τις καλές ψυχομετρικές της ιδιότητες, και επειδή δίνει εκτίμηση των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων. Αποτελείται από 20 δηλώσεις (όπως π.χ. «Ένιωσα να διασκεδάζω, να μου αρέσει που περνάω καλά, να βλέπω τα πράγματα από την ανάλαφρη πλευρά τους», «Ένιωσα θυμωμένος, εκνευρισμένος, ενοχλημένος») και 1 ερώτηση που αφορά την επιλογή του πιο έντονου από τα προαναφερόμενα συναισθήματα. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν το μεγαλύτερο βαθμό στον οποίο ένιωσαν κατ' αυτόν τον τρόπο τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Ο βαθμός συμφωνίας του ερωτώμενου με την κάθε δήλωση βαθμολογείται με μια 5-βάθμια αναλογική κλίμακα ίσων διαστημάτων, όπου 1= καθόλου 2=ελάχιστα 3= κάποιες φορές 4= συχνά 5= πάρα πολύ συχνά.

Η κλίμακα δίνει βαθμολογίες για τις δύο υποκλίμακες α) των θετικών συναισθημάτων που αποτελείται από 9 συναισθήματα (διασκέδαση, ικανοποίηση, ευγνωμοσύνη, ελπίδα, αγάπη, περηφάνια, σεξουαλική επιθυμία, χαρά, ενδιαφέρον), και β) των αρνητικών συναισθημάτων που αποτελείται από 7 συναισθήματα (θυμός, ντροπή, περιφρόνηση, απέχθεια, ενοχή, φόβος, λύπη). Το άθροισμα των ερωτήσεων που αποτελούν την καθεμία υποκλίμακα δίνει τη βαθμολογία της. Στην πρώτη εφαρμογή της κλίμακας, η υποκλίμακα των θετικών συναισθημάτων έδωσε εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.79$ και των αρνητικών συναισθημάτων $\alpha=.69$. Πέρα από τη δημιουργία

των υποκλιμάκων, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι βασικός σκοπός της κλίμακας είναι η μέτρηση των διακριτών συναισθημάτων (Fredrickson & Tugade, 2003).

Η κλίμακα Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (Steger, Frazier & Oishi, 2006).

Για την εκτίμηση της αντίληψης για το νόημα στη ζωή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *Meaning in Life Questionnaire (MLQ)* που κατασκευάστηκε για την εκτίμηση της ύπαρξης και της αναζήτησης του νοήματος. Η κλίμακα επιλέχθηκε για τις ισχυρές ψυχομετρικές της ιδιότητες και για τη δυνατότητα εύκολης και σύντομης χορήγησής της.

Η κλίμακα δίνει δύο βαθμολογίες που προέκυψαν από ανάλυση παραγόντων και αντιστοιχούν στις εξής υποκλίμακες: α) Παρουσία νοήματος και β) Αναζήτηση νοήματος. Η υποκλίμακα της παρουσίας νοήματος δίνει στην έρευνα κατασκευής της εσωτερική αξιοπιστία .81 έως .86 και η υποκλίμακα αναζήτησης νοήματος εσωτερική αξιοπιστία .84 έως .92. Η MLQ αποτελείται από 10 δηλώσεις που ενθαρρύνουν το άτομο να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν την παρουσία νοήματος στη ζωή (5 δηλώσεις) (π.χ. «Αντιλαμβάνομαι το νόημα της ζωής μου», «Έχω καλή επίγνωση του τι κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα.») και την αναζήτηση νοήματος (5 δηλώσεις) (π.χ. «Αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα», «Αναζητώ έναν σκοπό ή αποστολή στη ζωή μου»). Ο βαθμός συμφωνίας του ερωτώμενου με την κάθε δήλωση βαθμολογείται με μια 7-βάθμια αναλογική κλίμακα ίσων διαστημάτων, όπου 1=Απόλυτα αναληθές, 2=Πολύ Αναληθές, 3=Αρκετα Αναληθές, 4=Δεν μπορώ να πω Αληθές ή Αναληθές, 5= Αρκετά Αληθές, 6=Πολύ Αληθές, 7=Απόλυτα Αληθές. Το άθροισμα των ερωτήσεων που αποτελούν την καθεμία υποκλίμακα δίνει τη βαθμολογία της. Η βαθμολογία της καθεμιάς από τις υποκλίμακες κυμαίνεται από 1-35.

Διαδικασία

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε αφορά στις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις μεταβλητών που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επηρεάζουν την έκβαση της πορείας της θεραπείας της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Συνολικά το ερευνητικό μέρος της μελέτης διήρκεσε 21 μήνες, από τον Φεβρουάριο του 2008 έως τον Νοέμβριο του 2009. Πριν προχωρήσουμε στις κυρίως μετρήσεις, διεξήγαμε την πιλοτική χορήγηση των κλιμάκων σε άτομα του ίδιου πληθυσμού, δηλ. σε χρήστες ουσιών που προσήλθαν για θεραπεία.

Πιλοτικό μέρος

Το πιλοτικό μέρος της έρευνας διεξήχθη τον Φεβρουάριο του 2008 σε μια ομάδα 9 συνολικά χρηστών ουσιών που βρίσκονταν στο στάδιο ευαισθητοποίησης στο Συμβουλευτικό Σταθμό (Παράρτημα ΙΙΙ).

Από το πιλοτικό μέρος προέκυψαν τα εξής:

-Η χορήγηση του ερωτηματολογίου στο τέλος της θεραπευτικής ομάδας, έχει μεν το πλεονέκτημα ότι είναι συγκεντρωμένα όλα τα μέλη της ομάδας, από την άλλη όμως ορισμένα μέλη θέλουν να φύγουν και βλέπουν τη διαδικασία διεκπεραιωτικά ή δεν συμμετέχουν καθόλου. Για το λόγο αυτό, σκεφτήκαμε τη χορήγηση του ερωτηματολογίου πριν την έναρξη της θεραπευτικής ομάδας. Όπως είδαμε στη συνέχεια, βέβαια, το πρόβλημα αυτό, υπήρχε κυρίως στη φάση του ΣΣ, που οι θεραπευόμενοι είναι πιο ανήσυχοι, και διαμένουν ακόμα σε χώρους εκτός προγράμματος. Στην κλειστή φάση που ακολούθησε δεν συναντήσαμε παρόμοια δυσκολία.

-Η μεγάλη διαρροή συμμετεχόντων μας έδειξε ότι οφείλαμε να κινητοποιήσουμε τους θεραπευόμενους ώστε να θεωρήσουν σημαντική τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Αυτό οφειλόταν εν μέρει, όπως έδειξε η πορεία της έρευνας- στο ότι πιθανώς αρχικά οι θεραπευόμενοι θεώρησαν την ερευνήτρια και ολόκληρη την διαδικασία ως κάτι αποκομμένο από το θεραπευτικό τους πρόγραμμα. Ένας τρόπος να συμβεί το αντίθετο ήταν να τηρούνται στη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας οι κανόνες που τηρούνται στις υπόλοιπες θεραπευτικές ομάδες, π.χ. δεν καπνίζουμε, μιλάμε ένας ένας και ρωτάμε την συντονίστρια όταν θέλουμε κάτι, π.χ. να φύγει κανείς όταν τελειώσει τη συμπλήρωση και αφού οι συνθεραπευόμενοι γράφουν ακόμη. Όπως έδειξε η συνέχεια της έρευνας, οι συμμετέχοντες μετά τη δεύτερη χορήγηση θεωρούσαν την ερευνήτρια οικείο πρόσωπο και ενέτασσαν τη συμμετοχή τους στο πλαίσιο των υπόλοιπων πραγμάτων που είχαν να κάνουν. Σε αυτό συντέλεσε το ότι τους εξηγούσαμε την πορεία της έρευνας, σε ποια φάση βρισκόμαστε, πότε θα γίνει η επόμενη συνάντηση, κτλ., ώστε να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα του ερευνητικού πλάνου.

-Η μορφή του ερωτηματολογίου SCQ-Heroine φάνηκε ότι δυσκολεύει πιθανώς λόγω του συνδυασμού του περιεχομένου των ερωτήσεων (ζητείται να αξιολογηθεί ο βαθμός αντίστασης στη χρήση ουσιών σε μια σειρά καταστάσεων) και του αριθμού τους. Αντί αυτού επιλέχθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου (BSCQ) με

εξίσου ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες στο οποίο ανταποκρίνονταν με μεγαλύτεροι ευκολία οι θεραπευόμενοι.

Κυρίως διαδικασία

Στο ερευνητικό μέρος έγιναν 4 συνολικά μετρήσεις και συγκεκριμένα:

-Η **1^η μέτρηση** έγινε στην πρώτη φάση της απεξάρτησης, το Συμβουλευτικό Σταθμό. Για τη μεγαλύτερη συγκράτηση των συμμετεχόντων στη διαδικασία της έρευνας κι έπειτα από παρότρυνση του υπεύθυνου λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού, η χορήγηση έγινε στην φάση της ευαισθητοποίησης που είναι η τρίτη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού (έπειτα από τις φάσεις της προεμψύχωσης και της εμψύχωσης).

-Η **2^η μέτρηση** έγινε στον τρίτο μήνα της Κλειστής φάσης. Στη διάρκεια αυτής της φάσης, επισκεφτήκαμε τα κλειστά θεραπευτικά προγράμματα της μονάδας 18 Άνω έπειτα από συνεννόηση και χορηγήσαμε τις κλίμακες στους ίδιους θεραπευόμενους που είχαμε συναντήσει στην πρώτη φάση, εκτός από τα άτομα που εν τω μεταξύ είχαν αποχωρήσει από τη διαδικασία θεραπείας.

-Η **3^η μέτρηση** έγινε στον έκτο μήνα της Κλειστής φάσης, όπου η διαδικασία είναι παρόμοια με αυτή της 2ης μέτρησης.

-Η **4η μέτρηση** έγινε στον τρίτο μήνα της φάσης της Κοινωνικής Επανένταξης, στην οποία οι θεραπευόμενοι εντάχθηκαν μετά την ολοκλήρωση της Κλειστής φάσης. Η επιλογή του διαστήματος βασίστηκε στη λογική της επιλογής ενός χρονικού σημείου όπου οι θεραπευόμενοι θα έχουν επαρκές διάστημα από την απομάκρυνσή τους από την Κλειστή φάση, έτσι ώστε στον τρίτο μήνα να συναντήσουμε αυτούς που φαίνεται να προχωρούν με επιτυχία στη διαδικασία της επανένταξης.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι βλέπαμε τους θεραπευόμενους ανά ομάδες των 6-12 ατόμων, όπως υποδεικνύει η λειτουργία του προγράμματος. Το κάθε άτομο είναι μέλος μιας ομάδας ομοτίμων από τη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού ως το τέλος της φάσης της Κοινωνικής Επανένταξης.

Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS. Αρχικά, διεξήχθησαν περιγραφικές αναλύσεις για τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τις υπο μελέτξ μεταβλητές. Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος λειτουργίας των ψυχομετρικών εργαλείων και κατά συνέπεια της εγκυρότητας των δεδομένων, με ανάλυση

παραγόντων, υπολογισμό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha και έλεγχο κανονικής κατανομής. Ακολούθησαν προκαταρκτικές αναλύσεις, έλεγχος t ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples T-Test), ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-Way ANOVA) και διμεταβλητές συσχετίσεις-δείκτης Pearson r (Bivariate Correlations -Pearson r). Τέλος, αναφορικά με τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα, διεξήχθησαν στατιστικές αναλύσεις Επαναλαμβανόμενων Μετρήσεων (Repeated Measures) με τη διόρθωση *Bonferroni*, έλεγχος χ^2 (Crosstabulation-Chi-Square), έλεγχος t (Independent Samples T-Test), στατιστική ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές (Binary Logistic Regression) και μια σειρά αναλύσεις πολλαπλής βηματικής παλινδρόμησης (Multiple Stepwise Regression).

Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στην έρευνα αυτή αφορούσαν κυρίως τη συμμετοχή των θεραπευομένων στην έρευνα και την παραχώρηση των προσωπικών τους δεδομένων. Στην πρώτη συνάντηση με τους θεραπευόμενους εξηγήσαμε ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν έναν κωδικό, γεγονός που διασφάλιζε την ανωνυμία τους. Στην πορεία της έρευνας αποδείχτηκε ότι η εμπιστοσύνη που έδειχναν οι συμμετέχοντες στο θεραπευτικό πρόγραμμα διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην αποδοχή της ερευνήτριας, η οποία είχε προηγουμένως εξασφαλίσει την άδεια διεξαγωγής της έρευνας από το πρόγραμμα, κάτι που δηλώνεται εξ αρχής στους συμμετέχοντες. Στην συχνή ερώτηση εάν θα έχουν πρόσβαση στα τελικά δεδομένα της έρευνας, η απάντηση ήταν καταφατική, καθώς η τελική εργασία θα δοθεί μετά την αξιολόγησή της στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Αρχικά παρατίθενται τα αποτελέσματα που αφορούν την αναλυτική περιγραφή του δείγματος και συγκεκριμένα το βαθμό συνέχισης και αποχώρησης σε κάθε φάση της θεραπείας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλύσεις που αφορούν τη λειτουργία των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν. Έπειτα, γίνεται παρουσίαση προκαταρκτικών αναλύσεων, που σκοπό έχουν την πληρέστερη κατανόηση των κυρίως αποτελεσμάτων. Ακολουθούν τα αποτελέσματα στα κύρια ερευνητικά ερωτήματα, όπου παρουσιάζονται τα ευρήματα ανά ερευνητικό ερώτημα.

A. Περιγραφή δείγματος

Συμμετέχοντες: Συνέχιση και αποχώρηση από τη θεραπεία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 157 άτομα. Στο σύνολό τους ξεκίνησαν από την 1^η φάση του προγράμματος (Συμβουλευτικός Σταθμός). Από τα 157 άτομα, στην πρώτη φάση της μελέτης, συμμετείχαν 133 άτομα. Η μη συμμετοχή οφείλεται κυρίως σε απουσίες ατόμων τη μέρα της χορήγησης των κλιμάκων. Στη 2^η φάση του προγράμματος, την κλειστή, πέρασαν 142 άτομα, από τα οποία 112 συμπλήρωσαν τις κλίμακες στους τρεις μήνες και 91 άτομα στους έξι μήνες. Στην 3^η φάση, την κοινωνική επανένταξη, πέρασαν 91 άτομα. Στους τρεις μήνες της επανένταξης παρέμειναν 68 άτομα, από τα οποία τα 65 συμμετείχαν στην έρευνα (Πίνακας 3). Τα άτομα που συμμετείχαν στο σύνολο των τεσσάρων μετρήσεων είναι 50.

Πίνακας 3:

Αριθμός ατόμων ανά φάση και ανά μέτρηση

(N=157)	Άτομα στην εκάστοτε φάση		Συμμετέχοντες
Συμβουλευτικός Σταθμός	157	1 ^η μέτρηση	133 (84.71%)
Κλειστή Φάση	142 (90.44%)	2 ^η μέτρηση (3 μήνες)	112 (71.33%)
		3 ^η μέτρηση (6 μήνες)	91 (57.96%)
Κοινωνική Επανένταξη	91 (57.96%)	4 ^η μέτρηση (3 μήνες)	65 (41,40%)

Η αποχώρηση από το θεραπευτικό πρόγραμμα παρατηρείται σε όλη τη διάρκεια των μηνών διεξαγωγής της έρευνας, με τις πιο πολλές αποχωρήσεις να παρατηρούνται τον 1^ο μήνα της κλειστής φάσης (n=16), τον 2^ο μήνα της κλειστής φάσης (n=13) και τον 1^ο μήνα της κοινωνικής επανένταξης (n=12). Ο πίνακας παρουσιάζει την κατάσταση των αποχωρήσεων του θεραπευτικού προγράμματος σε όλους τους μήνες της αξιολόγησης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4:
Βαθμός αποχώρησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Σχετική Συχνότητα</i>	<i>Έγκυρη Συχνότητα</i>	<i>Αθροιστική Συχνότητα</i>
Έγκυρες	Συμβουλευτικός Σταθμός	9	5,7	10,6	10,6
	Κλειστή φάση: 1ος μήνας	16	10,2	18,8	29,4
	2ος μήνας	13	8,3	15,3	44,7
	3ος μήνας	7	4,5	8,2	52,9
	4ος μήνας	8	5,1	9,4	62,4
	5ος μήνας	6	3,8	7,1	69,4
	6ος μήνας	3	1,9	3,5	72,9
	7ος μήνας	2	1,3	2,4	75,3
	Επανένταξη: 1ος μήνας	12	7,6	14,1	89,4
	2ος μήνας	5	3,2	5,9	95,3
	3ος μήνας	4	2,5	4,7	100,0
	Σύνολο	85	54,1	100,0	
	Ελλείπουσες	72	45,9		
Σύνολο		157	100,0		

Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων δείχνουν ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των εξαρτημένων ατόμων, όπως φαίνεται από τα στοιχεία επίσημων φορέων (βλ. ΕΚΤΕΠΝ, 2009) αλλά και μεμονωμένων ερευνών (Urbanoski *et al.*, 2005). Οι πίνακες 5 και 6 παρουσιάζουν αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.

Σε ορισμένα δημογραφικά στοιχεία δεν υπήρχαν αρκετά άτομα σε όλες κατηγορίες, για το λόγο αυτό έγιναν συγχωνεύσεις κατηγοριών. Συγκεκριμένα συγχωνεύσεις έγιναν στα εξής: πηγή παραπομπής, εργασιακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, διαβίωση, πόλη, κύρια ουσία κατάχρησης, ουσία έναρξης παράνομης χρήσης.

Πίνακας 5:
Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δημογραφικών στοιχείων (N=157).

Μεταβλητές	Μέσοι όροι (TA)
Ηλικία	30,03 (5,1)
Ηλικία πρώτου θεραπευτικού αιτήματος	24,84 (4,95)
Ηλικία έναρξης κύριας ουσίας	18,44 (3,91)
Διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας (έτη)	10,99 (5,57)
Ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας	15,52 (2,89)
Συνολική διάρκεια χρήσης (έτη)	14,01 (5,24)

Πίνακας 6:
Ποσοστά δημογραφικών στοιχείων

Μεταβλητή	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα	Έγκυρη Συχνότητα
<i>Φύλο</i>			
Άντρας	126	80,3	80,3
Γυναίκα	31	19,7	19,7
Σύνολο	157	100,0	100,0
<i>Τύπος επαφή με το θεραπευτικό κέντρο</i>			
Νέος θεραπευόμενος	82	52,2	53,9
Παλιός θεραπευόμενος	70	44,6	46,1
Σύνολο	152	96,8	100,0
<i>Προηγούμενη θεραπεία (σε οποιοδήποτε κέντρο)</i>			
Όχι	38	24,2	24,7
Ναι	116	73,9	75,3
Σύνολο	154	98,1	100,0
<i>Πηγή παραπομπής</i>			
Ίδιος	50	31,8	38,8
Φίλοι	12	7,6	9,3
Οικογένεια	42	26,8	32,6
Πολλές πηγές	25	15,9	19,4
Σύνολο	129	82,2	100,0
<i>Διαβίωση (με ποιον)</i>			
Μόνος/με σύντροφο/φίλους	31	19,7	25,5
Γονεϊκή οικογένεια	119	75,8	79,3
Σύνολο	15	95,5	100,0
<i>Διαβίωση (που)</i>			
Σταθερή στέγη	129	82,2	86,6
Προσωρινή στέγη/Άστεγος	20	12,7	13,4
Σύνολο	149	94,9	100,0

<i>Πόλη</i>			
Αθήνα και γύρω δήμοι	121	77,1	78,1
Επαρχιακή πόλη	31	21,7	21,9
Σύνολο	155	98,7	100,0
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>			
Δημοτικό	14	8,9	9,5
Γυμνάσιο	46	29,3	31,1
Λύκειο/6τάξιο γυμνάσιο	40	25,5	27,0
Τεχνική σχολή	39	24,8	26,4
ΤΕΙ	3	1,9	2,0
ΑΕΙ	6	3,8	4,1
Σύνολο	139	94,3	100,0
<i>Εργασιακή κατάσταση</i>			
Σταθερή απασχόληση	31	19,7	21,5
Περιστασιακή απασχόληση	31	19,7	21,5
Άνεργος	82	52,2	56,9
Σύνολο	144	91,7	100,0
<i>Κύρια ουσία κατάχρησης</i>			
Ηρωίνη	101	64,3	67,3
Κοκαΐνη	5	3,2	3,3
Πολλές ουσίες	44	28,0	29,3
Σύνολο	150	95,5	100,0
<i>Ουσία έναρξης χρήσης</i>			
Χασίς	106	67,5	75,2
Ηρωίνη	9	5,7	6,4
Πολλές ουσίες	11	7,0	7,8
Άλλο (αλκοόλ, χάπια, κτλ)	15	9,6	10,6
Σύνολο	141	89,8	100,0

Εδώ παραθέτουμε συγκριτικά τα κυριότερα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που παρέμειναν στη θεραπεία και όσων αποχώρησαν από τη θεραπεία (Πίνακας 7). Το ποσοστά που αναφέρονται είναι επί των αντίστοιχων ποσοστών της συγκεκριμένης υποκατηγορίας που εμφανίζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 7:

Συγκριτικός πίνακας χαρακτηριστικών ατόμων που παρέμειναν στη θεραπεία και όσων αποχώρησαν

	Άτομα που παρέμειναν στη θεραπεία (N=68)	Άτομα που αποχώρησαν από τη θεραπεία (N=89)
<i>Φύλο (%)</i>		
A	46,8	54
Γ	25,8	54,8
<i>Ηλικία (μ.ο.)</i>	30,06	29,9
<i>Άλλη θεραπεία (%)</i>		
Ναι	44,0	54,3
Όχι	39,5	52,6
<i>Πηγή παραπομπής (%)</i>		
Ίδιος	44	58
Οικογένεια	40,5	57,1
Πολλές πηγές	28	68
<i>Διαβίωση (%)</i>		
Με οικογένεια	53	47
Μόνος	42	55,5
<i>Εργασιακή κατάσταση (%)</i>		
Άνεργος	43,9	54,9
Σταθ. Απασχ.	61,3	29
Περιστ. Απασχ.	32,3	67,7
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο (%)</i>		
Γυμνάσιο	41,3	58,7
Λύκειο	45	42,5
Τεχνική Σχολή	41	56,4
Δημοτικό	64,3	35,7
<i>Κύρια ουσία κατάχρησης (%)</i>		
Ηρωίνη	39,6	59,4
Πολλές ουσίες	29,5	56,8
<i>Ουσία έναρξης χρήσης (%)</i>		
Χασίς	45,3	50,9
Άλλη ουσία	45,7	51,4
<i>Ηλικία έναρξης χρήσης (μ.ο.)</i>	15,54	15,63
<i>Συνολική διάρκεια χρήσης (μ.ο.)</i>	14,06	13,68

Β. Έλεγχος λειτουργίας ερευνητικών εργαλείων

Για τον έλεγχο της λειτουργίας των ερευνητικών εργαλείων διεξήγαμε α) ανάλυση παραγόντων (factor analysis) για την εξέταση της εννοιολογικής εγκυρότητας, β) υπολογισμό του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha για την εξέταση της εσωτερικής αξιοπιστίας και γ) έλεγχο κανονικής κατανομής (test of normality) για την εξέταση της κανονικής κατανομής των κλιμάκων. Οι τρεις έλεγχοι εφαρμόστηκαν με τη χορήγηση των κλιμάκων σε 133 άτομα-χρήστες ουσιών στην πρώτη φάση της μελέτης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ανά κλίμακα.

Η κλίμακα Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale -SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις παράγοντες που ερμηνεύουν το 40,7 % της συνολικής διασποράς των τιμών, εύρημα που αντιστοιχεί στην πρωτότυπη παραγοντική ανάλυση της δομής της αγγλικής κλίμακας από τους Miller & Tonigan (1996).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι υποκλίμακα της αναγνώρισης του προβλήματος έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.86$, η υποκλίμακα της αμφιβολίας $\alpha=.63$ και η υποκλίμακα της πραγματοποίησης βημάτων $\alpha=.88$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Miller & Tonigan (1996).

Τέλος, η κανονική κατανομή των τριών υποκλιμάκων δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό η κλίμακα ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκε είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Η κλίμακα Brief Situational Confidence Questionnaire -BSCQ (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawa, 2000).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε ένας παράγοντας που ερμηνεύει το 45,3 % της συνολικής διακύμανσης των τιμών, εύρημα που αντιστοιχεί στην πρωτότυπη παραγοντική ανάλυση της δομής της αγγλικής κλίμακας από τους Berslin et al. (2000).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι η κλίμακα έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.82$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Berslin *et al.* (2000).

Τέλος, η κανονική κατανομή της κλίμακας δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό η κλίμακα ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκε είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Οι κλίμακες Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) και Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at Pre-treatment (Expectations) (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε ένας παράγοντας που ερμηνεύει το 40,2% της συνολικής διακύμανσης των τιμών. Η παραγοντική ανάλυση της κλίμακας ικανοποίησης από τη θεραπεία που χορηγήθηκε σε 111 άτομα του ίδιου δείγματος, έδωσε επίσης έναν παράγοντα που ερμηνεύει το 55,5 της συνολικής διασποράς των τιμών. Τα αποτελέσματα αντιστοιχούν στην πρωτότυπη παραγοντική ανάλυση της δομής των αγγλικών κλιμάκων από τους Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen (1979) και Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer (2005).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι η κλίμακα της προσδοκίας έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.78$ και η κλίμακα της ικανοποίησης $\alpha=.87$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους κατασκευαστές, όπως αναφέρθηκε.

Τέλος, η κανονική κατανομή των κλιμάκων δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό οι κλίμακες ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκε είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Η κλίμακα Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις παράγοντες που ερμηνεύουν το 68,2% της συνολικής διακύμανσης των τιμών. Η τρι-παραγοντική δομή της κλίμακας έχει υποστηριχθεί εκτός από τους κατασκευαστές και από σειρά μελετών σε διάφορους πληθυσμούς (π.χ., Eker *et al.*, 2000; Kazarian & McCabe, 1991; Stanley *et al.*, 1998).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι υποκλίμακα της οικογένειας έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.83$, η υποκλίμακα των φίλων $\alpha=.89$, η υποκλίμακα των σημαντικών άλλων $\alpha=.72$ και η συνολική κλίμακα $\alpha=.84$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Zimet, Dahlen, Zimet & Farley (1988).

Τέλος, κανονική κατανομή, σύμφωνα με το test Kolmogorov-Smirnov, ακολουθούν η υποκλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης των φίλων ($p=0,200$), των σημαντικών άλλων ($p=0,090$) και το σύνολο των τριών υποκλιμάκων, δηλ. η συνολική κοινωνική υποστήριξη ($p=0,200$). Η κανονική κατανομή της υποκλίμακας της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό η υποκλίμακα ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκε είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις παράγοντες που ερμηνεύουν το 59,9% της συνολικής διασποράς των τιμών. Η τρι-παραγοντική δομή της κλίμακας έχει υποστηριχθεί εκτός από τους κατασκευαστές και από σειρά μελετών σε κλινικούς πληθυσμούς (Brown *et al.*, 1997).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι η υποκλίμακα του στρες έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.84$, η υποκλίμακα του άγχους $\alpha=.81$, η υποκλίμακα της κατάθλιψης $\alpha=.88$ και η συνολική κλίμακα $\alpha=.93$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Lovibond & Lovibond (1995).

Τέλος, κανονική κατανομή, σύμφωνα με το test Kolmogorov-Smirnov, ακολουθούν η υποκλίμακα της κατάθλιψης ($p=0,176$) και το σύνολο των τριών υποκλιμάκων, δηλ. η συνολική κλινική εικόνα ($p=0,177$). Η κανονική κατανομή των υποκλιμάκων του άγχους και του στρες δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό οι υποκλίμακες ακολουθούν κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκαν είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Η κλίμακα Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD) (Fredrickson & Tugade, 2003).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν δύο παράγοντες που ερμηνεύουν το 42,4% της συνολικής διασποράς των τιμών. Οι κατασκευαστές της κλίμακας υποστηρίζουν τη δι-παραγοντική δομή της κλίμακας (Fredrickson & Tugade, 2003).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι η υποκλίμακα των θετικών συναισθημάτων έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.77$ και η υποκλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων $\alpha=.70$. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Fredrickson & Tugade (2003).

Τέλος, κανονική κατανομή, σύμφωνα με το test Kolmogorov-Smirnov, ακολουθούν τόσο η υποκλίμακα των θετικών συναισθημάτων ($p=0,200$) όσο και η υποκλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων ($p=0,052$).

Η κλίμακα Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (Steger, Frazier & Oishi, 2006).

Παραγοντική ανάλυση. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν δύο παράγοντες που ερμηνεύουν το 60,1% της συνολικής διακύμανσης των τιμών. Τα αποτελέσματα αντιστοιχούν στην πρωτότυπη παραγοντική ανάλυση της δομής των αγγλικών κλιμάκων από τους Steger, Frazier & Oishi (2006).

Εσωτερική αξιοπιστία. Η ανάλυση έδειξε ότι η υποκλίμακα της παρουσίας νοήματος έχει εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=.81$ και η υποκλίμακα της αναζήτησης νοήματος $\alpha=.81$, αντίστοιχα. Η εσωτερική σταθερότητα της ελληνικής κλίμακας ήταν στα όρια των τιμών της αξιοπιστίας όπως δόθηκε από τους Steger, Frazier & Oishi, 2006.

Τέλος, κανονική κατανομή, σύμφωνα με το test Kolmogorov-Smirnov, ακολουθεί η υποκλίμακα της παρουσίας νοήματος ($p=0,200$). Η κανονική κατανομή της υποκλίμακας της αναζήτησης νοήματος δεν υποστηρίζεται από το test Kolmogorov-Smirnov. Θεωρούμε, ωστόσο, ότι σε αρκετό βαθμό η υποκλίμακα ακολουθεί κανονική κατανομή, καθώς το δείγμα στο οποίο χορηγήθηκε είναι μεγαλύτερο των 30 ατόμων ($N>30$) (θεώρημα μεγάλων αριθμών).

Γ. Προκαταρκτικές αναλύσεις

Υπό μελέτη Μεταβλητές

Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία που προέκυψαν από την αξιολόγηση των μεταβλητών στις τέσσερις μετρήσεις, ως μια εισαγωγή στα αποτελέσματα της μελέτης που θα συντελέσει στην κατανόηση των αποτελεσμάτων που θα ακολουθήσουν.

Βασικές παρατηρήσεις

Όσον αφορά τις μεταβλητές που αξιολογήσαμε στις τέσσερις μετρήσεις, μια πρώτη ανάγνωσή τους δείχνει ότι στην αναγνώριση του προβλήματος, την αμφιβολία και τα βήματα για αλλαγή, στα στοιχεία δηλ. που συναποτελούν την έννοια της ετοιμότητας, παρατηρούμε σταθερότητα στις 4 μετρήσεις με μικρές μεταβολές. Η ετοιμότητα για αλλαγή φαίνεται ότι είναι αρκετά υψηλή και σταθερή στο χρόνο. Στην αυτοαποτελεσματικότητα παρατηρούμε σημαντική αύξηση ανάμεσα στις φάσεις με εξαίρεση την πρώτη μέτρηση στην κλειστή φάση, όπου η αυτοαποτελεσματικότητα μειώνεται αισθητά (61.4, 54.2, 69.4, 76.07). Η προσδοκία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σταθερά υψηλές και στις 4 μετρήσεις. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να αυξάνεται σταθερά στην πορεία της θεραπείας. Οι μεταβολές είναι μικρές στην κοινωνική υποστήριξη των σημαντικών άλλων και της οικογένειας, σε αντίθεση με των φίλων όπου η διαφορά είναι μεγάλη από την πρώτη στην τελευταία φάση (15.98/ 21.22) Μεγάλη μείωση παρατηρείται στο άγχος, το στρες και την κατάθλιψη στις τρεις πρώτες μετρήσεις και έχουμε μικρή αύξηση των καταστάσεων αυτών στην τελευταία φάση, την επανένταξη (61.89, 50.20, 41.80, 46.77) Το στρες εμφανίζει μεγαλύτερες τιμές, ακολουθεί η κατάθλιψη και μετά το άγχος. Παρατηρούμε, ωστόσο, ότι οι τιμές γενικά κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα. Τα θετικά συναισθήματα δείχνουν να αυξάνονται στη διάρκεια της θεραπείας, με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται από τη δεύτερη στην τρίτη μέτρηση, δηλ. κατά τη διάρκεια της κλειστής φάσης θεραπείας. Αντίστοιχα, μικρή μείωση βλέπουμε στα αρνητικά συναισθήματα, με τη μεγαλύτερη μείωση να παρατηρείται από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση, δηλ. από την αρχική φάση θεραπείας, στην κλειστή φάση. Τέλος, δεν παρατηρούνται διαφορές στην παρουσία και την αναζήτηση νοήματος, που ωστόσο εμφανίζουν αρκετά υψηλές βαθμολογίες. Η

αναζήτηση νοήματος παρουσιάζει μεγαλύτερη βαθμολογία συγκριτικά με την παρουσία νοήματος (Πίνακας 8).

Όσον αφορά τη μέτρηση των ξεχωριστών συναισθημάτων στην πορεία της θεραπείας, παρατηρούμε αύξηση των συναισθημάτων της ευδιαθεσίας, του θυμού, της γαλήνης, της χαράς, της αγάπης, της υπερηφάνειας, της ερωτικής διάθεσης και της συμπάθειας. Μείωση εμφανίζεται στα συναισθήματα της ντροπής, της περιφρόνησης, της ενοχής και του φόβου. Τα πιο έντονα συναισθήματα στην αρχή της θεραπείας (1^η μέτρηση) είναι-κατά σειρά ο θυμός, η ελπίδα, το ενδιαφέρον, η ενοχή και ο φόβος. Στην αρχή της δεύτερης φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση-κλειστή φάση) η συμπάθεια εμφανίζεται ως το πιο έντονο συναίσθημα με σημαντική διαφορά από τα υπόλοιπα και ακολουθούν τα συναισθήματα του θυμού και της ελπίδας. Στο τέλος της κλειστής φάσης (3^η μέτρηση) το πιο έντονο συναίσθημα είναι η ελπίδα και έπονται με τη σειρά η περηφάνια, η γαλήνη, η αγάπη, η συμπάθεια ο θυμός. Στη φάση της κοινωνικής επανένταξης (4^η μέτρηση) ως πιο έντονο συναίσθημα δηλώνεται η ερωτική διάθεση και ακολουθούν ο θυμός και η ελπίδα (Πίνακας 9).

Πίνακας 8:

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών στις τέσσερις μετρήσεις

Μεταβλητές	Μετρήσεις			
	1 ^η (n=133) M.O.(T.A.)	2 ^η (n=112) M.O. (T.A)	3 ^η (n=91) M.O.(T.A)	4 ^η (n=65) M.O. (T.A.)
Αναγνώριση	31,54 (3,98)	31,69 (3,88)	30,03 (5,81)	29,00 (5,05)
Αμφιβολία	13,05 (3,55)	12,27 (3,65)	12,26 (3,81)	11,42 (4,20)
Βήματα για αλλαγή	35,66 (4,31)	34,77 (5,33)	36,24 (4,63)	36,74 (5,12)
Αυτοαποτελεσματικότητα	61,44(22,6)	54,22 (27,32)	69,42 (21,43)	76,07 (21,08)
Προσδοκία- Ικανοποίηση	27,12 (3,03)	26,10 (4,16)	27,30 (4,01)	25,92 (4,29)
Κοινωνική Υποστήριξη-Σημαντικοί Άλλοι	20,77 (5,22)	20,90 (5,48)	22,54 (4,50)	22,55 (5,13)
Κοινωνική Υποστήριξη-Οικογένεια	20,60 (5,59)	19,42 (5,67)	19,85 (5,14)	19,49 (6,05)
Κοινωνική Υποστήριξη-Φίλοι	15,98 (6,86)	17,90 (6,56)	20,49 (5,78)	21,22 (5,76)
Κοινωνική Υποστήριξη (συνολικά)	57,34 (13,18)	58,22 (13,09)	62,88 (11,48)	63,26 (13,91)
Στρες	24,40 (10,35)	20,68 (10,36)	18,70 (10,89)	19,32 (9,93)
Άγχος	16,84 (10,77)	12,64 (10,16)	10,46 (10,46)	13,10 (11,10)
Κατάθλιψη	20,66 (12,16)	16,87 (10,63)	12,64 (10,70)	14,34 (9,827)
Κλινική Εικόνα (συνολικά)	61,89 (30,25)	50,20 (28,13)	41,80 (29,28)	46,77 (27,49)
Θετικά Συναισθήματα	28,12 (6,74)	28,27 (7,76)	33,01 (7,07)	33,91 (9,09)
Αρνητικά Συναισθήματα	19,61 (5,55)	17,89 (5,59)	17,81 (5,56)	17,71 (5,22)
Παρουσία Νοήματος	22,23 (6,17)	23,42 (6,13)	23,68 (3,84)	23,02 (3,70)
Αναζήτηση Νοήματος	26,35 (6,09)	26,97 (5,73)	26,84 (5,63)	26,32 (6,34)

Πίνακας 9:
Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων ανά φάση θεραπείας στην ερώτηση «πιο έντονο συναίσθημα

	1 ^η φάση (1 ^η μέτρηση)		2 ^η φάση (2 ^η μέτρηση)		2 ^η φάση (3 ^η μέτρηση)		3 ^η φάση (4 ^η μέτρηση)	
Συναίσθημα	Συχνότητα	Ποσοστό %	Συχνότητα	Ποσοστό %	Συχνότητα	Ποσοστό %	Συχνότητα	Ποσοστό %
Θυμός	16	12,8	10	9,6	8	9,6	9	14,3
Ντροπή	6	4,8	5	4,8	0	0	2	3,2
Δέος	2	1,6	1	1	3	3,6	0	0
Περιφρόνηση	3	2,4	4	3,8	3	3,6	2	3,2
Γαλήνη	4	3,2	8	7,7	9	10,8	3	4,8
Απέχθεια	1	0,8	2	1,9	0	0	1	1,6
Αμηχανία	0	0	2	1,9	0	0	0	0
Χαρά	3	2,4	3	2,9	1	1,2	3	4,8
Ευγνωμοσύνη	4	3,2	4	2,8	1	1,2	2	3,2
Ελπίδα	15	12,0	9	8,7	12	14,5	7	11,1
Ενδιαφέρον	15	12,0	7	6,7	2	2,4	0	0
Αγάπη	1	0,8	6	5,8	8	9,6	3	4,8
Υπερηφάνεια	8	6,4	5	4,8	11	13,3	5	7,9
Ενοχή	12	9,6	3	2,9	2	2,4	1	1,6
Λύπη	4	3,2	7	6,7	6	7,2	2	3,2
Φόβος	11	8,8	2	1,9	2	2,4	0	0
Ερωτική διάθεση	10	8	4	3,8	5	6	14	22,2
Έκπληξη	0	0	1	1,0	0	0	0	0
Συμπάθεια	4	3,2	16	15,4	8	9,6	6	9,5

Στη συνέχεια έγιναν μια σειρά προκαταρκτικές αναλύσεις για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υπό μελέτη μεταβλητές. Σκοπός των αναλύσεων είναι εύρεση ενδεχόμενων στατιστικά σημαντικών επιδράσεων που θα συντελέσουν στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και την πληρέστερη κατανόηση των ευρημάτων των κύριων ερευνητικών ερωτημάτων.

Στατιστικές αναλύσεις. Α. Έλεγχος t ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples T-Test) και Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (One-Way ANOVA) για την επίδραση των κατηγορικών παραγόντων και Β. Διμεταβλητές Συσχετίσεις- Δείκτης Pearson r (Bivariate Correlations -Pearson r) για την επίδραση των ποσοτικών παραγόντων.

Έλεγχος t για την επίδραση των σταθερών χαρακτηριστικών των θεραπευόμενων στις υπό μελέτη μεταβλητές

A) Η επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές κατά την πρώτη μέτρηση, ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) στην αυτοαποτελεσματικότητα, στην αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης των φίλων και στα θετικά συναισθήματα. Συγκεκριμένα, οι άντρες θεραπευόμενοι στη πρώτη φάση της θεραπείας παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα, αντιλαμβάνονται ως πιο υποστηρικτικούς τους φίλους τους, έχουν σημαντικά περισσότερα θετικά συναισθήματα σε σύγκριση με τις γυναίκες (Πίνακας 10).

Πίνακας 10:
Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές-μέτρηση 1η

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Αυτοαποτελεσματικότητα	11,861	2,433	130	*,016
Κοινωνική Υποστήριξη- φίλοι	4,38	3,000	130	**,003
Θετικά Συναισθήματα	3,46	2,383	130	*,019

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Η επίδραση του φύλου στη δεύτερη μέτρηση, στον τρίτο μήνα της κλειστής φάσης της θεραπείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς την ικανοποίηση από την θεραπεία, το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη, τη συνολική κλινική εικόνα και τα αρνητικά συναισθήματα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες βρέθηκαν να είναι σημαντικά πιο ικανοποιημένες από την παρεχόμενη θεραπεία συγκριτικά με τους άντρες και εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στις μεταβλητές που συνθέτουν την κλινική εικόνα (στρες, άγχος, κατάθλιψη) αλλά και στα αρνητικά συναισθήματα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11:
Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές-μέτρηση 2η

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Ικανοποίηση	-2,63	-2,687	110	**,008
Στρες	-7,14	-2,941	110	**,004
Άγχος	-9,41	-4,084	110	***,000
Κατάθλιψη	-7,13	-2,858	110	**,005
Κλινική εικόνα(συνολικά)	-23,67	-3,664	110	***,000
Αρνητικά Συναισθήματα	-3,01	-2,214	107	*,029

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Η επίδραση του φύλου στην 3^η μέτρηση, στον έκτο μήνα της κλειστής φάσης της θεραπείας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες θεραπευόμενες παρουσίασαν σημαντικά περισσότερο άγχος και σημαντικά περισσότερα αρνητικά συναισθήματα σε σύγκριση με τους άντρες (Πίνακας 12).

Πίνακας 12:
Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές -μέτρηση 3η

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Άγχος	-7,626	-2,114	89	*,037
Αρνητικά Συναισθήματα	-5,63	-3,007	89	**,003

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Η επίδραση του φύλου στις εξαρτημένες μεταβλητές στην 4^η μέτρηση, στον τρίτο μήνα της κοινωνικής επανένταξης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς την ικανοποίηση και το άγχος. Και εδώ οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση αλλά και περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους άντρες θεραπευόμενους (Πίνακας 13).

Πίνακας 13:
Επίδραση του φύλου στις υπό μελέτη μεταβλητές -μέτρηση 4η

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Ικανοποίηση	-4,09	-2,470	63	*,016
Άγχος	-11,246	-2,648	63	*,010

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

B) Η επίδραση του χαρακτηριστικού «παλιός ή νέος θεραπευόμενος» στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα στις υπό μελέτη μεταβλητές, βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς την παρουσία νοήματος στην 1^η μέτρηση, το άγχος στην 2^η μέτρηση και την αναγνώριση του προβλήματος στην 3^η και 4^η μέτρηση. Συγκεκριμένα οι νέοι θεραπευόμενοι είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη παρουσία νοήματος στη ζωή σε σύγκριση με τους παλιούς ενώ οι παλιοί θεραπευόμενοι είχαν περισσότερο άγχος (2^η μέτρηση) και έδωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην αναγνώριση του προβλήματος τόσο στην 3^η όσο και στην 4^η μέτρηση (Πίνακας 14).

Πίνακας 14:

Επίδραση του χαρακτηριστικού «Παλιός-Νέος Θεραπευόμενος» στις υπό μελέτη μεταβλητές

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Παρουσία Νοήματος (1 ^η μέτρηση)	3,07	2,298	126	*,024
Άγχος (2 ^η μέτρηση)	-4,09	-2,128	108	*,036
Αναγνώριση (3 ^η μέτρηση)	-2,85	-2,429	87	*,011
Αναγνώριση (4 ^η μέτρηση)	-2,70	-2,133	61	*,037

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Γ) Η επίδραση του χαρακτηριστικού «προηγούμενη θεραπεία ή όχι» σε οποιοδήποτε θεραπευτικό κέντρο στις υπό μελέτη μεταβλητές βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς την αναγνώριση του προβλήματος (1^η μέτρηση), την αμφιβολία (2^η και 3^η μέτρηση) και την ικανοποίηση (4^η μέτρηση). Συγκεκριμένα οι θεραπευόμενοι που είχαν υποβληθεί σε προηγούμενη θεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αναγνώριση του προβλήματος, μικρότερη αμφιβολία για την ύπαρξη ή όχι του προβλήματος και λιγότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με όσους δεν είχαν προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία (Πίνακας 15).

Πίνακας 15:

Επίδραση της Προηγούμενης Θεραπείας (ναι-όχι) στις υπό μελέτη μεταβλητές

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Αναγνώριση (1 ^η μέτρηση)	1,82	2,358	129	*,020
Αμφιβολία (2 ^η μέτρηση)	-2,63	-3,410	109	**,001
Αμφιβολία (3 ^η μέτρηση)	-3,13	-3,505	88	**,001
Ικανοποίηση (4 ^η μέτρηση)	-3,00	-2,434	62	*,018

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Δ) Η επίδραση του χαρακτηριστικού «συγκατοίκηση με χρήστες ουσιών» στις υπό μελέτη μεταβλητές, βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) στη μεταβλητή της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια (4^η μέτρηση), τους φίλους (1^η, 3^η, 4^η μέτρηση), στη συνολική κοινωνική υποστήριξη (1^η, 3^η μέτρηση), στα αρνητικά συναισθήματα (1^η μέτρηση) και στην αυτοαποτελεσματικότητα (3^η μέτρηση). Συγκεκριμένα, όσοι συγκατοικούν με άλλους χρήστες έχουν μικρότερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και μικρότερη αυτοαποτελεσματικότητα σε σύγκριση με όσους δεν συγκατοικούν με χρήστες, ενώ όσοι συγκατοικούν με χρήστες βρέθηκε ότι έχουν σημαντικά περισσότερα αρνητικά συναισθήματα σε σύγκριση με όσους δεν συγκατοικούν με χρήστες (Πίνακας 16).

Πίνακας 16:

Επίδραση του χαρακτηριστικού «Συγκατοίκηση με χρήστες (ναι-όχι)» στις υπό μελέτη μεταβλητές

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Κοινωνική Υποστήριξη-συνολική (1η μέτρηση)	-9,72	-2,747	127	**,007
Αρνητικά Συναισθήματα (1η μέτρηση)	4,00	2,709	127	**,008
Αυτοαποτελεσματικότητα (3η μέτρηση)	-12,4	-2,025	89	*,046
Κοινωνική Υποστήριξη-συνολική (3η μέτρηση)	-8,89	-2,759	89	**,007
Κοινωνική Υποστήριξη-οικογένεια (4η μέτρηση)	-4,70	-2,227	63	*,030

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Ε) Η επίδραση του χαρακτηριστικού «διαβίωση-με ποιον» στις υπό μελέτη μεταβλητές βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς τις μεταβλητές της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης τόσο στις επιμέρους κατηγορίες (οικογένεια-1^η, 4^η μέτρηση- σημαντικοί άλλοι-2^η μέτρηση-φίλοι-4^η μέτρηση) όσο και συνολικά (1^η και 4^η μέτρηση). Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση στην μεταβλητή του άγχους (2^η μέτρηση), στα θετικά συναισθήματα (3^η μέτρηση) και στην παρουσία νοήματος στη ζωή (3^η και 4^η μέτρηση). Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι που διαμένουν με γονεϊκή οικογένεια έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με όσους διαμένουν μόνοι τους ή με σύντροφο ή με φίλους ενώ όσοι διαμένουν μόνοι τους εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία στο άγχος και μεγαλύτερη βαθμολογία στα θετικά συναισθήματα και στην παρουσία νοήματος στη ζωή σε σύγκριση με όσους διαμένουν με την γονεϊκή οικογένεια (Πίνακας 17).

Πίνακας 17:

Επίδραση του χαρακτηριστικού «Διαβίωση (μόνος-γονεϊκή οικογένεια)» στις υπό μελέτη μεταβλητές

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Κοινωνική Υποστήριξη-συνολική (1η μέτρηση)	-8,23	-2,830	124	**,005
Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι (2 ^η μέτρηση)	-2,78	-2,203	107	*,030
Άγχος (2η μέτρηση)	-4,84	-2,013	89	*,046
Θετικά Συναισθήματα (3 ^η μέτρηση)	3,51	1,458	78	*,040
Παρουσία Νοήματος (3 ^η μέτρηση)	2,01	2,058	87	*,043
Κοινωνική Υποστήριξη-συνολική (4η μέτρηση)	-10,90	-3,096	61	**,003
Παρουσία Νοήματος (4 ^η μέτρηση)	2,30	2,199	61	*,032

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

ΣΤ) Η επίδραση της μεταβλητής «διαβίωση σε σταθερή-προσωρινή στέγη» στις υπό μελέτη μεταβλητές ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ως προς την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη τόσο ως προς τις επιμέρους κατηγορίες (σημαντικοί άλλοι, οικογένεια -1^η μέτρηση) όσο και συνολικά (1^η μέτρηση), και ως προς το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα (4^η μέτρηση). Συγκεκριμένα, όσοι έχουν σταθερή στέγη έχουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη στην αρχή της θεραπείας σε σύγκριση με αυτούς που έχουν προσωρινή στέγη, ενώ έχουν λιγότερο άγχος και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα στην τελευταία φάση της θεραπείας (Πίνακας 18).

Πίνακας 18:
Επίδραση του χαρακτηριστικού «Διαβίωση(σταθερή-προσωρινή στέγη)» στις υπό μελέτη μεταβλητές

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Κοινωνική Υποστήριξη- συνολική (1 ^η μέτρηση)	7,00	2,171	124	*,032
Άγχος (4 ^η μέτρηση)	-9,26	-2,092	59	*,041
Αρνητικά Συναισθήματα (4 ^η μέτρηση)	-4,63	-2,231	59	*,030

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Ζ) Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) του χαρακτηριστικού «διαμονή στην Αθήνα /διαμονή σε επαρχιακή πόλη» στις υπό μελέτη μεταβλητές σε όλες τις μετρήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (ANOVA) για την επίδραση των δημογραφικών (σταθερών) χαρακτηριστικών των θεραπευόμενων στις υπό μελέτη μεταβλητές

Ο πίνακας με τίτλο ANOVA δίνει τις στατιστικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών των σταθερών χαρακτηριστικών. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται με τη βοήθεια των Post Hoc Tests στον πίνακα Multiple Comparisons με την ύπαρξη αστερίσκου στη στήλη Mean Difference.

Α) Η επίδραση της πηγής παραπομπής στις υπό μελέτη μεταβλητές, βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ($F(3, 47)=4,285/p=0,009$) στην μεταβλητή της κατάθλιψης στην τελευταία φάση της θεραπείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το εύρημα, οι θεραπευόμενοι που πήραν μόνοι τους την πρωτοβουλία να ζητήσουν

βοήθεια εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη από αυτούς που ζήτησαν βοήθεια έπειτα από παρότρυνση της οικογένειά τους (Πίνακας 19).

Πίνακας 19:

Πηγή παραπομπής-Στατιστικά σημαντικές διαφορές

Πηγή παραπομπής	Ίδιος M.T(T.A)	Φίλοι M.T(T.A)	Οικογένεια M.T(T.A)	Πολλές πηγές M.T (T.A)	F (βαθμοί ελευθερίας)	P
Κατάθλιψη (4 ^η μέτρηση)	18,91(11,17)	10,80(7,69)	9,5 (5,53)	10,25 (7,51)	4,285(3, 47)	**,009

* $P<0,05$, ** $P<0,01$, *** $P<0,001$

Β) Η επίδραση της εργασιακής κατάστασης στις υπό μελέτη μεταβλητές βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($F(121, 2)=3,280/p=,041$) ως προς τη μεταβλητή της ανάληψης βημάτων στην πρώτη φάση της θεραπείας. Συγκεκριμένα, όσοι ήταν άνεργοι εμφάνισαν μεγαλύτερη βαθμολογία στα βήματα για αλλαγή από όσους είχαν περιστασιακή εργασία. Παρόλο που δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική, η μέση τιμή στα βήματα για αλλαγή όσων είχαν σταθερή απασχόληση (μ.τ. 36,27) είναι μεγαλύτερη από αυτή όσων είχαν περιστασιακή εργασία (μ.τ. 33,81) και πλησιέστερη σε αυτή των ανέργων (μ.τ. 36,22) (Πίνακας 20).

Πίνακας 20:

Εργασιακή κατάσταση-Στατιστικά σημαντικές διαφορές

Εργασιακή Κατάσταση	Σταθερή Απασχόληση M.T(T.A)	Περιστασιακή Απασχόληση M.T(T.A)	Άνεργος M.T(T.A)	F (βαθμοί ελευθερίας)	P
Βήματα για αλλαγή (1 ^η μέτρηση)	36,27 (3,35)	33,81 (6,33)	36,22 (3,65)	3,280(2, 121)	*,041

* $P<0,05$, ** $P<0,01$, *** $P<0,001$

Γ) Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στις υπό μελέτη μεταβλητές βρέθηκε στατιστικά σημαντική ως προς τη συνολική κλινική εικόνα (στρες άγχος, κατάθλιψη) (1^η μέτρηση) ($F(2, 114)=8,819/p=,000$), την αμφιβολία ($F(2, 57)=3,839/p=,027$), την ικανοποίηση ($F(2, 57)=4,696/p=,013$), α αρνητικά συναισθήματα ($F(2, 57)=3,839/p=,027$), την κατάθλιψη ($F(2, 57)=3,333/p=,043$), τα αρνητικά συναισθήματα ($F(2, 57)=5,736/p=,005$) και την παρουσία νοήματος ($F(2, 57)=4,527/p=,015$) (4^η μέτρηση). Συγκεκριμένα οι απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου

είχαν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στις κλίμακες στρες, άγχους, κατάθλιψης καθώς και στο σύνολο των τριών καταστάσεων (συνολική κλινική εικόνα) στο πρώτο στάδιο της θεραπείας σε σύγκριση με αυτούς που ήταν απόφοιτοι λυκείου/δτάξιου γυμνασίου ή απόφοιτοι τεχνικής σχολής. Στην τελευταία φάση της θεραπείας, η εικόνα είναι παρόμοια, καθώς οι απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου είχαν σημαντικά περισσότερη αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ολοκληρώσει κάποια τεχνική σχολή και σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και αρνητικά συναισθήματα από τους απόφοιτους λυκείου/δτάξιου γυμνασίου και τους αποφοίτους τεχνικής σχολής. Η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην τελευταία φάση φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου είναι σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από τους αποφοίτους τεχνικής σχολής. Τέλος οι απόφοιτοι δημοτικού γυμνασίου εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην παρουσία νοήματος στην τελευταία φάση της θεραπείας σε σύγκριση με τους αποφοίτους λυκείου-δτάξιου γυμνασίου (Πίνακας 21).

Πίνακας 21:

Εκπαιδευτικό επίπεδο-Στατιστικά σημαντικές διαφορές

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Δημοτικό- Γυμνάσιο Μ.Τ(Τ.Α)	Λύκειο-δτάξιο γυμνάσιο Μ.Τ(Τ.Α)	Τεχνική Σχολή Μ.Τ(Τ.Α)	F (βαθμοί ελευθερίας)	P
Κλινική Εικόνα (στρες, άγχος, κατάθλιψη) (1 ^η μέτρηση)	75,09 (31,85)	48,82(25,01)	56,38(26,20)	8,819(2, 57)	** ,009
Αμφιβολία (4 ^η μέτρηση)	12,90(4,06)	10,80(4,64)	9,50(3,50)	3,838 (2, 57)	* ,027
Ικανοποίηση (4 ^η μέτρηση)	24,59(4,23)	27,27(4,38)	28,13(3,18)	4,696 (2, 57)	* ,013
Κατάθλιψη (4 ^η μέτρηση)	17,10(11,49)	9,87(6,20)	12,13 (7,39)	3,333 (2, 57)	* ,043
Αρνητικά Συναισθήματα (4 ^η μέτρηση)	19,97(5,94)	15,40(3,92)	15,81(3,76)	5,736 (2, 57)	** ,005
Παρουσία Νοήματος (4 ^η μέτρηση)	24,28(3,75)	21,00(2,92)	23,00(3,22)	4,527 (2, 57)	* ,015

P<0,05, **P<0,01, *P<0,001*

Δ) Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) της κύριας ουσίας κατάχρησης στις υπό μελέτη μεταβλητές στις μετρήσεις σε όλα τα στάδια της θεραπείας.

Ε) Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) της ουσίας έναρξης χρήσης ως προς τα θετικά συναισθήματα στην πρώτη φάση της θεραπείας, τα βήματα για αλλαγή στην κλειστή φάση (3^η μέτρηση) και την παρουσία νοήματος στην τελευταία φάση της θεραπείας. Συγκεκριμένα όσοι ξεκίνησαν την χρήση με την ηρωίνη εμφανίζονται να έχουν λιγότερα θετικά συναισθήματα στην αρχή της θεραπείας σε σύγκριση με αυτούς που ξεκίνησαν τη χρήση με χασίς ή άλλη ουσία (χάπια, σιρόπια, αλκοόλ κτλ). Επίσης, όσοι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών με ηρωίνη παρουσιάζουν μικρότερα βήματα προς την αλλαγή στην κλειστή φάση της θεραπείας (3^η μέτρηση) σε σύγκριση με αυτούς που ξεκίνησαν τη χρήση με χασίς ή πολλές μαζί ουσίες. Ακόμη, όσοι ξεκίνησαν τη χρήση με χασίς ή πολλές μαζί ουσίες εμφανίζουν μικρότερη παρουσία νοήματος στην τελευταία φάση της θεραπείας σε σύγκριση με αυτούς που ξεκίνησαν τη χρήση με κάποια άλλη ουσία (χάπια, σιρόπια, αλκοόλ, κτλ) (Πίνακας 22).

Πίνακας 22:

Ουσία έναρξης-Στατιστικά σημαντικές διαφορές

Ουσία έναρξης χρήσης	Χασίς M.T(T.A)	Ηρωίνη M.T(T.A)	Πολλές ουσίες M.T(T.A)	Άλλη ουσία (χάπια,αλκοόλ) M.T(T.A)	F (βαθμοί ελευθερίας)	P
Θετικά Συναισθήματα (1 ^η μέτρηση)	27,84(6,59)	21,25(5,54)	29,00(5,78)	31,92 (6,97)	4,378(3, 114)	**,006
Βήματα για αλλαγή (3 ^η μέτρηση)	36,48(3,84)	25,67(10,21)	39,00(1,15)	35,62(5,47)	7,306(3, 84)	***,000
Παρουσία Νοήματος (4 ^η μέτρηση)	22,59(3,43)	22,50 (0,70)	21,33(4,71)	26,75(3,61)	3,620(3, 58)	*,018

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Υπολογισμός δείκτη συσχέτισης Pearson r για την συσχέτιση των ποσοτικών δημογραφικών (σταθερών) χαρακτηριστικών των θεραπευόμενων μεταξύ τους και με τις υπό μελέτη μεταβλητές.

Α) Όσον αφορά την συσχέτιση των ποσοτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ τους, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όπως παρατηρούμε στον παρακάτω πίνακα υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση της ηλικίας με την ηλικία πρώτου αιτήματος για θεραπεία ($r = ,599^{**}$), υψηλή θετική συσχέτιση με τη διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας ($r = ,716^{**}$), τη συνολική διάρκεια χρήσης ($r = ,837^{**}$) και χαμηλή θετική συσχέτιση με την ηλικία έναρξης κύριας ουσίας ($r = ,218^{**}$) και την ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας ($r = ,172^{*}$). Η ηλικία πρώτου θεραπευτικού αιτήματος

εμφανίζει μικρή θετική συσχέτιση με την ηλικία έναρξης κύριας ουσίας ($r = ,375^{**}$), τη διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας ($r = ,264^{**}$), τη συνολική διάρκεια χρήσης ($r = ,370^{**}$) και την ηλικία έναρξης χρήσης πρώτης ουσίας ($r = ,315^{**}$). Μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -,449^{**}$) υπάρχει ανάμεσα στην ηλικία έναρξης κύριας ουσίας και τη συνολική διάρκεια χρήσης. Μέτρια θετική συσχέτιση ($r = ,662$) υπάρχει και ανάμεσα στην ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας και την ηλικία έναρξη κύριας ουσίας. Βλέπουμε, επίσης, υψηλή θετική συσχέτιση ($r = ,820$) ανάμεσα στη διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας και τη συνολική διάρκεια χρήσης και χαμηλή αρνητική συσχέτιση ($r = -,301^{**}$) ανάμεσα στη διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας και την ηλικία έναρξης της πρώτης ουσίας. Χαμηλή αρνητική συσχέτιση ($r = -,268^{**}$), τέλος, παρατηρείται ανάμεσα στην ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας και τη συνολική διάρκεια χρήσης (Πίνακας 23).

Πίνακας 23:

Συσχετίσεις ποσοτικών σταθερών χαρακτηριστικών μεταξύ τους

	Ηλικία	Ηλικία πρώτου θεραπευτικού αιτήματος	Ηλικία έναρξης κύριας ουσίας	Διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας	Συνολική διάρκεια χρήσης	Ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας
Ηλικία	1	,599**	,218**	,716**	,837**	,172*
Ηλικία πρώτου θεραπευτικού αιτήματος	,599**	1	,375**	,264**	,370**	,315*
Ηλικία έναρξης κύριας ουσίας	,218**	,375**	1	-,449**		,662**
Διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας	,716**	,264**	-,449**	1	,820**	-,301**
Συνολική διάρκεια χρήσης	,837**	,370**		,820**	1	-,268**
Ηλικία έναρξης πρώτης ουσίας	,172*	,315**	,662**	-,301**	-,268**	1

*Επίπεδο σημαντικότητας 0.05

**Επίπεδο σημαντικότητας 0,01

Β) Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική χαμηλή αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία ($r = -,239^*$, 2^η μέτρηση), ($r = -,313^*$, 4^η μέτρηση) τόσο στην κλειστή φάση όσο και στη φάση της επανένταξης. Επίσης, βρέθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια, φίλους και σημαντικούς άλλους ($r = -,433^{**}$, 4^η μέτρηση) στην τελευταία φάση της θεραπείας. Υπάρχει χαμηλή αρνητική συσχέτιση

της ηλικίας πρώτου θεραπευτικού αιτήματος με την αναγνώριση του προβλήματος στην αρχή και το τέλος της θεραπείας ($r=-,198^*$, 1^η μέτρηση) ($r=-,261^*$, 4^η μέτρηση), χαμηλή θετική συσχέτιση με την αμφιβολία σχετικά με το πρόβλημα στην κλειστή φάση ($r=,199^*$, 2^η μέτρηση), ($r=,268^*$, 3^η μέτρηση) και χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τη συνολική κοινωνική υποστήριξη ($r=-,299^*$, 4^η μέτρηση) και την κοινωνική υποστήριξη από φίλους ($r=-,298^*$, 4^η μέτρηση) στην φάση της επανένταξης. Ακόμη, βρέθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση της ηλικίας έναρξης κύριας ουσίας με την προσδοκία για το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας στην πρώτη φάση της θεραπείας ($r=-,228^*$, 1^η μέτρηση), με την αναζήτηση νοήματος στην κλειστή φάση ($r=-,297^*$, 2^η μέτρηση) και με την αναγνώριση του προβλήματος στην τελευταία θεραπευτική φάση ($r=-,334^{**}$, 4^η μέτρηση). Υπάρχει χαμηλή αρνητική συσχέτιση της διάρκειας χρήσης κύριας ουσίας με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια στην αρχή της θεραπείας ($r=-,233^{**}$, 1^η μέτρηση), με τη συνολική κοινωνική υποστήριξη ($r=-,300^*$, 4^η μέτρηση) και την κοινωνική υποστήριξη από φίλους ($r=-,280^*$, 4^η μέτρηση) στην τελευταία φάση της θεραπείας. Βρέθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση της συνολικής διάρκειας χρήσης με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια στην αρχή και το τέλος της θεραπείας ($r=-,232^{**}$, 1^η μέτρηση) ($r=-,266^*$, 4^η μέτρηση), με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην κλειστή φάση και στην επανένταξη ($r=-,195^*$, 2^η μέτρηση) ($r=-,336^{**}$, 4^η μέτρηση) καθώς και με την συνολική κοινωνική υποστήριξη ($r=-,369^{**}$, 4^η μέτρηση) και την κοινωνική υποστήριξη από φίλους ($r=-,358^{**}$, 4^η μέτρηση) και σημαντικούς άλλους ($r=-,283^*$, 4^η μέτρηση) στην τελευταία φάση της θεραπείας. Τέλος, υπάρχει χαμηλή αρνητική συσχέτιση της ηλικίας έναρξης πρώτης ουσίας με την προσδοκία για την παρεχόμενη θεραπεία ($r=-,183^*$, 1^η μέτρηση) και την παρουσία νοήματος ($r=-,244^*$, 1^η μέτρηση) στην αρχή της θεραπείας, χαμηλή θετική συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια στην αρχή της θεραπείας ($r=,186^*$, 1^η μέτρηση), χαμηλή αρνητική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα ($r=-,217^*$, 3^η μέτρηση), την κοινωνική υποστήριξη από φίλους ($r=-,213^*$, 3^η μέτρηση) στην κλειστή φάση και με την αναγνώριση του προβλήματος ($r=-,283^*$, 4^η μέτρηση) στην τελευταία φάση της θεραπείας.

Δ. Κύριες Αναλύσεις- Ερευνητικά ερωτήματα

1^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποια είναι η αναλογική συνεισφορά του κάθε παράγοντα στη διαδικασία της θεραπείας της εξάρτησης στα διάφορα χρονικά σημεία;

Προκειμένου να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, διεξήχθησαν στατιστικές αναλύσεις Επαναλαμβανόμενων Μετρήσεων (Repeated Measures) με τη **διόρθωση Bonferroni** για τη συγκριτική αξιολόγηση των τεσσάρων μετρήσεων και την ανάδειξη των στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις μετρήσεις. Η συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει τις απαντήσεις όσων συμμετεχόντων συμμετείχαν και στις τέσσερις μετρήσεις. Στο δείγμα μας, οι συμμετέχοντες που συμμετείχαν και στις τέσσερις μετρήσεις είναι 50 ($n=50$). Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν για κάθε μεταβλητή και τα αποτελέσματά τους παρουσιάζονται εδώ.

1. Αναγνώριση

Όσον αφορά τη μεταβλητή της αναγνώρισης του προβλήματος που είναι μια από τις τρεις μεταβλητές που συνθέτουν την έννοια της ετοιμότητας για αλλαγή, η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων και συγκεκριμένα μεταξύ 1ης και 4ης μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της τρίτης. Η αναγνώριση του προβλήματος εμφανίζεται σημαντικά μεγαλύτερη στην πρώτη μέτρηση σε σύγκριση με την τέταρτη (Πίνακες 24 και 25) (Διάγραμμα 1). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 24:
Αναγνώριση- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Αναγνώριση	4,424	,007

alpha = ,05

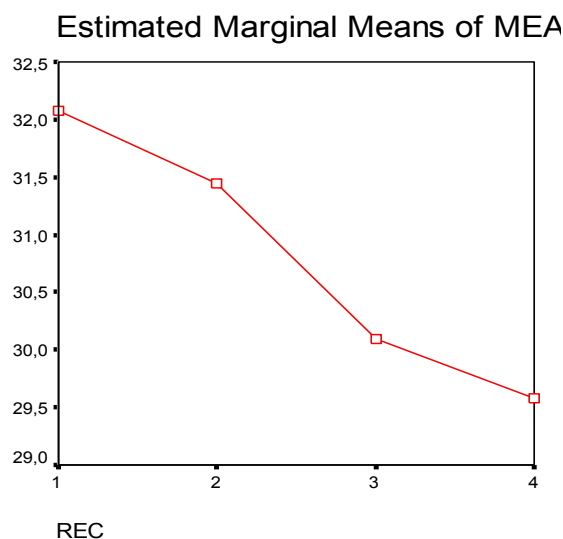
Πίνακας 25:
Αναγνώριση- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Αναγνώριση	Αναγνώριση	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	,640	,776	1,000
	3	1,980	,827	,123
	4	2,500*	,635	,002
2	1	-,640	,776	1,000
	2			
	3	1,340	,939	,960
	4	1,860	,822	,169
3	1	-1,980	,827	,123
	2	-1,340	,939	,960
	3			
	4	-,520	,759	1,000
4	1	-2,500*	,635	,002
	2	-1,860	,822	,169
	3	-,520	,759	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 1:
Η πορεία της μεταβλητής «αναγνώριση του προβλήματος» στις 4 μετρήσεις



2. Αμφιβολία

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της τρίτης καθώς και μεταξύ 2^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της δεύτερης και τρίτης φάσης θεραπείας. Η

αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος εμφανίζεται σημαντικά μεγαλύτερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση και σημαντικά μεγαλύτερη στην 2^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακες 26 και 27) (Διάγραμμα 2). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 26:
Αμφιβολία- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Αμφιβολία	5,969	,001

alpha = ,05

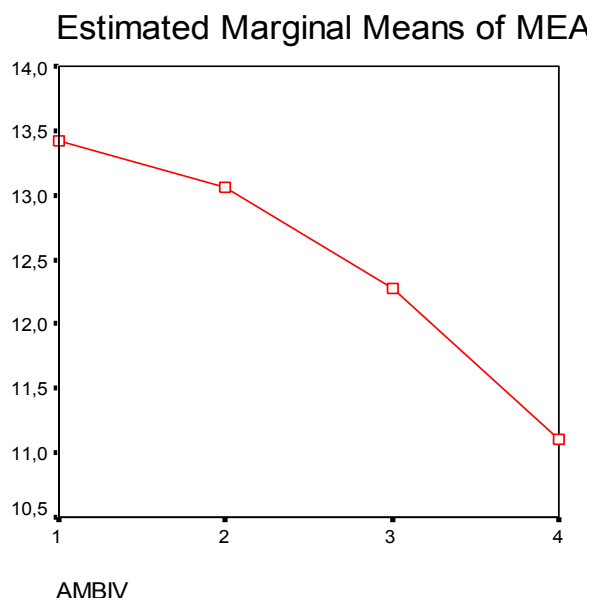
Πίνακας 27:
Αμφιβολία- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Αμφιβολία	Αμφιβολία	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	,360	,558	1,000
	3	1,140	,476	,122
	4	2,320*	,667	,006
2	1	-,360	,558	1,000
	2			
	3	,780	,497	,737
	4	1,960*	,707	,017
3	1	-1,140	,476	,122
	2	-,780	,497	,737
	3			
	4	1,180	,707	,610
4	1	-2,320*	,667	,006
	2	-1,960*	,625	,017
	3	-1,180	,707	,610
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 2:
Η πορεία της μεταβλητής «αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος» στις 4 μετρήσεις



3. Βήματα για αλλαγή

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων στα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής (Πίνακας 28). Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα βήματα για αλλαγή ανά δύο μετρήσεις. Εκτιμάμε, ωστόσο, ότι η διαφορά έγκειται μεταξύ της 2^{ης} και της 4^{ης} μέτρησης της μεταβλητής, όπως φαίνεται από τον σχετικό πίνακα (Πίνακας 29) (Διάγραμμα 3). Τα βήματα για αλλαγή εμφανίζονται λιγότερα στην 2^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 28:
Βήματα για αλλαγή- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Βήματα για αλλαγή	2,729	,046

alpha = ,05

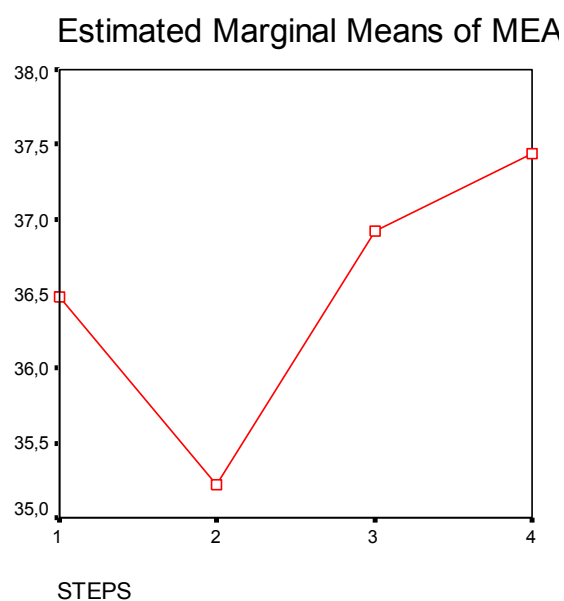
Πίνακας 29:
Βήματα για αλλαγή- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Βήματα για αλλαγή	Βήματα για Αλλαγή	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	1,260	,875	,937
	3	-,440	,768	1,000
	4	-,960	,695	1,000
2	1	-1,260	,875	,937
	2			
	3	-1,700	,787	,214
	4	-2,220	,897	,101
3	1	,440	,768	1,000
	2	1,700	,787	,214
	3			
	4	-,520	,831	1,000
4	1	,960	,695	1,000
	2	2,220	,897	,101
	3	,520	,831	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni

Διάγραμμα 3:
Η πορεία της μεταβλητής «βήματα για αλλαγή» στις 4 μετρήσεις



4. Αυτοαποτελεσματικότητα

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 30) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της τρίτης, μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ των δύο μετρήσεων της κλειστής φάσης θεραπείας (3^{ος}-6^{ος} μήνας) και τέλος, μεταξύ 2^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της δεύτερης φάσης θεραπείας και της τρίτης φάσης θεραπείας (Πίνακας 31) (Διάγραμμα 4). Η αυτοαποτελεσματικότητα εμφανίζεται σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση, σημαντικά μικρότερη στη 2^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μικρότερη στη 2^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 30:

Αυτοαποτελεσματικότητα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Αυτοαποτελεσμα- τικότητα	10,560	,000

alpha = ,05

Πίνακας 31:

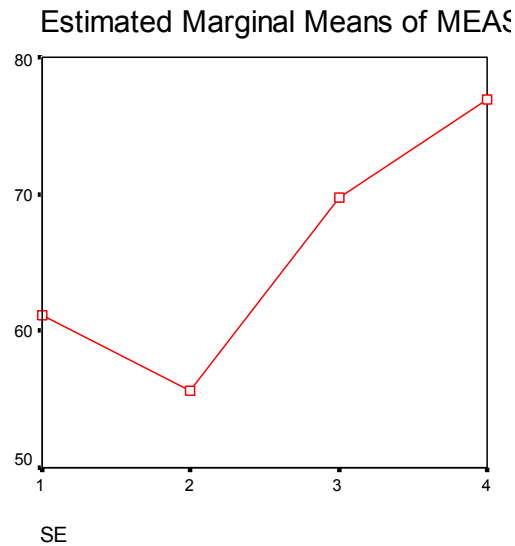
Αυτοαποτελεσματικότητα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Αυτοαποτελεσμα- Τικότητα	Αυτοαποτελεσμα- τικότητα	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	5,508	4,272	1,000
	3	-8,702	4,506	,356
	4	-15,844*	4,387	,004
2	1	-5,508	4,272	1,000
	2			
	3	-14,209*	4,171	,008
	4	-21,352*	3,986	,000
3	1	8,702	4,506	,356
	2	14,209*	4,171	,008
	3			
	4	-7,143	3,139	,164
4	1	15,844*	4,387	,004
	2	21,352*	3,986	,000
	3	7,143	3,139	,164
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 4:
Η πορεία της μεταβλητής «αυτοαποτελεσματικότητα» στις 4 μετρήσεις



5. Ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 32) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ των δύο μετρήσεων της κλειστής φάσης θεραπείας (3^{ος}-6^{ος} μήνας) και μεταξύ 3^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της δεύτερης φάσης θεραπείας και της τρίτης φάσης θεραπείας. Η ικανοποίηση εμφανίζεται σημαντικά μικρότερη στη 2^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μεγαλύτερη στην 3^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 33) (Διάγραμμα 5). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 32:
Ικανοποίηση- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Ικανοποίηση	3,809	,012

alpha = ,05

Πίνακας 33:
 Ικανοποίηση- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

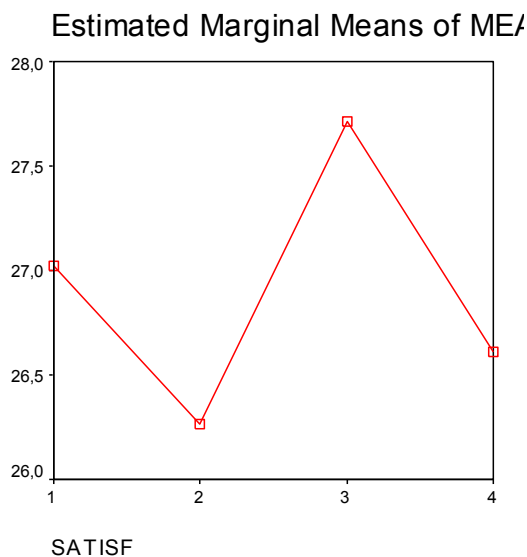
Ικανοποίηση	Ικανοποίηση	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	,755	,450	,601
	3	-,694	,452	,788
	4	,408	,508	1,000
2	1	-,755	,450	,601
	2			
	3	-1,449	,402	,004
	4	-,347	,514	1,000
3	1	,694	,452	,788
	2	1,449	,402	,004
	3			
	4	1,102	,362	,023
4	1	-,408	,508	1,000
	2	,347	,514	1,000
	3	-1,102	,362	,023
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 5:

Η πορεία της μεταβλητής «ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία» στις 4 μετρήσεις



6. Κοινωνική Υποστήριξη-συνολική

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 34) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης θεραπείας και της κλειστής φάσης θεραπείας (6^{ος} μήνας) και μεταξύ 1^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας φάσης της θεραπείας. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη εμφανίζεται σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 35) (Διάγραμμα 6). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 34:
Κοινωνική Υποστήριξη συνολική- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Κοινωνική Υποστήριξη	8,530	,000

alpha = ,05

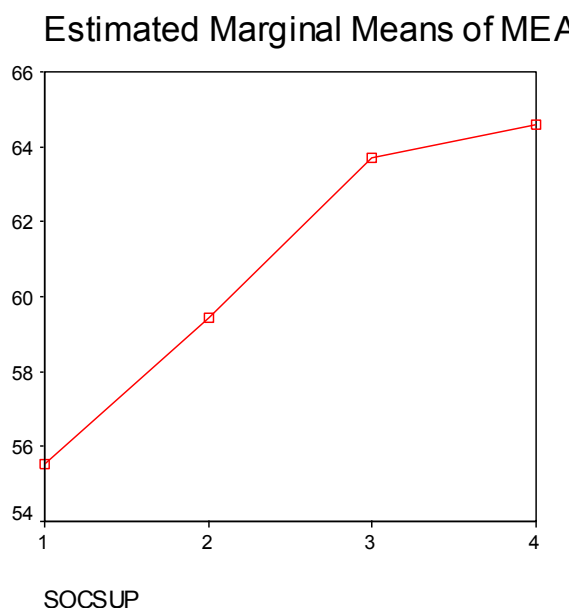
Πίνακας 35:
Κοινωνική Υποστήριξη συνολική- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Κοινωνική Υποστήριξη	Κοινωνική Υποστήριξη	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	3,939	2,042	,358
	3	-8,184*	2,223	,004
	4	-9,061*	2,296	,002
2	1	3,939	2,042	,358
	2			
	3	-4,245	1,547	,051
	4	-5,122	1,902	,058
3	1	8,184*	2,223	,004
	2	4,245	1,547	,051
	3			
	4	-,878	2,045	1,000
4	1	9,061*	2,296	,002
	2	5,122	1,902	,058
	3	,878	2,045	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 6:
Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-συνολική» στις 4 μετρήσεις



6α. Κοινωνική Υποστήριξη-οικογένεια

Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

6β. Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 36) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης θεραπείας και της κλειστής φάσης θεραπείας (3^{ος} μήνας), μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της κλειστής φάσης θεραπείας (6^{ος} μήνας) και μεταξύ της 1^{ης} και της 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας φάσης της θεραπείας. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους εμφανίζεται σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με τη 2^η μέτρηση, σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 37) (Διάγραμμα 7). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 36:
Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι	12,294	,000

alpha = ,05

Πίνακας 37:
Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

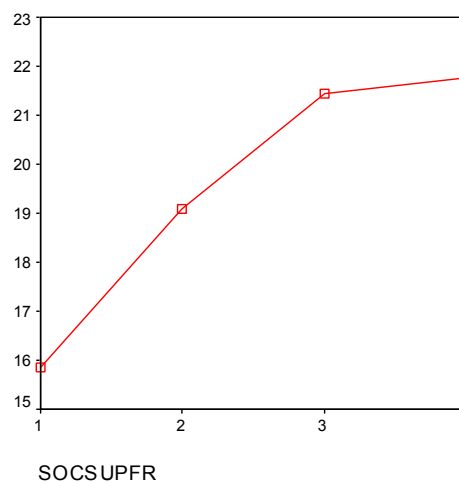
Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι	Κοινωνική Υποστήριξη-φίλοι	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	-3,245*	1,094	,028
	3	-5,592*	1,195	,000
	4	-5,898*	1,276	,000
2	1	3,245*	1,096	,028
	2			
	3	-2,347	,866	,056
	4	-2,653	1,056	,093
3	1	5,592*	1,195	,000
	2	2,347	,866	,056
	3			
	4	-,306	1,066	1,000
4	1	5,898*	1,276	,000
	2	2,653	1,057	,093
	3	,306	1,066	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni

Διάγραμμα 7:
Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-φίλοι» στις 4 μετρήσεις

Estimated Marginal Means of MEA:



6γ. Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 38) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της κλειστής φάσης θεραπείας (6^{ος} μήνας) και μεταξύ της 1^{ης} και της 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας φάσης της θεραπείας. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους εμφανίζεται σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 39) (Διάγραμμα 8). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 38:

Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Κοινωνική Υποστήριξη- σημαντικοί άλλοι	6,689	,000

alpha = ,05

Πίνακας 39:

Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

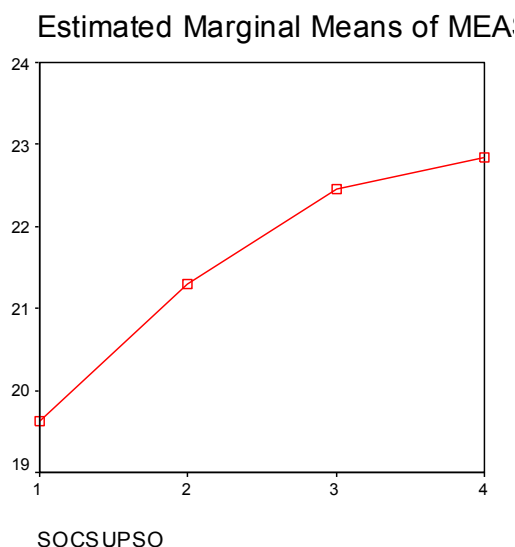
Κοινωνική Υποστήριξη- σημαντικοί άλλοι	Κοινωνική Υποστήριξη- σημαντικοί άλλοι	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	-1,673	,845	,321
	3	-2,816*	,855	,011
	4	-3,204*	,841	,002
2	1	1,673	,845	,321
	2			
	3	-1,143	,679	,593
	4	-1,531	,735	,257
3	1	2,816*	,855	,011
	2	1,143	,679	,593
	3			
	4	-,388	,744	1,000
4	1	3,204*	,841	,002
	2	1,531	,735	,257
	3	,388	,734	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 8:

Η πορεία της μεταβλητής «κοινωνική υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι» στις 4 μετρήσεις



7. Κλινική Εικόνα

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 40) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της δεύτερης φάσης (6^{ος} μήνας κλειστής φάσης). Οι βαθμολογίες στην κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες) εμφανίζονται σημαντικά μεγαλύτερες στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση (Πίνακας 41) (Διάγραμμα 9). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 40:

Κλινική Εικόνα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Κλινική Εικόνα	4,761	,003

alpha = ,05

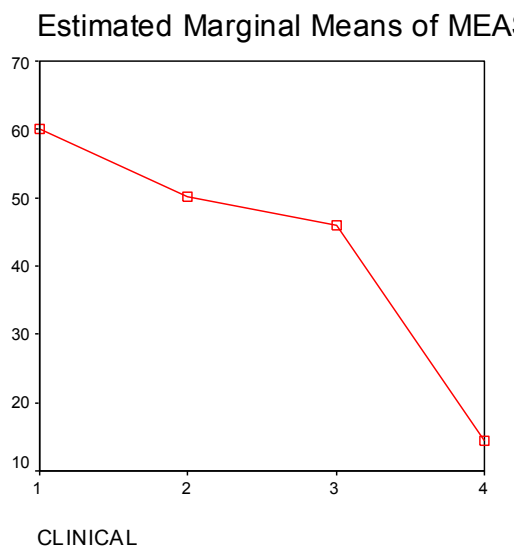
Πίνακας 41:
Κλινική Εικόνα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Κλινική Εικόνα	Κλινική Εικόνα	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	10,000	3,854	,075
	3	14,160*	4,724	,026
	4	11,160	4,691	,128
2	1	-10,000	3,854	,075
	2			
	3	4,160	2,949	,988
	4	1,160	3,701	1,000
3	1	-14,160*	4,724	,026
	2	-4,160	2,949	,988
	3			
	4	-3,000	3,701	1,000
4	1	-11,160	4,691	,128
	2	-1,160	3,678	1,000
	3	3,000	3,701	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 9:
Η πορεία της μεταβλητής «κλινική εικόνα» στις 4 μετρήσεις



7α. Άγχος

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων ως προς το άγχος (Πίνακας 42). Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά δύο μετρήσεις. Εκτιμάμε, ωστόσο, ότι η διαφορά έγκειται μεταξύ της 1^{ης} και της 3^{ης} μέτρησης της μεταβλητής, όπως φαίνεται από τον σχετικό πίνακα (Πίνακας 43) (Διάγραμμα 10). Το άγχος εμφανίζεται μεγαλύτερο στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 42:
Άγχος- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Άγχος	2,994	,033

alpha = ,05

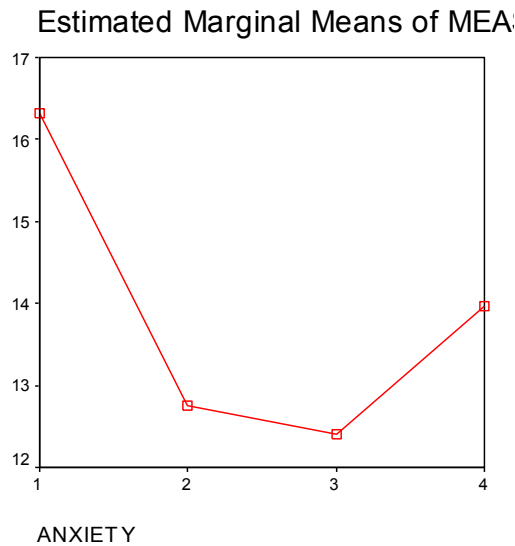
Πίνακας 43:
Άγχος- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Άγχος	Άγχος	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	3,560	1,332	,061
	3	3,920	1,549	,088
	4	2,360	1,737	1,000
2	1	3,560	1,332	,061
	2			
	3	,360	1,157	1,000
	4	-1,200	1,466	1,000
3	1	-3,920	1,549	,088
	2	-,360	1,157	1,000
	3			
	4	-1,560	1,373	1,000
4	1	-2,360	1,737	1,000
	2	1,200	1,466	1,000
	3	1,560	1,373	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 10:
Η πορεία της μεταβλητής «άγχος» στις 4 μετρήσεις



7β . Κατάθλιψη

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων ως προς την κατάθλιψη (Πίνακας 44) και πιο συγκεκριμένα μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της κλειστής φάσης θεραπείας (6^{ος} μήνας) και μεταξύ της 1^{ης} και της 4^{ης} μέτρησης, δηλ. μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας φάσης της θεραπείας. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σημαντικά μεγαλύτερη στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά μεγαλύτερη στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 45) (Διάγραμμα 11). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 44:
Κατάθλιψη- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Κατάθλιψη	7,978	,000

alpha = ,05

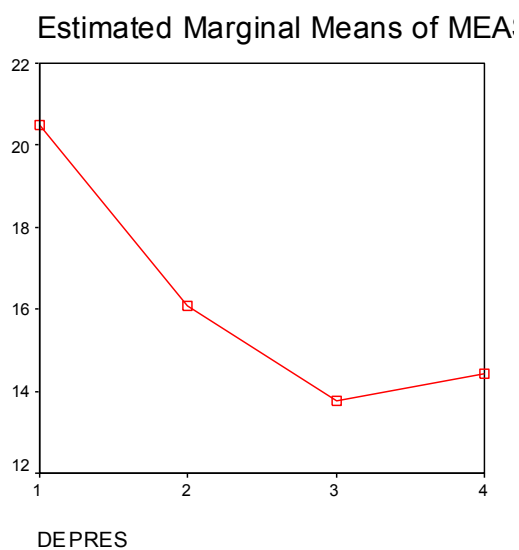
Πίνακας 45:
Κατάθλιψη- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Κατάθλιψη	Κατάθλιψη	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	4,400	1,663	,066
	3	6,720*	1,775	,003
	4	6,040*	1,645	,004
2	1	-4,400	1,663	,066
	2			
	3	2,320	1,082	,222
	4	1,640	1,435	1,000
3	1	-6,720*	1,775	,003
	2	-2,320	1,082	,222
	3			
	4	-,680	1,371	1,000
4	1	-6,040*	1,645	,004
	2	-1,640	1,435	1,000
	3	,680	1,371	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 11:
Η πορεία της μεταβλητής «κατάθλιψη» στις 4 μετρήσεις



7γ. Στρες

Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το στρες μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

8. Θετικά Συναισθήματα

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 46) και πιο συγκεκριμένα ανάμεσα στην 1^η και 3^η μέτρηση, δηλ. μεταξύ της πρώτης φάσης της θεραπείας και της δεύτερης φάσης (6^{ος} μήνας κλειστής φάσης), ανάμεσα στην 1^η και στην 4^η μέτρηση, δηλ. ανάμεσα στην πρώτη και την τελευταία φάση θεραπείας, ανάμεσα στην 2^η και 3^η μέτρηση, δηλ. ανάμεσα στις δύο μετρήσεις της κλειστής φάσης θεραπείας (3^{ος}-6^{ος} μήνας) και ανάμεσα στην 2^η και 4^η μέτρηση, δηλ. ανάμεσα στην δεύτερη φάση θεραπείας (3^{ος} μήνας κλειστής φάσης) και στην τελευταία φάση (επανένταξη) (Πίνακας 47) (Διάγραμμα 12). Τα θετικά συναισθήματα εμφανίζονται σημαντικά λιγότερα στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση, σημαντικά λιγότερα στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση, σημαντικά λιγότερα στην 2^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση και σημαντικά λιγότερα στην 2^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 46:
Θετικά Συναισθήματα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Θετικά Συναισθήματα	11,038	,000

alpha = ,05

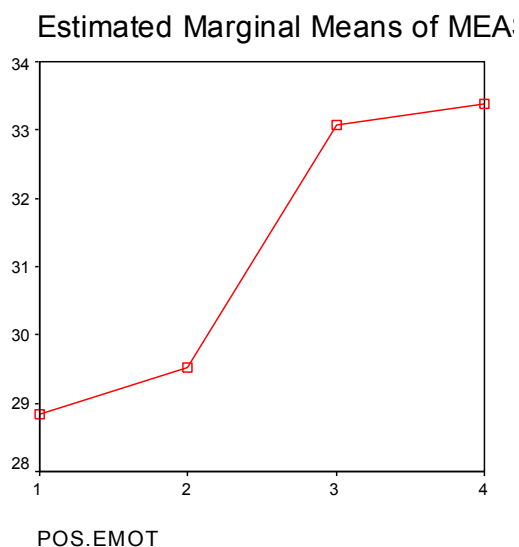
Πίνακας 47:
Θετικά Συναισθήματα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Θετικά Συναισθήματα	Θετικά Συναισθήματα	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	-,688	1,293	1,000
	3	-4,250*	2,129	,003
	4	-4,542*	1,086	,001
2	1	,688	1,293	1,000
	2			
	3	-3,562*	,761	,000
	4	-3,854*	,887	,000
3	1	4,250*	1,129	,003
	2	-3,562*	,761	,000
	3			
	4	-,292	,748	1,000
4	1	4,542*	1,086	,001
	2	3,854*	,887	,000
	3	,292	,748	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 12:
Η πορεία της μεταβλητής «θετικά συναισθήματα» στις 4 μετρήσεις



9. Αρνητικά Συναισθήματα

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα αρνητικά συναισθήματα μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 48). Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά δύο μετρήσεις. Εκτιμάμε, ωστόσο, ότι η διαφορά έγκειται μεταξύ 1^{ης} και 4^{ης} μέτρησης, όπως φαίνεται κι από τον σχετικό πίνακα. Τα αρνητικά συναισθήματα εμφανίζονται περισσότερο στην 1^η σε σύγκριση με την 4^η μέτρηση (Πίνακας 49) (Διάγραμμα 13). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p>0,05$).

Πίνακας 48:
Αρνητικά Συναισθήματα- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα	2,944	,035

alpha = ,05

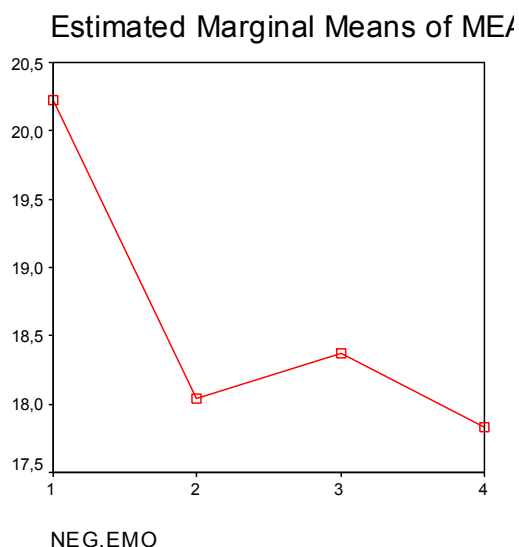
Πίνακας 49:
Αρνητικά Συναισθήματα- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Αρνητικά Συναισθήματα	Αρνητικά Συναισθήματα	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	2,188	,965	,168
	3	1,854	,976	,381
	4	2,396	,888	,058
2	1	-2,188	,965	,168
	2			
	3	-,333	,715	1,000
	4	,208	,962	1,000
3	1	-1,854	,976	,381
	2	,333	,715	1,000
	3			
	4	,542	,886	1,000
4	1	-2,396	,888	,058
	2	-,208	,962	1,000
	3	-,542	,886	1,000
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 13:
Η πορεία της μεταβλητής «αρνητικά συναισθήματα» στις 4 μετρήσεις



10. Παρουσία Νοήματος

Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική της παρουσίας νοήματος διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων (Πίνακας 50). Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά δύο μετρήσεις. Εκτιμάμε, ωστόσο, ότι η διαφορά έγκειται μεταξύ της 1ης και της 3ης μέτρησης της μεταβλητής, όπως φαίνεται και από τον σχετικό πίνακα. Η παρουσία νοήματος εμφανίζεται μικρότερη στην 1^η σε σύγκριση με την 3^η μέτρηση (Πίνακας 51) (Διάγραμμα 14). Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Πίνακας 50:
Παρουσία Νοήματος- Έλεγχος των επιδράσεων εντός των υποκειμένων

	F	P
Παρουσία Νοήματος	3,069	,032

alpha = ,05

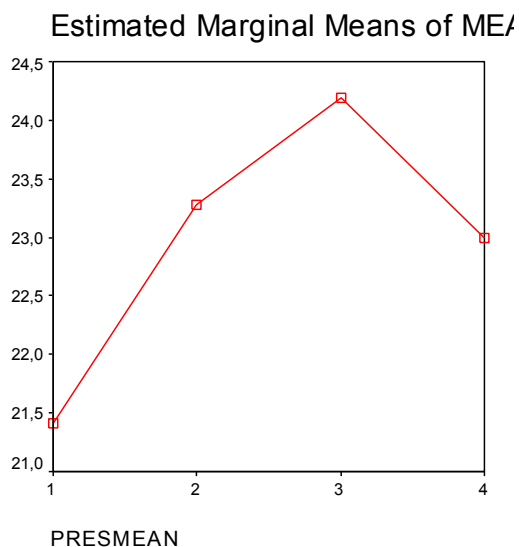
Πίνακας 51:
Παρουσία Νοήματος- Συγκρίσεις ανά δύο μετρήσεις

Παρουσία Νοήματος	Παρουσία Νοήματος	Διαφορά μ.τ.	Std Error	p. ^a
1	1			
	2	-1,875	1,084	,562
	3	-2,781	1,046	,074
	4	-1,594	1,079	,899
2	1	1,875	1,084	,562
	2			
	3	-,906	,871	1,000
	4	,281	,847	1,000
3	1	2,781	1,046	,074
	2	,906	,871	1,000
	3			
	4	1,188	,579	,293
4	1	1,594	1,079	,899
	2	-,281	,847	1,000
	3	-1,188	,579	,293
	4			

*Η διαφορά μέσης τιμής είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05.

a Προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις: Bonferroni.

Διάγραμμα 14:
Η πορεία της μεταβλητής «παρουσία νοήματος» στις 4 μετρήσεις



11. Αναζήτηση Νοήματος

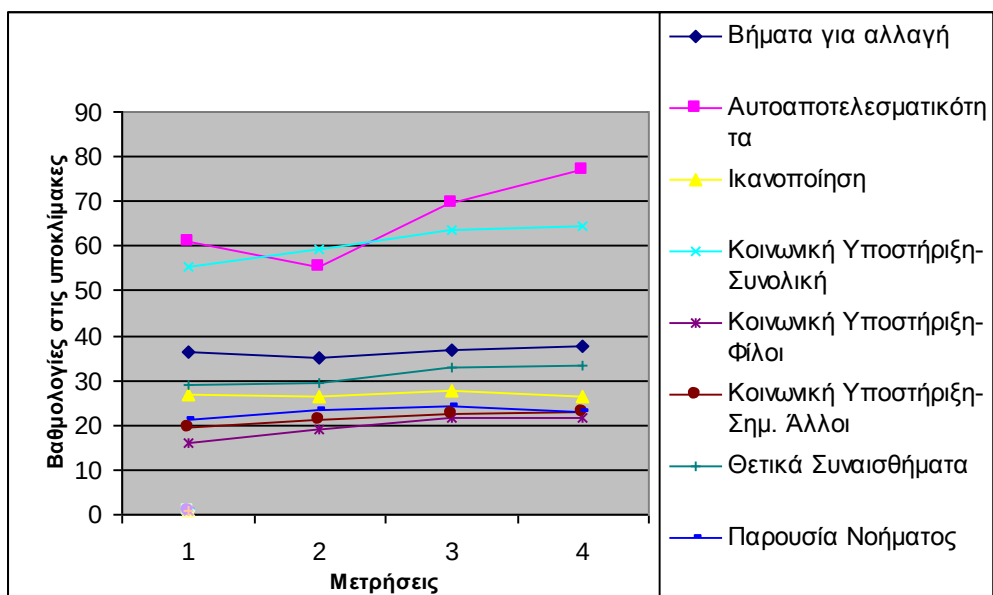
Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της αναζήτησης νοήματος μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων. Ο έλεγχος Mauchly's δείχνει ότι ισχύει ομοιογένεια στις εξαρτημένες μεταβλητές ($p > 0,05$).

Συνοψίζοντας, όσον αφορά τις στατιστικά σημαντικά διαφορές των παραγόντων στην πορεία της θεραπείας, η ανάλυση έδειξε ότι η αναγνώριση προβλήματος είναι σημαντικά μεγαλύτερη στην αρχή της θεραπείας σε σύγκριση με τη φάση της επανένταξης. Στην αμφιβολία για την ύπαρξη του προβλήματος παρατηρούμε σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην πρώτη φάση θεραπείας και στην αρχή της κλειστής φάσης σε σύγκριση με την κοινωνική επανένταξη. Επίσης, παρατηρούμε σημαντικά περισσότερα βήματα για αλλαγή στην τελευταία φάση της θεραπείας σε σύγκριση με την αρχή της κλειστής φάσης.

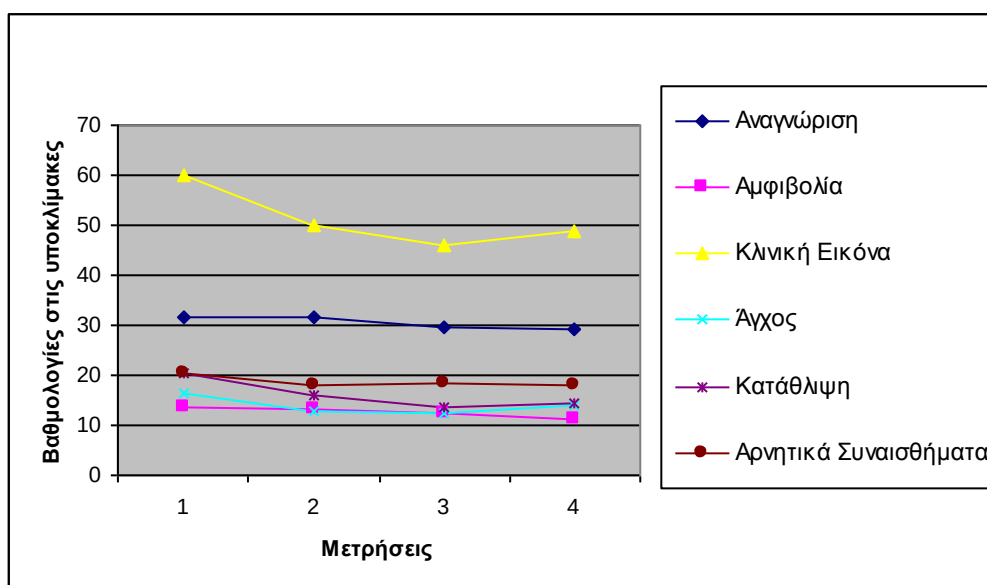
Η αυτοαποτελεσματικότητα, είναι σημαντικά μεγαλύτερη όσο προχωράει η θεραπεία, με εξαίρεση την αρχή της κλειστής φάσης, όπου φαίνεται ότι μειώνεται αισθητά. Η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία εμφανίζεται σημαντικά μεγαλύτερη στο τέλος της κλειστής φάσης της θεραπείας. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη αυξάνεται σταδιακά στη διάρκεια της θεραπείας με τη σημαντικότερη αύξηση να σημειώνεται στο τέλος της κλειστής φάσης και στην επανένταξη σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Η υποστήριξη των φίλων είναι σημαντικά μεγαλύτερη στην κλειστή φάση και στη φάση της επανένταξης σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Αντίστοιχα σημαντικά μεγαλύτερη είναι η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στο τέλος της κλειστής φάσης και στην φάση της κοινωνικής επανένταξης σε σύγκριση με την αρχική φάση.

Η συνολική κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη στρες) στο τέλος της κλειστής φάσης θεραπείας εμφανίζεται σημαντικά λιγότερο επιβαρυνμένη σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος εμφανίζεται μεγαλύτερο στην πρώτη φάση σε σύγκριση με το τέλος της κλειστής φάσης. Η κατάθλιψη είναι σημαντικά μεγαλύτερη στην πρώτη φάση απ' ό,τι στο τέλος της κλειστής φάσης και στην επανένταξη. Τα θετικά συναισθήματα εμφανίζονται σημαντικά περισσότερα στο τέλος της κλειστής φάσης και στην επανένταξη σε σύγκριση με τις δύο πρώτες μετρήσεις στην αρχική φάση και στην αρχή της κλειστής φάσης. Αντίστοιχα υπάρχει μείωση των αρνητικών συναισθημάτων στην πορεία της θεραπείας με τη μεγαλύτερη σημαντική διαφορά να εντοπίζεται ανάμεσα στην τελευταία και την πρώτη φάση. Ως προς το νόημα της ζωής παρατηρούμε στατιστικά μεγαλύτερη παρουσία και ύπαρξη νοήματος στο τέλος της κλειστής φάσης σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Τα διαγράμματα 15 και 16 δείχνουν συγκεντρωτικά τους παράγοντες που σημείωσαν στατιστικά σημαντική αύξηση και στατιστικά σημαντική μείωση αντίστοιχα στις 4 μετρήσεις.

Διάγραμμα 15:
Παράγοντες με στατιστικά σημαντική αύξηση



Διάγραμμα 16:
Παράγοντες με στατιστικά σημαντική μείωση



2^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μετάβαση από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη;

Προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αυτό, διεξάχθηκε αρχικά έλεγχος χ^2 (Crosstabulation-Chi-Square) και έλεγχος t (Independent Samples T-Test) ώστε να αναδειχθούν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους θεραπευόμενους που διέκοψαν και σε αυτούς που προχώρησαν από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη. Ο έλεγχος χ^2 διεξάχθηκε εκεί όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν κατηγορικής κλίμακας ενώ ο έλεγχος t στις αναλύσεις όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν κλίμακας ίσων διαστημάτων. Και στις δύο περιπτώσεις εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η μετάβαση από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη. Έγιναν συνολικά 5 έλεγχοι χ^2 και 5 έλεγχοι t που αντιστοιχούν στο πέρασμα από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη. Παρακάτω παρατίθενται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Α) Έλεγχος χ^2 και έλεγχος t για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα σε αυτούς που περνούν από τον Συμβουλευτικό Σταθμό στην Κλειστή φάση θεραπείας και σε αυτούς που διακόπτουν στη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού.

Μετάβαση από τον Συμβουλευτικό Σταθμό στην Κλειστή φάση θεραπείας.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) στην αναγνώριση του προβλήματος, την αυτοαποτελεσματικότητα και την αναζήτηση του νοήματος ανάμεσα σε αυτούς που περνούν στην κλειστή φάση της θεραπείας και σε αυτούς που διακόπτουν στην αρχική φάση του συμβουλευτικού σταθμού. Συγκεκριμένα, όσοι περνούν στην κλειστή φάση έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αναγνώριση του προβλήματος, σημαντικά λιγότερη αυτοαποτελεσματικότητα και σημαντικά λιγότερη αναζήτηση νοήματος σε σύγκριση με αυτούς που διακόπτουν τη θεραπεία στη αρχική της φάση (Πίνακας 52).

Πίνακας 52:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που μπήκαν στην κλειστή φάση και όσων διέκοψαν στη φάση του συμβουλευτικού σταθμού

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Αναγνώριση	-2,19	-2,027	131	*0,045
Αυτοαποτελεσματικότητα	10,21	2,600	130	*0,015
Αναζήτηση Νοήματος	6,01	2,186	130	*0,032

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Β) Έλεγχος χ^2 και έλεγχος t για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα σε αυτούς που παραμένουν στους 3 μήνες της Κλειστής φάσης και σε αυτούς που ενώ μπήκαν στην Κλειστή φάση της θεραπείας, διέκοψαν τη θεραπεία σε κάποια στιγμή της Κλειστής φάσης πριν φτάσουν στους 3 μήνες παραμονής.

Παραμονή ως τους τρεις μήνες της Κλειστής φάσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) ως προς την αναγνώριση του προβλήματος και τα βήματα για αλλαγή ανάμεσα σε αυτούς που παραμένουν στους 3 μήνες της κλειστής φάσης και σε αυτούς που ενώ μπήκαν στην κλειστή φάση της θεραπείας, διέκοψαν τη θεραπεία σε κάποια στιγμή της κλειστής φάσης πριν φτάσουν στους τρεις μήνες παραμονής. Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι που παρέμειναν στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αναγνώριση του προβλήματος και είχαν κάνει σημαντικά περισσότερα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής σε σύγκριση με αυτούς που διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης, πριν φτάσουν στον τρίτο μήνα (Πίνακας 53).

Πίνακας 53:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία πριν φτάσουν στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Αναγνώριση προβλήματος	-1,90	-2,377	117	*0,019
Βήματα για αλλαγή	-2,21	-2,467	117	*0,015

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Γ) Έλεγχος χ^2 και έλεγχος t για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα σε αυτούς που παραμένουν στους 6 μήνες της Κλειστής φάσης και σε αυτούς που διακόπτουν τη θεραπεία ανάμεσα στους 3 και τους 6 μήνες της Κλειστής φάσης.

Παραμονή ως τους έξι μήνες της Κλειστής φάσης

Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι η παραμονή στους έξι μήνες της κλειστής φάσης εξαρτάται από το φύλο ($\chi^2(1, N=115)=20,46$, $p=,00$) και συγκεκριμένα οι άντρες έχουν

σημαντικά περισσότερη πιθανότητα να παραμείνουν ως τους 6 μήνες της κλειστής φάσης από τις γυναίκες (Πίνακας 54).

Ο έλεγχος t έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) ως προς τα θετικά συναισθήματα (1^η μέτρηση), την αναγνώριση του προβλήματος, την κατάθλιψη και τη συνολική κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες) (2^η μέτρηση) ανάμεσα σε αυτούς που παραμένουν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης και σε αυτούς που διακόπτουν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και τους έξι μήνες της κλειστής φάσης. Συγκεκριμένα, όσοι παραμένουν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης έχουν σημαντικά περισσότερα θετικά συναισθήματα, σημαντικά λιγότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες (κλινική εικόνα) σε σύγκριση με αυτούς που διακόπτουν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και στους έξι μήνες της κλειστής φάσης (Πίνακας 55).

Πίνακας 54:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και τους έξι μήνες της κλειστής φάσης

Παραμονή στους έξι μήνες της κλειστής φάσης	Φύλο		χ^2	d	P
	Ανδρας	Γυναίκα			
Όχι	12 (-4,5)	12 (4,5)	20,46	1	,00**
Ναι	82 (4,5)	9 (-4,5)			

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$ (Το ρυθμισμένο τυποποιημένο υπόλοιπο-adjusted standardized residual- εμφανίζεται στην παρένθεση κάτω από τις συχνότητες των ομάδων)

Πίνακας 55:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που παρέμειναν στους έξι μήνες της κλειστής φάσης και όσων διέκοψαν τη θεραπεία ανάμεσα στους τρεις και τους έξι μήνες της κλειστής φάσης

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Θετικά Συναισθήματα	-3,65	-2,254	89	*0,027
Κατάθλιψη	5,14	2,135	110	*0,035
Κλινική Εικόνα (άγχος, στρες, κατάθλιψη)	13,96	2,191	110	*0,031

* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

Δ) Έλεγχος χ^2 και έλεγχος t για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα σε αυτούς που μπόρεσαν και ολοκλήρωσαν την Κλειστή φάση και πέρασαν στην φάση της Επανένταξης και σε αυτούς που διέκοψαν τη θεραπεία κάποια στιγμή στη διάρκεια της Κλειστής φάσης.

Ολοκλήρωση Κλειστής φάσης-πέρασμα στη φάση της Επανένταξης

Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι η ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και το πέρασμα στη φάση της επανένταξης εξαρτάται από το φύλο ($\chi^2(1, N=140)=8,84$, $p=.03$) και συγκεκριμένα οι άντρες έχουν σημαντικά περισσότερη πιθανότητα να ολοκληρώσουν την κλειστή φάση από τις γυναίκες (Πίνακας 56).

Ο έλεγχος t έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αναγνώριση του προβλήματος και τα βήματα για αλλαγή (1^η μέτρηση) ανάμεσα σε αυτούς που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση και πέρασαν στην φάση της επανένταξης και σε αυτούς που διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης. Συγκεκριμένα, αυτοί που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αναγνώριση του προβλήματος και είχαν κάνει σημαντικά περισσότερα βήματα στην κατεύθυνση της αλλαγής από αυτούς που διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης (Πίνακας 57).

Πίνακας 56:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση και πέρασαν στην επανένταξη και όσων διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης

Ολοκλήρωση κλειστής φάσης	Φύλο		χ^2	d	p
	Άνδρας	Γυναίκα			
Όχι	37 (-3,0)	16 (4,5)	8,84	1	,03*
Ναι	78 (3,0)	9 (-4,5)			

* $P<0,05$, ** $P<0,01$, *** $P<0,001$ (Το ρυθμισμένο τυποποιημένο υπόλοιπο-adjusted standardized residual- εμφανίζεται στην παρένθεση κάτω από τις συχνότητες των ομάδων)

Πίνακας 57:

Στατιστικά σημαντικές διαφορές θεραπευομένων που ολοκλήρωσαν την κλειστή φάση και πέρασαν στην επανένταξη και όσων διέκοψαν τη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης

Μεταβλητές	Διαφορά μ.τ.	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	P
Αναγνώριση	-1,57	-2,052	79	*0,043
Βήματα για αλλαγή	-1,96	-2,473	77	*0,016

* $P<0,05$, ** $P<0,01$, *** $P<0,001$

Ε) Έλεγχος χ^2 και ένας έλεγχος t για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα σε αυτούς που παρέμειναν στους 3 μήνες της Επανένταξης και σε αυτούς που ενώ έφτασαν μέχρι την Επανένταξη, διέκοψαν την θεραπεία πριν φτάσουν στους 3 μήνες της φάσης αυτής.

Παραμονή ως στους 3 μήνες της Επανένταξης

Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που παρέμειναν στους τρεις μήνες της επανένταξης και σε αυτούς που ενώ έφτασαν μέχρι την επανένταξη, διέκοψαν την θεραπεία πριν φτάσουν στους τρεις μήνες της φάσης αυτής.

Στη συνέχεια, και βάση των αποτελεσμάτων των ελέγχων χ^2 και t διεξάχθηκε στατιστική ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές (Binary Logistic Regression). Έγιναν συνολικά 5 αναλύσεις παλινδρόμησης που αντιστοιχούν στο πέρασμα από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη. Παρακάτω παρατίθενται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα

Α) Ανάλυση παλινδρόμησης για την εύρεση των χαρακτηριστικών που επηρεάζουν τη μετάβαση από τον Συμβουλευτικό Σταθμό στην Κλειστή φάση της θεραπείας

Μετάβαση από τον Συμβουλευτικό Σταθμό στην Κλειστή φάση θεραπείας.

Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν βρέθηκε ότι η αναζήτηση νοήματος (1^η μέτρηση) έχει στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στη μετάβαση από την αρχική φάση της θεραπείας, το συμβουλευτικό σταθμό, στην επόμενη φάση, το κλειστό πρόγραμμα. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,282) ,αν αυξηθεί η αναζήτηση νοήματος, μειώνεται η πιθανότητα να περάσει κάποιος από την αρχική φάση της θεραπείας στην κλειστή φάση (Πίνακας 58). Το μοντέλο ερμηνεύει το 24,1% της συνολικής διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (Negelkerke R Square=0,241).

Πίνακας 58:
Μεταβλητές που επηρεάζουν τη μετάβαση από την αρχική φάση (συμβουλευτικός σταθμός) στην κλειστή φάση της θεραπείας

Μεταβλητές στην εξίσωση			
	B	Wald	P
Αναγνώριση	,128	1,495	,221
Αυτοαποτελεσματικότητα	,002	,010	,919
Αναζήτηση Νοήματος	-,282	4,569	,033
Συνεχής	6,897	1,995	,158

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο : Αναγνώριση, Αυτοαποτελεσματικότητα, Αναζήτηση Νοήματος.

B) Ανάλυση παλινδρόμησης για την εύρεση χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της Κλειστής φάσης θεραπείας.

Παραμονή ως τους τρεις μήνες της Κλειστής φάσης

Από το σύνολο των χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, βρέθηκε ότι το μόνο το φύλο ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην παραμονή κάποιου στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-2,038), οι άντρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να φτάσουν στον τρίτο μήνα της κλειστής φάσης της θεραπείας (Πίνακας 59). Το μοντέλο ερμηνεύει το 37,4% της συνολικής διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (Negelkerke R Square=0,374).

Πίνακας 59:
Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας

Μεταβλητές στην εξίσωση			
	B	Wald	P
Φύλο	-2,038	3,536	,050
Ηλικία	-,191	1,853	,173
Αναγνώριση	,177	1,791	,181
Αμφιβολία	,148	1,652	,199
Βήματα για αλλαγή	,021	,026	,871
Αυτοαποτελεσματικότητα	,001	,007	,932
Προσδοκία	-,042	,093	,760
Κοινωνική Υποστήριξη	,054	,326	,568
Στρες	,033	,291	,590
Άγχος	-,077	1,488	,222
Κατάθλιψη	0,01	,000	,984
Θετικά Συναισθήματα	-,025	,167	,683
Αρνητικά Συναισθήματα	,023	,065	,798
Παρουσία Νοήματος	-,015	,035	,852
Αναζήτηση Νοήματος	,060	,686	,408
Συνεχής	3,237	,259	,611

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο: Φύλο, Ηλικία, Αναγνώριση, Αμφιβολία, Βήματα για αλλαγή, Αυτοαποτελεσματικότητα, Προσδοκία, Κοινωνική υποστήριξη, Άγχος, Κατάθλιψη, Στρες, Θετικά Συναισθήματα, Αρνητικά Συναισθήματα, Παρουσία Νοήματος, Αναζήτηση Νοήματος,

Στο ίδιο στάδιο θεραπείας, βρέθηκε ότι η αναγνώριση του προβλήματος στην αρχική φάση (1^η μέτρηση) ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην παραμονή κάποιου στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,108), αν αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος, αυξάνεται η πιθανότητα να παραμείνει κάποιος ως τους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας (Πίνακας 60). Το μοντέλο ερμηνεύει το 9,9% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Nagelkerke R Square=0,099).

Πίνακας 60:

Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας

	Μεταβλητές στην εξίσωση		
	B	Wald	P
Αναγνώριση	,108	3,682	,050
Βήματα για αλλαγή	,049	,835	,361
Συνεχής	-4,337	1,755	,013

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο : Αναγνώριση, Βήματα για αλλαγή

Γ) Ανάλυση παλινδρόμησης για την εύρεση χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την παραμονή στους έξι μήνες της Κλειστής φάσης θεραπείας

Παραμονή ως τους έξι μήνες της Κλειστής φάσης

Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν δεν βρέθηκε κάποιο που να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην παραμονή στους έξι μήνες της κλειστής φάσης θεραπείας.

Δ) Ανάλυση παλινδρόμησης για την εύρεση χαρακτηριστικών που επηρεάζουν τη μετάβαση από την Κλειστή φάση θεραπείας στη φάση της κοινωνικής Επανένταξης.

Ολοκλήρωση Κλειστής φάσης-πέρασμα στη φάση της Επανένταξης

Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν βρέθηκε ότι η προσδοκία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το στρες (1^η μέτρηση) και η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στη διάρκεια της κλειστής φάσης (2^η μέτρηση) ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στη μετάβαση από την κλειστή φάση θεραπεία στην φάση της κοινωνικής επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,554), αν αυξηθεί η προσδοκία στην αρχή (1^η μέτρηση), αυξάνεται η πιθανότητα να

ολοκληρώσει κάποιος την κλειστή φάση θεραπείας και να περάσει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,224), αν αυξηθεί το στρες στην αρχή της θεραπείας (1^η μέτρηση), μειώνεται η πιθανότητα να ολοκληρώσει κάποιος την κλειστή φάση θεραπείας και να περάσει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,302), αν αυξηθεί η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης (2^η μέτρηση), μειώνεται η πιθανότητα να ολοκληρώσει κάποιος την κλειστή φάση θεραπείας και να περάσει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης (Πίνακας 61). Το μοντέλο ερμηνεύει το 44,7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Nagelkerke R Square=0,447).

Πίνακας 61:

Μεταβλητές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και τη μετάβαση στην κοινωνική επανένταξη
Μεταβλητές στην εξίσωση

	B	Wald	P
Αναγνώριση	,266	1,299	,254
Αμφιβολία	,202	1,410	,235
Βήματα για αλλαγή	-,187	,933	,334
Αυτοαποτελεσματικότητα	,028	1,402	,236
Προσδοκία	,554	4,129	,042
Κοινωνική Υποστήριξη (σημαντικοί άλλοι)	-,035	,088	,767
Κοινωνική Υποστήριξη (οικογένεια)	-,085	,896	,344
Κοινωνική Υποστήριξη (φίλοι)	-,092	1,307	,253
Στρες	-,224	4,414	,036
Άγχος	,088	1,060	,303
Κατάθλιψη	,160	3,329	,068
Θετικά Συναισθήματα	,164	2,833	,092
Αρνητικά Συναισθήματα	-,135	1,030	,310
Παρουσία Νοήματος Αναζήτηση	-,101	1,141	,285
Νοήματος	,036	,172	,678
Ικανοποίηση	-,302	4,145	,042
Συνεχής	7,447	1,276	,259

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο: Αναγνώριση, Αμφιβολία, Βήματα για αλλαγή, Αυτοαποτελεσματικότητα, Προσδοκία, Κοινωνική Υποστήριξη (σημαντικοί άλλοι), Κοινωνική Υποστήριξη (οικογένεια), Κοινωνική Υποστήριξη (φίλοι), Άγχος, Στρες, Κατάθλιψη, Θετικά Συναισθήματα, Αρνητικά Συναισθήματα, Παρουσία Νοήματος, Αναζήτηση Νοήματος, Ικανοποίηση.

Ε) Ανάλυση παλινδρόμησης για την εύρεση χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της Κοινωνικής Επανένταξης.

Παραμονή ως στους τρεις μήνες της Επανένταξης

Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, βρέθηκε ότι αυτά που ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην παραμονή κάποιου στους τρεις μήνες της κοινωνικής επανένταξης είναι τα βήματα για αλλαγή, η ικανοποίηση από τη θεραπεία,

η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και τα συμπτώματα κατάθλιψης στην κλειστή φάση θεραπείας (2^η μέτρηση). Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,596), αν αυξηθούν τα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, αυξάνεται η πιθανότητα να παραμείνει κάποιος στους τρεις μήνες της επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,788) αν αυξηθεί η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία, αυξάνεται η πιθανότητα να παραμείνει κάποιος στους τρεις μήνες της επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-1,086), αν αυξηθεί η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους, μειώνεται η πιθανότητα να παραμείνει κάποιος στους τρεις μήνες της επανένταξης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,419), αν αυξηθεί η κατάθλιψη, αυξάνεται η πιθανότητα να παραμείνει κάποιος στους τρεις μήνες της επανένταξης (Πίνακας 62). Το μοντέλο ερμηνεύει το 47,7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Nagelkerke R Square=0,477).

Πίνακας 62:

Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους 3 μήνες της κοινωνικής επανένταξης

	<u>Μεταβλητές στην εξίσωση</u>		
	B	Wald	P
Φύλο	11,035	,045	,832
Ηλικία	,233	,444	,505
Συνολική διάρκεια χρήσης	-,106	,116	,734
Αναγνώριση	-,411	1,780	,182
Αμφιβολία	-,231	,982	,322
Βήματα για αλλαγή	,596	4,841	,028
Αυτοαποτελεσματικότητα	-,003	,008	,927
Ικανοποίηση	,788	4,371	,037
Κοινωνική υποστήριξη (σημαντικοί άλλοι)	-1,086	6,991	,008
Κοινωνική Υποστήριξη (οικογένεια)	-,348	3,670	,055
Κοινωνική Υποστήριξη (φίλοι)	,146	,842	,359
Στρες	-,255	2,813	,094
Άγχος	-,212	1,254	,263
Κατάθλιψη	,419	5,242	,022
Θετικά Συναισθήματα	,139	,846	,358
Αρνητικά Συναισθήματα	,267	1,537	,215
Παρουσία Νοήματος	,094	,187	,665
Αναζήτηση Νοήματος	-,092	,232	,630
Συνεχής	-19,927	,134	,714

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο: Φύλο, Ηλικία, Συνολική Διάρκεια Χρήσης, Αναγνώριση, Αμφιβολία, Βήματα για αλλαγή, Αυτοαποτελεσματικότητα, Ικανοποίηση, Κοινωνική Υποστήριξη (σημαντικοί άλλοι), Κοινωνική Υποστήριξη (οικογένεια), Κοινωνική Υποστήριξη (φίλοι), Στρες, Άγχος, Κατάθλιψη, Θετικά Συναισθήματα, Αρνητικά Συναισθήματα, Παρουσία Νοήματος, Αναζήτηση Νοήματος,

Συνοψίζοντας, η μετάβαση από την πρώτη φάση θεραπείας, τον Συμβουλευτικό Σταθμό, στην Κλειστή φάση θεραπείας συνδέεται με τη μεγάλη αναγνώριση προβλήματος, τη μικρή αυτοαποτελεσματικότητα και τη μικρή αναζήτηση νοήματος. Ο επανέλεγχος επιβεβαίωσε ότι όσο αυξάνεται η αναζήτηση νοήματος, μειώνεται η πιθανότητα της μετάβασης στην κλειστή φάση. Στο επόμενο στάδιο, η μεγάλη αναγνώριση του προβλήματος και τα περισσότερα βήματα για αλλαγή φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα παραμονής στους τρεις μήνες της Κλειστής φάσης και ο επανέλεγχος επιβεβαιώνει τον σημαντικό ρόλο της αναγνώρισης προβλήματος στην αρχή της θεραπείας και αναδεικνύει το ρόλο του φύλου, με τους άντρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες παραμονής. Η παραμονή μέχρι το τέλος της Κλειστής φάσης συνδέεται με τα περισσότερα θετικά συναισθήματα και τη λιγότερο επιβαρυσμένη κλινική εικόνα και κυρίως τη λιγότερη κατάθλιψη. Και πάλι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να φτάσουν στο στάδιο αυτό. Ο επανέλεγχος, ωστόσο, δεν αναδεικνύει κανέναν σημαντικό παράγοντα. Όσον αφορά την ολοκλήρωση της Κλειστής φάσης και το πέραςμα στην Κοινωνική Επένταξη, την πιθανότητα αυξάνουν η μεγάλη αναγνώριση, τα περισσότερα βήματα και οι άντρες θεραπευόμενοι. Ο επανέλεγχος δείχνει τη θετική σχέση της προσδοκίας στην αρχή της θεραπείας με την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης, την αρνητική σχέση του στρες στην αρχική φάση και την αρνητική σχέση της ικανοποίησης από τη θεραπεία στην κλειστή φάση. Τέλος, ο αρχικός έλεγχος δεν έδειξε στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της Επένταξης. Ο επανέλεγχος, ωστόσο, με ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές ανέδειξε μια σειρά μεταβλητών που επηρεάζουν την παραμονή στην επένταξη και συγκεκριμένα η αύξηση των βημάτων για αλλαγή, η αύξηση της ικανοποίησης, η μείωση της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους και η αύξηση της κατάθλιψης στην αρχή της κλειστής φάσης συνδέονται με την παραμονή στους τρεις μήνες της επένταξης.

3^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιοι παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με την τελική έκβαση της απεξάρτησης;

Με βάση τα αποτελέσματα του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, διεξάχθηκε στατιστική ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές (Binary Logistic Regression) για την ανάδειξη των παραγόντων που συνδέονται με την

τελική έκβαση της απεξάρτησης, έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από την επιτυχία στα βήματα της θεραπείας, και συγκεκριμένα:

A) Μια ανάλυση παλινδρόμησης για την ανάδειξη των χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης θεραπείας και τη μετάβαση στη φάση της κοινωνικής επανένταξης

B) Μια ανάλυση παλινδρόμησης για την ανάδειξη χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κοινωνικής επανένταξης.

Οι αναλύσεις έδωσαν τα εξής αποτελέσματα:

A) Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη κατά την κλειστή φάση (3^{ος} μήνας-2^η μέτρηση) ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην ολοκλήρωση της κλειστής φάσης θεραπείας και στη μετάβαση στην κοινωνική επανένταξη (Πίνακας 63). Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,079), αν αυξηθεί η κατάθλιψη, μειώνεται η πιθανότητα να ολοκληρώσει κάποιος την κλειστή φάση και να περάσει στην κοινωνική επανένταξη. Το μοντέλο ερμηνεύει το 30,3% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Nagelkerke R Square=0,303).

Πίνακας 63:
Μεταβλητές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και τη μετάβαση στην κοινωνική επανένταξη

	<u>Μεταβλητές στην εξίσωση</u>		
	B	Wald	P
Αναγνώριση (1 ^η μέτρ)	,132	,540	,462
Βήματα για αλλαγή (1 ^η μέτρ)	-,023	,021	,886
Προσδοκία (1 ^η μετρ)	,219	1,549	,213
Αναζήτηση νοήματος (1 ^η μέτρ)	,035	,220	,639
Ικανοποίηση (2 ^η μέτρ)	-,198	1,989	,158
Στρες (2 ^η μέτρ)	-,006	,019	,891
Βήματα για αλλαγή (2 ^η μέτρ)	-,146	1,153	,283
Κοινωνική υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι (2 ^η μέτρ)	,043	,410	,522
Κατάθλιψη (2 ^η μέτρ)	-,079	4,402	,036
Συνεχής	2,446	,223	,637

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο: Αναγνώριση Προβλήματος (1^η μέτρ), Βήματα για αλλαγή (1^η μέτρ), Προσδοκία (1^η μέτρ), Αναζήτηση Νοήματος (1^η μέτρ), Ικανοποίηση (2^η μέτρ), Στρες (2^η μέτρ), Βήματα για αλλαγή (2^η μέτρ), Κοινωνική Υποστήριξη -σημαντικοί άλλοι (2^η μέτρ), Κατάθλιψη (2^η μέτρ).

B) Από τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους κατά την κλειστή φάση (3^{ος} μήνας-2^η μέτρηση) ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ($p < 0,05$) στην παραμονή κάποιου στους 3 μήνες της κοινωνικής επανένταξης (Πίνακας 64). Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,181), αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, μειώνεται η πιθανότητα να παραμείνει κανείς ως τους τρεις μήνες της κοινωνικής επανένταξης. Το μοντέλο ερμηνεύει το 14,8% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Nagelkerke R Square=0,148).

Πίνακας 64:
Μεταβλητές που επηρεάζουν την παραμονή στους τρεις μήνες της κοινωνικής επανένταξης

	Μεταβλητές στην εξίσωση		
	B	Wald	P
Βήματα για αλλαγή (2 ^η μέτρ)	,090	2,227	,136
Ικανοποίηση (2 ^η μέτρ)	,136	3,090	,079
Κοινωνική Υποστήριξη (σημαντικοί άλλοι) (2 ^η μέτρ)	- ,181	6,101	,014
Κατάθλιψη (2 ^η μέτρ)	,038	1,408	,235
Συνεχής	-2,118	,615	,433

Μεταβλητές που μπήκαν στο μοντέλο: Βήματα για αλλαγή (2^η μέτρ), Ικανοποίηση (2^η μέτρ), Κοινωνική Υποστήριξη -σημαντικοί άλλοι (2^η μέτρ), Κατάθλιψη (2^η μέτρ).

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η κατάθλιψη στην αρχή της κλειστής φάσης, τόσο μειώνεται η πιθανότητα να ολοκληρώσει ο θεραπευόμενος την κλειστή φάση και να περάσει στην επανένταξη.

Ο παράγοντας που βρέθηκε ότι συνδέεται αρνητικά με την παραμονή στους 3 μήνες της επανένταξης είναι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους.

4^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποια είναι η προβλεπτική ισχύς των μεταβλητών που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν τη θεραπεία σε σχέση με τις υπόλοιπες που συνδέονται με τη θεραπεία;

Προκειμένου να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, διεξήχθησαν μια σειρά αναλύσεις πολλαπλής βηματικής παλινδρόμησης (Multiple Stepwise Regression) σε καθεμιά από τις μεταβλητές που αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικές στα τρία πρώτα ερευνητικά ερωτήματα και συγκεκριμένα στην αναγνώριση προβλήματος, τα βήματα για αλλαγή, την αυτοαποτελεσματικότητα, την προσδοκία και το στρες, τα θετικά συναισθήματα και την αναζήτηση νοήματος στην πρώτη φάση της θεραπείας και στην αναγνώριση προβλήματος, τα βήματα για αλλαγή, την ικανοποίηση, την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, το στρες, την κατάθλιψη και την συνολική κλινική εικόνα στην κλειστή φάση (στους τρεις μήνες). Πέραν των μεταβλητών που αναδείχθηκαν από τα προηγούμενα ερωτήματα, στις αναλύσεις αυτού του ερωτήματος συμπεριλάβαμε την αυτοαποτελεσματικότητα στην 4^η μέτρηση (τελευταία φάση της θεραπείας), ως μεταβλητή που αναδείχθηκε από την βιβλιογραφία ως σημαντική για το ρόλο της στο τέλος της θεραπείας. Στις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες οι μεταβλητές της ίδιας φάσης θεραπείας και οι μεταβλητές των προηγούμενων φάσεων που μπορούσαν να έχουν επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρατίθενται παρακάτω.

Αναγνώριση (1^η μέτρηση)

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αναγνώριση του προβλήματος (1^η μέτρηση) έχουν τα βήματα για αλλαγή και τα αρνητικά συναισθήματα στην πρώτη φάση της θεραπείας

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αναγνώρισης προβλήματος) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (προσδοκία, θετικά συναισθήματα) είναι 40,4 % (Adjusted R Square=0,404).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,492) αν ο θεραπευόμενος κάνει περισσότερα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,145), αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος (Πίνακας 65).

Πίνακας 65:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης του προβλήματος (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Βήματα για αλλαγή	,492	,379	47,687	,000
Αρνητικά Συναισθήματα	,145	,040	5,272	,025

Εξαρτημένη μεταβλητή: αναγνώριση προβλήματος (1^η μέτρηση)

Βήματα για αλλαγή (1^η μέτρηση)

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στα βήματα για αλλαγή στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν η αναζήτηση νοήματος και η αναγνώριση προβλήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (βήματα για αλλαγή) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (αναζήτηση νοήματος, αναγνώριση) είναι 42,5 % (Adjusted R Square=0,425).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,600) αν αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος, αυξάνονται τα βήματα για αλλαγή. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,179), αν έχουμε αύξηση της αναζήτησης νοήματος, αυξάνονται τα βήματα στην κατεύθυνση της αλλαγής (Πίνακας 66).

Πίνακας 66:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των βημάτων για αλλαγή (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Αναγνώριση	,600	,379	47,687	,000
Αναζήτηση Νοήματος	,179	,060	8,203	,005

Εξαρτημένη μεταβλητή: βήματα για αλλαγή (1^η μέτρηση)

Αυτοαποτελεσματικότητα (1^η μέτρηση)

Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και τα θετικά συναισθήματα.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αυτοαποτελεσματικότητα) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές

(κοινωνική υποστήριξη, θετικά συναισθήματα) είναι 20,9 % (Adjusted R Square=0,209).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (1,067) αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα, αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (1,496) αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα (Πίνακας 67).

Πίνακας 67:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Θετικά Συναισθήματα	1,067	,144	13,115	,001
Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι	1,496	,085	8,517	,005

Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοαποτελεσματικότητα (1^η μέτρηση)

Προσδοκία (1^η μέτρηση)

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην προσδοκία για το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν τα βήματα για αλλαγή και η παρουσία νοήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (προσδοκία) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (βήματα για αλλαγή, παρουσία νοήματος) είναι 16,3 % (Adjusted R Square=0,163).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,258) αν αυξηθούν τα βήματα για αλλαγή, αυξάνεται η προσδοκία για το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,131), αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, αυξάνεται η προσδοκία για το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας (Πίνακας 68).

Πίνακας 68:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της προσδοκία (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Βήματα για αλλαγή	,258	,117	10,320	,002
Παρουσία Νοήματος	,131	,068	6.377	,014

Εξαρτημένη μεταβλητή: προσδοκία (1^η μέτρηση)

Στρες (1^η μέτρηση)

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στο στρες στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν το άγχος, η κατάθλιψη και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (στρες) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική υποστήριξη) είναι 71,8 % (Adjusted R Square=0,718).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,498) αν αυξηθεί το άγχος στην πρώτη φάση, αυξάνεται το στρες. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,389), αν αυξηθεί η κατάθλιψη, αυξάνεται το στρες. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,340), αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, αυξάνεται το στρες. (Πίνακας 69).

Πίνακας 69:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (1^η φάση)

	B	ΔR ²	F	P
Άγχος	,498	,628	131,587	,000
Κατάθλιψη	,389	,080	20,936	,000
Κοινωνική Υποστήριξη - σημαντικοί άλλοι	,340	,022	6,056	,016

Εξαρτημένη μεταβλητή: στρες (1^η μέτρηση)

Θετικά συναισθήματα (1^η μέτρηση)

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στα θετικά συναισθήματα στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν η παρουσία νοήματος, τα αρνητικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (θετικά συναισθήματα) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (παρουσία νοήματος, αρνητικά συναισθήματα, αυτοαποτελεσματικότητα) είναι 28,3 % (Adjusted R Square=0,283).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,435), αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, αυξάνονται τα θετικά συναισθήματα. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,327) αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα, μειώνονται τα θετικά συναισθήματα. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,061), αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα, αυξάνονται τα θετικά συναισθήματα (Πίνακας 70).

Πίνακας 70:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των θετικών συναισθημάτων (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Παρουσία Νοήματος	,435	,187	17,939	,000
Αρνητικά Συναισθήματα	-,327	,085	9,014	,004
Αυτοαποτελεσματικότητα	,061	,038	4,165	,045

Εξαρτημένη μεταβλητή: θετικά συναισθήματα (1^η μέτρηση)

Αναζήτηση νοήματος (1^η μέτρηση)

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αναζήτηση νοήματος στην πρώτη φάση της θεραπείας έχουν τα βήματα για αλλαγή και η παρουσία νοήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (παρουσία νοήματος) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (βήματα για αλλαγή, παρουσία νοήματος) είναι 21,9 % (Adjusted R Square=0,219).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,568), αν αυξηθούν τα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, αυξάνεται η αναζήτηση νοήματος. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,300), αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, αυξάνεται η αναζήτηση νοήματος (Πίνακας 71).

Πίνακας 71:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναζήτησης νοήματος (1^η φάση)

	B	ΔR^2	F	P
Βήματα για αλλαγή	,568	,147	13,405	,000
Παρουσία Νοήματος	,300	,092	9,327	,003

Εξαρτημένη μεταβλητή: αναζήτηση νοήματος (1^η μέτρηση)

Αναγνώριση προβλήματος (2^η μέτρηση)

α. Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αναγνώριση του προβλήματος στη δεύτερη φάση της θεραπείας (κλειστή φάση-τρεις μήνες) έχουν τα βήματα για αλλαγή, η ικανοποίηση και η αυτοαποτελεσματικότητα.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αναγνώρισης προβλήματος) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (βήματα για αλλαγή, ικανοποίηση, αυτοαποτελεσματικότητα) είναι 32,1 % (Adjusted R Square=0,321).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,234) αν ο θεραπευόμενος κάνει περισσότερα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,236), αν αυξηθεί η ικανοποίηση, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-3,48E-02) αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα, μειώνεται η αναγνώριση προβλήματος (Πίνακας 72).

Πίνακας 72:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης (2^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Βήματα για αλλαγή	,234	,198	15,837	,006
Ικανοποίηση	,236	,075	6,548	,006
Αυτοαποτελεσματικότητα	-3,48E-02	,079	7,517	,008

Εξαρτημένη μεταβλητή: αναγνώριση (2^η μέτρηση)

β. Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αναγνώριση του προβλήματος στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας έχουν η ικανοποίηση και το στρες στην ίδια φάση και η αναγνώριση προβλήματος στην πρώτη φάση.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αναγνώρισης προβλήματος) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές είναι 42,6 % (Adjusted R Square=0,426).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,336) αν αυξηθεί η ικανοποίηση στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,307), αν αυξηθεί η αναγνώριση προβλήματος στην πρώτη φάση θεραπείας, τότε θα αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος στην κλειστή φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,074) αν αυξηθεί το στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, αυξάνεται η αναγνώριση προβλήματος στην ίδια φάση (Πίνακας 73).

Πίνακας 73:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αναγνώρισης (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR^2	F	P
Ικανοποίηση (2 ^η μέτρ)	,336	,324	23,450	,000
Αναγνώριση (1 ^η μέτρ)	,307	,079	6,381	,013
Στρες (2 ^η μέτρ)	,074	,057	4,999	,030

Εξαρτημένη μεταβλητή: αναγνώριση (2^η μέτρηση)

Βήματα για αλλαγή (2^η μέτρηση)

α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στα βήματα για αλλαγή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν η αναγνώριση του προβλήματος, η αναζήτηση νοήματος και τα θετικά συναισθήματα.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (βήματα για αλλαγή) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (αναγνώριση προβλήματος, αναζήτηση νοήματος, θετικά συναισθήματα) είναι 33 % (Adjusted R Square=0,330).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,538) αν αυξηθεί η αναγνώριση του προβλήματος, αυξάνονται τα βήματα για αλλαγή. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,207), αν έχουμε αύξηση της αναζήτησης νοήματος, αυξάνονται τα βήματα στην κατεύθυνση της αλλαγής. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,127) αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα, τότε αυξάνονται τα βήματα προς την αλλαγή (Πίνακας 74).

Πίνακας 74:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ανάληψης βημάτων για αλλαγή (2^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Αναγνώριση	,538	,198	15,837	,000
Αναζήτηση Νοήματος	,207	,114	10,476	,013
Θετικά Συναισθήματα	,127	,048	4,702	,034

Εξαρτημένη μεταβλητή: βήματα για αλλαγή (2^η μέτρηση)

β. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση **στα βήματα για αλλαγή** στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης (2^η μέτρηση) έχουν η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην ίδια φάση και το άγχος και τα βήματα προς την αλλαγή στην πρώτη φάση θεραπείας.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (βήματα για αλλαγή) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές είναι 36,6 % (Adjusted R Square=0,366).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,430) αν αυξηθεί η ικανοποίηση στην κλειστή φάση (3 μήνες-2^η μέτρηση), αυξάνονται τα βήματα για αλλαγή στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,133), αν αυξηθεί το άγχος στην πρώτη φάση, αυξάνονται τα βήματα στην κατεύθυνση της αλλαγής στην κλειστή φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,324) αν αυξηθούν τα βήματα για αλλαγή στην πρώτη φάση, τότε αυξάνονται τα βήματα προς την αλλαγή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης (Πίνακας 75).

Πίνακας 75:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη των βημάτων για αλλαγή (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR ²	F	P
Ικανοποίηση (2 ^η μέτρ)	,430	,265	17,654	,000
Άγχος (1 ^η μέτρ)	,133	,078	5,666	,021
Βήματα για αλλαγή (1 ^η μέτρ)	,324	,062	4,892	,032

Εξαρτημένη μεταβλητή: βήματα για αλλαγή (2^η μέτρηση)

Ικανοποίηση (2^η μέτρηση)

α. Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην κλειστή φάση της θεραπείας (τρεις μήνες -2^η μέτρηση) έχουν τα θετικά συναισθήματα και η αναγνώριση του προβλήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (ικανοποίηση) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (θετικά συναισθήματα, αναγνώριση προβλήματος) είναι 48,4 % (Adjusted R Square=0,484).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,302) αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα και η αναγνώριση προβλήματος, τότε αυξάνεται η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,445), αν αυξηθεί η αναγνώριση

προβλήματος, τότε αυξάνεται η ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας (Πίνακας 76).

Πίνακας 76:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ικανοποίησης (2^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Θετικά Συναισθήματα	,302	,399	42,550	,000
Αναγνώριση	,445	,101	12,731	,001

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση (2^η μέτρηση)

β. Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην **ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία** στην κλειστή φάση της θεραπείας (τρεις μήνες 2^η μέτρηση) έχουν η προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας στην πρώτη φάση και τα θετικά συναισθήματα και η αναγνώριση προβλήματος στην κλειστή φάση (2^η μέτρηση).

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (ικανοποίηση) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (προσδοκία, θετικά συναισθήματα, αναγνώριση) είναι 66,4% (Adjusted R Square=0,664).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,643) αν αυξηθεί η προσδοκία στην πρώτη φάση της θεραπείας, τότε αυξάνεται η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στους 3 μήνες της κλειστής φάσης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,187), αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται η ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,448), αν αυξηθεί η αναγνώριση προβλήματος στους 3 μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται η ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας στην ίδια φάση (Πίνακας 77).

Πίνακας 77:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της ικανοποίησης (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR^2	F	P
Προσδοκία (1 ^η μέτρ)	,643	,491	47,212	,000
Θετικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	,187	,123	15,265	,001
Αναγνώριση (2 ^η μέτρ)	,448	,070	10,467	,002

Εξαρτημένη μεταβλητή: ικανοποίηση (2^η μέτρηση)

Κοινωνική υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι (2^η μέτρηση)

α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχει η παρουσία νοήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 13 % (Adjusted R Square=0,130).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,318), αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, τότε αυξάνεται η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (Πίνακας 78).

Πίνακας 78:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους (2η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Παρουσία Νοήματος	,318	,146	9,067	,004

Εξαρτημένη μεταβλητή: κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (2^η μέτρηση)

β. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα θετικά συναισθήματα στην ίδια φάση.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 8% (Adjusted R Square=0,080).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,218), αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στην ίδια φάση. (Πίνακας 79).

Πίνακας 79:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR^2	F	P
Θετικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	,218	,099	5,361	,025

Εξαρτημένη μεταβλητή: κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (2^η μέτρηση)

Στρες (2^η μέτρηση)

α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στο στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα και η παρουσία νοήματος.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 58,5 % (Adjusted R Square=0,585).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (1,226), αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα, τότε αυξάνεται το στρες. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,478) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, τότε μειώνεται το στρες (Πίνακας 80).

Πίνακας 80:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (2^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα	1,226	,540	32,891	,000
Παρουσία Νοήματος	-,478	,074	5,158	,031

Εξαρτημένη μεταβλητή: στρες (2^η μέτρηση)

β. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στο στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος και η αυτοαποτελεσματικότητα στην ίδια φάση και η συνολική κλινική εικόνα και η παρουσία νοήματος στην πρώτη φάση.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 67,1 % (Adjusted R Square=0,686).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (1,024), αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται το στρες στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,682) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος στους 3 μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται το στρες στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,112) αν αυξηθούν το στρες, η κατάθλιψη και το άγχος (κλινική εικόνα) στην πρώτη φάση της θεραπείας, τότε αυξάνεται το στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,398) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος στην πρώτη φάση της θεραπείας, τότε αυξάνεται το στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-7,51E-02), αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε μειώνεται το στρες στην ίδια φάση (Πίνακας 81).

Πίνακας 81:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του στρες (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR ²	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	1,024	,395	31,973	,000
Παρουσία Νοήματος (2 ^η μέτρ)	-,682	,139	14,349	,000
Κλινική Εικόνα (1 ^η μέτρ)	,112	,103	13,365	,000
Παρουσία Νοήματος (1 ^η μέτρ)	,398	,035	4,961	,017
Αυτοαποτελεσματικότητα (2 ^η μέτρ)	-7,51E-02	,032	4,800	,034

Εξαρτημένη μεταβλητή: στρες (2^η μέτρηση)

Κατάθλιψη (2^η μέτρηση)

α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, τα θετικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 51,1 % (Adjusted R Square=0,513).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,871), αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα, τότε αυξάνεται η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,530) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, τότε μειώνεται η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,645), αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, τότε αυξάνεται η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,431) αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα, τότε μειώνεται η κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-9,75E-02) αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα, τότε μειώνεται η κατάθλιψη (Πίνακας 82).

Πίνακας 82:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κατάθλιψης (2^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR ²	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα	,871	,267	23,319	,000
Παρουσία Νοήματος	-,530	,114	11,547	,008
Κοινωνική Υποστήριξη- σημαντικοί άλλοι	,645	,047	5,040	,002
Θετικά Συναισθήματα	-,431	,078	9,625	,001
Αυτοαποτελεσματικότητα	-9,75E-02	,046	6,080	,017

Εξαρτημένη μεταβλητή: κατάθλιψη (2^η μέτρηση)

β. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, τα θετικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα στην ίδια φάση.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κοινωνική υποστήριξη) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι 50,2 % (Adjusted R Square=0,502).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,846), αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα στους 3 μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται η κατάθλιψη στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,607) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε μειώνεται η κατάθλιψη στην ίδια φάση.

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,679) αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε αυξάνεται η κατάθλιψη στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,382) αν αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε μειώνεται η κατάθλιψη στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-9,70E-02) αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, τότε μειώνεται η κατάθλιψη στην ίδια φάση (Πίνακας 83).

Πίνακας 83:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κατάθλιψης (2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR ²	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	,846	,216	13,540	,000
Παρουσία Νοήματος (2 ^η μέτρ)	-,607	,150	11,367	,009
Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι (2 ^η μέτρ)	,679	,076	6,414	,003
Θετικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	-,382	,065	6,045	,014
Αυτοαποτελεσματικότητα (2 ^η μέτρ)	-9,70E-02	,045	4,488	,040

Εξαρτημένη μεταβλητή: κατάθλιψη (2^η μέτρηση)

Κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες) (2^η μέτρηση)

α. Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική κλινική εικόνα (στρες, άγχος, κατάθλιψη) στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος και η κοινωνική υποστήριξη.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κλινική εικόνα) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (αρνητικά συναισθήματα, παρουσία νοήματος, κοινωνική υποστήριξη) είναι 60,4 % (Adjusted R Square=0,604).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (3,414) αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα, αυξάνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες (κλινική εικόνα). Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-1,788) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος, μειώνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,671) αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη, τότε αυξάνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες (Πίνακας 84).

Πίνακας 84:

*Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κλινικής εικόνας (άγχος, κατάθλιψη, στρες)
(2^η φάση-ίδια μέτρηση)*

	B	ΔR^2	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα	3,414	,499	27,895	,000
Παρουσία Νοήματος	-1,788	,085	5,490	,005
Κοινωνική Υποστήριξη	0,671	,061	4,458	,045

Εξαρτημένη μεταβλητή: κλινική εικόνα (2^η μέτρηση)

β. Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική κλινική εικόνα (στρες, άγχος, κατάθλιψη) στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η αυτοαποτελεσματικότητα, η παρουσία νοήματος και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στην ίδια φάση, και η κατάθλιψη στην πρώτη φάση.

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (κλινική εικόνα) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (αυτοαποτελεσματικότητα, παρουσία νοήματος, κοινωνική υποστήριξη) 68,1 % (Adjusted R Square=0,681).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (2,667) αν αυξηθούν τα αρνητικά συναισθήματα στους 3 μήνες της κλειστής φάσης, αυξάνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες (κλινική εικόνα) στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,301) αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης, μειώνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες (κλινική εικόνα) στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,597) αν αυξηθεί η κατάθλιψη στην πρώτη φάση της θεραπείας, τότε αυξάνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης (2^η μέτρηση). Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-1,548) αν αυξηθεί η παρουσία νοήματος στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης μειώνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες στην ίδια φάση. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,958) αν αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης αυξάνονται το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες στην ίδια φάση (Πίνακας 85).

Πίνακας 85:

*Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της κλινικής εικόνας (άγχος, κατάθλιψη, στρες)
(2^η φάση-όλες οι μετρήσεις)*

	B	ΔR^2	F	P
Αρνητικά Συναισθήματα (2 ^η μέτρ)	2,667	,339	25,145	,010
Αυτοαποτελεσματικότητα (2 ^η μέτρ)	- ,301	,191	19,582	,002
Κατάθλιψη (1 ^η μέτρ)	,597	,096	12,102	,003
Παρουσία Νοήματος (2 ^η μέτρ)	-1,548	,054	7,705	,001
Κοινωνική Υποστήριξη-σημαντικοί άλλοι (2 ^η μέτρ)	,958	,033	5,167	,028

Εξαρτημένη μεταβλητή: κλινική εικόνα (2^η μέτρηση)

Αυτοαποτελεσματικότητα (4^η μέτρηση)

α. Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα στην τρίτη φάση της θεραπείας έχουν τα βήματα για αλλαγή και η συνολική κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες).

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αυτοαποτελεσματικότητα) που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (ανάληψη βημάτων, κλινική εικόνα) είναι 14,3 % (Adjusted R Square=0,143).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (1,425) αν αυξηθούν τα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, τότε αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τον συντελεστή B (-0,182) αν αυξηθεί το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες, τότε μειώνεται η αυτοαποτελεσματικότητα. (Πίνακας 86).

Πίνακας 86:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (3^η φάση-ίδια μέτρηση)

	B	ΔR^2	F	P
Βήματα για αλλαγή	1,425	,113	8,053	,004
Κλινική Εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες)	-,182	,056	4,216	,044

Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοαποτελεσματικότητα (4^η μέτρηση)

β. Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα στην τρίτη φάση της θεραπείας (4^η μέτρηση) έχει η αυτοαποτελεσματικότητα στους 6 μήνες της κλειστής φάσης (3^η μέτρηση).

Το ποσοστό της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής (αυτοαποτελεσματικότητα-2^η μέτρηση) που ερμηνεύεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή (αυτοαποτελεσματικότητα-3^η μέτρηση) είναι 22,2 % (Adjusted R Square=0,222).

Σύμφωνα με τον συντελεστή B (0,452) αν αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα στους 6 μήνες της κλειστής φάσης (3^η μέτρηση), τότε αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα στην κοινωνική επανένταξη (4^η μέτρηση) (Πίνακας 87).

Πίνακας 87:

Πολλαπλή Βηματική Παλινδρόμηση: Πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας (3^η φάση-όλες οι μετρήσεις)

	B	ΔR ²	F	P
Αυτοαποτελεσματικότητα (3 ^η μέτρ)	,452	,249	9,262	,005

Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοαποτελεσματικότητα (4^η μέτρηση)

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα έδειξαν ότι στην **πρώτη φάση** της θεραπείας στατιστικά σημαντική επίδραση στην **αναγνώριση του προβλήματος** (1^η μέτρηση) έχουν τα βήματα για αλλαγή και τα αρνητικά συναισθήματα, **στα βήματα για αλλαγή** η αναζήτηση νοήματος και η αναγνώριση προβλήματος, στην **αυτοαποτελεσματικότητα** η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και τα θετικά συναισθήματα, στην **προσδοκία** για το αποτέλεσμα της παρεχόμενης θεραπείας τα βήματα για αλλαγή και η παρουσία νοήματος, στο **στρες** το άγχος, η κατάθλιψη και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, στα **θετικά συναισθήματα** η παρουσία νοήματος, τα αρνητικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα, στην **αναζήτηση νοήματος** τα βήματα για αλλαγή και η παρουσία νοήματος.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στη **δεύτερη φάση** της θεραπείας στατιστικά σημαντική επίδραση στην **αναγνώριση του προβλήματος** (κλειστή φάση-τρεις μήνες) έχουν τα βήματα για αλλαγή, η ικανοποίηση και η αυτοαποτελεσματικότητα. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αναγνώριση του προβλήματος στους τρεις μήνες της

κλειστής φάσης της θεραπείας έχουν η ικανοποίηση και το στρες στην ίδια φάση και η αναγνώριση προβλήματος στην πρώτη φάση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στα **βήματα για αλλαγή** στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν η αναγνώριση του προβλήματος, η αναζήτηση νοήματος και τα θετικά συναισθήματα. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στα βήματα για αλλαγή στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης (2^η μέτρηση) έχουν η ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην ίδια φάση και το άγχος και τα βήματα προς την αλλαγή στην πρώτη φάση θεραπείας.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην **ικανοποίηση** από την παρεχόμενη θεραπεία στην κλειστή φάση της θεραπείας (τρεις μήνες -2^η μέτρηση) έχουν τα θετικά συναισθήματα και η αναγνώριση του προβλήματος. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από την παρεχόμενη θεραπεία στην κλειστή φάση της θεραπείας (3 μήνες 2^η μέτρηση) έχουν η προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας στην πρώτη φάση και τα θετικά συναισθήματα και η αναγνώριση προβλήματος στην κλειστή φάση (2^η μέτρηση).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη **κοινωνική υποστήριξη** από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχει η παρουσία νοήματος. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα θετικά συναισθήματα στην ίδια φάση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στο **στρες** στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα και η παρουσία νοήματος. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στο στρες στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος και η αυτοαποτελεσματικότητα στην ίδια φάση και η συνολική κλινική εικόνα και η παρουσία νοήματος στην πρώτη φάση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην **κατάθλιψη** στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς

άλλους, τα θετικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, τα θετικά συναισθήματα και η αυτοαποτελεσματικότητα στην ίδια φάση.

Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στη **συνολική κλινική εικόνα** (στρες, άγχος, κατάθλιψη) στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η παρουσία νοήματος και η κοινωνική υποστήριξη. Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι σημαντική επίδραση στη συνολική κλινική εικόνα (στρες, άγχος, κατάθλιψη) στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης της θεραπείας (2^η μέτρηση) έχουν τα αρνητικά συναισθήματα, η αυτοαποτελεσματικότητα, η παρουσία νοήματος και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στην ίδια φάση, και η κατάθλιψη στην πρώτη φάση.

Η ανάλυση έδειξε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην **αυτοαποτελεσματικότητα** στην τρίτη φάση της θεραπείας έχουν τα βήματα για αλλαγή και η συνολική κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες). Εισάγοντας τους παράγοντες προηγούμενων φάσεων βρέθηκε ότι στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα στην τρίτη φάση της θεραπείας (4^η μέτρηση) έχει η αυτοαποτελεσματικότητα στους έξι μήνες της κλειστής φάσης (3^η μέτρηση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τους παράγοντες που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σχετίζονται με τη θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Η προσέγγιση του φαινομένου της εξάρτησης έγινε μέσα από τη σύνθεση και την κριτική ανάλυση των στοιχείων που την αποτελούν, των μεθόδων αντιμετώπισης και της αξιολόγησης των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία αλλαγής στη θεραπεία. Η επιλογή της μονάδας απεξάρτησης 18 Άνω για τη διεξαγωγή της έρευνας συνέβαλε με τη φιλοσοφία, τον τρόπο λειτουργίας και τη συνολική δεκτικότητα του πλαισίου, στην αποτελεσματική διερεύνηση των μεταβλητών καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν οι εξής μεταβλητές: ετοιμότητα (αναγνώριση, αμφιβολία, βήματα προς την αλλαγή), αυτοαποτελεσματικότητα, προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας και ικανοποίηση για την παρεχόμενη θεραπεία, κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια, φίλοι και σημαντικοί άλλοι), κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη, στρες), θετικά και αρνητικά συναισθήματα, νόημα ζωής (παρουσία και αναζήτηση νοήματος). Στόχος ήταν η μελέτη και η κατανόηση της διαδικασίας της θεραπείας μέσα από τη διερεύνηση της πορείας και του ρόλου των παραγόντων στα στάδια της θεραπείας της εξάρτησης, την ανάδειξη των επιμέρους παραγόντων που επηρεάζουν τη μετάβαση από τη μία φάση της θεραπείας στην άλλη και τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις σημαντικές μεταβλητές. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, δημιουργήθηκαν τέσσερα συνολικά ερευνητικά ερωτήματα που καλύπτουν το εύρος της προσέγγισης του υπό μελέτη θέματος. Μετά την επιλογή των κατάλληλων κλιμάκων έγιναν τέσσερις συνολικά μετρήσεις στις τρεις κύριες φάσεις της απεξάρτησης, τον συμβουλευτικό σταθμό (μία μέτρηση), την κλειστή φάση θεραπείας (δύο μετρήσεις) και την κοινωνική επανένταξη (μία μέτρηση).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται συζήτηση των κυριότερων αποτελεσμάτων της έρευνας και επιχειρείται η σύνδεσή τους με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την ελληνική πραγματικότητα. Ακόμη, συζητούνται θεωρητικές, θεραπευτικές, ερευνητικές και εκπαιδευτικές προεκτάσεις, αναφέρονται περιορισμοί, προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και συνοψίζονται τα συμπεράσματα της έρευνας καθώς και η συμβολή της στο πεδίο της θεραπείας της εξάρτησης από ουσίες.

Αναφορικά με το *πρώτο ερευνητικό ερώτημα* που αφορά την αναλογική συνεισφορά του κάθε παράγοντα στη διαδικασία της θεραπείας της εξάρτησης στα διάφορα χρονικά σημεία, διεξήχθησαν αναλύσεις επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για

την ανάδειξη των στατιστικά σημαντικών διαφορών στις υπό μελέτη μεταβλητές ανάμεσα στις τέσσερις μετρήσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μετρήσεις στις περισσότερες από τις μεταβλητές, γεγονός που υποδηλώνει αλλαγές που σημειώνονται στην πορεία της θεραπείας. Συγκεκριμένα, στις μεταβλητές της αναγνώρισης του προβλήματος, της αμφιβολίας, των αρνητικών συναισθημάτων και της κλινικής εικόνας παρατηρείται στατιστικά σημαντική σταδιακή μείωση στη διάρκεια της θεραπείας, ενώ στατιστικά σημαντική αύξηση σημειώνεται στα βήματα για αλλαγή, την ικανοποίηση από τη θεραπεία, την κοινωνική υποστήριξη, τα θετικά συναισθήματα και την παρουσία νοήματος στη ζωή.

Αναλυτικότερα, η *αναγνώριση προβλήματος* είναι σημαντικά μεγαλύτερη στην αρχή της θεραπείας σε σύγκριση με τη φάση της επανένταξης. Η μεγάλη αναγνώριση του προβλήματος στην αρχή της θεραπείας αιτιολογεί την απόφαση των θεραπευόμενων να ζητήσουν βοήθεια και- ως παράγοντας που συνθέτει την έννοια της ετοιμότητας για θεραπεία- επιβεβαιώνει το εύρημα ότι τα περισσότερα άτομα που προσέρχονται για θεραπεία δείχνουν και πιθανότατα έχουν κάποιο βαθμό ετοιμότητας για αλλαγή (Williams *et al.*, 2006). Η μείωση της αναγνώρισης τους προβλήματος στην τελευταία φάση της θεραπείας εκτιμούμε ότι σχετίζεται με την πεποίθηση των θεραπευόμενων ότι μετά από την ολοκλήρωση μεγάλου μέρους της θεραπευτικής προσπάθειας το πρόβλημα έχει ελαττωθεί ή σε ορισμένες περιπτώσεις δεν υφίσταται καν. Η διατύπωση των ερωτήσεων στην χρησιμοποιούμενη κλίμακα (π.χ. «Έχω πρόβλημα ναρκωτικών») υποθέτουμε ότι διευκολύνει την έκφραση αυτής της πεποίθησης, η οποία ωστόσο φαίνεται να οφείλεται στην οπτική γωνία θεώρησης του προβλήματος αλλά και στην επιλογή του τρόπου θεραπείας. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει μια μερίδα θεραπευόμενων που θεωρεί ότι το πρόβλημα πάντα υπάρχει και οι ίδιοι είναι σε έναν συνεχή αγώνα αντιμετώπισής του.

Στην *αμφιβολία* για την ύπαρξη του προβλήματος παρατηρούμε σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην πρώτη φάση θεραπείας και στην αρχή της κλειστής φάσης σε σύγκριση με την κοινωνική επανένταξη. Η αμφιβολία είναι μια έννοια που φαίνεται να δυσκόλεψε τους θεραπευόμενους στη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και η σκόπιμη διατύπωση των ερωτήσεων (π.χ. «Κάποιες φορές αναρωτιέμαι αν είμαι εξαρτημένος») πιθανώς δικαιολογεί αυτή την αντίδραση, καθώς αποσκοπεί στην πρόκληση και στη διερώτηση γύρω από το υπάρχον πρόβλημα. Η βαθμολογία στην υποκλίμακα αυτή ήταν χαμηλότερη από ότι στις άλλες δύο μεταβλητές της ετοιμότητας, την αναγνώριση και τα βήματα. Γενικότερα μικρή

αμφιβολία, όπως προτείνουν οι Miller και Tonigan (1996), μπορεί να σημαίνει είτε υψηλή είτε χαμηλή αναγνώριση του προβλήματος. Επειδή η αναγνώριση του προβλήματος, όπως προκύπτει, είναι υψηλή, υποθέτουμε ότι η μικρή συγκριτικά αμφιβολία αντανακλά βεβαιότητα για την ύπαρξη του προβλήματος. Η σταδιακή μείωση της αμφιβολίας στη διάρκεια της θεραπείας εκτιμούμε ότι αφορά τη διαμόρφωση μιας σταθερότερης στάσης σχετικά με την ύπαρξη και τη φύση του προβλήματος από την πλευρά των θεραπευόμενων.

Τα σημαντικά περισσότερα βήματα για αλλαγή στην τελευταία φάση της θεραπείας σε σύγκριση με την αρχή της κλειστής φάσης υποδηλώνουν την αίσθηση των θεραπευόμενων που έχουν φτάσει στο τελευταίο στάδιο της θεραπευτικής προσπάθειας ότι έχουν κάνει βήματα προς την επιθυμητή κατάσταση της αλλαγής, την απεξάρτηση από τις ουσίες και όσων αλλαγών τη συνοδεύουν. Η συνείδηση που έχουν οι θεραπευόμενοι της προσπάθειας που έχουν καταβάλλει τώρα έχει αντικειμενικό αντίκρισμα και μπορεί να ειπωθεί πιο εύκολα. Ωστόσο, αν ανατρέξουμε στα περιγραφικά στοιχεία, θα δούμε ότι από την αρχική φάση της θεραπείας τα άτομα δείχνουν αυξημένη βαθμολογία στα βήματα για αλλαγή η οποία δεν μειώνεται παρά πολύ λίγο στην αρχή της κλειστής φάσης. Αυτό συνάδει με το εύρημα που προαναφέραμε, ότι όσοι έρχονται για θεραπεία επιδεικνύουν κάποια ετοιμότητα για αλλαγή. Μπορούμε να πούμε ότι η απόφαση για την αρχή μιας θεραπευτικής προσπάθειας συνοδεύεται από ενδοατομικές διεργασίες σχετικά με την ετοιμότητα για κάτι τέτοιο και το εφικτό της αποτελεσματικότητάς της. Εξάλλου οι κλίμακες στην πρώτη φάση δόθηκαν στο τελικό στάδιο προετοιμασίας για την κλειστή φάση, όπου πιθανότατα όσοι είχαν χαμηλό κίνητρο για αυτή τη θεραπευτική προσπάθεια είχαν ήδη αποχωρήσει κατά τη διάρκεια των μηνών προετοιμασίας στον συμβουλευτικό σταθμό.

Θα πρέπει να σημειώσουμε τη δυσκολία ορισμού και αξιολόγησης των εννοιών της ετοιμότητας και του κινήτρου που φαίνεται ότι δεν αντιστοιχούν πάντοτε στη μεγαλύτερη δεκτικότητα στη θεραπεία (Diclemente, Schlundt & Gemmell, 2004). Αυτό σημαίνει ότι η ένδειξη μεγάλης ετοιμότητας ή υψηλού κινήτρου στην αρχή της θεραπείας, δεν επιφέρει απαραίτητα τη μεγαλύτερη εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία και κατά συνέπεια το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, όσον αφορά τα στάδια αλλαγής στα οποία αναφέρθηκαν οι Prochaska και Diclemente (1986), ο βαθμός ετοιμότητας που φαίνεται να αποτυπώνεται στους συμμετέχοντες στην πρώτη φάση θεραπείας αντιστοιχεί στο στάδιο του «συλλογισμού» (*Contemplation*) όπου τα άτομα έχουν συνείδηση της ύπαρξης του προβλήματος και αναλογίζονται τα θετικά και

αρνητικά στοιχεία της προηγούμενης συμπεριφοράς τους (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985) Κατά τη μετάβαση στην κλειστή φάση και στη διάρκεια αυτή τα άτομα φαίνεται να εισάγονται στο στάδιο της «προετοιμασίας» (*Preparation*) που χαρακτηρίζεται από την απόφαση να αναλάβουν δράση μέσα στο διάστημα που ακολουθεί, και είναι πιθανό στη φάση αυτή να κάνουν άμεσα, μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά. (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Εκτιμούμε ότι στο στάδιο της δράσης (*Action*) βρίσκονται τα άτομα στη φάση της κοινωνικής επανένταξης όπου έχουν επιτευχθεί ορισμένες αλλαγές στη συμπεριφορά, το περιβάλλον ή έχουν βιώσει τις ανάλογες εμπειρίες που βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Όσον αφορά την *αυτοαποτελεσματικότητα*, το βαθμό στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις ή τα γεγονότα που μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, παρατηρούμε ότι είναι σταδιακά σημαντικά μεγαλύτερη στη διάρκεια της θεραπείας, με εξαίρεση την αρχή της κλειστής φάσης, όπου φαίνεται ότι μειώνεται αισθητά. Η μείωση αυτή εξηγείται με βάση τις δυσκολίες που συναντά το άτομο στην αρχή της κύριας θεραπευτικής φάσης, της κλειστής, καθώς το άτομο έχει την αίσθηση ότι δεν θα μπορέσει να έχει την επιθυμητή συμπεριφορά, δηλαδή την αντίσταση στη χρήση ουσιών κάτω από δύσκολες συνθήκες. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην αρχή της κλειστής φάσης η αυτοαποτελεσματικότητα είναι μικρότερη ακόμα κι από την πρώτη φάση, όπου υπάρχει μια συγκρατημένη αλλά εμφανής αίσθηση βεβαιότητας (61.4/100) για την πιθανότητα της επιθυμητής συμπεριφοράς. Το εύρημα αυτό αλλά και η ολοένα αυξανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα στην πορεία της θεραπείας, επιβεβαιώνει ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η πεποίθηση στην ικανότητα αντιμετώπισης της κατάστασης (αυτοαποτελεσματικότητα), δηλαδή της ικανότητας για αποχή, στην αρχή της θεραπείας σχετίζεται με την ίδια πεποίθηση σε ύστερη φάση της θεραπείας (Wong *et al.*, 2004). Η βαθμιαία αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας επιβεβαιώνει την άποψη του Bandura (1997) ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να αυξηθεί, αυξάνοντας την πιθανότητα για επιτυχή εκτέλεση της συμπεριφοράς, μέσω των εμπειριών επίτευξης, της δοκιμής και της μάθησης, της λεκτικής πειθούς και των συναισθημάτων που βιώνονται. Θα προσθέταμε ότι οι θετικές εμπειρίες που αφορούν τη συμπεριφορά και τα θετικά συναισθήματα που ακολουθούν συντελούν σημαντικά στην αύξηση της

αυτοαποτελεσματικότητας, στην αύξηση επανάληψης της επιθυμητής συμπεριφοράς και εν τέλει στην παραμονή στη θεραπεία όπως δείχνουν τα αποτελέσματα.

Η *ικανοποίηση* από την παρεχόμενη θεραπεία εμφανίζεται σημαντικά μεγαλύτερη στο τέλος της κλειστής φάσης της θεραπείας, κάτι που πιθανώς υποδηλώνει την αυξανόμενη εμπιστοσύνη και δέσμευση στο πρόγραμμα όσο προχωράει η θεραπεία, όπως δείχνει και η υπάρχουσα βιβλιογραφία (Sanders *et al.*, 1998; Taylor, 1999; Davis, 2006). Η σχετικά υψηλή προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας στην πρώτη φάση εκτιμάμε πως οφείλεται στην εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες του προγράμματος καταρχήν καθώς και στο υψηλό κίνητρο για θεραπεία που, όπως φάνηκε κι από τις μεταβλητές που συνθέτουν την ετοιμότητα για θεραπεία, έχουν τα περισσότερα άτομα που προσέρχονται για θεραπεία. Η ικανοποίηση εμφανίζεται, επίσης, σημαντικά μικρότερη τόσο στην αρχή της κλειστής φάσης όσο και στην αρχή της επανένταξης, κάτι που, όπως δείχνουν και οι συχνές διακοπές στις φάσεις αυτές, δείχνει τη δυσκολία της μετάβασης από τη μια φάση της θεραπείας στην άλλη. Ιδιαίτερα η σημαντική μείωση της ικανοποίησης στην τελευταία φάση της θεραπείας, πιθανώς αντανάκλα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευόμενοι στην επανένταξη και τον ολοένα μικρότερο ρόλο του προγράμματος στην καθημερινότητά τους, εφόσον καλούνται πλέον να ζήσουν εντός του κοινωνικού συνόλου. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε από την παρατήρηση σε κλινικό πλαίσιο ότι ορισμένοι θεραπευόμενοι αναμένουν μεγαλύτερη υποστήριξη από το θεραπευτικό πρόγραμμα στη φάση αυτή και απογοητεύονται όταν αυτή δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Σε συνδυασμό όμως με τη μείωση της αυτοαποτελεσματικότητας στη φάση της επανένταξης αλλά και τις πολλές διακοπές του προγράμματος στην περίοδο αυτή, μπορούμε να κατανοήσουμε τη μείωση της ικανοποίησης περισσότερο ως δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα άτομα στη μετάβαση από το προστατευτικό περιβάλλον της κλειστής θεραπείας στη σχετική αβεβαιότητα που εκτίθενται στην κοινωνική επανένταξη.

Η αντιλαμβανόμενη *κοινωνική υποστήριξη* αυξάνεται σταδιακά στη διάρκεια της θεραπείας με τη σημαντικότερη αύξηση να σημειώνεται στο τέλος της κλειστής φάσης και στην επανένταξη σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Το αρχικό αυτό εύρημα επιβεβαιώνει τα παλιότερα ευρήματα που συνέδεαν την υψηλή κοινωνική υποστήριξη με τη συνέχιση και την επιτυχία της θεραπείας (Adamson *et al.*, 1974; Adinolfi, DiDario & Kelso, 1981; Finlay, 1977; Moos *et al.*, 1979; Strug & Hyman, 1981; Trice, 1957). Ωστόσο, μια ματιά στις επιμέρους μεταβλητές που απαρτίζουν την κοινωνική

υποστήριξη θα φωτίσει τον πολλαπλό ρόλο της σημαντικής αυτής μεταβλητής, όπως αναδεικνύουν πρόσφατες έρευνες (π.χ. Lopez-Torrecillas, Bulas, Leon-Arroyo & Ramirez, 2005). Η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια εμφανίζεται σταθερά αυξημένη, δίχως να σημειώνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις φάσεις. Η υψηλή και σταθερή αντιλαμβανόμενη υποστήριξη από την οικογένεια αναδεικνύει την πολιτισμική ιδιαιτερότητα της υποστηρικτικής ελληνικής οικογένειας, η οποία σε ένα πρώτο επίπεδο αξιολογείται καταρχήν θετικά ως προς το πρόβλημα της εξάρτησης. Αποτελεί κλινική παρατήρηση, ωστόσο, ότι η διαδικασία της θεραπείας φέρνει στην επιφάνεια ποικίλες πλευρές της οικογενειακής ζωής και των διαπροσωπικών σχέσεων που συνδέονται με την αδυναμία ανάπτυξης μιας αυτόνομης και ώριμης προσωπικότητας. Ως εκ τούτου η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια εξακολουθεί να θεωρείται σημαντική αλλά να οριοθετείται ως προς το ρόλο της στη ζωή του θεραπευόμενου.

Η σημαντικά μεγαλύτερη υποστήριξη των φίλων στην κλειστή φάση και στη φάση της επανένταξης σε σύγκριση με την πρώτη φάση, είναι ενδεικτική του ρόλου των φίλων στην πορεία της θεραπείας. Αρχικά οι φίλοι φαίνεται να μην εκλαμβάνονται ως υποστηρικτικοί, πιθανώς λόγω των αναφερόμενων αιτιών και συνεπειών της χρήσης ουσιών στις οποίες συχνά περιλαμβάνονται η λανθασμένη επιλογή φίλων ή η αδυναμία σύναψης ουσιαστικών φιλικών σχέσεων. Η σταδιακή αύξηση της αντιλαμβανόμενης υποστήριξης των φίλων στη διάρκεια της θεραπείας υποθέτουμε ότι σχετίζεται με τη βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας και έκφρασης που συνεπάγεται τη δημιουργία καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι, όπως διαπιστώθηκε κατά την ερευνητική διαδικασία, οι θεραπευόμενοι αντιλαμβάνονται τους συνθεραπευόμενούς τους ως φίλους με την έννοια ότι αισθάνονται οικειότητα μαζί τους ή συνεχίζουν και κάνουν παρέα και μετά το τέλος της κλειστής φάσης, όπου υποχρεωτικά συνυπάρχουν. Κι αυτό που επισημαίνουν οι ίδιοι, όπως άλλωστε και οι κανονισμοί του προγράμματος, είναι η αξία της ομάδας των συνθεραπευόμενων και όχι η δημιουργία φιλίας, που συχνά θεωρείται και ανασταλτικός παράγοντας της θεραπείας. Αν και συχνά είναι δύσκολη η διάκριση ανάμεσα στο είδος των συναπτόμενων σχέσεων φαίνεται πως η θεραπεία επηρεάζει σημαντικά την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη από φίλους είτε αυτοί προέρχονται από το περιβάλλον του θεραπευτικού προγράμματος είτε εκτός. Υποστηρίζονται, επίσης, μεταξύ άλλων, ευρήματα που τονίζουν τη σημασία του υποστηρικτικού δικτύου ατόμων που με τη στάση τους ή το παράδειγμά τους ευνοούν τη διαδικασία της θεραπείας (Zywiak *et al.*,

2002). Παράλληλα η αίσθηση της ύπαρξης φίλων φαίνεται πως ενδυναμώνει το άτομο σε πολλά επίπεδα όπως η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας με την έννοια της απόκτησης δεξιοτήτων βοηθητικών στην εκτέλεση συγκεκριμένων συμπεριφορών.

Αντίστοιχα σημαντικά μεγαλύτερη είναι η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στο τέλος της κλειστής φάσης και στη φάση της κοινωνικής επανένταξης σε σύγκριση με την αρχική φάση. Οι σημαντικοί άλλοι μπορεί να περιλαμβάνουν οποιοδήποτε άτομο από το συγγενικό, φιλικό ή επαγγελματικό περιβάλλον των θεραπευόμενων και εικάζουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις αφορούν τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού που συνδράμουν αποφασιστικά στην θεραπευτική προσπάθεια και τις περισσότερες φορές η σχέση μαζί τους (κυρίως του κάθε θεραπευόμενου με τον ατομικό του θεραπευτή) θεωρείται από τους συμμετέχοντες ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία. Το γεγονός ότι η βαθμολογία στην υποκλίμακα των σημαντικών άλλων είναι γενικά υψηλή και συγκριτικά υψηλότερη από αυτές της οικογένειας και των φίλων δείχνει ότι σε κάθε φάση της θεραπείας υπάρχει ένα τουλάχιστον πρόσωπο που εκλαμβάνεται ως υποστηρικτικό για τους θεραπευόμενους.

Η συνολική κλινική εικόνα (άγχος, κατάθλιψη στρες) φαίνεται να κινείται σε μέτρια επίπεδα και να παρουσιάζει σταδιακή μείωση στην πορεία της θεραπείας, με εξαίρεση μια μικρή άνοδο στην κοινωνική επανένταξη. Στο τέλος της κλειστής φάσης θεραπείας εμφανίζεται σημαντικά λιγότερο επιβαρυνμένη η κλινική εικόνα σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Το τέλος της κλειστής φάσης είναι μια περίοδος όπου οι θεραπευόμενοι έχουν ήδη μια σημαντική εμπειρία από τη διαδικασία της ψυχολογικής απεξάρτησης. Για όσους παρέμειναν στη θεραπεία δεν υπάρχει πλέον το αρχικό άγχος αλλά η προσπάθεια να αντιμετωπίσουν ουσιαστικά τις αιτίες και τις συνέπειες του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Παρόλο που η βιβλιογραφία δείχνει υψηλό ποσοστό συνύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής (Hesselbrock *et al.*, 1985; Ross *et al.*, 1988; Rounsaville *et al.*, 1991; Rounsaville *et al.*, 1982; Schuckit, 1986) τα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώνουν κάτι τέτοιο. Αυτό μπορεί να αποτυπώνει το γεγονός ότι άτομα με διπλή διάγνωση είναι πραγματικά δύσκολο να δεσμευτούν και να ακολουθήσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι εξάλλου κοινή παραδοχή ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό πρόγραμμα στην ελληνική πραγματικότητα που να μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες αυτής της κατηγορίας ασθενών. Οι συζητήσεις με τους συμμετέχοντες στην έρευνα έδειξαν ότι αρκετοί απ' αυτούς παίρνουν φαρμακευτική αγωγή (αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά) παράλληλα με την ψυχολογική απεξάρτηση στο πλαίσιο του προγράμματος. Δεν μπορεί, ωστόσο, να αξιολογηθεί με ακρίβεια η παρατήρηση αυτή

καθώς αφενός δεν έγινε σε συστηματική βάση και αφετέρου μπορούμε να υποθέσουμε ότι η αγωγή δινόταν σε υποστηρικτική βάση ώστε να διευκολύνει το έργο της ψυχολογικής θεραπείας. Ακόμη, θα πρέπει να σημειώσουμε την πιθανότητα να υπάρχει ένα λανθάνον ποσοστό ατόμων με σοβαρότερα συμπτώματα που δεν μπορεί να αποκαλυφθεί μέσα από τις κλίμακες αυτοαναφοράς λόγω κυρίως της πολύπλοκης σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα και τη χρήση ουσιών, όπου δεν είναι συχνά σαφής η χρονική και αιτιολογική τους συνάφεια.

Πιο συγκεκριμένα, το άγχος εμφανίζεται μεγαλύτερο στην πρώτη φάση σε σύγκριση με το τέλος της κλειστής φάσης. Το αρχικό σχετικά αυξημένο άγχος, σύμφωνα με προηγούμενα ευρήματα (Prochaska *et al.*, 1992) μπορεί να είναι διευκολυντικός παράγοντας της θεραπείας, με την έννοια της αυξημένης επίγνωσης των δυσκολιών της κατάστασης που καλείται το άτομο να αντιμετωπίσει, η οποία όμως δεν φτάνει σε ακραία σημεία υπερβολικού άγχους ή πανικού. Το άγχος αυτό μειώνεται στη διάρκεια της θεραπείας και κυρίως στη τέλος της κλειστής φάσης, για να σημειώσει μικρή άνοδο στην κοινωνική επανένταξη, όπως αναμενόταν σύμφωνα και με τις παρατηρήσεις που προηγήθηκαν. Ανάλογη εικόνα παρουσιάζει και το στρες, όπου όμως δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μετρήσεις. Η μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στη διάρκεια της θεραπείας συμφωνεί με ποικίλες έρευνες (Kranzler *et al.*, 1996; Rounsaville *et al.*, 1996; Westermeyer *et al.*, 1997) και αναδεικνύει τα οφέλη της θεραπείας στην ενεργοποίηση του ατόμου και την ενίσχυση της αισιοδοξίας.

Σε συνάφεια με την κλινική εικόνα, έρχεται η αύξηση των θετικών συναισθημάτων στην πορεία της θεραπείας, τα οποία εμφανίζονται σημαντικά περισσότερα στο τέλος της κλειστής φάσης και στην επανένταξη σε σύγκριση με τις δύο πρώτες μετρήσεις στην αρχική φάση και στην αρχή της κλειστής φάσης. Φαίνεται ότι η συνέχιση της θεραπείας συνδέεται με μια αύξηση της βίωσης θετικών συναισθημάτων όπως η ευγνωμοσύνη, η αγάπη, συμπάθεια, η περηφάνια, η γαλήνη, η ελπίδα και η ερωτική διάθεση, όπως δείχνουν τα περιγραφικά στοιχεία (Πίνακας 9). Η συνύπαρξη στην ομάδα, η ανάπτυξη της επικοινωνίας και η δυνατότητα έκφρασης συντελούν στη βίωση συναισθημάτων που εξαιτίας της πολύχρονης εμπειρίας της χρήσης είναι πρωτόγνωρα για τους θεραπευόμενους. Η διαχείριση των συναισθημάτων που έρχονται στην επιφάνεια είναι δύσκολο έργο, καθώς φαίνεται πως τα συναισθήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην αρχή της χρήσης και στη διάρκειά της όσο και στη διαδικασία απεξάρτησης.

Αντίστοιχα υπάρχει μείωση των αρνητικών συναισθημάτων στην πορεία της θεραπείας με τη μεγαλύτερη σημαντική διαφορά να εντοπίζεται ανάμεσα στην τελευταία και την πρώτη φάση. Όπως δείχνουν τα περιγραφικά στοιχεία, τη μεγαλύτερη μείωση σημειώνουν τα συναισθήματα της ενοχής και του φόβου. Το συναίσθημα του θυμού αν και παρουσιάζει μικρή μείωση εξακολουθεί να είναι κυρίαρχο ακόμα και τη φάση της επανένταξης. Να σημειώσουμε ότι αρχικά η ενοχή για όσα συνεπάγεται η χρήση των ουσιών είναι ιδιαίτερα έντονη όπως και ο φόβος για το τι πρόκειται να συμβεί στη συνέχεια. Η διαδικασία της ψυχολογικής θεραπείας και η παραμονή στο θεραπευτικό πλαίσιο ευνοούν την αποφόρτιση αυτών των δυσάρεστων και ανασταλτικών συχνά για τη θεραπευτική προσπάθεια συναισθημάτων, όπως δείχνουν και αντίστοιχα ευρήματα για το συναίσθημα της εχθρότητας (Small & Lewis, 2004). Το συναίσθημα του θυμού φαίνεται να συνδέεται όχι μόνο με την εμπειρία της χρήσης αλλά και με τις αλλαγές που επέρχονται από τη θεραπεία που αφορούν τις βαθύτερες αιτίες και τα συναισθηματικά και κοινωνικά ελλείμματα που οδήγησαν στη χρήση ουσιών και την εξάρτηση.

Τέλος, όσον αφορά την προσέγγιση της έννοιας του *νοήματος στη ζωή*, παρατηρούμε στατιστικά μεγαλύτερη παρουσία και ύπαρξη νοήματος στο τέλος της κλειστής φάσης σε σύγκριση με την πρώτη φάση. Η ανάπτυξη θετικών σκοπών και νοημάτων συνδέεται με τη διαδικασία ανάρρωσης και την αλλαγή τρόπου ζωής που σηματοδοτεί η απεξάρτηση από τις ουσίες, όπως επισημαίνουν και προηγούμενες μελέτες (π.χ. Johnson, Griffin-Shelley & Sandler, 1987; Ford, 1996). Η αναζήτηση νοήματος δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις φάσεις αλλά είναι σταθερά υψηλή καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και σταθερά μεγαλύτερη από την παρουσία νοήματος. Οι δύο υπομεταβλητές είναι συμπληρωματικές η μία της άλλης. Οι θεραπευόμενοι, όπως εκτιμούμε, βλέπουν τη ζωή τους και την ίδια την προσπάθεια που καταβάλλουν να έχουν νόημα και δεν είναι βέβαιο αν εννοούν ένα νόημα εξωτερικό με πιθανές μεταφυσικές διαστάσεις. Και καθώς η θεραπεία είναι μια διαρκής αναζήτηση νέων τρόπων συμπεριφοράς, σχέσεων και αντιμετώπισης των ενδοψυχικών συγκρούσεων, η αναζήτηση νοήματος στις νέες δυνατότητες που φέρνει η θεραπεία φαίνεται σημαντικός παράγοντας της διαδικασίας ανάρρωσης.

Αναφορικά με το *δεύτερο ερευνητικό ερώτημα* σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μετάβαση από τη μια φάση της απεξάρτησης στην άλλη, διεξήχθησαν μια σειρά αναλύσεις που ανέδειξαν τις μεταβλητές εκείνες στις οποίους

διαφοροποιούνται σημαντικά αυτοί που προχωρούν στο επόμενο βήμα της θεραπείας σε σύγκριση με αυτούς που για κάποιο λόγο διακόπτουν.

Συγκεκριμένα, *τη μετάβαση από την πρώτη φάση θεραπείας, τον Συμβουλευτικό Σταθμό, στην κλειστή φάση θεραπείας* ευνοούν η μεγάλη αναγνώριση προβλήματος, η μικρή αυτοαποτελεσματικότητα και η μικρή αναζήτηση νοήματος. Ο επανέλεγχος επιβεβαίωσε ότι όσο αυξάνεται η αναζήτηση νοήματος, μειώνεται η πιθανότητα της μετάβασης στην κλειστή φάση. Στη συνέχεια, η μεγάλη αναγνώριση του προβλήματος και τα περισσότερα βήματα για αλλαγή φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα παραμονής στους τρεις μήνες της κλειστής φάσης και ο επανέλεγχος επιβεβαιώνει τον σημαντικό ρόλο της αναγνώρισης προβλήματος στην αρχή της θεραπείας και αναδεικνύει το ρόλο του φύλου, με τους άντρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες παραμονής. *Η παραμονή μέχρι το τέλος της κλειστής φάσης* επηρεάζεται από τα περισσότερα θετικά συναισθήματα και τη λιγότερο επιβαρυσμένη κλινική εικόνα και κυρίως την λιγότερη κατάθλιψη. Και πάλι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να φτάσουν στο στάδιο αυτό. Ο επανέλεγχος, ωστόσο, δεν αναδεικνύει κανέναν σημαντικό παράγοντα. Όσον αφορά *την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και το πέρασμα στην κοινωνική επανένταξη*, την πιθανότητα αυξάνουν η μεγάλη αναγνώριση, τα περισσότερα βήματα και οι άντρες θεραπευόμενοι. Ο επανέλεγχος δείχνει την θετική σχέση της προσδοκίας στην αρχή της θεραπείας με την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης, την αρνητική σχέση του στρες στην αρχική φάση και την αρνητική σχέση της ικανοποίησης από τη θεραπεία στην κλειστή φάση. Τέλος, ο αρχικός έλεγχος δεν έδειξε στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν *την παραμονή στους τρεις μήνες της επανένταξης*. Ο επανέλεγχος, ωστόσο, με ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης για δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές ανέδειξε μια σειρά μεταβλητών που επηρεάζουν την παραμονή στην επανένταξη και συγκεκριμένα η αύξηση των βημάτων για αλλαγή, η αύξηση της ικανοποίησης, η μείωση της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους και η αύξηση της κατάθλιψης στην αρχή της κλειστής φάσης φαίνεται πως αυξάνουν την πιθανότητα παραμονής στους τρεις μήνες της επανένταξης.

Μια πρώτη προσέγγιση επιβεβαιώνει το σημαντικό ρόλο της *ετοιμότητας για αλλαγή* ως προβλεπτικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος (DeLeon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000; Avants, Margolin, Kosten, 1996; DeLeon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994; Mattson, Del Boca, Carroll, *et al.*, 1998), εφόσον η μεγαλύτερη αναγνώριση και τα βήματα προς την αλλαγή επηρεάζουν το πέρασμα στην

επόμενη θεραπευτική φάση. Ειδικότερα η αναγνώριση του προβλήματος και τα βήματα που κάνει ο κάθε θεραπευόμενος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα σημαντικά στην αρχή της θεραπείας (πρώτη φάση και αρχή της κλειστής φάσης), καθώς επηρεάζουν την πορεία της θεραπείας ακόμη και μέχρι την κοινωνική επανένταξη. Όπως δείχνουν τα περιγραφικά στοιχεία μεγαλύτερη αναγνώριση έχουν κυρίως οι θεραπευόμενοι που είχαν εμπειρία προηγούμενων θεραπειών, οι οποίοι πιθανώς δεν αμφιβάλλουν πλέον για την ύπαρξη ή τη σοβαρότητα του προβλήματος και ξεκινούν τη θεραπευτική προσπάθεια με αυτή την επίγνωση. Δεν είναι αυτονόητο ότι όσοι έρχονται τη θεραπεία αναγνωρίζουν πλήρως το πρόβλημά τους, παρόλο που σε κάποιο βαθμό αυτό ισχύει. Η κλινική παρατήρηση δείχνει ότι οι θεραπευόμενοι συχνά αντιλαμβάνονται πολλές διαβαθμίσεις του προβλήματος και τοποθετούν τον εαυτό τους σε πλεονεκτικότερη θέση σε σύγκριση με τον «τυπικό χρήστη». Ωστόσο, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα, η αναγνώριση του προβλήματος και τα επακόλουθα βήματα προς την αλλαγή αποτελεί το αρχικό και απαραίτητο βήμα για να αρχίσει, να συνεχίσει και να ολοκληρώσει κανείς τη θεραπεία. Η υποκατηγορία των συμμετεχόντων με τα περισσότερα βήματα για αλλαγή στην πρώτη φάση της θεραπείας είναι οι άνεργοι. Θα περίμενε κανείς η εργασία να αποτελεί κινητήριο δύναμη για της θεραπευτική προσπάθεια. Η ανεργία όμως, που είναι ιδιαίτερα υψηλή στα εξαρτημένα άτομα (52,2% στη μελέτη αυτή), δεν λειτουργεί ανασταλτικά της θεραπείας πιθανώς επειδή είναι μια κατάσταση που δεν επιτρέπει τους ανθρώπους να επαναπαυτούν, να «βουλευτούν», ώστε να συντηρήσουν την εξαρτητική συμπεριφορά.

Μια δεύτερη παρατήρηση αφορά στο ρόλο των *αρνητικών συναισθηματικών* και *κλινικών καταστάσεων* όπως είναι το στρες, το άγχος και η κατάθλιψη. Ειδικότερα, το άγχος, η κατάθλιψη, το στρες και τα υπόλοιπα αρνητικά συναισθήματα στην αρχή της θεραπείας (πρώτη φάση και αρχή κλειστής φάσης), εμφανίζονται να επηρεάζουν τη συνέχιση της θεραπείας στις πιο ύστερες φάσεις, όπως είναι το τέλος της κλειστής φάσης, η ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και το πέραςμα στην επανένταξη αλλά και η παραμονή στην επανένταξη. Τα περισσότερα αποτελέσματα, ως αναμενόταν, υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων συνδέεται αρνητικά με τη συνέχιση της θεραπείας δηλαδή όσο πιο λίγα αρνητικά συναισθήματα έχει κάποιος θεραπευόμενος στην αρχή της θεραπείας τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να συνεχίσει τη θεραπεία, εύρημα που επιβεβαιώνει προηγούμενα ευρήματα (D'Andrea & D'Andrea, 1996; Goeders, 2004; McKay, 2005). Αντίστοιχα βρέθηκε ότι τα περισσότερα θετικά συναισθήματα στην αρχή της θεραπείας προβλέπουν την παραμονή

ως το τέλος της κλειστής φάσης. Οι γυναίκες, αυτοί με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και όσοι ξεκίνησαν τη χρήση με ηρωίνη είναι οι υποκατηγορίες που, σύμφωνα με τα προκαταρκτικά ευρήματα, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν αρνητικά συναισθήματα. Ως προς το φύλο, είδαμε ότι όντως οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν τη θεραπεία, κάτι που εν μέρει εξηγείται από την επιβαρυνόμενη κλινική εικόνα των γυναικών. Οι γυναίκες αν και λιγότερες στον αριθμό, φαίνεται να έρχονται στη θεραπεία με βαριά ιστορικά χρήσης και έχοντας ταλαιπωρηθεί σωματικά και ψυχολογικά, όπως δείχνει και η επιβαρυνόμενη κλινική τους εικόνα. Όσες όμως παραμένουν στη θεραπεία, δείχνουν ικανοποιημένες από αυτή και έχουν καλή πορεία. Ειδικά για τη μεταβλητή της κατάθλιψης στον επανέλεγχο βρήκαμε ότι όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης έχει κανείς στην αρχή της κλειστής φάσης, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να παραμείνει στην επανένταξη. Το εκ πρώτης παράδοξο αυτό εύρημα, εκτιμούμε, δείχνει τον πολύπλοκο ρόλο που μπορεί να έχει μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση όπως η κατάθλιψη στη θεραπεία της εξάρτησης. Δεν υποστηρίζουμε ότι η θεραπεία είναι μια γραμμική πορεία όπου οι μεταβλητές που την επηρεάζουν έχουν αποκλειστικά και με σαφήνεια θετικό ή αρνητικό ρόλο στην έκβασή της. Ο πιθανός διαφορετικός ρόλος που μπορεί να έχει μια μεταβλητή σε κάθε μεταβλητή σε κάθε φάση της θεραπείας, συνάγεται από το γεγονός ότι ενώ τα αρνητικά συναισθήματα προβλέπουν τη διακοπή της κλειστής φάσης, δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην επανένταξη όπου άλλες μεταβλητές έχουν καθοριστικό ρόλο, όπως π.χ. οι σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον. Δεδομένου, λοιπόν, του σύνθετου χαρακτήρα της εξάρτησης ως παθολογικής κατάστασης, τα συμπτώματα κατάθλιψης σε μια προκειμένη φάση μπορεί να αποβούν βοηθητικά στη συνέχιση της θεραπείας. Εάν σκεφτούμε ότι κατάθλιψη σημαίνει έλλειψη διάθεσης και ενεργοποίησης, έλλειψη αισιοδοξίας και ενδιαφερόντων και αδράνεια, αναρωτιέται κανείς πώς θα μπορούσαν τα συμπτώματα αυτά να επιδράσουν θετικά. Στην αρχή της κλειστής φάσης, τα αποτελέσματα έχουν δείξει μια γενικότερη δυσκολία προσαρμογής στις απαιτήσεις της ψυχολογικής θεραπείας. Οπότε τα συμπτώματα κατάθλιψης εδώ-τη μέτρηση αυτή αφορά το εύρημα- θα μπορούσαν να αντανακλούν έναν προβληματισμό και μια προσωρινή απογοήτευση που όμως δεν επηρέασε αρνητικά την παραμονή στη θεραπεία. Θα πρέπει ακόμη να σημειώσουμε ότι ο υπερβολικός ενθουσιασμός και υπεραισιοδοξία στην περίπτωση των εξαρτημένων ατόμων συχνά οδηγούν σε διακοπή της θεραπευτικής προσπάθειας, όπως έχει παρατηρηθεί. Τον πιθανό ρόλο της κατάθλιψης στην καλύτερη πρόγνωση υποστηρίζουν και παρελθόντα ευρήματα

(Kranzler *et al.*, 1996; Rounsaville *et al.*, 1996; Westermeyer *et al.*, 1997) καθώς και την συχνή δυσκολία αξιολόγησης αυτής της μεταβλητής (Kranzler *et al.*, 1996; Rounsaville *et al.*, 1996; Miller *et al.*, 1997 ; Sellman & Joyce, 1996).

Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος της *προσδοκίας* και της *ικανοποίησης* από την θεραπεία στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, την ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος προβλέπει η υψηλή προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας στην πρώτη φάση. Παρόλο που οι υψηλές προσδοκίες, σύμφωνα με τον τρόπο κατανόησης της εξάρτησης, θα μπορούσαν να επηρεάσουν και αρνητικά τη συνέχιση της θεραπείας, στην περίπτωση αυτή επιβεβαιώνονται τα ευρήματα που υποστηρίζουν το ρόλο τους στη θετική έκβαση (Colon & Massey, 1988; Dearing *et al.*, 2005, Dohnke *et al.*, 2006; Joe *et al.*, 2007; Jones *et al.*, 2001; Joyce & Pipper, 1998). Μπαίνοντας στην κλειστή φάση, ωστόσο, αλλάζουν οι συσχετισμοί όπως έδειξε και το παράδειγμα της κατάθλιψης, καθώς η χαμηλή ικανοποίηση στην αρχή της κλειστής φάσης προβλέπει την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και το πέρασμα στην επανένταξη ενώ η υψηλή ικανοποίηση στην ίδια φάση προβλέπει τη παραμονή στην επανένταξη. Προσεγγίζοντας την ουσία του ευρήματος μέσα από τη διαδικαστική θεωρία της ικανοποίησης (McLellan & Hunkeler, 1998; Ries *et al.*, 1999, Ross *et al.*, 1987), όπου η ικανοποίηση είναι μια δυναμική αλληλεπίδραση των προσδοκιών του πελάτη για τη θεραπεία και των ακόλουθων εμπειριών στη διάρκεια της θεραπείας, υποθέτουμε ότι η μικρή ικανοποίηση στην αρχή της κλειστής φάσης ως αποτέλεσμα των δυσκολιών που προαναφέρθηκαν, συνδέεται με σκεπτικισμό και κριτική διάθεση που αποδεικνύονται ωφέλιμα στην ολοκλήρωση της κλειστής φάσης. Το αντίθετο αλλά ευλογοφανές εύρημα ότι η υψηλή ικανοποίηση στην αρχή της κλειστής φάσης προβλέπει την παραμονή στην επανένταξη, μας οδηγεί στην εκτίμηση ότι διαφορετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις απαιτήσεις της κάθε φάσης.

Λιγότερο εμφανής αλλά ουσιαστική είναι η συμβολή της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης που επηρεάζει αρνητικά την παραμονή στην επανένταξη. Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη μπορεί όντως να προβλέπει μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία (Davis & Jason, 2006) και αυτό συνδέεται αφενός με την έλλειψη εναλλακτικών πηγών στήριξης και την επακόλουθη μεγαλύτερη επένδυση στη θεραπεία και αφετέρου με την απουσία των συχνών πιέσεων από το κοινωνικό περιβάλλον, την ενδυνάμωση και την ανάπτυξη ατομικής πρωτοβουλίας από την πλευρά του θεραπευόμενου. Εξάλλου βρήκαμε ότι η αρχική διαβίωση με τη γονεϊκή

οικογένεια συνεπάγεται μεγαλύτερο άγχος και λιγότερα θετικά συναισθήματα για τους θεραπευόμενους. Η μεγάλη γονική εμπλοκή έχει συνδεθεί και με τη μείωση της αυτοαποτελεσματικότητας (Lopez-Torrecillas,; Bulas; Leon-Arroyo & Ramirez, 2005). Σημαντικός, τέλος, για την θετική έκβαση της θεραπείας είναι ο τρόπος αντίληψης της κοινωνικής υποστήριξης ως βοηθητικής και όχι μόνο η ύπαρξή της.

Παρόλο που η αυτοαποτελεσματικότητα έχει επανειλημμένως συνδεθεί με το θετικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Long *et al.*, 1998, Long *et al.*, 2000, Izquierdo *et al.*, 2001; Burleson & Kaminer, 2005; Ilgen *et al.*, 2007; Rychtarik *et al.*, 1992; Solomon & Annis, 1990), στην έρευνα αυτή βρέθηκε να προβλέπει αρνητικά τη μετάβαση από την πρώτη φάση στην κλειστή φάση. Ο περιορισμός του προβλεπτικού ρόλου της αυτοαποτελεσματικότητας στην αρχική έκβαση της θεραπείας δεν υποβιβάζει τον γενικότερο ρόλο της, καθώς όπως είδαμε στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα είναι παράγοντας που αυξάνεται σταθερά στην πορεία της θεραπείας. Το εύρημα αυτό στην αρχική φάση, συνάδει με την οξυδερκή, κατά τη γνώμη μας, παρατήρηση του Peele (1983d), εδώ και πολλά χρόνια, ότι η υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα μπορεί να χαρακτηρίζει αυτούς που αρνούνται τη θεραπευτική βοήθεια και προσπαθούν να αυτο-θεραπευτούν.

Παραμένοντας στη μετάβαση από το συμβουλευτικό σταθμό στην κλειστή φάση, εντύπωση προκαλεί το εύρημα, που προέκυψε και στον επανέλεγχο, της αρνητικής συμβολής της μεταβλητής της αναζήτησης νοήματος. Η αναζήτηση νοήματος στη θεραπεία συνδέεται με την αναζήτηση θετικών σκοπών και τη δημιουργία ενός νέου τρόπου κατανόησης της ζωής. Επίσης, η μεταβλητή αυτή δεν εμφανίζεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μετάβαση στις επόμενες φάσεις της θεραπείας. Ως εκ τούτου, εικάζουμε ότι η μικρή αναζήτηση νοήματος μπορεί να προβλέπει το πέρασμα από την αρχική στην κλειστή φάση, καθώς στη φάση αυτή η αναζήτηση των θετικών κατά τ' άλλα νοημάτων μπορεί να μην βοηθά την απαραίτητη συγκέντρωση, την αναγνώριση του προβλήματος και την ανάπτυξη του κινήτρου για τη δέσμευση σε μια θεραπεία με απαιτήσεις χρόνου, διάθεσης για αλλαγή και συμβίωσης με τους άλλους.

Το *τρίτο ερευνητικό ερώτημα* αφορά στους παράγοντες που συνδέονται με την τελική έκβαση της θεραπείας. Στην έρευνα αυτή ορίσαμε δύο χρονικά στάδια που προσδιορίζουν την τελική έκβαση της θεραπείας, δηλαδή την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης από τη μια και την παραμονή ως τους τρεις μήνες της επανένταξης από την άλλη. Για την ανάδειξη των πλέον σημαντικών παραγόντων, συμπεριλάβαμε στις

αναλύσεις όλες τις μεταβλητές που βρέθηκαν σημαντικές στο προηγούμενο ερευνητικό ερώτημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης και συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η κατάθλιψη στην αρχή της κλειστής φάσης, τόσο μειώνεται η πιθανότητα να ολοκληρώσει ο θεραπευόμενος την κλειστή φάση και να περάσει στην επανένταξη. Το εύρημα αυτό, σε συνδυασμό με τα ευρήματα του προηγούμενου ερωτήματος, επιβεβαιώνει το ρόλο της κλινικής εικόνας και των αρνητικών συναισθημάτων στη συνέχιση της θεραπείας. Να διευκρινίσουμε ότι όταν αναφερόμαστε στην κατάθλιψη ως σημαντικό παράγοντα δεν εννοούμε την κατάθλιψη κατ' ανάγκη ως κλινική οντότητα. Τα περιγραφικά στοιχεία δείχνουν ότι οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα της κατάθλιψης είναι μέτριες, οπότε εκτιμούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των συμμετεχόντων δεν παρουσιάζουν καταθλιπτική διαταραχή, οπότε θα είχαμε διπλή διάγνωση, αλλά ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Όπως επισημαίνει ο McKay (2005), η συνύπαρξη κατάχρησης ουσιών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να φέρει χειρότερα αποτελέσματα στη θεραπεία. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι τα επώδυνα συναισθήματα και τα συναισθήματα απελπισίας που συχνά συνοδεύουν τη χρήση ουσιών μπορούν να φέρουν χειρότερα αποτελέσματα επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε προσπάθειες για ανακούφιση των συμπτωμάτων μέσω της αυτο-χορήγησης φαρμάκων ή της παρεμπόδισης ουσιαστικών συστατικών της θεραπείας (απόκτηση νέων συμπεριφορών αντιμετώπισης, παρακολούθηση συναντήσεων αυτοβοήθειας κοκ.). Μέσα από ένα γνωσιακό μοντέλο σκέψης τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι αρνητικές σκέψεις μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή ή διακοπή της θεραπείας, η οποία με τη σειρά θα προκαλέσει ή θα επιτείνει τα αρνητικά συναισθήματα λόγω της αποτυχίας. Ειδικά στη συγκεκριμένη θεραπεία τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη της απαραίτητης ενεργοποίησης και του κινήτρου για τη συνέχιση της θεραπείας και την ολοκλήρωση της κλειστής φάσης, όπου συντελείται το κύριο μέρος της ψυχολογικής απεξάρτησης. Αν σκεφτούμε ότι η κλινική εικόνα είναι πιο επιβαρυνμένη στις γυναίκες και ότι οι άντρες σύμφωνα με τα ευρήματα έχουν πιο πολλές πιθανότητες όχι μόνο να παραμείνουν στη θεραπεία αλλά και να ολοκληρώσουν την κλειστή φάση, τότε συνάγουμε ότι το συγκεκριμένο εύρημα αφορά μεγάλο μέρος των γυναικών του δείγματός μας και πιθανώς των εξαρτημένων γυναικών γενικά.

Ο παράγοντας που βρέθηκε ότι προβλέπει την παραμονή στους τρεις μήνες της επανένταξης είναι η *αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους*. Συγκεκριμένα, όσο μικρότερη είναι η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους

στην αρχή της κλειστής φάσης τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να παραμείνει ο θεραπευόμενος στην επανένταξη. Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους παρατηρούμε ότι αυξάνεται σημαντικά στη διάρκεια της θεραπείας. Και η πρώτη ερμηνεία που μπορούμε να δώσουμε είναι ότι όσο προχωράει η θεραπεία, τόσο πιο υποστηρικτικό αντιλαμβάνεται ο θεραπευόμενος το κοινωνικό πλαίσιο. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στην αίσθηση του θεραπευόμενου όσο και στην εκδήλωση περισσότερης υποστήριξης από τους σημαντικούς άλλους λόγω της καλής πορείας της θεραπείας. Στο σημείο αυτό θα προσθέταμε ότι οι «σημαντικοί άλλοι» μπορεί να είναι οποιαδήποτε σημαντικά πρόσωπα και εικάζουμε ότι στη διάρκεια της θεραπείας-εφόσον οι φίλοι και η οικογένεια είναι ξεχωριστές υποκατηγορίες-οι σημαντικοί άλλοι είναι ένα τουλάχιστον πρόσωπο από το περιβάλλον του θεραπευτικού προγράμματος ή από το εξωτερικό κοινωνικό περιβάλλον. Μια επιπλέον παρατήρηση αφορά στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στην επανένταξη. Η υποστήριξη που ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται ότι έχει στη διάρκεια της κλειστής φάσης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την παραμονή στην επανένταξη, όπου ο ρόλος της υποστήριξης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικός λόγω και της επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον και της προσπάθειας ένταξης σε αυτό. Τη σύνδεση της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης με τη μεγαλύτερη παραμονή στη θεραπεία κλειστού προγράμματος έχει υποστηρίξει πρόσφατη έρευνα (Davis & Jason, 2006). Η σημασία του ευρήματός μας έγκειται κυρίως στην επιβεβαίωση του σύνθετου ρόλου της κοινωνικής υποστήριξης στην συνέχιση της θεραπείας. Η κοινωνική υποστήριξη στην περίπτωση των εξαρτημένων ατόμων είναι σημαντική εξαιτίας της ουσιαστικής στήριξης που μπορεί να προσφέρει στη θεραπευτική προσπάθεια η αντίληψη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η στήριξη αυτή, όταν είναι κατάλληλη, ενδυναμώνει και κινητοποιεί τον εξαρτημένο. Η υπερβολική εμπλοκή όμως των σημαντικών προσώπων μπορεί να δυσχεραίνει τη θεραπευτική προσπάθεια για αλλαγή, την αυτονομία και την ωριμότητα. Ειδικά αν λάβουμε υπόψη ότι στα σημαντικά πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντος του εξαρτημένου συχνά έχουμε «συνεξάρτηση» δηλαδή την κατάσταση στην οποία η συμπεριφορά και η στάση τους, όχι πάντα συνειδητή, συντηρεί την εξαρτητική συμπεριφορά του χρήστη. Παρατηρούμε ακόμη, ότι απέναντι στα πλέον οικεία τους πρόσωπα οι εξαρτημένοι εκφράζουν αμφιθυμία, με τον θυμό και τη στενή συναισθηματική σχέση να συνυπάρχουν. Η αδυναμία του εξαρτημένου ατόμου στο «σχετίζεσθαι» είναι από τα βασικά σημεία δουλειάς σε μια ομαδική θεραπεία, γεγονός

που καθιστά το ρόλο της αντιλαμβανόμενης υποστήριξης από τους άλλους ιδιαίτερα ευαίσθητο.

Στο *τέταρτο ερευνητικό ερώτημα* αναζητήσαμε την προβλεπτική ισχύ της κάθε σημαντικής μεταβλητής που αναδείχθηκε στα προηγούμενα ερωτήματα σε σχέση με τις υπόλοιπες που συνδέονται με τη θεραπεία. Στις αναλύσεις συμπεριλάβαμε και την αυτοαποτελεσματικότητα της τελευταίας φάσης καθώς στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως η σημαντικότερη μεταβλητή στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η διερεύνηση της σχέσης και της προβλεπτικότητας ανάμεσα στις μεταβλητές, αναμένουμε να συντελέσει στην ευρύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπεία της εξάρτησης.

Όσον αφορά τις μεταβλητές που μετρήθηκαν στην πρώτη φάση της θεραπείας, από την παρατήρηση των αποτελεσμάτων συνάγουμε *δύο βασικές υποομάδες μεταβλητών*, που επαναλαμβανόμενα φαίνεται πως συνδέονται μεταξύ τους και επηρεάζει η μια την εμφάνιση της άλλης. Από τη μια πλευρά βλέπουμε τους συντελεστές της *ετοιμότητας για αλλαγή* και συγκεκριμένα *την αναγνώριση του προβλήματος και τα βήματα προς την κατεύθυνση της αλλαγής, την προσδοκία για το αποτέλεσμα της θεραπείας, την αναζήτηση και την παρουσία νοήματος*. Οι μεταβλητές αυτές έχουν θετική σχέση μεταξύ τους δηλαδή, αν αυξάνεται η μία, τότε αυξάνεται και η άλλη. Στην αρχή της θεραπείας, οι θεραπευόμενοι που δείχνουν κάποια ετοιμότητα για αλλαγή, αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και έχουν κάνει ήδη ορισμένα βήματα για να αλλάξουν την κατάστασή τους, προσδοκούν ότι ο τρόπος θεραπείας που έχουν επιλέξει θα έχει αποτέλεσμα. Η επαναλαμβανόμενη εμφάνιση της παρουσίας και της αναζήτησης νοήματος ως προβλεπτικές της ετοιμότητας και της προσδοκίας και αντίστροφα, εκτιμούμε ότι συνδέεται με την προσπάθεια να προσδώσουν οι θεραπευόμενοι νόημα και σημασία στη θεραπεία που ξεκινά. Θεωρούμε ότι η εικόνα που σχηματίζουμε στην πρώτη φάση της θεραπείας είναι αντανάκλαση των στοιχείων που καταρχήν φέρνουν τους θεραπευόμενους στην επιλογή της συγκεκριμένης θεραπείας και όχι συνέπεια της θεραπευτικής διαδικασίας που ούτως ή άλλως βρίσκεται ακόμα στην αρχή της.

Η δεύτερη υποομάδα μεταβλητών περιλαμβάνει *την αυτοαποτελεσματικότητα, τα θετικά συναισθήματα, την κοινωνική υποστήριξη και την παρουσία νοήματος*, με τις μεταβλητές να έχουν θετικές σχέσεις μεταξύ τους. Τη θετική συσχέτιση αυτοαποτελεσματικότητας και κοινωνικής υποστήριξης υποστηρίζει προηγούμενη έρευνα (Forcehimes & Tonigan, 2008). Στην αρχή της θεραπείας αν αυξάνεται ο

βαθμός στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό να εκτελέσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά-στην περίπτωση αυτή να μην κάνει χρήση ουσιών κάτω από ορισμένες συνθήκες-τότε αυξάνονται τα θετικά συναισθήματα, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και η παρουσία νοήματος. Η βεβαιότητα ότι μπορεί ο θεραπευόμενος να καταφέρει να ανταποκριθεί στην επιθυμητή συμπεριφορά σε συνθήκες δύσκολες συνδέεται εύλογα με τα θετικά συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους, με την υποστηρικτική παρουσία των άλλων και με τη σημασία που θεωρεί ότι έχει η ζωή του και οι πράξεις του. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών που, σε σύγκριση με τους προηγούμενους, αφορούν περισσότερο στην παρουσία του θεραπευόμενου στο εξωτερικό περιβάλλον και τις επιπτώσεις της στον εαυτό του και αντίστροφα, συνδέουν τις έννοιες της αυταξίας, των συναισθημάτων και των σχέσεων με τους άλλους. Παρατηρούμε ότι η παρουσία νοήματος είναι κοινός προβλεπτικός παράγοντας και των δύο ομάδων μεταβλητών, ενδεικτικό πιθανώς της συνεκτικής σημασίας του νοήματος στην αρχή της θεραπείας. Η έννοια του νοήματος, δύσκολο να περιοριστεί σε μια κλίμακα αυτοαναφοράς, ενυπάρχει, νομίζουμε, στην επαφή με τα εξαρτημένα άτομα, καθώς όταν αναφέρονται στη χρήση ουσιών και τη θεραπεία, έκδηλα ή άδηλα αναφέρονται στην απουσία και στην αναζήτηση κάποιου πράγματος, μιας αόριστης ευχαρίστησης που έδινε η χρήση και στη συνέχεια στην αναζήτηση των επαρκών λόγων για την επένδυση στην προσπάθεια που θα φέρει την αλλαγή. Η επιστημονικά υπεύθυνη ψυχίατρος του θεραπευτικού προγράμματος αναφέρει ότι το κύριο αίτημα του τοξικομανή, είτε είναι σε θέση να το εκφράσει λεκτικά είτε όχι, με την είσοδό του στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα του 18 Άνω και την αποδοχή του θεραπευτικού πλαισίου της απεξάρτησης, ανάγεται στην επανάκτηση του νοήματος της ζωής (Μάτσα, 2001).

Στα αποτελέσματα της πρώτης μέτρησης θα πρέπει να προσθέσουμε το εύρημα της σημαντικής επίδρασης που έχουν στην αναγνώριση προβλήματος τα αρνητικά συναισθήματα και μάλιστα, αν έχουμε αύξηση των αρνητικών συναισθημάτων, τότε αυξάνεται και η αναγνώριση. Αν λάβουμε υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της πρώτης φάσης, στην οποία οι θεραπευόμενοι θα πρέπει μέσα από την επίγνωση του προβλήματός τους να ενδυναμώσουν το κίνητρό τους για συνέχιση στην κύρια θεραπευτική φάση, μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, η ενοχή κι ο φόβος μπορεί να ενισχύουν την αναγνώριση του προβλήματος και να αποτελούν μια έμμεση απόδειξη της σοβαρότητάς του.

Συναφές με το εύρημα του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος σχετικά με την αρνητική σχέση της κοινωνικής υποστήριξης και παραμονής στην επανένταξη, είναι το

εύρημα της σημαντικής επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους στο στρες και μάλιστα αν έχουμε αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης στην πρώτη φάση, τότε αυξάνεται και το στρες στην ίδια φάση. Η κοινωνική υποστήριξη στην αρχή της θεραπείας θα ανέμενε κανείς ότι θα βοηθούσε τον θεραπευόμενο και όχι ότι θα του δημιουργούσε κάποιο αρνητικό συναίσθημα. Υποθέτουμε ότι οι σημαντικοί άλλοι στη ζωή του θεραπευόμενου δεν βοηθούν απαραίτητα με την εμπλοκή τους τον θεραπευόμενο λόγω των προσδοκιών που έχουν και της πίεσης που ασκούν που μπορεί να προκαλέσει το στρες στη συγκεκριμένη φάση της θεραπείας.

Στην αρχή της κλειστής φάσης της θεραπείας διακρίνουμε ομάδες παρόμοιων αλληλοεξαρτώμενων παραγόντων. Η ικανοποίηση από τη θεραπεία και η αναζήτηση νοήματος έχουν σημαντική επίδραση στην ετοιμότητα για θεραπεία δηλ. στην αναγνώριση του προβλήματος και στα βήματα που έχουν επιτευχθεί. Μια βασική διαφορά είναι η σημαντική επίδραση που ασκούν τα θετικά συναισθήματα στα βήματα που γίνονται προς την αλλαγή. Εκτιμούμε ότι το πέραςμα στην κλειστή φάση και η επιτυχής συνέχιση της θεραπείας προκαλούν περισσότερα θετικά συναισθήματα τα οποία τροφοδοτούν περαιτέρω την προσπάθεια στη θεραπεία. Ακόμη, τα θετικά συναισθήματα έχουν θετική σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από τη θεραπεία, καθώς βλέπουν οι θεραπευόμενοι την προσπάθειά τους στο συγκεκριμένο πρόγραμμα να προχωράει. Επιπλέον, στη φάση αυτή η αυτοαποτελεσματικότητα δεν φαίνεται να συνδέεται με τα θετικά συναισθήματα, την κοινωνική υποστήριξη και την παρουσία νοήματος. Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζεται σημαντικός ως προς την αναγνώριση και μάλιστα όσο αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα τόσο μειώνεται η αναγνώριση του προβλήματος. Εδώ βλέπουμε να αναδεικνύεται η πεποίθηση των θεραπευομένων, ότι εφόσον θεωρούν ότι μπορούν να αντισταθούν στη χρήση ουσιών κάτω από ορισμένες συνθήκες, κάτι που είναι ζητούμενο στη θεραπεία και που όπως είδαμε, αυξάνεται στη διάρκεια της θεραπείας, θεωρούν ότι το πρόβλημα που είχαν δεν είναι πλέον τόσο σοβαρό. Αυτό στις απαντήσεις τους αντανακλάται σε μείωση της αναγνώρισης του προβλήματος. Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας είναι πιο σαφής στη σχέση της με την κατάθλιψη όπου η αύξηση της πεποίθησης ότι μπορεί ο θεραπευόμενος να εκτελέσει τις επιθυμητές συμπεριφορές, φέρνει μείωση της κατάθλιψης, λόγω προφανώς της αύξησης της αυταξίας και της ικανότητας επίτευξης των στόχων.

Στην κλινική εικόνα, τόσο στη συνολική όσο και στο στρες και την κατάθλιψη ξεχωριστά, βλέπουμε την παρουσία νοήματος να ασκεί σημαντική επίδραση με την

αύξησή της να προβλέπει τη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων. Η παρουσία νοήματος φαίνεται να συνδέεται θετικά με μεταβλητές όπως τα θετικά συναισθήματα, η κοινωνική υποστήριξη και η ικανοποίηση. Αντίθετα, ο θεραπευόμενος που έχει αρνητικά συναισθήματα δεν μπορεί να αποδώσει θετικό νόημα στην προσπάθεια που κάνει και στη ζωή του γενικότερα. Η θετική σχέση των αρνητικών συμπτωμάτων όπως το στρες και η κατάθλιψη με την κοινωνική υποστήριξη φαίνεται και στην κλειστή φάση. Η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, εξακολουθεί να προκαλεί αύξηση των αρνητικών συμπτωμάτων και αποτελεί μια περαιτέρω ένδειξη της πολύπλευρης σημασίας που έχει ο παράγοντας της κοινωνικής υποστήριξης στη θεραπεία αλλά και του χειρισμού που πρέπει να γίνει προς όφελος των θεραπευόμενων.

Στις αναλύσεις των μεταβλητών της αρχής της κλειστής φάσης που συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες τόσο οι μεταβλητές της ίδιας φάσης όσο και αυτές προηγούμενων φάσεων που μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση προκύπτουν ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία. Καταρχήν, η ετοιμότητα για θεραπεία και η προσδοκία για ικανοποίηση στην αρχή της θεραπείας φαίνεται ότι έχουν σημαντική επίδραση στην ετοιμότητα και στην ικανοποίηση στην κλειστή φάση, γεγονός που δείχνει την σημασία τους στην αρχική φάση αλλά και την επιρροή τους στην μετέπειτα θεραπευτική πορεία. Να σημειώσουμε εδώ ότι ο παράγοντας της ετοιμότητας για θεραπεία στο επίπεδο των αποτελεσμάτων αντιπροσωπεύεται από τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές της αναγνώρισης προβλήματος και των βημάτων για αλλαγή. Η μεταβλητή της αμφιβολίας δεν φαίνεται να ασκεί σημαντική επίδραση και τα συμπεράσματα που την αφορούν περιορίζονται στην εξέταση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων της στο 1ο ερευνητικό ερώτημα.

Η συνολικότερη ανάλυση των παραγόντων στις διάφορες φάσεις φωτίζει ακόμα περισσότερο το ρόλο της κλινικής εικόνας καθώς τα αρνητικά συμπτώματα δεν συνδέονται πάντοτε θετικά με αντίστοιχα αρνητικά συναισθήματα ή μεταβλητές που δυσχεραίνουν τη θεραπεία. Η θετική σύνδεση με μεταβλητές της ετοιμότητας είναι ένα ενδεικτικό παράδειγμα. Συγκεκριμένα, η αύξηση του στρες στην κλειστή φάση, προκαλεί αύξηση της αναγνώρισης του προβλήματος στην ίδια φάση, πιθανώς μέσα από μια διαδικασία εγρήγορσης του ατόμου, που συνεχίζει να θεωρεί ότι το πρόβλημά του είναι παρόν. Αντίστοιχα, η αύξηση του άγχους στην πρώτη φάση, προβλέπει αύξηση των βημάτων στην κλειστή φάση, εύρημα που συμφωνεί με τη διαπίστωση των Finney & Moos (1995) ότι υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να συντελέσουν στην αύξηση της επίγνωσης ενός ατόμου κι έτσι διευκολύνουν την εισαγωγή στο στάδιο αλλαγής

που ορίζεται ως «στοχασμός» (contemplation), σύμφωνα με τους Prochaska *et al.* (1992), και το ότι η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα του προβλήματος χρήσης ουσιών κάποιου θα μπορούσε να συνδέεται με την διεργασία αλλαγής της «αύξησης της επίγνωσης».

Όσον αφορά την αντίληψη του νοήματος της ζωής, η αύξηση της παρουσίας νοήματος στην κλειστή φάση προβλέπει μείωση των συμπτωμάτων στρες και κατάθλιψης, όπως αναμένεται. Ωστόσο παρατηρούμε ότι η παρουσία νοήματος στην πρώτη φάση προβλέπει αύξηση του στρες στην κλειστή φάση. Η φαινομενική αστάθεια που παρουσιάζει η μεταβλητή στις προβλέψεις της, μπορεί να συνδέεται με τις ποιοτικά διαφορετικές φάσεις της θεραπείας. Έτσι, εκτιμούμε ότι στην πρώτη φάση η παρουσία νοήματος συνδέεται περισσότερο με τη νοηματοδότηση της θεραπευτικής προσπάθειας και το κίνητρο για την αρχή της και δεν είναι ενδεικτική θετικών χαρακτηριστικών στη συνέχεια της θεραπείας.

Ανάλογη εικόνα των προηγούμενων αποτελεσμάτων παρουσιάζουν τα θετικά συναισθήματα στην κλειστή φάση, όπου φαίνεται ότι εμφανίζουν θετική σύνδεση με μεταβλητές προωθητικές της θεραπείας όπως η ικανοποίηση και αρνητική σύνδεση με το στρες και την κατάθλιψη. Αντίστοιχα, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους στην κλειστή φάση επαναλαμβανόμενα συνδέεται θετικά με την κλινική εικόνα και ιδίως με την κατάθλιψη, δείχνοντας το σύνθετο ρόλο της, όπως έχουμε προαναφέρει, στη θεραπεία. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η υποστήριξη από σημαντικούς άλλους ανάλογα με το αν το άτομο την αντιλαμβάνεται ως βοηθητική ή μη, υποθάλπει ή αναστέλλει την προσπάθεια του ατόμου για αλλαγή και αυτονομία.

Η αυτοαποτελεσματικότητα στην αρχή της κλειστής φάσης έχει σημαντική επίδραση στο στρες και στην κατάθλιψη και συγκεκριμένα όταν αυξάνεται η βεβαιότητα ότι θα εκτελέσει ο θεραπευόμενος την επιθυμητή συμπεριφορά (δηλ. την αντίσταση στη χρήση ουσιών), τότε μειώνονται το στρες και η κατάθλιψη στην ίδια φάση. Παρατηρούμε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα αρχίζει να σχηματίζει μια συνεπή εικόνα επιρροής της στους παράγοντες που συνδέονται θετικά με τη θεραπεία, ήδη από την αρχή της κλειστής φάσης, κάτι που δεν ισχύει στην πρώτη φάση. Αυτό επιβεβαιώνει η αυτοαποτελεσματικότητα στην τελευταία φάση όπου η αύξησή της, προβλέπει την αύξηση των βημάτων στη θεραπεία και την αντίστοιχη μείωση των κλινικών συμπτωμάτων, κατάθλιψης, στρες και άγχους στην ίδια φάση. Επιπλέον, η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας στο τέλος της κλειστής φάσης προβλέπει την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας στην επανένταξη, εύρημα που δείχνει ότι στο

τέλος της κλειστής φάσης η βεβαιότητα για την αντίσταση στη χρήση ουσιών κάτω από ορισμένες συνθήκες στηρίζεται πιθανώς στη δουλειά που έχει γίνει στη θεραπεία και ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στην πραγματική συμπεριφορά, γι' αυτό και προβλέπει την ίδια αντίληψη στην τελευταία φάση της θεραπείας.

Θεωρητικές προεκτάσεις

Η διερεύνηση των μεταβλητών που η βιβλιογραφία αναδεικνύει ως τις σημαντικότερες στη θεραπεία της εξάρτησης, έχει ενδιαφέρουσες θεωρητικές προεκτάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ένα μοντέλο θεωρητικό που περιλαμβάνει το σύνολο των παραγόντων. Η επιβεβαίωση του ρόλου και της σημασίας ήδη γνωστών παραγόντων, όπως η ετοιμότητα, η ικανοποίηση, η αυτοαποτελεσματικότητα, η κλινική εικόνα και η κοινωνική υποστήριξη σε κλινικό δείγμα θεραπευόμενων χρηστών ουσιών στην ελληνική πραγματικότητα έχει μεγαλύτερη αξία στο βαθμό που συνδυάζεται με την προσθήκη νέων παραγόντων όπως τα θετικά συναισθήματα και το νόημα της ζωής. Τα θετικά συναισθήματα αποδείχθηκαν σημαντικά στην εναλλαγή τους στη διάρκεια της θεραπείας αλλά και στη σύνδεσή τους με σημαντικούς παράγοντες της απεξάρτησης όπως η αυτοαποτελεσματικότητα. Το νόημα της ζωής ως μια μεταβλητή που εισάγει την έννοια της συνολικής αντίληψης του ζην και της αναζήτησης της σημασίας της, καταδείχθηκε σημαντική στην πρόβλεψη της συνέχισης της θεραπείας αλλά και στη σύνδεσή της με προωθητικές της θεραπείας μεταβλητές.

Η διερεύνηση πολλών και ετερογενών μεταξύ τους μεταβλητών στο χώρο της εξάρτησης μπορεί να αποτελέσει αφετηρία για την εισαγωγή νέων παραγόντων στα επόμενα θεωρητικά μοντέλα, όπως η έννοια της ανθεκτικότητας (resilience), μιας θεωρητικής κατασκευής που περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις πιο δύσκολες συνθήκες και φαίνεται ότι έχει τόσο βιολογικές όσο και περιβαλλοντικές καταβολές. Η εξάρτηση ως μια κατάσταση αλλοτριωτική της ανθρώπινης λειτουργίας και ευρύτερα της ανθρώπινης υπόστασης, ενδείκνυται για την θεωρητική προσθήκη αντίστοιχων μεταβλητών.

Όσον αφορά τα ήδη υπάρχοντα μοντέλα κατανόησης της εξάρτησης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να υποστηρίζουν καταρχήν ένα γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, αφού οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα δείχνουν να συνδέονται με τη μετέπειτα συμπεριφορά. Από διαφορετική σκοπιά υποστηρίζεται

το ψυχοκοινωνικό μοντέλο της εξάρτησης, καθώς αναδεικνύεται ο ρόλος τόσο των ψυχολογικών παραγόντων όσο και της κοινωνικής επιρροής.

Ένα θεωρητικό μοντέλο θα μπορούσε υποθετικά να περιλαμβάνει τους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε κάθε φάση της απεξάρτησης και στη μετάβαση στην επόμενη φάση. Η επεξεργασία του μοντέλου αυτού θα οδηγούσε στην κατανόηση των σταδίων αλλαγής στην απεξάρτηση, κατά αναλογία με τα στάδια της αλλαγής των Prochaska Diclemente και Norcross (1992), οι οποίοι αναφέρονται σε ένα μοντέλο που θα μπορούσε να περιλαμβάνει ορισμένες βασικές αρχές που αποκαλύπτουν τη φύση της αλλαγής που συμβαίνει με ή χωρίς την επιρροή της δομημένης θεραπείας. Η έννοια της εν δυνάμει αλλαγής ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που ακολουθείται βασίζεται στη βάσιμη υπόθεση ότι η αλλαγή μπορεί να συμβεί όταν έρθει η κατάλληλη στιγμή για το κάθε άτομο. Υπ' αυτή την έννοια πέραν των διαφορών στη διαδικασία, η αλλαγή που μπορεί κανείς να πετύχει με οποιονδήποτε τρόπο θα πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα σε φάσεις, που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, στο πλαίσιο της θεραπείας ως συνέχειας με εξελικτική πορεία και όχι αποσπασματικά. Η επισήμανση αυτή αφορά στη συνήθη πρακτική της μελέτης και διερεύνησης των μεταβλητών σαν να επρόκειτο για ξεχωριστές ενεργητικές μονάδες. Η πραγματική σημασία της κατασκευής και της χρησιμοποίησης των μεταβλητών έγκειται στην προσπάθεια κατανόησης ενός φαινομένου, όπως π.χ. η θεραπεία της εξάρτησης, στην παρατήρηση των δυναμικών που το επηρεάζουν, στον πρακτικό διαχωρισμό και την κατονομασία τους. Η ουσιαστική προσέγγιση του θέματος επιτάσσει τη συνεκτική παρακολούθησή του και τον χειρισμό των μεταβλητών ως πιθανούς τρόπους σύλληψης και κατανόησης του βασικού πυρήνα και σκοπού του.

Ερευνητικές προεκτάσεις

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ένα σύνολο μεταβλητών, η ξεχωριστή επιρροή τους και η αλληλεπίδρασή τους στη διαδικασία απεξάρτησης. Τα ευρήματα δείχνουν την κατεύθυνση για τις ερευνητικές προεκτάσεις στο ίδιο πεδίο. Το εύρημα ότι η αύξηση της αναζήτησης νοήματος στην αρχική φάση, προβλέπει την μείωση της πιθανότητας για πέρασμα στην κλειστή φάση, θα μπορούσε να οδηγήσει σε περαιτέρω διερεύνηση της έννοιας του νοήματος στην εξάρτηση-απεξάρτηση με πρακτικές και υπαρκτικές διαστάσεις. Ο πολύπλοκος ρόλος των κλινικών συμπτωμάτων στη

συνέχιση της θεραπείας διανοίγει το δρόμο για εμβάθυνση της σημασίας τους, πιθανώς μέσα από ένα γνωσιακό μοντέλο κατανόησης και ερμηνείας των συμπτωμάτων. Συναφής είναι και η συμβολή των θετικών συναισθημάτων που βρέθηκε ότι συνδέονται θετικά με ήδη γνωστές μεταβλητές στη θεραπεία της εξάρτησης, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική υποστήριξη.

Τα θετικά συναισθήματα αποτελούν ένα νέο ερευνητικό πεδίο στο χώρο της εξάρτησης με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, δεδομένου του σύνθετου ρόλου των συναισθημάτων τόσο στη δημιουργία της εξάρτησης όσο και στη θεραπείας της. Μια πιθανή μελέτη θα περιλάμβανε τη λειτουργία των θετικών συναισθημάτων στα στάδια της απεξάρτησης και την προσέγγιση του θέματος οριζόντια στο χρόνο αλλά και σε βάθος με την ποιοτική κατανόηση των συναισθημάτων. Προκύπτει η ανάγκη, εκτιμούμε, διερεύνησης νέων συνδυασμών μεταβλητών, η επιλογή των οποίων θα βασίζεται σε προηγούμενα ευρήματα καθώς και βαθύτερης μελέτης της σημασίας μεταβλητών όπως τα συναισθήματα για τα οποία οι κλίμακες αυτοαναφοράς δίνουν ορισμένα μόνο στοιχεία.

Η έρευνα αυτή με τη μελέτη μιας σειράς μεταβλητών σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο χρόνο στην ελληνική πραγματικότητα, αναδεικνύει την ανάγκη κατανόησης ενός φαινομένου με ποικίλες διαστάσεις στην πολιτισμική ιδιαιτερότητά του και τη δυνατότητα σύγκρισής του με άλλα πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Κλινικές προεκτάσεις

Οι βασικές παρατηρήσεις στον τομέα της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής αφορούν στο ακολουθούμενο σύστημα θεραπείας και στα σχετικά ευρήματα. Το θεραπευτικό πρόγραμμα 18 Άνω εφαρμόζει συνδυασμό ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας με σκοπό τόσο την αυτογνωσία, την έκφραση των συναισθημάτων και τον διαλεκτικό τρόπο σκέψης όσο και την εγκαθίδρυση νέων δεσμών που συντελούν στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν συνολικά ότι το συγκεκριμένο σύστημα ψυχοθεραπείας λειτουργεί αποτελεσματικά όπως δείχνει η αυξανόμενη ικανοποίηση και εμπιστοσύνη που δείχνουν οι θεραπευόμενοι στο πλαίσιο. Ο σεβασμός στους κανόνες του προγράμματος και η οριοθέτηση συμπεριφορών δεν υποσκάπτουν τις δημοκρατικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα και την ελεύθερη έκφραση.

Οι διακοπές του προγράμματος είναι αναμενόμενες ως ένα βαθμό στον πληθυσμό των τοξικομανών και όπως αποκομίσαμε από την κλινική παρατήρηση δεν

σημαίνουν πάντοτε υποτροπή και οριστική αποχώρηση του θεραπευόμενου από το πρόγραμμα. Αντίθετα το πλαίσιο αντιμετωπίζει τη διακοπή ως μέρος της ίδιας της διαδικασίας απεξάρτησης γι' αυτό και ο θεραπευόμενος που πήρε την απόφαση να διακόψει μπορεί να επιστρέψει και η θεραπευτική ομάδα θα αποφασίσει κατά περίπτωση τη σταδιακή επανεισαγωγή του στο πρόγραμμα. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτή είναι η παρατήρηση των Prochaska Diclemente και Norcross (1992), ότι η υποτροπή ακολουθεί ένα σχήμα «σπιδάλ» (relapse spiral pattern), όπου τα άτομα που υποτροπιάζουν οπισθοδρομούν σε προηγούμενο στάδιο αλλά δεν φτάνουν εκεί όπου βρίσκονταν πριν αρχίσουν τη θεραπεία. Αντιθέτως μαθαίνουν από τα λάθη τους, ωφελούνται και επανέρχονται στη θεραπευτική προσπάθεια.

Το γεγονός ότι στο δεύτερο και τρίτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά στις μεταβλητές που προβλέπουν τη μετάβαση από τη μια φάση στην άλλη, προκύπτουν ως σημαντικές μόνο οι μεταβλητές της πρώτης φάσης και της αρχής της κλειστής φάσης από το σύνολο των μεταβλητών και των τεσσάρων μετρήσεων στις τρεις φάσεις, δείχνει τη σημασία των δύο πρώτων φάσεων, της αρχής της θεραπείας δηλαδή του συμβουλευτικού σταθμού και της αρχής της κλειστής φάσης. Η σημασία της αρχής της θεραπείας έγκειται στην ενδυνάμωση του κινήτρου, στην υπέρβαση των δυσκολιών για τη συνέχιση της προσπάθειας και στη δημιουργία των βάσεων για την μετέπειτα πορεία στη θεραπεία. Σύμφωνα με τα ειδικότερα ευρήματα, ορισμένα από τα στοιχεία που θα έπρεπε να ληφθούν ιδιαίτερα υπόψη στην αρχή της θεραπείας είναι η αναγνώριση της ύπαρξης του προβλήματος και η απόφαση της επένδυσης σε μια προσπάθεια αλλαγής όπως και η σταδιακή βελτίωση θέτοντας μικρούς και εφικτούς στόχους κάθε φορά. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η πιθανή ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, συχνά λανθανόντων και ειδικά στις γυναίκες, που μπορεί να υποσκάπτουν τα βήματα που έχουν γίνει ως εκείνη τη στιγμή, να καταστούν επώδυνα και να οδηγήσουν σε διακοπή της προσπάθειας. Η κοινωνική υποστήριξη, επίσης, θα πρέπει να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας στη θεραπεία, ώστε να μπορέσουν οι θεραπευόμενοι να κρατήσουν τα ωφέλιμα γι' αυτούς στοιχεία που τους προσφέρει και να απαλλαγούν από όσα διαταράσσουν την θεραπευτική τους προσπάθεια.

Τη σημασία της αρχής της θεραπείας επισημαίνουν και οι Prochaska Diclemente και Norcross (1992), που προτείνουν, στηριζόμενοι στο μοντέλο των πέντε σταδίων αλλαγής, ότι πριν την αρχή της κύριας θεραπευτικής φάσης θα πρέπει να σχεδιάζεται η θεραπεία έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κάθε θεραπευόμενου, εν προκειμένω στο στάδιο αλλαγής που βρίσκεται. Ένας από τους

λόγους αποτυχίας των θεραπευτικών προγραμμάτων και των πολλών υποτροπών, τονίζουν, είναι ότι τα προγράμματα είναι προσανατολισμένα στη δράση που έπεται των βασικών σταδίων αλλαγής όπως είναι το προσυλλογιστικό, το συλλογιστικό και η προετοιμασία. Ακριβώς επειδή οι περισσότεροι θεραπευόμενοι βρίσκονται σε ένα από αυτά τα στάδια, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο πλήρες πρόγραμμα δράσης των θεραπευτικών προγραμμάτων. Στην περίπτωση της μελέτης αυτής, θεωρούμε ότι στη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού δίνεται επαρκής προσοχή στην προετοιμασία του θεραπευόμενου μέσα από τα τρία στάδια-προ-εμφύχωση, εμφύχωση, ευαισθητοποίηση που αντιστοιχούν σχηματικά στα πρώτα στάδια του παραπάνω μοντέλου. Ωστόσο, η έννοια των σταδίων έχει ουσιαστική σημασία όταν συνδυάζεται με τις κατάλληλες διεργασίες που συντελούνται σε αυτό. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένα άτομα που προσπαθούν να θεραπευτούν, στηρίζονται κυρίως στις διεργασίες του συλλογιστικού σταδίου-όπως η αύξηση της συνείδησης, η επανεκτίμηση του εαυτού-καθώς προχωρούν προς το στάδιο της δράσης. Προσπαθούν να τροποποιήσουν συμπεριφορές αυξάνοντας την επίγνωση, μια συνήθης κριτική στην ψυχανάλυση: ότι η ενδοσκόπηση από μόνη της δεν προκαλεί απαραίτητα την αλλαγή της συμπεριφοράς. Αντίθετα, μια άλλη κατηγορία ατόμων, βασίζονται κατά κύριο λόγο σε διεργασίες του σταδίου δράσης-όπως η ενίσχυση, ο έλεγχος των ερεθισμάτων, η απόσβεση ενίσχυσης-χωρίς τη συνειδητοποίηση, τη λήψη απόφασης και την ετοιμότητα που χαρακτηρίζουν τα στάδια του συλλογισμού και της προετοιμασίας. Προσπαθούν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους χωρίς τη συνειδητοποίηση, μια συνήθης κριτική στο συμπεριφορισμό: η πράξη χωρίς την ενδοσκόπηση και την επίγνωση μπορεί να επιφέρει προσωρινή αλλαγή. Ως εκ τούτου ο συνδυασμός αυτεπίγνωσης και μικρών συμπεριφορικών αλλαγών από την αρχή της θεραπείας πιθανώς θα οδηγούσε σε καλύτερα και μονιμότερα αποτελέσματα στη θεραπεία.

Εκπαιδευτικές προεκτάσεις

Στον τομέα της εκπαίδευσης και της εποπτείας στο χώρο της εξάρτησης απαιτείται μια αρχική ευαισθητοποίηση στις βασικές εκδηλώσεις και έννοιες του φαινομένου τόσο για την γνωστική τους σημασία όσο και για την ανάπτυξη προβληματισμού σχετικά με τη φύση του προβλήματος και τη θέση του στην σημερινή πραγματικότητα. Η ανάλυση των κυρίαρχων μοντέλων της εξάρτησης είναι απαραίτητη για την κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.

Παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των εργαζόμενων σε κέντρα απεξάρτησης έχουν γενικές σπουδές ψυχολογίας, ψυχιατρικής, νοσηλευτικής ή κοινωνικής εργασίας. Η μετεκπαίδευσή τους δεν σχετίζεται συνήθως με την εξάρτηση και μαθαίνουν εμπειρικά από την εργασία τους τις διάφορες πλευρές του φαινομένου. Ακόμη, η ανάγκη εύρεσης εργασίας, ωθεί αρκετούς θεραπευτές να εργαστούν στο χώρο της εξάρτησης χωρίς την ύπαρξη ειδικού ενδιαφέροντος, γεγονός που οδηγεί στην διεκπαιρεωτική αν όχι ακατάλληλη άσκηση των καθηκόντων και αποβαίνει με λανθάνοντα συχνά τρόπο, εις βάρος της θεραπείας.

Η εκπαίδευση των εργαζόμενων στο χώρο της εξάρτησης, πέραν του βασικού γνωστικού πεδίου, θα μπορούσε να περιλαμβάνει την επαφή με όλα τα είδη θεραπείας, ώστε να αποκτά κανείς ευρύτερη κατανόηση του χώρου στον οποίο κινείται. Στη συνέχεια κρίνεται απαραίτητο να δοθεί προσοχή στους σημαντικούς παράγοντες στη διάρκεια θεραπείας, με τη μορφή των σκοπών, της διαδικασίας και των πιθανών δυσκολιών στην εκάστοτε φάση.

Προτείνεται ο κάθε εργαζόμενος να έχει μια συνολική εικόνα των σταδίων απεξάρτησης και της ίδιας της θεραπείας ως συνόλου και να μην ασχολείται αποκλειστικά με το μέρος της θεραπείας που του έχει ανατεθεί. Αυτό θα βοηθήσει στην αντίληψη της θεραπείας ως δυναμικής συνέχειας και στην ανάπτυξη συσχετίσεων ανάμεσα στα μέρη που την αποτελούν. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στο ρόλο του κάθε θεραπευτή σε σχέση με τους θεραπευόμενους, όσον αφορά την οριοθέτηση, την επεξεργασία των προσωπικών του θεμάτων και την ικανότητα ανάπτυξης σχέσεων και προτύπων προωθητικών της θεραπείας.

Περιορισμοί της έρευνας

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης επιτάσσει την επισήμανση των βασικών περιορισμών στους οποίους υπόκειται. Ξεκινώντας από τον ερευνητικό σχεδιασμό, η έρευνα σταμάτησε στο στάδιο της επανένταξης και συγκεκριμένα στους τρεις μήνες της φάσης αυτής, για λόγους τόσο πρακτικούς που σχετίζονται με τη συγκράτηση των ατόμων του δείγματος όσο και ουσιαστικούς, λόγω του διαστήματος της επανένταξης που βάσει βιβλιογραφίας θεωρείται σημαντικό για την αξιολόγηση των μεταβλητών. Υποθέτουμε ότι εάν η έρευνα επεκτεινόταν ως το τέλος των 12 μηνών της κοινωνικής επανένταξης, πιθανώς θα σχηματίζαμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των αποτελεσμάτων ή θα προέκυπταν νέα ενδιαφέροντα στοιχεία. Κι αυτό παρά τις απώλειες σε άτομα του δείγματος που θα είχαμε καθώς

προχωρούσε η επανένταξη. Σχετικά με αυτή τη διαπίστωση, η κλινική παρατήρηση δείχνει ότι οι πρώτοι μήνες είναι οι πιο δύσκολοι για την προσαρμογή και την παραμονή σε μια νέα φάση, γεγονός που υποστηρίζει την επιλογή των τρεις μηνών για την τελευταία μέτρηση στη μελέτη.

Ακόμη η συγκεκριμένη μελέτη διεξάχθηκε στο πλαίσιο ενός θεραπευτικού προγράμματος με συγκεκριμένη φιλοσοφία, γεγονός που περιορίζει τα αποτελέσματα της έρευνας παρά το σχετικά μεγάλο δείγμα ($N=157$) για έρευνα στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό των θεραπευόμενων χρηστών είναι δυνατή αν εφόσον τα ποσοστά και οι αναλογίες των βασικών δημογραφικών στοιχείων είναι παρόμοια με αυτά μεγαλύτερων δειγμάτων όπως δίνονται από το ΕΚΤΕΠΝ, προϋπόθεση που ισχύει αν παρατηρήσει κανείς τα δεδομένα.

Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά την αξιολόγηση κάποιων εννοιών που περιλάμβαναν οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Παρότι οι δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ελληνικής μετάφρασης είναι ικανοποιητικοί όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, η χορήγηση έδειξε δυσκολίες στην κατανόηση κυρίως των ερωτήσεων που αξιολογούν την έννοια της αμφιβολίας. Σε αυτό πιθανώς οφείλεται το γεγονός ότι η συγκεκριμένη υποκλίμακα δεν έδωσε σχεδόν κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, ενώ οι δύο άλλες υποκλίμακες της ετοιμότητας, η αναγνώριση και τα βήματα, όπως είδαμε, εμφανίζονται ως σημαντικές σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα. Εικάζουμε ότι οι περιορισμοί αυτοί είναι σχεδόν αναπόφευκτοι σε κλίμακες που έχουν κατασκευαστεί σε άλλη γλώσσα, σε διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο.

Βασικός σκοπός αυτής της έρευνας είναι η κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής στη θεραπεία της εξάρτησης μέσω της αξιολόγησης των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Η προσέγγιση των ερευνητικών ερωτημάτων μέσω των βασικών ερευνητικών εργαλείων, των κλιμάκων αυτοαναφοράς είναι συνήθης πρακτική στις ποσοτικές μελέτες και σε παρόμοιες έρευνες στο χώρο της θεραπείας της εξάρτησης. Κατά τη διάρκεια της έρευνας προβληματιστήκαμε για το κατά πόσον ορισμένες έννοιες μπορούν να αξιολογηθούν επαρκώς με τις κλίμακες αυτοαναφοράς. Φαίνεται ότι παράγοντες όπως η ετοιμότητα, η αυτοαποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση μπορούν να εκτιμηθούν επαρκώς ενώ για άλλους όπως το νόημα της ζωής ή τα συναισθήματα η επαρκής αξιολόγηση μέσω κλιμάκων είναι περισσότερο αμφιλεγόμενη. Παρατηρούμε ότι στην πρώτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές

«κατασκευασμένες έννοιες» στο χώρο της ψυχολογίας-ψυχοθεραπείας ενώ στη δεύτερη πιο ευρύτερες έννοιες. Οι κλίμακες δεν καλύπτουν βεβαιότατα το εύρος και την ουσία των εννοιών αυτών, μπορούν όμως να δώσουν ορισμένα πρώτα στοιχεία, χρήσιμα για την περαιτέρω διερεύνηση. Η ταυτόχρονη ποιοτική έρευνα θα μπορούσε να συντελέσει στην πληρέστερη κατανόηση του ρόλου σύνθετων εννοιών όπως το νόημα ζωής.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η λεπτομερής διερεύνηση του ρόλου των σημαντικότερων μεταβλητών που προέκυψαν από αυτή τη μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει μια πρόταση για μελλοντική έρευνα. Κι αν για μεταβλητές όπως η ετοιμότητα και η αυτοαποτελεσματικότητα υπάρχει πληθώρα ερευνών στο πεδίο της εξάρτησης, δεν συμβαίνει το ίδιο για τα θετικά συναισθήματα και το νόημα της ζωής. Η προσθήκη της ψυχολογικής ανθεκτικότητας (resilience) ως παράγοντα συνεκτικό των υπόλοιπων που επηρεάζουν την πορεία της θεραπείας θα είχε επίσης ενδιαφέρον.

Πληρέστερη εικόνα για τη θεραπεία της εξάρτησης στην ελληνική πραγματικότητα θα έδινε μια μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που θα περιλάμβανε προγράμματα απεξάρτησης με διαφορετική φιλοσοφία και προσέγγιση, όπως είναι οι δομές του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι. Μια τέτοια έρευνα θα έδινε τη δυνατότητα συγκριτικής προσέγγισης με ποικίλες προεκτάσεις. Εάν υποθέσουμε ότι η διαδικασία αλλαγής συμβαίνει και ανεξάρτητα από την παροχή δομημένης θεραπείας (αυτοθεραπεία) όπως υποστηρίξαμε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, η μελέτη θα μπορούσε ιδανικά να περιλαμβάνει και αυτή την κατηγορία των χρηστών ουσιών.

Η κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής στην εξάρτηση επιτάσσει την συμπληρωματική μελέτη μέσω της ποιοτικής έρευνας όπως γίνεται για παράδειγμα μέσω των αφηγήσεων των ανθρώπων αυτών που, σύμφωνα με τις κλίμακες είχαν επιτυχή έκβαση στη θεραπεία τους και αυτών που σύμφωνα με τις ίδιες μετρήσεις είχαν το αντίθετο αποτέλεσμα. Στόχος είναι μέσα από τον συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων αλλά και από τη σύγκριση των δύο ομάδων ατόμων να μελετηθούν περαιτέρω τόσο οι παράγοντες που συνδέονται με την επιτυχή ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος όσο και ο μηχανισμός αλλαγής που συντελείται στη διάρκεια της θεραπείας.

Συμπεράσματα

Η εξάρτηση σήμερα αποτελεί ένα από τα μείζονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι διαστάσεις του προβλήματος, οι συνέπειές του και η αποτυχία συνολικής αντιμετώπισης οδηγούν σε διαμάχες όσον αφορά την αιτιολογία και την αποτελεσματική θεραπεία η οποία θεωρείται από ορισμένους ανέφικτη. Όταν αναφερόμαστε σε θεραπεία της εξάρτησης, ωστόσο, κάνουμε τη σιωπηρή παραδοχή ότι η αλλαγή είναι καταρχήν εφικτή και συνεχίζουμε την προσπάθεια επίτευξης με τα υπάρχοντα μέσα. Οι διάφορες θεωρίες εξήγησης και ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν χρησιμοποιηθεί και στο πεδίο της εξάρτησης προσεγγίζοντας εκφάνσεις και αιτιολογήσεις της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Τα είδη θεραπείας αντιστοιχούν στην υιοθέτηση μέρους των παραπάνω θεωριών και στις ανάλογες προτάσεις αντιμετώπισης. Θα περίμενε κανείς ότι η ύπαρξη πολλών και ποικίλων θεραπευτικών προγραμμάτων, τα περισσότερα υπό την αιγίδα της επίσημης πολιτείας, θα συντελούσε αποφασιστικά στη μείωση του προβλήματος. Και πράγματι η αθρόα προσέλευση χρηστών ουσιών στα προγράμματα απεξάρτησης, συχνά με λίστες αναμονής, δείχνει ότι οι χρήστες γνωρίζουν τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και απευθύνονται σ' αυτές για το πρόβλημά τους όταν θελήσουν. Η παρούσα έρευνα που αξιολογεί τους παράγοντες που βρέθηκαν ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της εξάρτησης διεξάχθηκε στο θεραπευτικό πρόγραμμα «18 Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Ο τρόπος λειτουργίας του προγράμματος μας επέτρεψε να διεξάγουμε τις τέσσερις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις που περιλάμβανε το ερευνητικό σχέδιο.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τον σημαντικό ρόλο της ετοιμότητας για αλλαγή, της κλινικής εικόνας και της κοινωνικής υποστήριξης στη μετάβαση από το ένα στάδιο θεραπείας στο άλλο και ανέδειξαν το ρόλο νέων μεταβλητών στο πεδίο όπως τα θετικά συναισθήματα και η αντίληψη του νοήματος της ζωής. Η θετική προβλεπτική σχέση της αυτοαποτελεσματικότητας με την ετοιμότητα, τα θετικά συναισθήματα και το νόημα ζωής ειδικά στο τέλος της θεραπείας δείχνει την σημασία της μεταβλητής αυτής (προερχόμενης από το χώρο της γνωσιακής σχολής) ως προβλεπτικού παράγοντα της θεραπείας. Η διαμόρφωση ενός μοντέλου ικανού να εξηγήσει τη θεραπευτική πορεία αλλαγής στην εξάρτηση αξιοποιώντας τα μέχρι τώρα δεδομένα θα μπορούσε να αποτελέσει το επόμενο ερευνητικό βήμα. Η παρούσα μελέτη συνέβαλε με την αξιολόγηση του συνδυασμού μιας σειράς παραγόντων σε επαναλαμβανόμενα σημεία στο χρόνο στην κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής ως δυναμικής διεργασίας,

μέσα από τους παράγοντες που την προωθούν, αυτούς που την αναστέλλουν και άλλους με διττό και πολύπλοκο ρόλο. Για τις ανάγκες της έρευνας υποθέσαμε ότι η συνέχιση στη θεραπεία και η ολοκλήρωση των σταδίων της ταυτίζεται με τη διαδικασία της αλλαγής. Θα πρέπει να σημειώσουμε, ωστόσο, ότι η αλλαγή σε μια κατάσταση όπως η εξάρτηση είναι ευρύτερη έννοια και μπορεί να επέλθει ακόμη και μέσα από τις «θεραπευτικές αποτυχίες» ενός εξαρτημένου ατόμου.

Η σημασία των μελετών στη θεραπεία της εξάρτησης έγκειται στη βελτίωση της κατανόησης του μηχανισμού ανάρρωσης και των θεραπευτικών τεχνικών που ακολουθούνται, κατά αναλογία με τις μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας άλλων νοσολογικών οντοτήτων όπως οι ψυχώσεις ή οι αγχώδεις διαταραχές. Κατά τη γνώμη μας τέτοιου είδους μελέτες όπως η παρούσα θα μπορούσαν να συντελέσουν πιο αποτελεσματικά στο πεδίο εάν εντάσσονταν στη λογική κατανόησης των βαθύτερων αιτιών εμφάνισης των εξαρτητικών συμπεριφορών, της ανάγκης που ωθεί κυρίως τους εφήβους να αναζητήσουν μια τέτοια διέξοδο στα προβλήματά τους και της διαφοροποίησης της εξάρτησης από τον απλό πειραματισμό με ουσίες. Μια τέτοια προσπάθεια θα μπορούσε, εκτιμούμε, να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση, μέσω των κατάλληλων στρατηγικών πρόληψης, των γενεσιουργών παραγόντων της πολυσύνθετης φύσης της εξάρτησης.

Βιβλιογραφία

- Adamson, J.D., Fostakowsky, R.T., & Chebib, F.S. (1974). Measures associated with outcome on one year follow-up of male alcoholics. *British Journal of Addiction*, 69, 325-337.
- Adinoff, B., Devous, M.D., Best, S.M., George, M.S., Alexander D. & Payne K. (2001). Limbic responsiveness to procaine in cocaine-addicted subjects, *Am. J. Psychiatry*, 158, 390–398.
- Adinolfi, A.A., DiDario, B. & Kelso, F.W. (1981). The relationship between drinking patterns at therapy termination and intake and termination status on social variables: A replication study. *International Journal of the Addictions*, 16, 555-565.
- Adrian, M. (2001). Do treatments and other interventions work? Some critical issues. *Substance Use & Misuse*, 36(13), 1759–1780.
- Aguilar de Arcos, F., Verdejo-García, A., Peralta-Ramírez, M.I., Sánchez-Barrera, M. & Pérez-García, M. (2005). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli, *Drug and Alcohol Dependence*, 78 (2), 159-167.
- Ahmed, S. H. (2004). Addiction as Compulsive Reward Prediction. *Science*; 306 (5703), 1901-1902.
- Akers, R.L. (1991). Addiction: The troublesome concept. *Journal of Drug Issues*, 21, 777-793.
- Allen, J. (1984). *Correlates of success in health change efforts*. Paper presented at Annual Conference of the American Psychological Association, Toronto, August.
- Alterman, A.I., McLellan, A.T., Shifman, R.B. (1993). Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? *Journal of Nervous and Mental Disease* 181, 576–582.
- American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society of Addiction Medicine, (2006). American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society of Addiction Medicine: Definitions Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain (www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2htm, accessed July 5 2006) In Fainsinger, R. L., Thai, V., Frank, G. & Ferguson, J. (2006). What's in a word? Addiction Versus Dependence in DSM V. *The American Journal of Psychiatry*; 163 (11), 2014.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Annis, H.M. & Martin, C. (1985). *Drug Taking Confidence Questionnaire*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Anis, H.I.M. & Davis, C.A.S. (1989). Relapse prevention. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 170-182). New York: Pergamon.
- Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Apsler, R. (1978). Untangling the conceptual jungle of "drug abuse". *Contemporary Drug Problems*, 7, 55-80.
- Araujo, L., Goldberg, P., Eyma, J., et al. (1996). The effect of anxiety and depression on completion withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13, 61-66.
- Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Armor, D.J., Polich, J.M. & Stambul, H.B. (1976). *Alcoholism and Treatment*. Santa Monica, CA: RAND Corporation Press.
- Arnkoff, D.B., Glass, C.R. & Shapiro, S.J. (2002). Expectations and preferences. In: J.C. Norcross, (Editor), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patient* (pp. 325-346), Oxford University Press, New York.
- Attkinson, C.C. & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Avants, S.K., Margolin, A., Kosten, T.R. (1996). Influence of treatment readiness on outcomes of two pharmacotherapy trials for cocaine abuse among methadone maintained patients. *Psychol Addict Behav.*, 10, 147-156.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 234-249.
- Baekeland, F., Lundwall, L. & Kissin, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In R.G. Gibbons, Y. Israel, H. Kalant, R.E. Pophan, W. Schmidt, & R.G. Smart, *Research advances in alcohol and drug problems*, (eds), vol 2., New York: Wiley.
- Baker T.B. (1988). Models of Addiction: Introduction to the Special Issue, *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 115-117.

- Ball, J.C. & Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287–310.
- Barber, J.G., Cooper, B.K., Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26(5), 565–575.
- Bawman, K., Ennett, S. (1996). “On the importance of peer influence for adolescence drug use: commonly neglected considerations”, *Addiction* 91(2), 185–198.
- Beattie, M.C., Longabaugh, R., Elliott, G., Stout, R.L., Fava, J. & Noel, N.E. (1993). Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 283–296.
- Bechara, A., Dolan S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson S. W. & Nathan P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers, *Neuropsychologia*, 39, 376–389.
- Bechara, A. & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences, *Neuropsychologia* 40, 1675–1689.
- Bechara, A., Dolan, S. & Hindes A. (2002). Decision-making and addiction. Part II. Myopia for the future or hypersensitivity to reward?, *Neuropsychologia* 40, 1690–1705.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press.

- Becker, D. (2006). The relationship between readiness to change and relapse prevention outcome: A continuum approach with an alcohol treatment group *Dissertation Abstract*: 2006-99010-078.
- Becker, M. (ed). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Bekir, P., McLellan, T., Childress, A. R., Gariti, P. (1993). "Role reversals in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon", *The International Journal of Addictions*, 28(7), 613-630.
- Berzins, J.I. (1977). Therapist–patient matching. In: A.S. Gurman & A.M. Razin, Editors, *Effective psychotherapy: A handbook of research*, (pp. 222–251) Pergamon, Elmsford, NY.
- Blanchard, K.A, Morgenstern, J., Morgan, T.J, Labouvie, E. & Bux, D.A. (2003). Motivational subtypes and continuous measures of readiness for change: concurrent and predictive validity. *Psychol Addict Behav.*, 17, 56–65.
- Blanken, P. Hendriks, V. M. van Ree, van den Brink. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300-308.
- Blatt, S.J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blomqvist, J. (2002). Recovery with and without Treatment: a Comparison of Resolutions of Alcohol and Drug Problems, *Addiction Research & Theory*, 10, (2), 119–158.
- Blomqvist, O., Hernandez-Avila, C.A., Burleson, J.A., Ashraf, A., & Kranzler, H.R. (2003). Self-Efficacy as a Predictor of Relapse During Treatment for Alcohol Dependence. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(4), 135-145.
- Blume, A.W., Scmaling, K.B. & Marlatt, G. A. (2001). Motivating drinking behavior change: Depressive symptoms may not be noxious. *Addictive Behaviors*, 26 (2), 267-272.
- Bobo, J.K, McIlvain, H.E, Leed-Kelly, A. (1998). Depression screening scores during residential drug treatment and risk of drug use after discharge. *Psychiatric Services*, 49, 693–695.

- Bonanno, G.A. & Castonguay, L. G. (1994). On balancing approaches to psychotherapy: Prescriptive patterns of attention, motivation, and personality. *Psychotherapy*, 31, 571-587.
- Bornstein, R.F. (2005). *The Dependent Client: A Practitioner's Guide*. Washington: American Psychological Association.
- Botvin, G.J. & Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *J Dev Behav Pediatr*, 13, 290-301.
- Bowden, J.W. (1998). Recovering from alcoholism: a spiritual journey. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 337-352.
- Boyd, M.R. & Mackey, M.C. (2000a). Alienation from self and others: the psychosocial problem of rural alcoholic women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 134-141.
- Boyd, M.R. & Mackey, M.C. (2000b). Running away to nowhere: rural women's experiences of becoming alcohol dependent. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3), 142-149.
- Breiter, H.C. & Gasic, G.P. A general circuitry processing reward/aversion information and its implications for neuropsychiatric illness. In: Gazzaniga, M. (ed). *The cognitive neurosciences*. (3rd ed). Boston: MIT Press (in press).
- Breslin, F.C. Sobell, L.C., Sobell, M. B., Agrawa, I. S. (2000). A comparison of a brief and a long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (12), 211-220.
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Buchan, G. (1997). A comparison of a brief and long format for the Situational Confidence Questionnaire. Poster presented at the 31st Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Miami Beach, F.L.
- Brown, E.J. (2006). Good mother, bad mother: perception of mothering by rural African-American women who use cocaine. *Journal of Addictions in Nursing*, 17, 21-31.
- Brown, J.M. & Miller, W.R. (2003). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Brown, R.I.F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addiction. In W.R. Eadington & J. Cornelius (Eds). *Gambling Behavior and Problem Gambling* (pp.241-272), Reno: University of Nevada Press.
- Brown, S.A. (1985). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after one year follow up. *Journal of studies on Alcohol*, 46(4), 304-308.

- Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W. & Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
- Burleson, J.A., Kaminer, Y., (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1751-1764.
- Cahalan, D., Cisin, I.H. & Crossley, H.M. (1969). *American drinking practices*. Monograph 6. New Brunswick, NJ: Rutgers Center on Alcohol Studies.
- Cahalan, D. & Room R. (1974). *Problem drinking among American men*. Monograph 7. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Cameron, D.C. (1971a). Abuse of alcohol and drugs: Concepts and planning. *World Health Organization Chronicle*, 25, 8-16.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Caprioli, D., Celentano, M., Paolone, G., Badiani, A. (2007). Modeling the role of environment in addiction. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31(8), 1639-1653.
- Carey, K.B, Maisto, S.A, Carey, M.P. & Purnine, D.M. (2001). Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric outpatients: I. Reliability and validity of self-report measures. *J Stud Alcohol*, 62, 79-88.
- Carney, M.M. & Kivlahan, D.R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: profiles based on stages of change. *Psychol Addict Behav*, 9, 1135-1142.
- Carpenter, K.M. & Hasin, D.S. (1999). Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: a test of three alternative explanations. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 694-704.
- Chaney, E.F. (1989). Social skills training. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. New York: Pergamon.
- Charney, D.A., Palacios-Boix, J., Negrete, J.C., Dobkin, P.L. & Gill, K.J. (2005). Association Between Concurrent Depression and Anxiety and Six-Month Outcome of Addiction Treatment. *Psychiatric Services*, 56, 927-933.
- Charney, D.A., Paraherakis, A.M. & Gill, K.J. (2000). The treatment of sedative-hypnotic dependence: evaluating clinical predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61,190-195.

- Charney, D.A., Paraherakis, A.M. & Gill, K.J. (2001). Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 62, 672–677.
- Chung, Y.Y. H & Shek, D.T.L. (2008) Reasons for seeking treatment among young drug abusers in Hong Kong. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(4), 441-448.
- Clark, D.H. (1965). The therapeutic community: Concept, practice and future. *British Journal of Psychiatry*, 111(479), 947-954.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and application*. The Hague, Holland: Martinus Nijhof.
- Colon, I. & Massey, R.K. (1988). Patient attitudes and beliefs as predictors of treatment outcome in detoxification: A pilot study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5(3-4), 235-244.
- Comiskey, C.M. & Cox, G. (2010). Analysis of the impact of treatment setting on outcomes from methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39 (3), 195-201.
- Connors, G.J., Carrol, K.M., Diclemente, C.C., Longabaugh, R. & Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 65, 582-598.
- Cooney, N.L., Litt, M.D., Morse, P.A., Bauer, L.O. & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 243–250.
- Cormier, R.M.A. (2002). Predicting treatment outcome in chemically dependent women: A test of Marlatt and Gordon's relapse model. *Dissertation Abstract*: 2002-95008-264.
- Costello, R.M. (1975). Alcoholism treatment and evaluation II: Collation of two year follow-up studies. *International Journal of Addictions*, 10, 857-867.
- Cromby, J. & Nightingale, D. (1999). *Social constructionist psychology*. London: Sage.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Gaskinn, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviours*, 19, 691–698.

- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S. & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviours*, 18, 347–353.
- Curry, S.G. & Marlatt, G.A. (1987). Building self-confidence, self-efficacy and self-control. In W.M. Cox (Ed.). *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*, (pp. 117-138). New York: Academic Press.
- Curtis, J. & Harrison L. (2001). Beneath the surface: collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 737–744.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.M. (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Dahlberg, K. (2006). The essence of essences – the search for meaning structures in phenomenological analysis of lifeworld phenomena. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 1, 11–19.
- D'Andrea, L.M., D'Andrea, L.R. (1996). Prediction of treatment outcome using state-trait anxiety inventory scores: The use of discriminant analysis. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 16(2), 50-61.
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., Mills, K.L., Havard, A. & Teesson, M. (2007). Patterns and correlates of attempted suicide by heroin users over a 3-year period: Findings from the Australian treatment outcome study. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, (2-3, 16), 146-152.
- Davidson, K.M. & Blackburn, I.M. (1998). Co-morbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 33, 482–487.
- Davies, J.B. (1992). *The Myth of Addiction: an Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use*. Reading: Harwood Academic.
- Davis R.E. (1997). Trauma and addiction experiences of African American women. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 442– 465.
- Davis, B.J. (2006). An exploration of quality of life, motivation to change, and client satisfaction as during-treatment measures of change for individuals undergoing treatment for substance abuse. *Dissertation Abstract International, Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (3-B), 1696.
- Davis, M.I. & L.A. (2005). Sex Differences in Social Support and Self-Efficacy Within a Recovery Community. *American Journal of Community Psychology*, 36 (3-4), 259-274.

- Dearing, R.L., Barrick, C., Dermen, K.H. & Walitzer, K. S. (2005). Indicators of Client Engagement: Influences on Alcohol Treatment Satisfaction and Outcomes, *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (1), 71-78.
- DeLeon, G. (1986). Program based evaluation research in therapeutic communities. In G. De Leon & J.T. Ziegerfuss (Eds). *Therapeutic Communities for addictions: Reading in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- DeLeon, G. & Ziegerfuss, J. (Eds) (1986). *Therapeutic Communities for Addictions*, Illinois: C Thomas Publishers.
- DeLeon, G., Melnick, G, Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 23, 169–189.
- DeLeon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 26, 33–46.
- DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D., Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (the CRMS scales): predicting retention in therapeutic community treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* , 20, 101–106.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., Reker, T. (2004). Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133-138.
- Diamond, G.S., Liddle, H.A., Wintersteen, M.B., Dennis, M.L., Godley, S.H., Tims, F. (2006). Early Therapeutic Alliance as a Predictor of Treatment Outcome for Adolescent Cannabis Users in Outpatient Treatment. *American Journal on Addictions*, 15 (S1), 26 -33.
- DiClemente, C.C. & Scott, C.W. (1997). Stages of change: interaction with treatment compliance and involvement. In L.S. Onken, J.D. Blaine, & J.J.Boren, (eds.), *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: Guilford Press.
- Diclemente, C.C. & Hughes S.O. (1990). Stages of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Diclemente, C.C. (1991). Motivational Interviewing and the stages of change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds), *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour* (pp. 191-202). New York: Guilford.

- DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K., & Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). New York: Plenum Press.
- DiClemente, C.C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004). 'Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment', *American Journal on Addictions*, 13 (2), 103 -119.
- Dohnke, B., Muller-Fahrnow, W. & Knauper, B. (2006). The influence of outcome expectancies and self-efficacy on rehabilitation after a hip replacement [Der Einfluss von Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartungen auf die Ergebnisse einer Rehabilitation nach Hüftgelenkersatz] *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 14(1), 11-20.
- Driessen, M, Meier, S, Hill A., et al. (2001). The course of anxiety, depression, and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249–255.
- Dubey, S.N. (1993). A study of life stress and social support of drug addicts. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 20(1), 21-24.
- Duckro, P., Beal, D. & George, C. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review, *Psychological Bulletin*, 86, 260–275.
- DuPont, R.L. & McGovern, J.P. (1992). Suffering in addiction: alcoholism and drug dependence. In P.L. Starck PL & J. P. McGovern (Eds), *The Hidden Dimensions of Illness: Human Suffering*, (pp. 155–201), New York: National League for Nursing.
- Eddy, N.B., Halbach, H., Isbell, H. & Seevers, M.H. (1965). Drug Dependence: Its Significance and characteristics. *Bulletin of the World Health Organization*, 32, 721-733.
- Edwards, M. (2002). A holistic approach. *Addiction*, 13, 37–42.
- Ehrmin, J.T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent African American women. *Journal of Clinical Scholarship* 33, 47–52.
- Eker, D., Arkar, H. & Yaldiz, H. (2000). Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 228–233.
- EKTEΠN, Εθνικός φορέας του E.M.C.D.D.A. (2009). *Συμπλήρωμα στην ελληνική βιβλιογραφία για τα ναρκωτικά για το έτος 2008*. Αθήνα, Ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (ΕΠΨΥ).

- Eland-Goossensen, M. A., van de Goor, I. A. M., Benschop, A.J., Garretsen, H. F. L. (1998). Profiles of heroin addicts in different treatment conditions and in the community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30(1), 11-20.
- Elster, J. (2000). *Feelings: Emotion, Addiction and Human Behavior*, The Mit Press, Cambridge, Massachusetts.
- Emrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatments for alcoholism II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88–108.
- Ενημερωτικό Φυλλάδιο Συμβουλευτικού Σταθμού (2006). Το Πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης (Ψ.Ν.Α.), 18 Άνω.
- Fainsinger, R.L., Thai, V., Frank, G. & Ferguson, J. (2006). *What's in a word? Addiction Versus Dependence in DSM - V*. *The American Journal of Psychiatry*; 163, 11, 2014.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object relations theory of the personality*. New York: Basic.
- Fergusson, D.M. & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92(3), 279–96.
- Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goni, J.J., Illescas, C., Landa, N. & Lorea, I. (2007). Relapse precipitants in addictions: Results in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 26(4), 55-61.
- Fingeld, D.L. (2002a). Feminist spirituality and alcohol treatment. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 113–127.
- Finlay, D.G. (1977). Changing problem drinkers. *Social Work Research and Abstracts*, 13, 30-37.
- Finney, J.W., Hahn, A.C. & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of in-patient and out-patient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects, *Addiction*, 91, 1773–1796.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90, 1223–1240.
- Fontanella, B.J.B., Turato, E. R. (2005). Substance dependents seeking for treatment and their perceptions of depressive symptoms (Percepcao de sintomas depressivos por dependentes de substancias psicoativas procurando tratamento), *Journal Brassiere de Psiquiatria*. 54(4), 278-284.

- Forcehimes, A. & Tonigan, S. (2008). Self-Efficacy as a Factor in Abstinence from Alcohol/Other Drug Abuse: A Meta-Analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26 (4), 480-489.
- Ford, G.G. (1996), An Existential Model for Promoting Life Change Confronting the Disease Concept. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, (2), 151-158.
- Fredrickson, B.L. & Tugade, M.M. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 365–376.
- Fredriksson, L. & Lindström, U.A. (2002). Caring conversations – psychiatric patients’ narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 396–404.
- Freud, S. (1989/1884). *Χειρόγραφα κοκαΐνης*. (Μτφρ. Γ. Βύλλιος). Αθήνα: Ερατώ.
- Freyer, J., Tonigan, S., Keller, S., Rumpf, H.J. John, U. & Hapke, U. (2005). Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol & Alcoholism*, 40, (6), 540–544.
- Garavan, H. Pankiewicz, J, Bloom, A., Cho, J.K., Sperry, L. & Ross, T.J. (2000). Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli, *Am. J. Psychiatry*, 157, 1789–1798.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gauthier, G, Paraherakis A. & Gill, K.J. (1997). Examining factors that may affect dropout in addiction treatment: a look at the assessment and engagement process. *Canadian Health Psychologist*, 5, 40–45.
- George, A.A. & Tucker, J.A. (1996). Help-seeking for alcohol-related problems: social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 449–457.
- George, R.L. (1990). *Counseling the chemically dependent: Theory and practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- George, R.L., & Christani, T.S. (1981). *Theory, methods and processes of counseling and psychotherapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gerra, G., Baldaro, B., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Raggi, M.A. & Brambilla, F. (2003). Neuroendocrine responses to experimentally-induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects, *Drug Alcohol Dep.* 71, 25–35.

- Gerstein, D. & Harwood, H., (eds) (1990). *Treating Drug Problems*, vol. 1. Washington, DC.
- Goeders, N.E. (2004). Stress, Motivation, and Drug Addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (1), 33–35.
- Goldstein, A. (1976b). Opioid peptides (endorphins in pituitary and brain. *Science*, 193, 1081-1086.
- Goodman L. and Gilman A. (1991). *The pharmacological basis of therapeutics* (8th ed), New York: Pergamon Press.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 225-251
- Gori, G.B. (1996). Failings of the disease model of addiction. *Human Psychopharmacology*, 11, S33-S38.
- Grant, B.F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 365–371.
- Gray, M.T. (2004). Philosophical inquiry in nursing: an argument for radical empiricism as a philosophical framework for the phenomenology of addiction. *Qualitative Health Research* 14, 1151–1164.
- Gray, M.T. (2005). The shifting sands of self: a framework for the experience of self in addiction. *Nursing Philosophy*, 6, 119–130.
- Greaves, G. (1980). An existential theory of drug dependence. In D.J. Lettieri., M. Sayers, & H.M. Pearson, (eds.) *Theories on drug abuse*, Research Monograph 30. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Green, L.L., Fullilove, M.T. & Fullilove, R.E. (1998). Stories of spiritual awakening. The nature of spirituality in recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 325–331.
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 657-678.
- Greenfield, S.E., Weiss, R.D., Muenz, L.R. et al. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 259–265.

- Grella, C.E., Hser, Y. & Hsieh, S. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 145–154.
- Griffiths, M.D. (1996). Behavioural Addiction: an issue for everybody? *Employee Counselling Today*, 8, 19-25.
- Gwaltney, C.J., Shiffman, S., Paty, J.A., Liu, K.S., Kassel, J.D., Gnys, M. & Hickcox, M. (2002). Using self-efficacy judgments to predict characteristics of lapses to smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1140–1149.
- Hall, S.M., Havassy, B.E. & Wasserman, D.A. (1990). Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), 175–181.
- Hall, S.M., Havassy, B.E. & Wasserman, D.A. (1991). Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (4), 526–532
- Hannigen, V. & Koski-Jannes, A., (1999). Narratives and recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94 (12), 1837-1848.
- Hansen, W.B. & O'Malley, P.M. (1966). Drug use. In R.J. DiClemente, W.B. Hansen, & L.E. Ponton (eds) *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior: Issues in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.
- Hartwell, S.W. (1998). Treatment-seeking patterns of chronic recidivists. *Qualitative Health Research*, 8, 481–494.
- Hasin, D.S. (1994). Treatment/self-help for alcohol related problems: Relationship to social pressure and alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 660–666.
- Hasin, D.S., Tsai, W.Y., Endicott, J. et al. (1996). The effects of major depression on alcoholism: five-year course. *American Journal on Addictions*, 5, 144–155.
- Hawkins, E.J., Baer, J.S. & Kivlahan, D.R. (2007). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 207–216.
- Heinz, A.J., Disney, E.R., Epstein, D.H., Glezen, L.A., Clark, P.I. & Preston, K.L. (2010). A Focus-Group Study on Spirituality and Substance-User Treatment. *Substance Use & Misuse*, 45, 134–153
- Henry, J.D., & Crawford, J.R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS–21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239.

- Hesselbrock, M., Meyer, R.E. & Keener, J.J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050–1055.
- Heyman, G.M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. ix, 200 pp. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999a). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94, 833-842.
- Hiller, M.L., Knight, K., Simpson, D.D. (1999b). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *Prison Journal*, 79(4), 411-430.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 38, 139-149.
- Hser, Y.I., Maglione, M., Polinsky, M.L. & Anglin, D. (1998). Predicting drug treatment entry among treatment-seeking individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 213–220.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R. & Ginzburg, H.M. (1989). *Drug Abuse Treatment: a National Study of Effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Hull, J.G., Young, R.D. & Jouriles, E. (1986). Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: predicting patterns of use and abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 790–796.
- Humphreys, K., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1995). Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviours*, 20, 427–441.
- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A. & Marteau, T.M. (2008) Interventions to Increase Self-efficacy in the Context of Addiction Behaviours: A Systematic Literature Review *J Health Psychol*, 13, 607-623.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Personal and Treatment-Related Predictors of Abstinence Self-Efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 126-132.
- Isenhardt, C. (1997). Pre-treatment readiness for change in male alcohol-dependent subjects: predictors of one-year follow-up status. *J Stud Alcohol*, 58, 351–357.
- Izquierdo, F. M., de Osma, F. J., Arnedillo, J. J., Cotaberría, A.M. (2001). Self-concept, self-esteem, locus of control and self-efficacy in alcohol dependence. [Spanish]. *Anales de Psiquiatria*, 17(4), 153-161.

- Jaffe, J.H. (1980). Drug addiction and drug abuse. In A.G. Gilman, L.S. Goodman, & B.A. Gilman, (eds) *Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics*, 6thed. New York: Macmillan.
- Jessor, R. & Jessor S. L. (1977). *Problem Behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic.
- Joe, G.W., Flynn, P.M., Broome, K.M. & Simpson, D.D. (2007). Pattern of drug use and expectations in methadone patients. *Addictive behaviours*, 32(8), 1640-1656.
- Joe, G.W., Simpson, D. & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of protocols. *Addiction*, 93, 1177–1190.
- Johnson, R.A., Griffin-Shelley, E. & Sandler, K.R. (1987). An existential model for promoting life change Confronting the disease concept *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (2), 151-158
- Jones, B.T., Corbin, W & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption, *Addiction*, 96, 57-72.
- Jones, M. (1956c). The concept of a therapeutic community. *The American Journal of Psychiatry*, 112, 647-650.
- Jordan, C.M. & Oei, T.P.S. (1989). Help-seeking behaviour in problem drinkers: a review. *British Journal of Addiction*, 84, 979–988.
- Jorquez, J.S. (1983). The retirement phase of heroin using careers. *Journal of Drug Issues*, 13, 343-365.
- Joyce, A.S. & Pipper, W.E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*. 7(3), 236-248.
- Kandel, D.B., Kessler, R.C. & Margulies, R.Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. In *Longitudinal research on drug use*, (ed.) D.B. Kandel. Washington, DC: Hemisphere.
- Karkowski, L.M., Prescott, C.A., Kendler, K.S. (2000). Multivariate assessment of factors influencing illicit substance use in twins from female-female pairs. *Am J Med Genet*, 96, 665–70.
- Kaskutas, L.A., Weisner, C. & Caetano, R. (1997). Predictors of help-seeking among a longitudinal sample of the general population, 1984–1992. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 155–161.

- Kaspro, W.J., Frisman, L., & Rosenheck, R.A. (1999). Homeless veterans' satisfaction with residential treatment. *Psychiatric Services*, 50, 540-545.
- Kaufman, G. (1992). *Shame – The Power of Caring*, (3rd edn). Schenkman Books, Inc, Rochester.
- Kazarian, S.S., & McCabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19, 150–160.
- Kearney, M.H. & O’Sullivan, J. (2003) Identity shifts as turning points in health behavior change. *Western Journal of Nursing Research*, 25, 134–152.
- Kelemen, G., Erdos, M. B. & Madacsy, J. (2007). Voices of sobriety: Exploring the process of recovery through patient testimonials. *Addiction Research & Theory*, 15(2), 127-140.
- Kellogg, S., Melia, D., Khuri, E., Lin, A., Ho, A. & Kreek, M.J. (2006). Adolescent and Young Adult Heroin Patients: Drug Use and Success in Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3), 15-25.
- Kernan, K. & Scully, M. (2006). Methadone maintenance programmes. *Psychiatric Bulletin*, 30(6), 234.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P.A., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Greenfield, S.F., Kolody, B., Olfson, M. & Vega, W.A. (2001). Patterns and Predictors of Treatment Seeking After Onset of a Substance Use Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 58 (11), 1065-1071.
- Kickbusch, I., Hatch, S. (1983). Introduction: A reorientation in healthcare? In Hatch, S. Kickbusch, I. (Ed.), *Self-help and health in Europe*, Copenhagen: WHO, Regional office for Europe
- Killilea, M. (1976). Mutual health organization: interpretations in the literature. In Caplan, G., Killilea, M. (eds.), *Support System and Mutual Help: multidisciplinary explorations*, New York: Grune and Stratton,
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744

- Knight, D.K., Cross, D.R, Giles-Sims, J. & Simpson, D.D. (1995). Psychosocial functioning among adult drug users: The role of parental absence, support, and conflict. *International Journal of the Addictions*, 30(10), 1271-1288.
- Knupnick, J.L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P.A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kokkevi, A. & Facy, F. (1995). Personality Traits and Psychopathology in Drug Addiction: A Cross-National Study on French and Greek Samples . *Eur Addict Res*, 1, 194-198.
- Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (5), 329-337.
- Koski-Jannes, A. (1998). Turning points in addiction careers: five case studies. *Journal of Substance Misuse for Nursing Health and Social Care* 3, 226–233.
- Kranzler, H.R., Del Boca, F.K. & Rounsaville, B.J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 619–626.
- Kumpfer, K. L. & Turner, C. W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implication for prevention. *The International Journal of Addictions*, 25, 435-463.
- Kurtz, L.F. (1990). The self help movement: review of the past decade of research. *Social Work with groups*, 3(3), 101-115.
- Lacks, H.E. & Leonard, C.A. (1986). Fear of feeling: addressing the emotional process during recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3, 69–80.
- Lane, R.D., Nadel, L. & Kaszniak, A.W. (2000). Epilogue: the future of emotion research from the perspective of cognitive neuroscience. In: R.D.Lane, & L. Nadel, (Eds), *Cognitive Neuroscience of Emotion*, (pp. 407–410), New York: Oxford University Press.
- Lang, P.J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: computer applications. In: J.B. Sadowski, J.H. Johnson and T.A. Williams, (Eds), *Technology in Mental Health Care Delivery Systems*, (pp. 119–137) Norwood, NJ, Ablex.

- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention, *Am. Psychol.* 50, 372–385.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (1997). Motivated attention: affect, activation and action. In P.J. Lang, P.J. Simons & M. Balaban, (Eds), *Attention and Orienting: Sensory and Motivational Process*, (pp. 97–135), Nueva York, Erlbaum, Hillsdale.
- Larkin, M. & Griffiths, M.D. (2002). Experiences of addiction and recovery: the case for subjective accounts. *Addiction Research & Theory*, 10(3), 281-311.
- Larkin, M. & Wood, R.T.A. (1999). *Towards addiction as relationship*. Paper presented at the Annual Conference of the Psychology Postgraduate Affairs Group, July 1998, University of Derby.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lees, J, Manning, N., Rawlings, B. (1999). *Therapeutic Community Effectiveness: A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders* (CRD Report no. 17). York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Lees, J., Manning N. & Rawlings, B. (2004). A Culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, 75, (3), 249-261.
- Lejuez, C.W., Paulson, A., Daughters, S.B., Bornovalova, M.A. & Zvolensky, J. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (5), 667-677.
- Lettieri, D.J. (1985) Drug abuse: A review of explanations and models of explanations. *Advan Alcohol Substance Abuse*, 4, 9-40.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R.E., Lando, H.A., Ossipkine, D. J. & Boles, S.M. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta analytic review of evidence. *Health Education Research*, 11, 243–257.
- Lillibridge, J., Cox, M. & Cross, W. (2002). Uncovering the secret: giving voice to the experiences of nurses who misuse substances. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 219-229.

- Litt, M.D., Cooney, N.L. & Morse, P. (2000). Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction* 95, 889–90.
- Long, C.G., Williams M., Midgley, M. & Hollin, C.R. (2000). Within program factors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addictive behaviours*, 25(4), 573-8.
- Long, C.G., Hollin, C.R., Williams, M.J. (1998). Self-efficacy, outcome expectations, and fantasies as predictors of alcoholics' posttreatment drinking. *Substance Use & Misuse*, 33(12), 2383-2402.
- Longabaugh, R., Beattie, M.C., Noel, N., Stout, R. & Molloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* ,54, 465–478.
- Loosen, P.T., Dew, B.W., Prange, A.J. (1990). Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. *American Journal of Psychiatry* 147, 1662–1666.
- Lopez-Torrecillas, F., Bulas, M., Leon-Arroyo, R., Ramirez, I. (2005). Influence of family support on substance abuser self-efficacy. [Spanish] *Adicciones*, 17(3), 241-249.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Maddux, J.F. & Desmond, D.P. (1992). Methadone maintenance and recovery from opioid dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1), 63-74.
- Maddux, J.F, Desmond, D.P. & Costello, R. (1987). Depression in opioid users varies with substance use status. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13(4), 375-385.
- Majer, M.J., Jason L.A., Ferrari, J.R., Venable L.B. & Olson B.D. (2002). Social support and self-efficacy for abstinence: is peer identification an issue? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 209-215.
- Μάνοϋ, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. University Studio Press.
- Mansilla, I. F., Herrero Garcia, F.G.O., Moreno, J. J. A. & Montes, A.C. (2001). Self-concept, self-esteem, locus of control and self-efficacy in alcohol dependence. *Anales de Psiquiatria*, 17 (4), 153-161.
- Marcus, M.T. (1998). Changing careers: becoming clean and sober in a therapeutic community. *Qualitative Health Research*, 8, 466–480.

- Mariezcurrentena, R. (1996). Recovery from addictions without treatment: An interview study. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 25(2), 57-85.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford.
- Marlatt, G.A. (1985a). Cognitive factors in the relapse process. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 128-200). New York: Guilford.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson and S.M. Davidson (Eds) *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlow, D.B., Kirby, K.C., Bonieskie, L.M., Glass, D.J., Dodds, L.D., Husband, S.D., Platt, J.J. & Festinger, D.S. (1996). Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 77–84.
- Marlowe, D.B., Merikle, E.P., Kirby, K.C., Festinger, D.S. & McLellan, A.T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychol Addict Behav.*, 15, 97–108.
- Marmor, J. (1975). Foreword. In B. Sloane, F. Staples, A. Cristol, N. J. Yorkston, & K. Whipple (Eds.), *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Μάτσα, Κ. (1995α). *Η έννοια της κοινωνικής επανένταξης του απεξαρτημένου, Θεωρητική προσέγγιση. Το τρίγωνο της συνάντησης Ουσία-Περιβάλλον-Προσωπικότητα, Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης*. Αθήνα: ΕΕΤΑΑ.
- Μάτσα, Κ. (1995β). «Εφηβος και χρήση ουσιών: η κρίση της μετάβασης στην ενήλικη ζωή». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 49, 125-129.
- Μάτσα, Κ., (1997). Θεραπευτική σχέση, θεραπευτικός λόγος: καταλύτες στη διαδικασία απεξάρτησης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 58.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Matto, H.C., Miller, K.A. & Spera, C. (2006). Measuring the Influence of Social Context Referents in Substance Abuse Treatment: An Instrument Validation Study. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(3), 13-23.

- Mattson, M.E, Del Boca, F.K, Carroll, K.M, et al. (1998). Compliance with treatment and follow-up protocols in Project MATCH: predictors and relationship to outcome. *Alcohol Clin Exp Res.*, 22, 1328–1339.
- May, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York: Norton.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). Addicts's narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1501-1510.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2001). Identity and Recovery from Dependent Drug Use: the addict's perspective. *Drugs: education, prevention and policy*. 8 (1), 47-59.
- McKay, J.R. (2005). Co-occurring substance dependence and depression: practical implications and next questions. *Addiction*, 100 (12), 1755–1757.
- McKusick, D., Mark, T., Edward, D., Harwood, H.R., Buck, J., DiLeonardo, J. & Genuardi, J. (1998). Spending for mental health and substance abuse treatment. *Health Affairs*, 17, 147–157.
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100 (4), 447–458.
- McLellan, A.T. & Durell, J. (1995). Evaluating substance abuse and psychiatric treatments: conceptual and methodological considerations. In L. Sederer, (ed). *Outcomes Assessment in Clinical Practice*, (pp. 16–36). New York: Williams & Wilkins.
- McLellan, A.T. & McKay, J. (1998). Components of successful addiction treatment: what does research say? In: A. W. Graham, & T. Schultz, (eds), *Principles of Addiction Medicine*, 2nd edn, (pp. 24–48). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McLellan, A.T. & Weisner, C. (1996). Achieving the public health potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment 'matching' and outcome evaluation. In: W. Bickel, & R. DeGrandpre, (eds). *Drug Policy and Human Nature*, (pp. 61–80). Philadelphia, PA: Wilkins and Wilkins.
- McLellan, A.T. & Hunkeler, E. (1998). Patient satisfaction and outcomes in alcohol and drug abuse treatment. *Psychiatric Services*, 49, 573-575.

- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Woody, G. E. & Metzger, D. (1993b). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *AMA*, 269, 1953–1959.
- McLellan, A.T., Carise, D. & Kleber, H.D. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 117–121.
- McLellan, A.T., Grissom, G., Alterman, A.I., Brill, P. & O'Brien, C.P. (1993a). Substance abuse treatment in the private setting: are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 243–254.
- McLellan, A.T., Kushner, H. & Metzger, D. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McMahon, R.C. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), 77-87.
- McMillen, C, Howard, M.O., Nower, L. & Chung, S. (2001). Positive byproducts of the struggle with chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20, 69–79.
- McRae, A.L., Hedden, S.L., Malcolm, R.J., Carter, R.E. & Brady, K.T. (2007). Characteristics of cocaine- and marijuana-dependent subjects presenting for medication treatment trials. *Addictive Behaviors* 32 (7), 1433-1440.
- Mensing, J.L., Diamond, G.S., Kaminer, Y. & Wintersteen, M.B. (2006). Adolescent and Therapist Perception of Barriers to Outpatient Substance Abuse Treatment, *American Journal on Addictions*, 15 (S1), 16 – 25.
- Merikangas, K.R., Stolar, M., Stevens, D.E., et al. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 973–979.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E. & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447–453.
- Merrit, P. (1997). Guilt and shame in recovering addicts. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35, 46–51.
- Mider, P. (1984). Client types in drug-free and methadone treatment: Comparison of personality traits. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(1), 97-111.
- Miller, M.M. (2007). Evaluating Addiction Treatment Outcomes. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 6(3), 101-106.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. London: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Miller, N.S., Hoffman, N.G., Ninonuevo, F., et al (1997). Lifetime diagnosis of major depression as a multivariate predictor of treatment outcome for inpatients with substance use disorders from abstinence-based programs. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9, 127–137.
- Miller, N.S., Klamen, D, Hoffman, N.G., et al. (1996). Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 111–124.
- Miller, S.C. (2006). Language and Addiction, In R.L. Fainsinger, V.Thai, G. Frank, & J. Ferguson, What's in a word? Addiction Versus Dependence in DSM V. *The American Journal of Psychiatry*; 163 (11). 2014.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for Treatment. A Review With Special Emphasis on Alcoholism, *Psychological Bulletin*, 98 (1), 84-107.
- Miller, W.R. & Baca, L.M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441–448.
- Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinker's motivation for change: The stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller, W.R. (1994). *SOCRATES: The stages of change readiness and treatment eagerness scale*. Albuquerque, NM: Department of Psychology, University of New Mexico.
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, 41, 794-805.
- Moos, R.H., Mertens, J.R., Brennan, P.L. (1994). Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 561–570.
- Moos, R.H. & Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Cronkite, R.C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.

- Moos, R.H., Bromet, E., Tso, V. & Moos, B. (1979). Family characteristics and the outcome of treatment for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 78-88.
- Morgenstern, J., & McCrady, B. S. (1993). Cognitive processes and change in disease-model treatment. In W.R. Miller & B.S. McCrady (Ed.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp. 153-164). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Morgenstern, J., Kahler, C.W., Frey, R.M. & Labouvie, E. (1996). Modelling therapeutic response to 12-step treatment: Optimal responders, nonresponders, and partial responders. *Journal of Substance Abuse*, 8, 45-59.
- Morten, H. (2006). The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers. *Harm Reduct Journal*, 3, 3.
- Murphy, P.N. & Bentall, R.P. (1997). Opiate withdrawal outcome: The predictive ability of admission measures of motivation, self-efficacy, and lifestyle stability. *Substance Use & Misuse*, 32(11), 1587-1597.
- Najavits, L.M. & Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688.
- Navarro, M. & Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Drogas de abuso y emoción. In: *Ariel neurociencia* (Eds.), Ariel, Madrid: El cerebro sintiente.
- Nehls, N. & Sallman, J. (2005). Women living with a history of physical and/or sexual abuse, substance use and mental health problems. *Qualitative Health Research* 15, 365-381.
- Newcomb, M.D., Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use: The willing host. *Am Behavioral Scientist*, 39, 823-837.
- Newcomb, M.D. (1997). Psychosocial Predictors and Consequences of Drug Use: A Developmental Perspective Within a Prospective Study. *Journal of Addictive Diseases*, 16(1), 51-89.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse), (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-Based Guide*, NIH publication no. 00-4180. Rockville, MD.
- NIDA (National Institute for Drug Abuse), (2006). *Treatment Approaches for Drug Addiction*. National Institute of Health.
- NIDA (National Institute for Drug Abuse), (2008). *Genetics of addiction. A research update*. Retrieved 4/30/2008, from <http://www.drugabuse.gov/tib/genetics.html>

- Noble, D. & Newman, S.P. (2001). What do patients expect of psychological services? A systematic and critical review of empirical studies, *Social Science and Medicine*, 52, 985–998.
- Novak, A., Burgess, E.S, Clark, M., Zvolensky, M.J. & Brown, R.A. (2003). Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 165–180.
- Nsimba, S. (2007). Outpatient Treatment Programs: A Review Article on Substances of Abuse Outpatients Treatment Outcomes in the United States. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 6(3), 91-99.
- Nyamathi, M.A., Stein, J. A., Dixon, E., Longshore, D. & Galaif, E. (2003). Predicting Positive Attitudes About Quitting Drug and Alcohol Use Among Homeless Women, *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, (1), 32-41.
- O'Brien, C.P., Ehrman, R.N. & Ternes, J.W. (1984). Classical conditioning in opiate dependence. *National Institute on Drug Abuse: Research Monograph Series*, 49, 35–46.
- Oetting, E.R. & Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205-213.
- Oetting, E.R. & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use and Misuse*, 33, 995-1026.
- Olmstead, M.C. (2006). Animal models of drug addiction: Where do we go from here? *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 59 (4), 625–653.
- Orford, J. & Edwards, G. (1977). *Alcoholism*. New York: Oxford University Press.
- Orleans, C.T., Schoenback, V.J., Wagner, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D.C., Fiedler, J., Porter, C. Q. & Kaplan, B. H. (1991). Self-help quit smoking interventions: effects of self help materials, social support instructions and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439–448.
- Panksepp, J., Knutson, B. & Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions: a neuro-evolutionary perspective and new “self-report” animal model, *Addiction*, 97, 459–469.
- Παπαδή, Μ., Σφηκάκη, Μ., Λάλος, Ν., Μάτσα, Κ. (1993). Κοινωνική Επανάταξη: Μια Δύσκολη φάση του προγράμματος απεξάρτησης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 43.
- Paparrigopoulos, T., Liappas, J., Mellos, E., Rabavilas, A. (2007). Assessment of an abstinence-oriented outpatient drug addiction service in Greece. *Psychological Reports*, 100, 1024-1042.

- Παράρτημα (1991). Φάσεις στη θεραπεία εξαρτημένων στο πρόγραμμα απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α., *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 35.
- Peele, S. (1980). Addiction to an experience: A social---psychological-pharmacological theory of addiction. In D.J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (eds) *Theories of drug abuse*, Research Monograph 30. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Peele, S. (1983d). Out of the habit trap. *American Health (September/October)*, 42-47.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: An unconventional view*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Peles, E., Schreiber, S., Naumovsky, Y. & Adelson, M. (2007). Depression in methadone maintenance treatment patients: Rate and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 99, 213-220.
- Pfeiffer, W., Feuerlein, W. & Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 87-95.
- Polcin, D.L. (2004). Bridging psychosocial research and treatment in community substance abuse programs. *Addiction Research and Theory*, 12 (3), 275-283
- Pollini, R. A., O'Toole, T. P., Ford, D., Bigelow, G. (2006). Does this patient really want treatment? Factors associated with baseline and evolving readiness for change among hospitalized substance using adults interested in treatment *Addictive Behaviors*, 31(10), 1904-1918.
- Ponizovsky, A.M., Margolis, M., Heled, L., Rosca, P., Radomislensky I. & Grinshpoon, A. (2010). Improved Quality of Life, Clinical, and Psychosocial Outcomes Among Heroin-dependent Patients on Ambulatory Buprenorphine Maintenance. *Substance Use & Misuse*, 45, 288-313
- Power, R., Hartnoll, R. & Chalmers, C. (1992). The role of significant life events in discriminating help seeking among illicit drug users. *The International Journal of Addictions*, 27, 1019-1034.
- Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & . Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. (pp. 3-27). New York: Plenum
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. & Norcross J.C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Project MATCH, Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Ravenna, M., Hölzl, E., Kirshler, E., Palmonari, A. & Costarelli, S. (2002). Drug addicts in therapy-Changes in life space in the course of one year. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 353–368.
- Raue, P.J. & Goldfried, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance : Theory, research and practice* (pp.131-152). New York: Wiley.
- Raue, P.J., Goldfried, M.R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychoanalytic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582-587.
- Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J. & Marinelli-Casey, P. (1993). Relapse prevention strategies in outpatient substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 85-95.
- Rehnsfeldt, A. (2005). The relevance of the ethics of understanding of life in nursing. *International Journal for human Caring*, 9, 39–44.
- Reichert, M., Casellini, D., Duc, F. & Genoud, P.A. (2007). L' « Ouverture émotionnelle » dans les Troubles de la dépendance et les Troubles de la personnalité « Emotional Openness » in Dependence Disorders and Personality Disorders. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165 (7), 485-491
- Richert, A. (1983). Differential prescription for psychotherapy on the basis of client role preferences, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 321–329.
- Ries, R.K., Jaffe, C., Comtois, K.A. & Kitchell, M. (1999). Addictions services: Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 35, 213-221.
- Riessman, F. (1997). Ten self-help principles. *Journal of Social Policy*, 27,6-11.
- Robins, L.N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041–1054.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-103.

- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rollnick, S., Mason, P., Butler, C. (1999). *Behavior Change*. London: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87, 743–754.
- Rosengren, D.B., Downey, L. & Donovan, D.M. (2000). 'I already stopped': Abstinence prior to treatment. *Addiction*, 95, 65–76.
- Rosenheck, R., Wilson, N. J., & Meterko, M. (1997). Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatric Services*, 48, 1553-1561.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*, 7, 16-26.
- Ross, H.E., Glaser, F.B. & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023–1031.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., FACHAM, R., Ritter, A. et al. (2006). Short-term Outcomes for the Treatment of Heroin Dependence Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5 (3), 133-143.
- Rounds-Bryant, J. L. (1996). The relationship between self-efficacy and behaviour in an outpatient drug abuse treatment population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(2-B), 1453.
- Rounsaville, B.J., Anton S.F., Carrol, K., et al. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43–51.
- Rounsaville, B.J., Dolinsky Z.S., Babor, T.F, et al (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 44, 505–513.
- Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Weissman, M.M., et al. (1986). Prognostic significance of psychiatric disorders in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 43,739–745.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M, Kleber, H.D., et al. (1982) Heterogeneity of psychiatric diagnoses in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 39, 161–166.

- Rugdley, R. (1995). The Archaic Use of Hallucinogens in Europe: An Archaeology of Altered States. *Addiction*, 90, 163–164.
- Rychtarik, R.G., Prue, D.M., Rapp, S.R., & King, A.C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440
- Saarnio, P. & Knuuttila, V. (2007). A Study of Readiness to Change Profiles in Alcohol and Other Drug Abusers. *Journal of Addictions Nursing*, 18 (3), 117 – 122.
- Sanders, L.M., Triuh, C., Sherman, B. R & Banks S.M. (1998). Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance program for pregnant and postpartum women. *Evaluation and Program Planning*, 21(3), 287-296.
- Schneider, K.J., & May, R. (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Schreiber, S., Peles E. & Adelson, M. (2008). Association between improvement in depression, reduced benzodiazepine (BDZ) abuse, and increased psychotropic medication use in methadone maintenance treatment (MMT) patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 79-85
- Schuckit, M.A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1043–1049.
- Schuckit, M.A. (1986). Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140–147.
- Scott, C. & White, W. (2004). Ethical issues in the conduct of longitudinal studies of addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 254–269.
- Sell, L.A., Morris, J.S., Bearn, S.R. Frackowiak, S.J., Friston, K.J. & Dolan, R.J. (2000). Neural responses associated with cue evoked emotional states and heroin opiate addicts, *Drug Alcohol Dep.*, 60, 207–216.
- Sellman, J.D.& Joyce, P.R. (1996). Does depression predict relapse in the months following treatment for men with alcohol dependence? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 573–578.
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1, 37– 44.
- Shaffer, H.J., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., Rachel, C., Kidman, R.C., Donato, A.N. & Stanton, M.V. (2004). Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology. *Harv Rev Psychiatry*, 12, 367–374.

- Siegal, H.A., Falck, R.S., Wang, J. & Carlson, R.G. (2002). Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(2), 159-166.
- Simpson, D.D. & Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early drop out from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 357–368.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G., Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *J Subst Abuse*, 7, 117–134.
- Simpson, D. (1986). 12-Year Follow-Up Outcomes of Opioid Addicts Treated in Therapeutic Communities. In G. DeLeon & J. Ziegeffuss (Eds). *Therapeutic Communities for Addictions*, Illinois: C Thomas.
- Simpson, D.D. & Savage, L. J. (1981-1982). Client types in different drug abuse treatments: Comparisons of follow-up outcomes *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8(4), 401-418.
- Simpson, D.D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 268–280.
- Simpson, D.D., Joe, G.W. & Broome, K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538–544.
- Simpson, D.D., Joe, G.W. & Brown, B.S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294–301.
- Sklar, S.M., Annis, H. M., & Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug Taking Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviours*, 22(5), 655-670.
- Small, M. & Lewis, S. (2004). Changes in hostility in residents undergoing treatment for drug and/or alcohol misuse in a residential rehabilitation centre. *International Journal of Therapeutic Communities*, 25(3), 219-235.
- Smith, B.A. (1998). The problem drinkers lived experience of suffering: an exploration using hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing* 27, 213–111.
- Smith, C.L. (2003). Motivation, self-efficacy, and treatment engagement among individuals with alcohol dependency. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 64(1-B), 432.
- Smith, L. (1992). Invited review: Help-seeking in alcohol dependent females. *Alcohol and Alcoholism*, 27, 3–9.

- Snyder, S.H. (1977). Opiate receptors and internal opiates. *Scientific American (March)*, 44-56.
- Sobell, L.C. (1996). Bridging the gap between science and practitioners: The challenge before us. *Behavior therapy*, 27, 297-320.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sobell, M. B., Agrawal, S., Gavin, D.R., Leo, G.I. & Singh, K.N. (1996). Fostering self-change among problem-drinkers: a proactive community intervention. *Addictive Behavior*, 21, 817-833.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sobell, M.B., Agrawal, S., Gavin, D.R., Leo, G.I., Singh, K.N. (1996b). Fostering self-change among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addict Behav*, 21, 817-833.
- Solomon, K.E. & Annis, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.
- Stanley, M.A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health*, 2, 186-193.
- Steger, M.F., Frazier, P. & Oishi, S. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.
- Stephenson, G.M. & Heyllett, S.A. (2000). Self-help framing: The effects of systematic written reflections on personal progress in twelve step facilitation therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 13(4), 313-319.
- Stewart, S.H, Zvolensky, M.J. & Eifert, G.H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking, *Behavior Modification*, 26, 274-296.
- Stofle, G.S. (1999). The Morality of Alcoholism [online]. Mental Health Net – Perspectives. A Mental Health Magazine, from http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=381.
- Strug, D.L. & Hyman, M.M. (1981). Social networks of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 855-884.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies (2002a), *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2000 Data on Substance Abuse Treatment Facilities*, DHHS publication no. SMA 02-3668. Rockville, MD: US Government Printing Office.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002b). *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance*

abuse disorders and mental disorders. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (1997). *Uniform Facility Data Set (UFDS)—Data on Substance Abuse Treatment Facilities*, DHHS publication no. SMA 99-3314. Washington: DC: US Government Printing Office.

Sutherland, I. (1997). The Development and Application of a Questionnaire to Assess the Changing Personalities of Substance Addicts During the First Year of Recovery. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 253-262.

Taylor, C.C. (1999). An analysis of urban smokable cocaine client's perception of intensive out-patient treatment dynamics and treatment outcome. *Dissertation Abstracts International, Section A: Humanities and Social Sciences*, 60 (2-A), 0351.

Teesson, M., Havard, A., Fairbairn, S., Ross, J., Lynskey, M. & Darke, S. (2005) Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence, correlates and treatment seeking *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 309-315.

The Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33 (3), 221-228.

Tiffany, S.T. & Drobes, D.J. (1990). Imagery and smoking urges: the manipulation of affective content. *Addictive Behaviors*, 15, 531-539.

Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 259-268.

Trice, H.M. (1957). A study of the process of affiliation with Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, 39-54.

Tsogia, D., Copello, A. & Orford, J. (2001). Entering treatment for substance misuse: A review of the literature. *Journal of Mental Health* (2001) 10(5), 481-499.

Tuchfeld, B.S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol* (42), 626-641.

Tuchfeld, B.S.; Lipton, W.L. & Lile, E.A. (1983). Social involvement and the resolution of alcoholism. *Journal of Drug Issues* ,13, 323-332.

Urbanoski, K.A., Strike C.J. & Rush B.R. (2005). Individuals Seeking Treatment for Cannabis-Related Problems in Ontario: Demographic and Treatment Profile. *European Addiction Research*, 11, 115-123.

- Vaillant, G.E. (1966). A 12-year follow-up of New York addicts IV: Some characteristics and determinants of abstinence. *American Journal of Psychiatry* 123, 573-584.
- Vaillant, G.E. (1983). The natural history of alcoholism. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vauter, A. (1998). Relationship between frequencies and satisfaction with recreation therapy interventions and self-efficacy, loneliness, cooperation and trust among persons who abuse substances. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (3-B), 1072.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. & Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Volkow, D.N. (2007). Addiction and Co-occurring mental disorders. *NIDA Notes*, 24(2), 2.
- Waldorf, D. & Biernacki, P. (1979). The natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. *Journal of Drug Issues*, 9 (2), 282-289..
- Waldorf, D. & Biernacki, P. (1981). The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, 11, 61-74.
- Waldorf, D. (1983). Natural Recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 13, 237-280.
- Walters, G.D. & Gilbert, A.A. (2000). Defining addiction: Contrasting views of clients and experts. *Addiction Research*. 8 (3), 211-220.
- Walters, G.D. (1999). *The addiction concept: Working hypothesis or self-fulfilling prophesy?* Boston: Allyn & Bacon.
- Webster's II new riverside university dictionary, (1988). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Weinberger, J. & Eig, A. (1999). Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 357-382). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: A comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 746-752.
- Welsh, C. & Valadez-Meltzer, A. (2005). Buprenorphine: A (relatively) new treatment for opioid dependence. *Psychiatry*, 2(12), 29-39.

- Westermeyer, J. (2005). Historical and Social Context of Psychoactive Substance Use Disorders, In H. Avram Mack (Ed). (2005). *Clinical textbook of addictive disorders*, 3rd ed. (pp. 16-34). xix, 684 pp. New York, NY, US: Guilford Publications.
- Westermeyer, J., Kopka, S. & Nugent, S. (1997). Course and severity of substance abuse among patients with comorbid major depression. *American Journal on Addictions*, 6, 284–292.
- Wexler, B.E., Gottschalk, C.H., Fulbright, R. K., Prohovnik, I., Lacadie, C.M. & Rounsaville, B.J. (2001). Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving, *Am. J. Psychiatry*, 158, 86–95.
- White, W.L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241.
- White, R., Beazley, P., Thompson, M., Charnaud, B., Cox, D. & Griffiths, V. (2007). Patients' views of treatment: Methadone vs. Buprenorphine. *Journal of Substance Use*, 12(5), 365-373.
- Whorley, L.W. (1996). Exploring inpatient expectations of continuing care treatment: Focus groups with substance-dependent veterans. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 14(2), 59-66.
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434.
- Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2435–2443.
- Wiklund, L., Lindström, U.A. & Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction – a struggle with life. *Theoria – Journal of Nursing Theory*, 15, 7–16.
- Wild, T.C., Cunningham, J.A. & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872.
- Wilkin, D., Hallam, L. & Doggett, N.A. (1992). *Measures of need and outcome for primary health care*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- Wille, R. (1983). Processes of recovery from heroin dependence: Relationship to treatment, social changes and drug use. *Journal of Drug Issues*, 13, 333-342.
- Williams, E.C., Kivlahan, D.R., Saitz, R., Merrill, J.O., Achtmeyer, C.A., McCormick, K. A. & Bradley, K. A. (2006). Readiness to Change in Primary Care Patients Who Screened Positive for Alcohol Misuse. *Annals of Family Medicine*, 4, 213-220.

- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., et al. (2002). Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism* 37, 609–612.
- Willoughby, R.W, Edens, J.F. (1996). Construct validity and predictive validity of the stages of change scale for alcoholics. *J Subst Abuse*, 8, 275– 291.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-7.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, a study of the first not-me possession. *Collected papers, through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 229-242). (Reprinted from *International Journal of Psycho-Analysis*, 34 (1951), 89-97.)
- Wise, R.A. (1988). Psychomotor stimulant properties of addictive drugs. *Annals of the New York Academy of Sciences* 537, pp. 228–234
- Wong, C.J., Anthony, S., Sigmon, S.C., Mongeon, J.A. Badger, G.J., Higgins, S.T. (2004). Examining Interrelationships Between Abstinence and Coping Self-Efficacy in Cocaine-Dependent Outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(3), 190-199.
- World Health Organization Expert Committee on Mental Health (1957). *Addiction producing drugs: 7th report on the WHO Expert Committee*. WHO Technical Report Series 116. Geneva: World Health Organization.
- Wright, V.L. (2003). A phenomenological exploration of spirituality among African American women recovering from substance abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 173–185.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom I.D. (1995). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yao, B., Han, W., Wu, C., Jiang, D. (2005) Correlation Study of Mental Health and Social Support of Drug Addicts. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. Vol 13(2), 219-220, 239.
- Zakrzewski, R.F. & Hector, M.A. (2004) The lived experience of alcohol addiction: men of Alcoholics Anonymous. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 61–77.
- Ζαφειρίδης, Φ. (1987). *Βασικές αρχές λειτουργίας της αυτοθεραπευτικής κοινότητας*. Πανελλήνιο ψυχιατρικό συνέδριο, Αθήνα.
- Ζαφειρίδης, Φ. (1989). *Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών*, Πανελλήνια ενημερωτική συνάντηση για τα ναρκωτικά, Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας, Αθήνα.

- Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και κοινωνία. (τόμος 1). Θεραπευτικές κοινότητες. Ομάδες αυτοβοήθειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Zimet, G.D., Dahlen, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S., & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610–617.
- Zinberg, N.E., Harding, W.M. & Apsler, R. (1978). What is drug abuse? *Journal of Drug Issues* 8, 9-35.
- Zing, W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders, *Psychosomatics* 12, pp. 371–379.
- Zvolensky, M.J. & Leen-Feldner, E. (in press). Anxiety and stress vulnerability and substance problems: Theory, empirical evidence, and directions for future research. *Clinical Psychology Review*.
- Zywiak, W.H., Longabaugh, R. & Wirtz, P.W. (2002). Decomposing the relationships between pre-treatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* , 63, 114–121.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ατομικό Ερωτηματολόγιο. Τα Στάδια της Ετοιμότητας για Αλλαγή και η Κλίμακα της Επιθυμίας για Θεραπεία.

The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8D)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ διαβάστε τις ακόλουθες προτάσεις προσεκτικά. Η καθεμία περιγράφει μία κατάσταση που μπορεί (ή δεν μπορεί) να νιώθετε σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών. Για καθεμία πρόταση, κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 ως το 5, για να δείξετε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν, αυτή τη στιγμή. Παρακαλώ κυκλώστε ένα και μοναδικό αριθμό για κάθε πρόταση.

Διευκρίνιση αριθμών:

- 1 (OXI!) Διαφωνώ απόλυτα
- 2 (OXI) Διαφωνώ
- 3 (;) Δεν μπορώ να αποφασίσω / Δεν είμαι βέβαιος
- 4 (NAI) Συμφωνώ
- 5 (NAI!) Συμφωνώ απόλυτα

- 1. Θέλω πραγματικά να κάνω αλλαγές όσον αφορά την χρήση ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 2. Κάποιες φορές αναρωτιέμαι αν είμαι εξαρτημένος. 1 2 3 4 5
- 3. Αν δεν αλλάξω τη χρήση ναρκωτικών σύντομα, τα προβλήματά μου θα χειροτερέψουν. 1 2 3 4 5
- 4. Έχω ήδη αρχίσει να κάνω κάποιες αλλαγές στη χρήση ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 5. Χρησιμοποιούσα ναρκωτικά πολύ κάποτε, αλλά έχω καταφέρει να το αλλάξω αυτό. 1 2 3 4 5
- 6. Μερικές φορές αναρωτιέμαι αν η χρήση ναρκωτικών από την πλευρά μου, πληγώνει άλλους ανθρώπους. 1 2 3 4 5
- 7. Έχω πρόβλημα ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 8. Δεν σκέφτομαι μόνο να κάνω αλλαγές όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών, κάνω ήδη κάτι γι' αυτό. 1 2 3 4 5
- 9. Έχω ήδη κάνει αλλαγές στη χρήση ναρκωτικών, και ψάχνω τρόπους για να μην ξανακυλήσω στην παλιά μου συνήθεια. 1 2 3 4 5
- 10. Έχω σοβαρό πρόβλημα με τα ναρκωτικά. 1 2 3 4 5
- 11. Μερικές φορές αναρωτιέμαι αν ελέγχω την χρήση ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 12. Η χρήση ναρκωτικών μου κάνει πολύ κακό. 1 2 3 4 5
- 13. Κάνω πραγματικά προσπάθειες τώρα για να ελαττώσω ή να σταματήσω τη χρήση ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 14. Θέλω βοήθεια για να μην να γυρίσω στο πρόβλημα που είχα πριν. 1 2 3 4 5
- 15. Ξέρω ότι έχω πρόβλημα ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 16. Υπάρχουν φορές που αναρωτιέμαι αν χρησιμοποιώ ναρκωτικά πάρα πολύ. 1 2 3 4 5
- 17. Είμαι εξαρτημένος από τα ναρκωτικά. 1 2 3 4 5
- 18. Δουλεύω σκληρά για να αλλάξω τη χρήση ναρκωτικών. 1 2 3 4 5
- 19. Έχω κάνει ορισμένες αλλαγές στη χρήση ναρκωτικών και θέλω κάποια βοήθεια για να μην γυρίσω πίσω στη κατάσταση που ήμουν πριν. 1 2 3 4 5

Σύντομο Ερωτηματολόγιο Βεβαιότητας στην Κατάσταση
Brief Situational Confidence Questionnaire

Παρακάτω παρατίθενται μια σειρά από καταστάσεις ή γεγονότα, στα οποία ορισμένοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις ουσίες.

Φαντάσου ότι βρίσκεσαι αυτή τη στιγμή σε καθεμία από αυτές τις καταστάσεις. Δείξε στην κλίμακα που υπάρχει, πόσο βέβαιος είσαι ότι θα μπορούσες να αντισταθείς στην επιθυμία να χρησιμοποιήσεις ουσίες σε αυτή την κατάσταση.

Κύκλωσε **100**, αν είσαι 100 τοις εκατό βέβαιος ότι θα μπορούσες να αντισταθείς στην επιθυμία να χρησιμοποιήσεις ουσίες. 80 αν είσαι 80 τοις εκατό βέβαιος. 60 αν είσαι 60 τοις εκατό βέβαιος. Εάν είσαι περισσότερο αβέβαιος παρά βέβαιος, κύκλωσε 40 για να δείξεις ότι είσαι μόνο 40 τοις εκατό βέβαιος ότι θα μπορούσες να αντισταθείς στην επιθυμία να χρησιμοποιήσεις ουσίες. 20 εάν είσαι 20 τοις εκατό βέβαιος. 0 εάν δεν είσαι καθόλου βέβαιος σχετικά με την κατάσταση.

Θα ήμουν ικανός να αντισταθώ στην επιθυμία να χρησιμοποιήσω ουσίες σε καταστάσεις που:

	καθόλου βέβαιος	πολύ βέβαιος
1. Είχα δυσάρεστα συναισθήματα (π.χ. αν ένιωθα πιεσμένος για πράγματα γενικά, αν όλα μου πήγαιναν στραβά)	0	20 40 60 80 100
2. Ήμουν σωματικά ανήσυχος (π.χ. αν δυσκολευόμουν να κοιμηθώ, αν ήμουν νευρικός και είχα σωματική ένταση)	0	20 40 60 80 100
3. Είχα ευχάριστα συναισθήματα (π.χ. αν μου συνέβαινε κάτι καλό και ένιωθα σα να γιορτάζω, αν όλα που πήγαιναν καλά)	0	20 40 60 80 100
4. Ήθελα να δοκιμάσω πόσο ελέγγω τη χρήση ουσιών (π.χ. αν είχα αρχίσει να πιστεύω ότι τα ναρκωτικά δεν είναι πια πρόβλημα για μένα και ήμουν βέβαιος ότι μπορούσα να ελέγξω τη χρήση τους)	0	20 40 60 80 100
5. Είχα επιθυμία και έμπαινα σε πειρασμό (π.χ. εάν ξαφνικά είχα επιθυμία να κάνω χρήση ναρκωτικών, αν βρισκόμουν σε ένα μέρος όπου χρησιμοποιούσα συχνά ουσίες)	0	20 40 60 80 100
6. Είχα σύγκρουση με άλλους (π.χ. αν μάλωνα με έναν φίλο, αν δεν τα πήγαινα καλά με τους άλλους στη δουλειά)	0	20 40 60 80 100
7. Υπήρχε κοινωνική πίεση για χρήση (π.χ. αν κάποιος με πίεζε να πω μαζί του, αν ήμουν καλεσμένος στο σπίτι κάποιου και μου πρόσφερε ουσίες)	0	20 40 60 80 100
8. Είχα ευχάριστες στιγμές με άλλους (π.χ. αν ήθελα να γιορτάσω με ένα φίλο, αν περνούσα καλά σε ένα πάρτι και ήθελα να νιώσω ακόμα καλύτερα)	0	20 40 60 80 100

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη Πριν τη Θεραπεία
Client Satisfaction Questionnaire at Pretreatment (Expectations)

Παρακάτω υπάρχουν ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που δέχτηκες από το πρόγραμμα. Μας ενδιαφέρει η ειλικρινής σου άποψη, είτε είναι θετική είτε αρνητική. Παρακαλώ απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις. Επιπλέον δεχόμαστε σχόλια και προτάσεις. Σε ευχαριστούμε, και εκτιμούμε πραγματικά τη βοήθειά σου.

ΚΥΚΛΩΣΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΟΥ

1. Πώς θα βαθμολογούσες την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβες ως τώρα;

4	3	2	1
Εξαιρετική	Καλή	Αρκετά καλή	Κακή

2. Πιστεύεις ότι θα λάβεις το είδος των υπηρεσιών που θέλεις από το πρόγραμμα;

4	3	2	1
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, όχι στ' αλήθεια	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

3. Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το πρόγραμμα θα καλύψει τις ανάγκες σου;

4	3	2	1
Πιστεύω ότι όλες σχεδόν οι ανάγκες μου θα καλυφθούν	Πιστεύω ότι οι περισσότερες ανάγκες μου θα καλυφθούν	Μόνο λίγες από τις ανάγκες μου θα καλυφθούν	Καμία από τις ανάγκες μου δεν θα καλυφθεί

4. Εάν ένας φίλος είχε ανάγκη για παρόμοια βοήθεια, θα σύστηνες το πρόγραμμα σε αυτόν ή σε αυτήν;

4	3	2	1
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, όχι στ' αλήθεια	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

5. Πόσο ικανοποιημένος πιστεύεις ότι θα είσαι από την ποσότητα των υπηρεσιών που λαμβάνεις εδώ;

4	3	2	1
Αρκετά δυσαρεστημένος	Ουδέτερος ή μέτρια ικανοποιημένος	Κυρίως ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος

6. Οι υπηρεσίες που λαμβάνεις εδώ θα σε βοηθήσουν να αντιμετωπίσεις πιο αποτελεσματικά το πρόβλημά σου;

4	3	2	1
Ναι, θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό	Ναι, θα βοηθήσουν αρκετά	Όχι, δεν θα βοηθήσουν πραγματικά	Όχι, φαίνεται ότι θα κάνουν τα πράγματα χειρότερα

7. Από μια συνολική, γενική άποψη, πόσο ικανοποιημένος πιστεύεις ότι θα είσαι με τις υπηρεσίες λαμβάνεις εδώ;

4	3	2	1
Πολύ ικανοποιημένος	Κυρίως ικανοποιημένος	Ουδέτερος ή μέτρια ικανοποιημένος	Αρκετά δυσαρεστημένος

8. Εάν ζητούσες βοήθεια ξανά, θα ξαναερχόσουν πίσω στο πρόγραμμα αυτό;

4	3	2	1
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, όχι στ' αλήθεια	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη
Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Παρακάτω υπάρχουν ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που δέχτηκες από το πρόγραμμα. Μας ενδιαφέρει η ειλικρινής σου άποψη, είτε είναι θετική είτε αρνητική. Παρακαλώ απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις. Επιπλέον δεχόμαστε σχόλια και προτάσεις. Σε ευχαριστούμε, και εκτιμούμε πραγματικά τη βοήθειά σου.

ΚΥΚΛΩΣΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΟΥ

1. Πώς θα βαθμολογούσες την ποιότητα των υπηρεσιών που δέχτηκες;

4	3	2	1
Εξαιρετική	Καλή	Αρκετά καλή	Κακή

2. Πήρες το είδος των υπηρεσιών που ήθελες;

1	2	3	4
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, μάλλον όχι	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

3. Σε ποιο βαθμό έχει το πρόγραμμα καλύπτει τις ανάγκες σου;

4	3	2	1
Σχεδόν όλες οι ανάγκες μου καλύπτονται	Οι περισσότερες ανάγκες μου καλύπτονται	Μόνο λίγες από τις ανάγκες μου καλύπτονται	Καμία από τις ανάγκες μου δεν καλύπτεται

4. Εάν ένας φίλος είχε ανάγκη για παρόμοια βοήθεια, θα σύστηνες το πρόγραμμα σε αυτόν ή σε αυτήν;

1	2	3	4
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, μάλλον όχι	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

5. Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την ποσότητα των υπηρεσιών που λαμβάνεις;

1	2	3	4
Αρκετά δυσαρεστημένος	Ουδέτερος ή μέτρια ικανοποιημένος	Κυρίως ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος

6. Οι υπηρεσίες που έχεις λάβει σε βοήθησαν να αντιμετωπίσεις πιο αποτελεσματικά το πρόβλημά σου;

4	3	2	1
Ναι, βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό	Ναι, βοήθησαν αρκετά	Όχι, δεν βοήθησαν	Όχι, φαίνεται να έκαναν τα πράγματα χειρότερα

7. Από μια συνολική, γενική άποψη, πόσο ικανοποιημένος είσαι με τις υπηρεσίες που έχεις λάβει;

4	3	2	1
Πολύ ικανοποιημένος	Κυρίως ικανοποιημένος	Ουδέτερος ή μέτρια ικανοποιημένος	Αρκετά δυσαρεστημένος

8. Εάν ζητούσες βοήθεια ξανά, θα ξαναερχόσουν πίσω στο πρόγραμμα αυτό;

1	2	3	4
Όχι, σαφώς όχι	Όχι, μάλλον όχι	Ναι, γενικά	Ναι, σαφώς

Πολυδιάστατη Κλίμακα της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Οδηγίες: Μας ενδιαφέρει πώς νιώθεις σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις. Διάβασε κάθε πρόταση προσεκτικά. Δείξε πώς νιώθεις για κάθε μία από αυτές.

Κύκλωσε το «1» αν **Διαφωνείς Πάρα Πολύ**
Κύκλωσε το «2» αν **Διαφωνείς Πολύ**
Κύκλωσε το «3» αν **Διαφωνείς Μέτρια**
Κύκλωσε το «4» αν είσαι **Ουδέτερος**
Κύκλωσε το «5» αν **Συμφωνείς Μέτρια**
Κύκλωσε το «6» αν **Συμφωνείς Πολύ**
Κύκλωσε το «7» αν **Συμφωνείς Πάρα Πολύ**

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο που βρίσκεται γύρω μου όταν έχω ανάγκη | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο με το οποίο μπορώ να μοιραστώ τις χαρές μου και τις λύπες μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Έχω ένα συγκεκριμένο πρόσωπο το οποίο είναι πραγματικά πηγή ανακούφισης για μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Μπορώ να βασίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα πάνε στραβά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρόσωπο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα συναισθήματά μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες
(Depression, Anxiety, Stress Scale-DASS)

Παρακαλώ διάβασε την κάθε πρόταση και κύκλωσε έναν αριθμό 0,1,2 ή 3 που δείχνει σε ποιο βαθμό η πρόταση ισχύει για εσένα την τελευταία εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο στην κάθε πρόταση.

Η κλίμακα βαθμολογίας είναι ως εξής:

0 Δεν ισχύει για μένα καθόλου

1 Ισχύει για μένα σε κάποιο βαθμό, ή για κάποιο χρονικό διάστημα

2 Ισχύει για μένα σε αρκετά μεγάλο βαθμό, ή για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα

3 Ισχύει για μένα πάρα πολύ, ή το περισσότερο χρονικό διάστημα

1	Δυσκολεύτηκα να ηρεμήσω	0	1	2	3
2	Αντιλήφθηκα ότι το στόμα μου ήταν στεγνό	0	1	2	3
3	Μου φαινόταν ότι δεν μπορούσα να νιώσω καθόλου θετικά συναισθήματα	0	1	2	3
4	Αισθάνθηκα ότι αναπνέω δύσκολα (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, δύσπνοια ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση)	0	1	2	3
5	Δυσκολεύτηκα να αναπτύξω πρωτοβουλία να κάνω πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις	0	1	2	3
7	Ένιωσα να τρέμω (π.χ. στα χέρια)	0	1	2	3
8	Ένιωσα ότι ήμουν πολύ νευρικός	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες μπορεί να με έπιανε πανικός και ένοιωθα τον εαυτό μου γελοίο	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν υπήρχε τίποτα που να περιμένω με χαρά	0	1	2	3
11	Ένοιωθα τον εαυτό μου να αναστατώνεται	0	1	2	3
12	Δυσκολεύτηκα να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένοιωθα αποθαρρυσμένος και άκεφος	0	1	2	3
14	Ήμουν μη ανεκτικός με ο,τιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω ό,τι έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα ότι βρίσκομαι κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Δεν μπορούσα να ενθουσιαστώ με ο,τιδήποτε	0	1	2	3
17	Ένιωσα ότι δεν αξίζω πολύ σαν άτομο	0	1	2	3
18	Ένιωσα ότι είμαι υπερβολικά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αντιλήφθηκα τον χτύπο της καρδιάς μου ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση (π.χ. αίσθηση ότι ο ρυθμός της καρδιάς αυξάνεται, η καρδιά παραλείπει ένα χτύπο)	0	1	2	3
20	Ένιωσα τρομαγμένος χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος	0	1	2	3
21	Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD).

Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα **τον μεγαλύτερο βαθμό στον οποίο νιώσατε κατ' αυτόν τον τρόπο τις τελευταίες δύο εβδομάδες**. Στην κλίμακα αυτή **1** σημαίνει ότι δεν νιώσατε καθόλου αυτό το συναίσθημα και **5** ότι νιώσατε έτσι πάρα πολύ συχνά.

1= καθόλου 2=ελάχιστα 3= κάποιες φορές 4= συχνά 5= πάρα πολύ συχνά

1. Ένιωσα να διασκεδάζω, να μου αρέσει που περνάω καλά, να βλέπω τα πράγματα από την ανάλαφρη πλευρά τους: _____ (1-5)
2. Ένιωσα θυμωμένος, εκνευρισμένος, ενοχλημένος: _____ (1-5)
3. Ένιωσα ντροπιασμένος, ταπεινωμένος, ατιμωμένος: _____ (1-5)
4. Ένιωσα δέος, θαυμασμό, κατάπληξη: _____ (1-5)
5. Ένιωσα περιφρονητικός, απορριπτικός, ακατάδεκτος: _____ (1-5)
6. Ένιωσα ικανοποίηση, γαλήνη, ηρεμία: _____ (1-5)
7. Ένιωσα αηδία, απέχθεια, αποστροφή: _____ (1-5)
8. Ένιωσα ότι βρέθηκα σε δύσκολη θέση, σε αμηχανία, ότι κοκκίνισα: _____ (1-5)
9. Ένιωσα χαρούμενος, ευτυχής, χαρμόσυνος: _____ (1-5)
10. Ένιωσα να ευγνωμονώ, να εκτιμώ, να θέλω να ευχαριστήσω κάποιον: _____ (1-5)
11. Ένιωσα γεμάτος ελπίδα, αισιοδοξία, κουράγιο: _____ (1-5)
12. Ένιωσα ενδιαφέρον, ενεργοποίηση, περιέργεια: _____ (1-5)
13. Ένιωσα αγάπη, συναισθηματική εγγύτητα, εμπιστοσύνη: _____ (1-5)
14. Ένιωσα υπερηφάνεια, αυτοπεποίθηση, αυτο-επιβεβαίωση: _____ (1-5)
15. Ένιωσα μεταμελημένος, ένοχος, αξιοκατάκριτος: _____ (1-5)
16. Ένιωσα λυπημένος, αποθαρρυνμένος, δυστυχισμένος: _____ (1-5)
17. Ένιωσα τρομαγμένος, έντρομος, φοβισμένος: _____ (1-5)
18. Ένιωσα ερωτικός, γεμάτος επιθυμία, με διάθεση για φλερτ: _____ (1-5)
19. Ένιωσα έκπληκτος, έκθαμβος, κατάπληκτος: _____ (1-5)
20. Ένιωσα συμπάθεια, νοιάξιμο, συμπόνια: _____ (1-5)
21. Γενικά, πιο από τα παραπάνω συναισθήματα βιώσατε πιο έντονα κατά τις προηγούμενες 2 εβδομάδες; (εισάγετε τον αντίστοιχο αριθμό 1-20)_____

Ερωτηματολόγιο Νοήματος στη Ζωή
Meaning in Life Questionnaire (MLQ)

Παρακαλώ σκεφτείτε για λίγο χρόνο τι κάνει τη ζωή σας να είναι σημαντική για εσάς. Απαντήστε στις επόμενες προτάσεις με όση ειλικρίνεια και ακρίβεια μπορείτε. Να θυμάστε ότι οι ερωτήσεις αυτές είναι πολύ υποκειμενικές και ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

Απόλυτα Αναληθές	Πολύ Αναληθές	Αρκετά Αναληθές	Δεν μπορώ να πω Αληθές ή Αναληθές	Αρκετά Αληθές	Πολύ Αληθές	Απόλυτα Αληθές
1	2	3	4	5	6	7

1. ____ Αντιλαμβάνομαι το νόημα της ζωής μου.
2. ____ Αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα.
3. ____ Πάντα αναζητώ να βρω το σκοπό της ζωής μου.
4. ____ Η ζωή μου έχει έναν σαφή σκοπό.
5. ____ Έχω καλή επίγνωση του τι κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα.
6. ____ Έχω ανακαλύψει έναν ικανοποιητικό σκοπό στη ζωή μου.
7. ____ Πάντα αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να είναι σημαντική.
8. ____ Αναζητώ έναν σκοπό ή αποστολή στη ζωή μου.
9. ____ Η ζωή μου δεν έχει σαφή σκοπό.
10. ____ Αναζητώ νόημα στη ζωή μου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

-Η κλίμακα Stages of change Readiness and Treatment Eagerness Scale -SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996)

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας είναι $r = .89$ ($p < .001$).

-Η κλίμακα Brief Situational Confidence Questionnaire -BSCQ (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawa, 2000).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας, είναι $r = .92$ ($p < .001$).

-Οι κλίμακες Client satisfaction Questionnaire (CSQ8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979) και Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at Pre-treatment (Expectations) (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας, είναι $r = .90$ ($p < .001$).

-Η κλίμακα Multidimensional scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlen, Zimet & Farley, 1988).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας είναι $r = .90$ ($p < .001$).

-Η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας, είναι $r = .88$ ($p < .001$).

-Η κλίμακα Differential Emotions Scale-Modified (DES-MOD) (Fredrickson & Tugade, 2003).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας είναι $r = .89$ ($p < .001$).

Η κλίμακα Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (Steger, Frazier & Oishi, 2006).

Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και ελληνικής μορφής της κλίμακας είναι $r = .91$ ($p < .001$).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Το πιλοτικό μέρος της έρευνας διεξήχθη τον Φεβρουάριο του 2008. Αφού λάβαμε την άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας από την επιστημονικά υπεύθυνη της δομής, ήρθαμε σε επαφή με τον Συμβουλευτικό Σταθμό (ΣΣ) Τοξικομανών τον χώρο όπου αρχικά απευθύνονται οι χρήστες ουσιών για να ξεκινήσουν τη διαδικασία θεραπείας. Συζητήσαμε με τον υπεύθυνο του χώρου τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε να γίνουν η χορήγηση ερωτηματολογίων και οι συνεντεύξεις στα μέλη των ομάδων. Υπήρχαν πρακτικές δυσκολίες που οφείλονταν κυρίως στην έλλειψη ελεύθερου χώρου και στο γεγονός ότι ο ΣΣ είναι χώρος μεγάλης κινητικότητας ατόμων –χρηστών, συγγενών τους και προσωπικού- κάτι που δυσχέραινε την οργάνωση και την υλοποίηση της εργασίας μας.

Στην αρχική μορφή του ερωτηματολογίου δεν συμπεριλαμβάνονταν τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία είχαμε σχεδιάσει να τα παίρνουμε από τα στοιχεία της δομής. Στο πιλοτικό μέρος συμμετείχαν 9 συνολικά χρήστες ουσιών που βρίσκονταν στο στάδιο της ευαισθητοποίησης στον ΣΣ. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τις κλίμακες στο διάστημα ½ ώρας, μετά από το πέρας μιας θεραπευτικής ομάδας. Τους εξηγήθηκε ο σκοπός και η διαδικασία της έρευνας και ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Στη διάρκεια της διαδικασίας, ενθαρρύνουμε τις ερωτήσεις για σημεία που δεν ήταν κατανοητά. Γενικότερα, οι συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να συγκεντρωθούν, υπήρχε έντονη διάσπαση, φωνές και πειράγματα μεταξύ τους. Επίσης με την πρώτη δυσκολία- και εφόσον γνώριζαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική-επέστρεφαν το ερωτηματολόγιο ασυμπλήρωτο και έφευγαν. Το ερωτηματολόγιο στο οποίο δεχτήκαμε τις περισσότερες ερωτήσεις και το οποίο τους δυσκόλευε-αφού μόλις έβλεπαν ότι δεν το καταφέρνουν ή ότι τους κούραζε παρατούσαν όλη τη διαδικασία-ήταν το SCQ-Heroïn με 22 δηλώσεις για την εκτίμηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Στην πλειονότητα τους οι δηλώσεις των υπόλοιπων κλιμάκων ήταν κατανοητές, με εξαίρεση κάποιες λέξεις τη σημασία των οποίων ρωτούσαν προς διευκρίνιση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Φιλοσοφία και Οργάνωση της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω.

Η λειτουργία πολλών τύπων προγραμμάτων απεξάρτησης, η απόφαση του εξαρτημένου να δώσει ο ίδιος ενεργητικά και να κερδίσει την μάχη της απεξάρτησής του και το πλαίσιο, οικογενειακό και κοινωνικό, που θα δημιουργήσει τους όρους της ισότιμης επανένταξης του εξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο, είναι όροι που αν εξασφαλισθούν, η θεραπεία όχι μόνο είναι δυνατή, αλλά μπορεί να είναι και αποτελεσματική. Ο τοξικομανής μπορεί να γίνει καλά, αρκεί να βρει το θεραπευτικό πρόγραμμα που του ταιριάζει και να πάρει ο ίδιος την απόφαση να ενταχθεί και να λειτουργήσει ενεργητικά μέσα σε αυτό, με πίστη στη φιλοσοφία και τις αρχές του. Στόχος της απεξάρτησης πρέπει να είναι η τροποποίηση πρώτα από όλα της ψυχικής λειτουργίας του εξαρτημένου ατόμου και να μην περιορίζεται απλά και μόνο στη διακοπή της χρήσης και στην τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Δεν μπορεί λοιπόν να νοηθεί θεραπεία απεξάρτησης έξω από έναν διαρκή προβληματισμό και διάλογο γύρω από τις αιτίες της τοξικομανίας, γύρω από όλους εκείνους τους λόγους, ατομικούς και κοινωνικούς, που ώθησαν το άτομο σε κάποια κρίσιμη στιγμή της ζωής του να στραφεί στις ουσίες και τελικά να εξαρτηθεί από αυτές (Μάτσα, 2001).

Η διαδικασία απεξάρτησης προϋποθέτει τη λειτουργία ενός θεραπευτικού πλαισίου, δεν είναι δυνατή η πραγματοποίησή της έξω από το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο (Μάτσα, 1997). Το θεραπευτικό πλαίσιο αποτελεί μέρος του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου από το οποίο προσδιορίζεται και του οποίου τις αντιφάσεις αντανακλά. Ο θεραπευόμενος οφείλει να σεβαστεί τους κανόνες και τα όρια του πλαισίου, να λειτουργήσει με συνέπεια και συνέχεια μέσα σε αυτό, απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους. Η ένταξη του ατόμου στο πλαίσιο που γίνεται με τη θέλησή του, με την υπογραφή του σχετικού συμβολαίου θεραπείας, ισοδυναμεί με την ένταξή του σε μια μορφή κοινωνικής ζωής. Μέσα από τη ένταξή του, ο θεραπευόμενος καλείται όχι απλώς να προσαρμοστεί στο πλαίσιο, αλλά και να το κατακτήσει, να το κάνει δικό του. Το πλαίσιο πρέπει να παρέχει το αίσθημα της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στον τοξικομανή, που μόλις βγήκε από την ψευδαίσθηση της «ασφάλειας» που του πρόσφεραν οι ουσίες. Με αυτόν τον τρόπο το θεραπευτικό πλαίσιο γίνεται ο διαμεσολαβητής της μετάβασης από την εξάρτηση στην απεξάρτηση, από την κατάσταση της ακραίας αποξένωσης, της απόλυτης εξατομίκευσης σε αυτήν της κοινωνικής ατομικότητας (Μάτσα, 2001).

Η κοινωνικοποίηση του θεραπευόμενου (ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και δεσμών) μέσα στον μεταβατικό χώρο του θεραπευτικού πλαισίου, γίνεται δυνατή με τη διαμεσολάβηση και τη βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας. Η θεραπευτική ομάδα συντονίζει και εποπτεύει τις επιμέρους θεραπευτικές παρεμβάσεις των μελών της, σε επίπεδο ατομικής, ομαδικής ψυχοθεραπείας, «τέχνης-θεραπείας», εργαστηρίων, κοινωνικής παρέμβασης και γενικότερη στάση ζωής του θεραπευόμενου. Στελεχώνεται από επαγγελματίες διαφόρων ρόλων και αρμοδιοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, εργοθεραπευτές, δραματοθεραπευτές, χοροθεραπευτές, ειδικοί θεραπευτές, νοσηλεύτες, γυμναστές, πρώην χρήστες κ.α.) που διαθέτουν εμπειρία, διαρκή εκπαίδευση και πίστη στη φιλοσοφία και τις αρχές του προγράμματος. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι ισότιμα μεταξύ τους και λειτουργούν στη βάση της αρχής της συμπληρωματικότητας των διαφορετικών ρόλων τους. Η ένταξή τους στο θεραπευτικό πλαίσιο πρέπει να γίνεται στη βάση της ιδεολογικής κατ' αρχήν συμφωνίας τους με τις αρχές του και να είναι ολόψυχη και ολοκληρωτική, σύμφωνα με την έκφραση του Besaglia (engagement total) (Μάτσα, 1997). Στο βαθμό που λειτουργεί καλά σαν ομάδα, μέσα στο πλαίσιο, με σεβασμό στις αρχές και τη φιλοσοφία του προγράμματος, μπορεί να επεξεργάζεται το δυναμικό της και να αποφεύγει τον κίνδυνο των αυτοσχεδιασμών, των αβασάνιστων «ερμηνειών» και της αυθαιρεσίας. Μπορεί να λύνει τις κρίσεις στο εσωτερικό της, να ξεπερνά χωρίς να συγκαλύπτει φαινόμενα “burn-out” των θεραπειών, να ξεπερνά τη λογική της διάσπασης (splitting) της ομάδας, σε θεραπευτές «που τα δίνουν όλα» και σε θεραπευτές «που δεν δίνουν τίποτα», της διάσπασης των θεραπευομένων σε «καλούς» και «κακούς», να ξεπερνά τη λογική της επιβολής «κυρώσεων» και της εκλογίκευσης των δυσκολιών. (Μάτσα, 2001).

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απεξάρτησης μπορεί να παίξει και η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο θεραπευτή, μέλος της θεραπευτικής ομάδας και στον θεραπευόμενο, εφόσον στηρίζεται στις αρχές και τα όρια του θεραπευτικού πλαισίου. Στη σχέση αυτή ο θεραπευτής είναι αυτός που ακούει προσεκτικά το θεραπευόμενο με υπομονή, σεβασμό και κατανόηση, που εγκαθιδρύει το διάλογο, που δεν ασκεί εξουσία, δεν καταφεύγει σε βολικές ερμηνείες, δε θεωρεί ότι κατέχει την απόλυτη αλήθεια και αποφεύγει όσο γίνεται την αυθαιρεσία, την υπερβολή, την πρόκληση. Ο εξαρτημένος από την πλευρά του στη σχέση αυτή, γίνεται ικανός να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία του. Μπορεί να αναγνώσει λιγότερο τραυματικά την εμπειρία του, να σκέφτεται ανεξάρτητα, να επεξεργάζεται τη σκέψη

του, να εκφέρει τον δικό του λόγο, στην αρχή αποσπασματικά και στη συνέχεια πιο συγκροτημένα, άρα να αρχίσει να επικοινωνεί με το λόγο του και όχι μόνο με την εκδραμάτιση (acting out) (Μάτσα, 1997).

Ολοκληρώνοντας, θα αναφερθούμε και στο ρόλο της ψυχοθεραπείας στη διαδικασία απεξάρτησης που συντελείται μέσα στο Πρόγραμμα. Το κύριο αίτημα του τοξικομανή, είτε είναι σε θέση να το εκφράσει λεκτικά είτε όχι, με την είσοδό του στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα του 18 Άνω και την αποδοχή του θεραπευτικού πλαισίου της απεξάρτησης, ανάγεται στην επανάκτηση του νοήματος της ζωής. Για αυτό είναι τόσο σημαντική η ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Μέσα από αυτήν θα αποκτήσει αυτογνωσία και θα συνειδητοποιήσει τις αιτίες της εξάρτησής του. Μέσα σε αυτήν θα μάθει να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του και να σκέφτεται διαλεκτικά, προσεγγίζοντας από μια καινούρια σκοπιά τον εαυτό του, την προσωπική ιστορία του, τις σχέσεις του με τους άλλους, τη στάση του στη ζωή. Κατά τη διάρκειά της θα μάθει να εγκαθιδρύει νέους δεσμούς ανάμεσα σε ό,τι καινούριο σημαίνουν πια για αυτόν τα πράγματα, να αναζητά την εσωτερική λογική των σκέψεών του, να σχεδιάζει νέες πράξεις και να κατακτά στόχους. Σιγά σιγά θα γίνει ικανός να αντιμετωπίζει με λειτουργικό για αυτόν τρόπο τις ανάγκες του, και να τις ιεραρχεί, να κατακτά το αίσθημα της επάρκειας σε σχέση με τις δυνατότητές του, να ξεπερνά το αίσθημα της ανασφάλειας που τον βασανίζει, να αντλεί ικανοποίηση από τις πράξεις και τις σχέσεις του, να αλλάζει τρόπο λειτουργίας μέσα στον κόσμο. Όλη αυτή η θεραπευτική διαδικασία θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, που πραγματοποιείται μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Ως ψυχοθεραπεία λοιπόν, όσο είναι δυνατόν να την ορίσουμε, εννοούμε βασικά μια μέθοδο επεξεργασίας ψυχολογικών διαδικασιών, που θεμελιώνεται πάνω στη θεραπευτική σχέση και έχει ως κύριο εργαλείο της είτε το λόγο (κλασική ψυχοθεραπεία) είτε άλλες μορφές έκφρασης κυρίως με τη διαμεσολάβηση της τέχνης (Μάτσα, 2001).

Δομή-Οργάνωση-Λειτουργία της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18Άνω αποτελείται από τα ακόλουθα τμήματα:

Συμβουλευτικός Σταθμός

Στο Συμβουλευτικό Σταθμό δίνονται πληροφορίες στα εξαρτημένα άτομα για θέματα που τους αφορούν και ενημερώνονται λεπτομερώς για το θεραπευτικό πρόγραμμα του 18Άνω. Επιπλέον, δίνονται πληροφορίες σε άτομα ή ομάδες ατόμων που επιθυμούν να ενημερωθούν για το πρόβλημα των ναρκωτικών ουσιών.

Πρόκειται για μια δομή με κομβικό ρόλο στη λειτουργία της Μονάδας Απεξάρτησης, μια δομή που λειτουργεί σε ημερήσια βάση (8.00π.μ.-20.00μ.μ.) εκτός Σαββάτου και Κυριακής (Ενημερωτικό φυλλάδιο). Σε αυτήν την α φάση πραγματοποιούνται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του, η σταθεροποίησή της απόφασής του για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, η ρήξη του με τις ουσίες, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή του το θεραπευτικό πρόγραμμα. Η διάρκεια της φάσης αυτής κυμαίνεται από δύο έως τρεις μήνες. Αναλυτικότερα πραγματοποιούνται:

1. Ατομική ή οικογενειακή επαφή
2. Διερεύνηση κινήτρων-στηριγμάτων για ρήξη με ουσίες (βοήθεια να αναζητηθούν αν δεν υπάρχουν –ενίσχυση των υπαρχόντων)
3. Καθιέρωση μιας συνάντησης σε ατομική ή οικογενειακή βάση μια φορά την εβδομάδα.
4. Πρώτη δέσμευση με τη σταθερή ανάλυση ούρων.
5. Πρώτες παρεμβάσεις κυρίως στρατηγικού χαρακτήρα (για την αποκατάσταση της ιεραρχίας και την οριοθέτηση).
6. Ένταξη σε ψυχοθεραπευτική ομάδα με θεραπευτικό συμβόλαιο (μη χρήση ουσιών, βίας, όχι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ θεραπευομένων) και πραγματοποίηση δύο συνεδριών εβδομαδιαίως. Η ομάδα αυτή θα παραμείνει σταθερή μέχρι την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος και αποτελεί το σημείο αναφοράς του ατόμου μέσα στο πρόγραμμα
7. Έναρξη ομάδας γονέων και συγγενών των θεραπευομένων (μια φορά το δεκαπενθήμερο) (Παράρτημα, 1991)

Στα πλαίσια του Συμβουλευτικού Σταθμού πραγματοποιούνται επίσης ομάδες διπλής διάγνωσης, ομάδες ανώνυμων αλκοολικών και ομάδες αποφυλακισμένων.

Τμήμα εφήβων

Παρέχει πληροφόρηση, συμβουλευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης και κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους-νέους έως 22 ετών και στις οικογένειές τους. Απευθύνεται και σε όλους τους ενήλικες που έρχονται σε επαφή με εφήβους και νέους.

Στόχος του Τμήματος των Εφήβων-Νέων δεν αποτελεί τόσο η χρήση της ψυχοτρόπου ουσίας, όσο η θέση που η χρήση της ουσίας κατέχει στον ψυχισμό του εφήβου-νέου σαν έκφραση των δυσκολιών του.

Το τμήμα λειτουργεί σε συνεργασία με τους εφήβους, α) σε επίπεδο ατομικών συνεντεύξεων που έχουν σαν στόχο να κατανοήσει ο έφηβος τις δυσκολίες που τον οδήγησαν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και να τις ξεπεράσει, β) σε επίπεδο ομάδων ευαισθητοποίησης και θεραπείας. Η συνεργασία με τους γονείς γίνεται σε επίπεδο ατομικών συνεντεύξεων που έχουν σαν στόχο να κατανοήσουν οι γονείς τις δυσκολίες των παιδιών τους και να συμβάλουν θετικά στη διαδικασία της ενηλικίωσής τους. Αν χρειαστεί συμμετέχουν και σε ομάδες γονέων.

Άλλες δραστηριότητες του τμήματος αφορούν τη συνεργασία με διάφορες κοινωνικές ομάδες εφήβων και νέων, τη διασύνδεση με άλλους φορείς, τη συνεργασία με χώρους στους οποίους λειτουργούν έφηβοι, τη συνεργασία με Δήμους και Κοινότητες, την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ειδικούς, αλλά και για άλλους ενήλικες που έρχονται σε επαφή με ζητήματα της εφηβείας (Ενημερωτικό φυλλάδιο, 2006).

Τμήμα Σωματική Απεξάρτησης

Στο τμήμα αυτό αντιμετωπίζεται το στερητικό σύνδρομο των αλκοολικών και των τοξικομανών και πραγματοποιείται η φάση της σωματικής απεξάρτησης. Το τμήμα λειτουργεί στο χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, είναι μεικτό και διαθέτει 12 κλίνες. Όπως και στα άλλα τμήματα προσφέρονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των κλάδων διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία). Στο χώρο αυτό πραγματοποιείται πιλοτικό πρόγραμμα χορήγησης ναλτρεξόνης (Ενημερωτικό Φυλλάδιο, 2006).

Τμήμα Απεξάρτησης Αλκοολικών

Στο τμήμα αυτό λειτουργούν: Συμβουλευτικός Σταθμός πληροφόρησης-ενημέρωσης—ψυχολογικής υποστήριξης, Κλειστό Πρόγραμμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης (σύνολο 25 θέσεων θεραπείας), Ανοιχτό Πρόγραμμα ομάδων εξωτερικού τύπου, Ομάδες Ανώνυμων Αλκοολικών και Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης οικογενειών (Ενημερωτικό Φυλλάδιο, 2006).

Τμήμα Ανοιχτής Γραμμής

Η ανοιχτή γραμμή είναι μια ειδική τηλεφωνική υπηρεσία που δημιουργήθηκε στα πλαίσια της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. Έχει σαν στόχο την πληροφόρηση, τη βοήθεια, την κατεύθυνση και την παραπομπή σε θέματα ναρκωτικών, αλκοόλ και εξαρτήσεων (Ενημερωτικό Φυλλάδιο, 2006).

Ομάδα φυλακών

Πραγματοποιεί συναντήσεις ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης προς την κατεύθυνση της θεραπείας για άτομα που βρίσκονται στη φυλακή και επιπρόσθετα αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

Φάση Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών

Στη φάση αυτή πραγματοποιούνται διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες με στόχο το εξαρτημένο άτομο να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που τον οδήγησαν στη χρήση και την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες και να αναζητήσει νέους τρόπους ζωής.

Λειτουργούν πέντε τμήματα Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών, ένα εσωτερικής διαμονής μεικτό (35 θέσεων), δύο εσωτερικής διαμονής ανδρών (15 θέσεων το καθένα), ένας ξενώνας γυναικών (15 θέσεων) και ένα ειδικό πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους (30 θέσεων). Η διάρκεια παραμονής σε αυτά είναι επτά περίπου μήνες. Ο Ξενώνας Γυναικών είναι το πρώτο ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης γυναικών τοξικομανών στην Ελλάδα και λειτουργεί από το 1996. Το Ειδικό πρόγραμμα για μητέρες τοξικομανείς και τα παιδιά τους από το 2006.

Η ένταξη στην κλειστή φάση της θεραπείας γίνεται με το ίδιο συμβόλαιο, όπως αυτό του Συμβουλευτικού Σταθμού, και επιπλέον προϋποθέσεις τη μη επικοινωνία με τον έξω κόσμο, τη συμμετοχή στις κοινές εργασίες, τις θεραπευτικές συνεδρίες και τις θεσμοποιημένες λειτουργίες. Τα τμήματα αυτά λειτουργούν με βάση τις αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας, αλλά στη βάση της ισότιμης (όχι ιεραρχικής) σχέσης όλων των μελών-θεραπευομένων του προγράμματος. Υπάρχει συγκεκριμένο, καθημερινό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο ο θεραπευόμενος οφείλει να ακολουθεί:

- Ατομική ψυχοθεραπεία δύο φορές την εβδομάδα (κυρίως γίνεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου)

- Ομαδική ψυχοθεραπεία δύο φορές την εβδομάδα (η σύνθεση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας παραμένει σταθερή και είναι αυτή που σχηματίστηκε στη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού)
- Ομάδες εργοθεραπείας μια φορά την εβδομάδα.
- Κλινική Ομάδα (συνάντηση όλων των μελών με του προσωπικού μία φορά την εβδομάδα)
- Συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας της μονάδας (ομάδες καθαριότητας, μαγειρέματος, σερβιρίσματος, βιβλιοθήκης, κοινού ταμείου).
- Συμμετοχή σε ομάδες που λειτουργούν με βάση τις αρχές των Ναρκομανών Ανωρύμων.
- Επεξεργασία του αποχωρισμού του θεραπευτικού χώρου τον τελευταίο μήνα.

Τμήμα Κοινωνικής Επανένταξης

Η φάση της Κοινωνικής Επανένταξης είναι εξωτερική και πραγματοποιείται σε ξεχωριστό χώρο, στο κέντρο της Αθήνας. Στο σημείο αυτό συναντούνται άτομα που προέρχονται από διαφορετικά τμήματα, που προέρχονται από διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές ομάδες, από διαφορετικές πορείες και συγκροτούν πλέον μια ενιαία ομάδα, αυτή της κοινωνικής επανένταξης. Η διάρκεια της φάσης αυτής είναι 10-12 μήνες και θεωρείται η πλέον δύσκολη. Κατά τη διάρκεια αυτών των μηνών ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδό του και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, αντιμετωπίζοντας πολλά προβλήματα και πολλές δυσκολίες. Η κοινωνική επανένταξη (ακριβέστερα η ένταξη στην κοινωνία) είναι μια διαδικασία δύσκολη, μακρόχρονη, πολύπλοκη, που ακολουθεί πολύ προσωπικούς ρυθμούς εξέλιξης για κάθε απεξαρτημένο. Δεν υπάρχει ιδανική πορεία επανένταξης. Είναι μια πορεία μακράς διάρκειας, με άλματα και πισωγυρίσματα, επαναλήψεις επιτυχίες και αποτυχίες, μέχρι να βρει ο καθένας το δικό του δρόμο, τις δικές του λύσεις στα προβλήματα, τη δική του ταυτότητα (Μάτσα, 1995α).

Οι επιδιώξεις του θεραπευόμενου σε αυτή τη φάση περιλαμβάνουν την εξασφάλιση των όρων ανεξάρτητης διαμονής, επαγγελματικής αποκατάστασης, δημιουργικής απασχόλησης, καλλιέργειας ενδιαφερόντων και δημιουργίας σχέσεων με άλλους που να στηρίζονται στο διάλογο, στην αμεσότητα, την ειλικρίνεια, την αμοιβαιότητα (Παπαδή, Σφηκάκη, Λάλος, & Μάτσα, 1993).

Στο Τμήμα της Κοινωνικής Επανάταξης πραγματοποιούνται:

- Ατομική ψυχοθεραπεία δύο φορές την εβδομάδα. Γίνεται κυρίως υποστηρικτική ψυχοθεραπεία βασισμένη στο ψυχοδυναμικό μοντέλο, προσαρμοσμένη σε ζητήματα της κοινωνικής επανάταξης, όπως η εργασία, οι σχέσεις με τους γονείς, την κοινωνία.
- Ομαδική ψυχοθεραπεία δύο φορές την εβδομάδα (η σύνθεση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας παραμένει σταθερή και είναι αυτή που σχηματίστηκε στη φάση του Συμβουλευτικού Σταθμού). Η πρώτη συνεδρία είναι αφιερωμένη σε πρακτικά ζητήματα εργασίας, σπουδών, σχέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας και με συγγενείς, φίλους και επιχειρείται η μετεξέλιξη της δεύτερης σε συνάντηση ομάδας αυτοβοήθειας.
- Συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα της κοινωνικής επανάταξης (ομάδα ραδιοφώνου, «μεγάλη ομάδα κοινωνικής επανάταξης»)
- Επεξεργασία του αποχωρισμού του θεραπευτικού προγράμματος τον τελευταίο μήνα.

Στα πλαίσια της Κοινωνικής επανάταξης λειτουργεί, επίσης, χώρος στεκιού, σε αυτοδιαχειριζόμενη βάση, για τη δημιουργική ενασχόληση των μελών της κοινωνικής επανάταξης και τη δημιουργία ουσιαστικών ανθρώπινων σχέσεων, και ξενώνας για άτομα που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα στέγασης.

