



**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ  
ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ  
ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

**ΞΑΝΘΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΠΑΝΤΑΖΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**Πάτρα, Ιούνιος 2012**





**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΣΤΗ  
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**  
ΞΑΝΘΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΠΑΝΤΑΖΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ**  
ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

**Πάτρα, Ιούνιος 2012**

**Copyright © Ξάνθου Χριστίνα και Πανταζή Κωνσταντίνα, 2012.**

**Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος – All rights reserved**

Η διπλωματική εργασία της , και της εγκρίνεται:

**Υπογραφές**

**1. Καθηγητής (επιβλέπων καθηγητής)**

**Μέλη εξεταστικής επιτροπής:**

**2.**

**3.**

**«Στις οικογένειές μας»**



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε κάποιους ανθρώπους που μας υποστήριξαν και μας βοήθησαν στην ολοκλήρωση του εγχειρήματός μας.

Πρωτίστως θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επόπτη μας, κ. Δρίτσα Ιωάννη για την πολύτιμη καθοδήγηση και συμπαράστασή του. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως την κ. Γιδαράκου, εργαζόμενη του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) για τις πολύτιμες συμβουλές που μας προσέφερε, καθώς και για τη μεσολάβησή της, ώστε να μας δοθεί η άδεια από το ΚΕΘΕΑ για να συμπεριλάβουμε στην εργασία μας τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται από το κέντρο.

Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στο φιλικό μας περιβάλλον για την πολύτιμη υποστήριξή του, αλλά και την ουσιαστική του βοήθεια, καθώς και στις οικογένειές μας για την αμέριστη συμπαράστασή τους.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Η παρούσα εργασία μελετά βιβλιογραφικά το ρόλο των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα.

Πιο συγκεκριμένα:

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια εισαγωγή στο θέμα της μελέτης, το σκοπό της διεξαγωγής της, και κάποιους ορισμούς εννοιών που αναφέρονται στη συγκεκριμένη μελέτη με σκοπό τη διευκόλυνση του αναγνώστη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης και παρέχεται η αιτιολογία του. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται περιληπτικά τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, τα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, και τέλος παρουσιάζονται τα πιο σημαντικά από τα αίτια της εξάρτησης.

Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται η παρουσίαση των θεραπευτικών μοντέλων στην ουσιοεξάρτηση. Αναλύονται, λοιπόν, τα πιο σημαντικά από αυτά, ενώ παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας στις θεραπευτικές κοινότητες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενής παρουσίαση της συμβουλευτικής που εφαρμόζεται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Παρουσιάζεται το τι είναι η συμβουλευτική, τα μοντέλα της εξάρτησης, οι θεωρίες και η διαδικασία της συμβουλευτικής στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, και κάποια επιπλέον σημαντικά μοντέλα και παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται ο ρόλος της αξιολόγησης-διάγνωσης στη συμβουλευτική, τα διαγνωστικά εργαλεία -ψυχομετρικά, μη ψυχομετρικά- που χρησιμοποιούνται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, επιχειρείται μια σύγκριση ανάμεσα σε αυτά τα δύο, παρουσιάζονται τα δεοντολογικά ζητήματα που η χρήση τους επιφέρει, και τέλος παρουσιάζονται ερευνητικά ευρήματα που αναδεικνύουν το ρόλο των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων της μελέτης και τις προτάσεις για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

## SUMMARY

This paper examines, bibliographically, the role of diagnostic tools in substance dependence counseling.

Specifically:

The first chapter includes an introduction to the study, the purpose of this study, and some definitions referred to this study in order to facilitate the reader.

The second chapter provides a brief overview of the problem of substance dependence, and also provides the causes of this problem. More specifically, it presents briefly the types of drugs, the epidemiological data related to use of drugs, and finally it presents the most important of the causes of addiction.

The third chapter aims to present the substance dependence treatment models. So, the most important ones are examined, and also it is presented the role of social worker and multidisciplinary team in therapeutic communities.

In the fourth chapter is presented in detail the substance dependence counseling. It is presented what is counseling, the dependency models, the theories and the process of substance dependence counseling, and some additional important models and interventions as they apply in the field of substance dependence.

In the fifth chapter is examined in detail the role of diagnostic tools in substance dependence counseling. In particular, it is examined the role of assessment-diagnosis in counseling, the diagnostic tools, psychometric and psychometric- non used in the field of substance dependence, a comparison is made between these two tools, the ethical issues that their use provoke, and finally research findings are presented that highlight the role of diagnostic tools in counseling.

The study is completed with the presentation of the study findings and the recommendations for further examination of the present subject.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	viii
Περίληψη Πτυχιακής.....	ix
Summary.....	x

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Εισαγωγή .....	1
1.2. Σκοπός της μελέτης .....	2
1.3. Ορισμοί Όρων .....	2

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης και η αιτιολογία του

2.1. Εισαγωγή .....	4
2.2. Είδη εξαρτησιογόνων ουσιών .....	4
2.2.1. Κατασταλτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	6
2.2.2. Οπιοειδείς Ουσίες.....	7
2.2.3. Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές Ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	9
2.2.4. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης.....	10
2.2.5. Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχοσιομιμητικές ουσίες .....	10
2.2.6. Εισπνεόμενες- Πτητικές ουσίες .....	11
2.2.7. Άλλες, μη κατηγοριοποιούμενες ουσίες.....	12
2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση παράνομων ουσιών στον γενικό πληθυσμό.....	12
2.3.1. Ο δείκτης επικράτησης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό .....	13
2.3.2. Ο δείκτης αίτησης θεραπείας .....	15
2.3.3. Ο δείκτης επικράτησης προβληματικής χρήσης .....	17
2.3.4. Ο δείκτης επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες .....	17
2.3.5. Ο δείκτης θνησιμότητας .....	18
2.4. Οινοπνευματώδη .....	19
2.4.1. Στοιχεία για τη χρήση στον γενικό πληθυσμό .....	19
2.5. Η Αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης.....	20
2.5.1. Βιολογικά-γενετικά αίτια.....	21
2.5.2. Ψυχολογικά αίτια .....	22
2.5.3. Μαθησιακοί παράγοντες.....	24
2.5.4. Ο ρόλος της οικογένειας.....	24

2.5.5. Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον – συναναστροφές .....	26
2.5.6. Ο ρόλος του σχολείου.....	26
2.5.7. Οι κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις .....	27
2.6. Ανακεφαλαίωση .....	28

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Θεραπευτικά μοντέλα στην ουσιοεξάρτηση – Άξονες θεραπείας

3.1. Εισαγωγή .....	29
3.2. Θεραπευτικά Μοντέλα .....	29
3.2.1. Μοντέλα με φαρμακευτική υποστήριξη.....	30
3.2.2. Μοντέλα σωματικής αποτοξίνωσης.....	32
3.2.3. Μοντέλα ψυχικής απεξάρτησης.....	33
3.2.4. Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης.....	33
3.2.5. Προγράμματα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος.....	34
3.2.6. Θεραπευτικές Κοινότητες.....	34
3.3. Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας στις θεραπευτικές κοινότητες. ....	35
3.3.1. Η διεπιστημονική ομάδα.....	35
3.3.2. Ρόλοι και ευθύνες.....	36
3.4. Ανακεφαλαίωση .....	36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η συμβουλευτική στον τομέα της ουσιοεξάρτησης

4.1. Εισαγωγή .....	38
4.2. Η Έννοια και το περιεχόμενο της συμβουλευτικής – Ο ρόλος του συμβούλου.....	38
4.3. Η συμβουλευτική στον τομέα της ουσιοεξάρτησης - Μοντέλα της εξάρτησης.....	40
4.3.1. Το Ηθικό Μοντέλο (Moral Model) .....	40
4.3.2. Τα Ψυχολογικά Μοντέλα (Psychological Models) .....	40
4.3.3. Τα Κοινωνικοπολιτισμικά Μοντέλα ( Sociocultural Models).....	41
4.3.4. Το Ιατρικό Μοντέλο (Medical Model) .....	42
4.3.5. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο (Biopsychosocial Model).....	42
4.3.6. Το Μοντέλο της Μείωσης της Βλάβης (Harm Reduction Model) .....	43
4.4. Θεωρίες της συμβουλευτικής στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.....	45
4.4.1. Ψυχαναλυτική/ Αντλεριανή θεωρία .....	45
4.4.2. Υπαρξιακή θεωρία / Προσωποκεντρική θεωρία / Θεωρία Gestalt .....	47
4.4.3. Η Θεωρία της πραγματικότητας.....	47

4.4.4. Η Συμπεριφορική θεωρία.....	48
4.4.5. Η Γνωστικό-Συμπεριφορική θεωρία .....	49
4.5. Η θεραπευτική διαδικασία στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης .....	51
4.5.1. Ατομική συμβουλευτική.....	51
4.5.2. Ομαδική συμβουλευτική.....	53
4.5.3. Οικογενειακή συμβουλευτική.....	57
4.6. Η Πρόληψη της Υποτροπής (Relapse Prevention) .....	59
4.7. Η Συνέντευξη της Κινητοποίησης (Motivational Interviewing).....	61
4.8. Ομάδες Αυτοβοήθειας.....	62
4.9. Η συμβουλευτική των πελατών με διπλή διάγνωση .....	64
4.10. Ανακεφαλαίωση .....	65

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Τα διαγνωστικά εργαλεία στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα

5.1. Εισαγωγή .....	66
5.2. Αξιολόγηση - Διάγνωση.....	66
5.2.1. Η έννοια της αξιολόγησης και η διάκρισή της από άλλους συναφείς όρους .....	66
5.2.2. Διάγνωση. Διαγνωστικά κριτήρια της ουσιοεξάρτησης κατά DSM-IV68	
5.2.3. Ο ρόλος της Αξιολόγησης-Διάγνωσης στη συμβουλευτική.....	70
5.3. Κριτήρια για την Αξιολόγηση στη συμβουλευτική της κατάχρησης ουσιών	71
5.4. Μη ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία .....	74
5.4.1. Το Ιστορικό .....	74
5.4.2. Η Συνέντευξη .....	74
5.4.3. Οι Συνεντεύξεις με σημαντικούς άλλους.....	75
5.4.4. Η Παρατήρηση.....	76
5.4.5. Η Ελεύθερη Περιγραφή της Συμπεριφοράς.....	76
5.4.6. Το Ατομικό Μητρώο-Αρχείο .....	77
5.4.7. Προσωπικές Ενασχολήσεις.....	77
5.4.8. Ερωτηματολόγιο.....	77
5.5. Ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία .....	77
5.5.1. Addiction Severity Index (ASI) .....	79
5.5.2. EuropASI .....	80
5.5.3. The Substance Abuse Problem Checklist (SAPC).....	80
5.5.4. Drug Abuse Screening Test (DAST).....	82
5.5.5. Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI).....	82
5.5.6. Δείκτης Εκτίμησης Προβλημάτων και Αναγκών Θεραπείας.....	84
(Ανάπτυξη του First Treatment Demand Indicator του Pompidou Group του Συμβουλίου της Ευρώπης) .....	84
5.5.7. Circumstances, Motivation, And Readiness Scales (CMR SCALES). 84	
5.5.8. MacAndrew Alcoholism Scale.....	85

5.5.9. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) .....	86
5.5.10. Το Ερωτηματολόγιο της Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης- Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT).....	87
5.6. Ψυχομετρικά ή μη Ψυχομετρικά μέσα; Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	88
5.7. Δεοντολογικά Ζητήματα στη χρήση των ψυχομετρικών μέσων .....	91
5.7.1. Ο ρόλος του εξεταστή.....	91
5.7.2. Το ζήτημα του προσωπικού απορρήτου (privacy) .....	92
5.7.3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης	92
5.7.4. Ετικετοποίηση .....	93
5.7.5. Το δικαίωμα στην εχεμύθεια (confidentiality).....	93
5.8. Ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική .....	94
5.9. Ανακεφαλαίωση .....	96

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	97
----------------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	99
--------------------	----

<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u> .....	109
------------------------	-----

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται βιβλιογραφικά το θέμα του ρόλου των διαγνωστικών εργαλείων, ψυχομετρικών και μη ψυχομετρικών, στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Αποτελεί μία σημαντική μελέτη, καθότι διαπιστώνεται έλλειψη βιβλιογραφικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος για αυτό το θέμα, γεγονός που παράλληλα επέφερε σημαντικές δυσκολίες στη συγγραφή της. Πρόκειται για μια εργασία που προσφέρει τη διερεύνηση ενός πρωτότυπου θέματος και το έναυσμα για περισσότερη βιβλιογραφική ή και ερευνητική ενασχόληση.

Εκ πρώτης όψεως φαίνεται πως αποτελεί ένα θέμα που δεν εμπίπτει στο επιστημονικό υπόβαθρο της κοινωνικής εργασίας, καθότι η χορήγηση των διαγνωστικών εργαλείων, τουλάχιστον των ψυχομετρικών, δεν πραγματοποιείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Όμως, κατά την άποψη της σπουδαστικής ομάδας, καθότι οι κοινωνικοί λειτουργοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ενδέχεται να κληθούν να αξιοποιήσουν τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων, και άρα θα ήταν χρήσιμο να έχουν κάποια γνώση για αυτά, για τα πλεονεκτήματά τους, για τους περιορισμούς τους, για τα δεοντολογικά ζητήματα που εγείρουν, καθώς και για το αν και πώς συμβάλλουν στη συμβουλευτική διαδικασία. Άλλωστε, και οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν, μη ψυχομετρικά εργαλεία, όπως είναι το ιστορικό και η συνέντευξη.

Η ανάλυση της συμβουλευτικής που εφαρμόζεται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, η παρουσίαση των διαγνωστικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, καθώς και η ανάδειξη του ρόλου αυτών στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης αποτελούν βασικούς σκοπούς της παρούσας εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή της μελέτης θεωρήθηκε επιβεβλημένη η παρουσίαση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Το ίδιο σημαντική θεωρήθηκε και η παρουσίαση της αιτιολογίας της, η οποία καθορίζει και τα θεραπευτικά μοντέλα της ουσιοεξάρτησης (αναλύονται στο τρίτο κεφάλαιο), καθώς και τα μοντέλα της εξάρτησης που ακολουθούνται στη συμβουλευτική. Η τελευταία, η οποία αποτελεί σημαντικό κομμάτι της εργασίας, αναλύεται διεξοδικά στο τέταρτο κεφάλαιο. Τέλος, το τελευταίο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην παρουσίαση των διαγνωστικών εργαλείων και στο ρόλο που μπορεί να παίζουν στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης.

## 1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε με σκοπό να μελετήσει το ρόλο των διαγνωστικών εργαλείων, μη ψυχομετρικών και ψυχομετρικών, στη συμβουλευτική με τα ουσιοεξαρτημένα άτομα.

Πιο συγκεκριμένα, αποσκοπεί στα παρακάτω:

- Να παράσχει γενικές πληροφορίες για το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, καθώς και για την αιτιολογία του.
- Να παρουσιάσει τα θεραπευτικά μοντέλα που εφαρμόζονται στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης.
- Να αναλύσει τη συμβουλευτική που εφαρμόζεται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.
- Να παρουσιάσει κάποια από τα διαγνωστικά εργαλεία, μη ψυχομετρικά και ψυχομετρικά, που χρησιμοποιούνται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, και γενικότερα να μελετήσει το ρόλο αυτών στη συμβουλευτική αυτού του τομέα.

## 1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΌΡΩΝ

**Επιδημιολογία:** «Ιατρικός όρος που δηλώνει τη μελέτη της κατανομής και της εξέλιξης διαφόρων νοσημάτων στον πληθυσμό (περιγραφική επιδημιολογία) και των παραγόντων που την διαμορφώνουν (αναλυτική επιδημιολογία). Ο ίδιος όρος πέρασε και στις κοινωνικές επιστήμες για να σηματοδοτήσει ανθρωπίνες συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών» (Κοκκέβη, Α. και συν., 2007:1).

**Εξάρτηση:** «Είναι το φαινόμενο κατά το οποίο, η διακοπή της λήψης μιας ουσίας συνεπάγεται την εκδήλωση ενός συνόλου επώδυνων συμπτωμάτων (στερητικό σύνδρομο)» (Γρίβας, Κ., 2002:27).

Σύμφωνα με τον Λιάππα, Γ., Α. (1997:19) ως εξάρτηση: «Ορίζεται μια ψυχολογική ή σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορική κατάσταση που προκαλεί η στέρησή της. Εξάρτηση είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε περισσότερες από μια ουσίες».

Το DSM-IV (στο Μάνος, Ν., 1997:506) για την εξάρτηση από ουσίες αναφέρει: «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 τη λήψη της.»

**Κατάχρηση ουσιών:** «Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάχρησης ουσιών είναι ένας 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 τις ουσίες τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάχρηση ουσιών δεν περιλαμβάνουν ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση, αλλά μόνο τις βλαβερές συνέπειες της επανειλημμένης χρήσης.» (Μάνος, Ν., 1997: 510 - 511).*

**Ναρκοτικά:** *«εννοούμε όλες εκείνες τις χημικές ουσίες που προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου, και που έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες.» (Μαρσέλος, Μ., 1997:19).*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης και η αιτιολογία του**

#### **2.1. Εισαγωγή**

Στο παρόν κεφάλαιο, θεωρήθηκε πρωταρχικό και αναγκαίο, δεδομένου του θέματος της παρούσας μελέτης, να γίνει αρχικά μια αναφορά-κατηγοριοποίηση των διαφόρων εθιστικών ουσιών, καθώς και η ανάλυση ορισμένων εξ αυτών. Στη συνέχεια θεωρήθηκε χρήσιμο, να γίνει μια αναφορά στα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Για να αποτυπωθεί η κατάσταση αυτή στον Ελλαδικό χώρο, το ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά) χρησιμοποιεί πέντε επιδημιολογικούς δείκτες (το δείκτη επικράτησης της χρήσης στο γενικό πληθυσμό, το δείκτη αίτησης θεραπείας, το δείκτη επικράτησης προβληματικής χρήσης, το δείκτη επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες και τέλος το δείκτη θνησιμότητας). Κλείνοντας, γίνεται μια αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στην πορεία προς την εξάρτηση. Συνοψίζοντας, οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι οι ακόλουθοι: βιολογικοί-γενετικοί, ψυχολογικοί, μαθησιακοί, ο ρόλος της οικογένειας, ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, ο ρόλος του σχολείου, κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις.

#### **2.2. Είδη εξαρτησιογόνων ουσιών**

Σύμφωνα με τον Λιάππα (2003), οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες: 1) Κατασταλτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, 2) Οπιοειδείς ουσίες, 3) Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, 4) Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης, 5) Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχοσιομιμητικές ουσίες, 6) Εισπνεόμενες-Πτητικές ουσίες και 7) άλλες μη κατηγοριοποιούμενες ουσίες.

Παρακάτω αφού γίνει μια σύντομη παρουσίαση (πίνακας 1) με τις κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και των αντιπροσωπευτικότερων ουσιών που περιλαμβάνει η κάθε κατηγορία, θα αναλυθούν μερικές από τις πιο γνωστές εθιστικές ουσίες που υπάρχουν.

**Πίνακας 1:** Κατηγοριοποίηση των διαφόρων εθιστικών ουσιών

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΥΣΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
<p><b>1.</b> ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</p>	<p><b>Οινόπνευμα</b>  <b>Βαρβιτουρικά</b>  <b>Βενζοδιαζεπίνες</b>  <b>Ουσίες του τύπου της χλωράλης</b>  <b>Βρομιούχα</b>  <b>Παραλδεΐδη</b>  <b>Μεπροβαμάτη</b>  <b>Γλουταιθιμίδη</b>  <b>Αντισταμινικά</b>  <b>Μεθακαλόνη</b></p>
<p><b>2.</b> ΟΠΟΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ</p> <p><b>3.</b> ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΗΜΙΤΙΚΕΣ ή ΔΙΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ του ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</p> <p><b>4.</b> ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ</p> <p><b>5.</b> ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ή ΨΥΧΟΣΙΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</p> <p><b>6.</b> ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ - ΠΙΠΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</p> <p><b>7.</b> ΑΛΛΕΣ, ΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</p>	<p><b>Μορφίνη</b>  <b>Ηρωίνη</b>  <b>Κωδεΐνη</b>  <b>Πεθιδίνη</b>  <b>Παπαβερίνη</b>  <b>Μεθαδόνη</b>  <b>Αμφεταμίνη</b>  <b>Μεθυλφαινιδίνη</b>  <b>Κοκαΐνη</b></p> <p><b>Μαριχουάνα</b>  <b>Χασίς</b>  <b>L.S.D.</b>  <b>Ψιλοχυμβίνη</b>  <b>Φαινσυκλιδίνη (P.C.P.)</b>  <b>Άλλα</b>  <b>Αεροζόλ</b>  <b>Κόλλες</b>  <b>Διαλύτες χρωμάτων</b>  <b>Ατροπινούχα και ατροπινικής δράσης σκευάσματα</b></p>

Πηγή: Λιάππας, 2003:52

## **2.2.1. Κατασταλτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), κοινό χαρακτηριστικό των ουσιών που συγκαταλέγονται στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι ότι δημιουργούν καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Ωστόσο παρά τις διαφορές που υφίστανται στη σύστασή τους, αξίζει να αναφερθεί ότι προκαλούν σχεδόν πανομοιότυπα σύνδρομα τοξίκωσης και στέρησης. Τα πιο συνήθη αγχολυτικά-υπνωτικά είναι οι βενζοδιαζεπίνες και οι μη βενζοδιαζεπίνες, όπως τα βαρβιτουρικά και η γλουτεθιμίδη. Τέλος, οι ουσίες αυτές είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που συνήθως είτε συνταγογραφούνται από τους γιατρούς, κυρίως σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα αϋπνίας, είτε παίρνονται παράνομα από άτομα νεανικής ηλικίας για ευφορικούς λόγους και συνήθως συνδυάζονται με αλκοόλ και οπιοειδή (Μάνος, 1997).

### **➤ Οινόπνευμα**

Το αλκοόλ-οινόπνευμα είναι μια εξαρτησιογόνος ουσία η οποία προκαλεί καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος επιφέρει πολύ πιο σοβαρά προβλήματα ακόμη και από την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Η μόνη διαφορά από τις άλλες ουσίες που συγκαταλέγονται στην ίδια κατηγορία, είναι ότι το οινόπνευμα αποτελεί μια νόμιμη ουσία.

### **➤ Βαρβιτουρικά**

Βαρβιτουρικά ονομάζονται τα παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος το οποίο συντέθηκε από τον Adolf von Bayer το 1864. Μέχρι της αρχές του 1960 τα συγκεκριμένα σκευάσματα ήταν πολύ διαδεδομένα λόγω του ότι παρείχαν υπνωτικές και κατασταλτικές ιδιότητες. Εν συνεχεία, και εφόσον διερευνήθηκαν οι εθιστικές τους ιδιότητες και παράλληλα την ίδια χρονική περίοδο, βγήκαν στην αγορά άλλα πιο ασφαλή σκευάσματα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, η ζήτηση τους άρχισε να μειώνεται. Τέλος, ανάλογα με την ταχύτητα δράσης τους ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: ταχείας δράσης, μέσης δράσης και μακράς δράσης (Λιάππας, 2003).

### **➤ Ουσίες του τύπου της χλωράλης**

«Η ακεταλδεΐδης είναι ένα τριχλωριωμένο παράγωγο της χλωράλης. Τα ιόντα χλωρίου που υπάρχουν στο μόριο της χλωράλης καθιστούν την ουσία πιο λιποδιαλυτή και ως εκ τούτου περισσότερο δραστική στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα» (Λιάππας, 2003 :77).

### **➤ Βρομιούχες ουσίες**

Κλινικά εμφανίζονται για πρώτη φορά το 1838 και συνταγογραφούνται ως κατασταλτικά και αντισπασμωδικά φάρμακα. Η χρόνια χρήση αυτών των ουσιών

προκαλεί σημαντικές διαταραχές στον ανθρώπινο οργανισμό (οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, παρατεταμένη καταστολή, παραλήρημα). Ως αποτέλεσμα αυτού έχει σταματήσει η συνταγογράφηση αυτών των σκευασμάτων από τους νεότερους γιατρούς (Λιάππας, 2003).

#### ➤ **Παραλδεΐδη**

Η ουσία αυτή υπήρξε ιδιαίτερα δημοφιλής στην αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου ενάντια στο αλκοόλ, καθώς επίσης χορηγούταν για την αντιμετώπιση της επιληπτικής νόσου και για την καταστολή των διεγερτικών αρρώστων. Ωστόσο παρατηρήθηκε ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα τα άτομα που έκαναν συνεχή χρήση του συγκεκριμένου σκευάσματος ανέπτυξαν ψυχολογική και σωματική εξάρτηση (Λιάππας, 2003).

#### ➤ **Μεπροβαμάτη, Γλουταιθιμίδη και Μεθακαλόνη**

Οι ανωτέρω ουσίες χαρακτηρίζονται ως υπνωτικές και η συχνή χρήση τους επιφέρει σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Απότομη διακοπή των ουσιών αυτών, ιδιαίτερα όταν λαμβάνεται για χρονικό διάστημα μερικών μηνών και σε ημερήσια βάση μπορεί να επιφέρει στερητικά συμπτώματα (Λιάππας, 2003).

#### ➤ **Αντισταμινικές ουσίες**

Τα αντισταμινικά υπήρξαν ουσίες ευρείας κατάχρησης εξαιτίας της κατασταλτικής δράσης τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Τα πιο διαδεδομένα σκευάσματα που υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία είναι η διφαινυδραμίνη (Benadryl), προμαξίνη (Phenergan) και η υδροξυζίνη (Atarax) (Λιάππας, 2003).

### **2.2.2. Οπιοειδείς Ουσίες**

Η συγκεκριμένη ομάδα ναρκωτικών ουσιών, έχει ως βασικό συστατικό τη μορφίνη, που βρίσκεται και στο όπιο, το όπιο είναι ο χυμός που προέρχεται από το φυτό «υπνοφόρος παπαρούνα». Αξίζει να αναφερθεί ότι οι οπιοειδείς ουσίες χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: φυσικά αλκαλοειδή του οπίου όπως η μορφίνη και η κωδεΐνη, ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου όπως η ηρωΐνη, καθώς και συνθετικά οπιοειδή όπως η μεθαδόνη (Γρίβας, 2002).

#### ➤ **Μορφίνη**

Όπως προαναφέρθηκε ανήκει στην κατηγορία με τα φυσικά οπιοειδή. Δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα όπου η κύρια ενέργεια της είναι η καταστολή του πόνου. Η λήψη μεγάλης ποσότητας προκαλεί διέγερση και σπασμούς, αν και το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι το άτομο να πέσει σε κωματώδη κατάσταση, ενώ το αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις είναι θανατηφόρο εξαιτίας γενικευμένης εγκεφαλικής καταστολής (Χαραλαμπίδης, 2003).

➤ **Ηρωίνη**

Είναι παράγωγο της μορφίνης και δημιουργείται όπως και άλλες ουσίες μετά από κατάλληλη χημική επεξεργασία. Η χρήση της, δημιουργεί αισθήματα αναλγησίας, ψυχική ευφορία και ένα ψευδές αίσθημα ευτυχίας. Η ουσία διεγείρει και ενεργοποιεί τους οπιοειδείς υποδοχείς του εγκεφάλου του χρήστη και προκαλεί εγρήγορση. Η χρόνια χρήση προκαλεί πολλαπλά σωματικά προβλήματα που οδηγούν ακόμα και στο θάνατο (Λιάππας, 2003).

➤ **Κωδεΐνη**

Η ουσία αυτή σε σύγκριση με την μορφίνη προκαλεί λιγότερο εθισμό και έχει μειωμένες αναλγητικές ιδιότητες. Πρόκειται για ένα ελαφρύ παυσίπονο που συμβάλει στην καταστολή του βήχα και του πόνου ωστόσο όμως προκαλεί ανοχή και έντονη εξάρτηση (Λιάππας, 2003).

➤ **Πεθιδίνη**

Η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας δεν είναι τόσο διαδεδομένη όσο οι υπόλοιπες στην κατηγορία της. Προκαλεί διεγερτική συμπεριφορά μόνο στις περιπτώσεις που η χρήση της γίνει σε μεγαλύτερες ποσότητες από ότι προβλέπεται για θεραπευτικούς λόγους. Ωστόσο, μετά από μελέτη διαπιστώθηκε πως η διεγερτικού τύπου δράση της, προέρχεται από τον ενεργό μεταβολίτη της νορπεθιδίνη (Λιάππας, 2003).

➤ **Μεθαδόνη**

Είναι συνθετικό οπιοειδές και χρησιμοποιείται στην καταπολέμηση του στερητικού συνδρόμου. Η ουσία αυτή δρα όπως τα αναλγητικά δημιουργώντας ένα μειωμένο αίσθημα ευφορίας με την απουσία πόνου. Τέλος, η μεθαδόνη χορηγείται ως υποκατάστατο για τη θεραπεία της εξάρτησης από Ηρωίνη (Μάνος, 1997).

### 2.2.3. Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές Ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα αυτής της κατηγορίας υπήρξαν ιδιαίτερα διαδεδομένα παγκοσμίως για την διεγερτική τους δράση στο ΚΝΣ. Οι πιο διαδεδομένες διεγερτικές ουσίες που υπάγονται στην συγκεκριμένη ομάδα είναι οι ακόλουθες: καφεΐνη, νικοτίνη, αμφεταμίνη, μεθυλφαινιδάτη, μεθαμφεταμίνη, κοκαΐνη, φαινμετραζίνη, φαιντερμίνη, διαιθυλοπροπιόνη, φαινφλουραμίνη, τρανκυλπρομίνη, εφεδρίνη και κλπ. Παρακάτω θα αναλυθούν οι δύο πιο κύριες κατηγορίες (Λιάππας, 2003).

#### ➤ Αμφεταμίνες

Οι αμφεταμίνες είναι ισχυρά τεχνητά διεγερτικά σκευάσματα. Χρησιμοποιήθηκαν για ιατρικούς λόγους στις αρχές του 1935 για την αντιμετώπιση της ναρκοληψίας και ύστερα από το πέρας μιας δεκαετίας άρχισαν να εμφανίζονται έξω από τις κλινικές σαν τοξικές ουσίες με ευρεία κατανάλωση. Η επίδραση τους στο ΚΝΣ ποικίλει ανάλογα με την ποσότητα και τον τρόπο χρήσης. Η λήψη μπορεί να γίνει από το στόμα, από τη μύτη ή ενδοφλέβια (Λιάππας, 2003).

Η χρήση μικρής ποσότητας και για σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να επιφέρει αύξηση της ενεργητικότητας, ελαφρά σύγχυση, ευεξία, ανησυχία, ζάλη και αϋπνία. Με την μακροχρόνια λήψη μικρής ποσότητας παρουσιάζονται διαταραχές του ύπνου, άγχος και ανορεξία. Ωστόσο, η λήψη μεγάλων ποσοτήτων ιδιαίτερα της μεθαμφεταμίνης προκαλεί αγχώδεις διαταραχές, σοβαρές ψυχολογικές μεταπτώσεις, καθώς και αμφεταμινική ψύχωση όπου το άτομο διακατέχεται από παραισθήσεις, αδικαιολόγητους φόβους και παρανοϊκού τύπου ιδεασμό (Λιάππας, 2003).

#### ➤ Κοκαΐνη

Είναι το συστατικό που περιέχεται στα φύλλα του φυτού «ερυθρόξυλο κόκα». Εισάγεται στον οργανισμό με το κάπνισμα, με την εισπνοή σε μορφή σκόνης, αλλά και με ένεση (ενδοφλεβίως). Η κοκαΐνη θεωρείται από τους χρήστες κοινωνικό ναρκωτικό καθώς θεωρούν πως τους διευκολύνει στις κοινωνικές συναλλαγές τους. Η χρήση της ουσίας προκαλεί έντονο αίσθημα ευφορίας, επιτάχυνση της σκέψης για το λόγο αυτό έχει παρατηρηθεί η δοκιμαστική λήψη της ουσίας από σπουδαστές ή μαθητές όταν έδιναν πανελλήνιες εξετάσεις ή κατά τη διάρκεια εξεταστικής περιόδου. Η επαναλαμβανόμενη και σε αρκετές μεγάλες ποσότητες χρήση της προκαλεί μεταξύ άλλων, απώλεια όρεξης, ταχυπαλμίες, υπερδιέγερση, αυξημένο ρυθμό της αναπνοής, ναυτία, βίαιη συμπεριφορά, κρίσεις πανικού, ψυχώσεις, διαταραχές του ύπνου, παραισθήσεις αλλά και έντονα αισθήματα ευφορίας (Μάνος, 1997).

## 2.2.4. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης

Η Ινδική Κάνναβη είναι ένα θαμνώδες φυτό με κύριο συστατικό του την τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και από το οποίο προέρχονται διάφορες ουσίες με πιο διαδεδομένες το χασίς και τη μαριχουάνα (Λιάππας, 2003). Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) προκαλεί ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα καθώς και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα όπως: μειωμένη αίσθηση του χρόνου, ψυχολογικό ανέβασμα, ενώ ταυτόχρονα τα κυριεύει μια χαλάρωση- απάθεια, ξηρότητα του στόματος, διέγερση της όρεξης και μείωση κοινωνικής λειτουργικότητας.

### ➤ Χασίς

Το χασίς χαρακτηρίζεται ως ένα από τα δραστικότερα παρασκευάσματα αυτής της κατηγορίας. Ο Lemberget αναφέρει ότι οι ενεργοί μεταβολίτες της THC είναι υπεύθυνοι για τις ψυχολογικές επιδράσεις που επιφέρει το χασίς στον ανθρώπινο οργανισμό πάρα η ίδια η ουσία (Λιάππας, 2003).

### ➤ Μαριχουάνα

Όπως προαναφέρθηκε η Μαριχουάνα είναι ένα από τα εκατό περίπου παρασκευάσματα που δημιουργούνται από την κάνναβη. Η ονομασία αυτή αποδίδεται σε παράγωγα του φυτού της κάνναβης που είναι πιο διαδεδομένα στην Νότια και Κεντρική Αμερική και έχουν περίπου την ίδια μορφή με τον καπνό (Λιάππας, 2003). Η μόνη διαφορά με το χασίς είναι: ο τρόπος κατεργασίας και η μορφή. Επειδή δεν έχει υποστεί μεγάλη κατεργασία, ως αποτέλεσμα αυτού δεν περιέχει και μεγάλο ποσοστό δραστικών συστατικών, καθώς τα συστατικά της ανέρχονται σε 2% ενώ του χασίς σε 10% (Λιάππας, 1992).

## 2.2.5. Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχοσιομιμητικές ουσίες

Τα ναρκωτικά που υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τη δημιουργία ψευδαισθήσεων. Εδώ, συγκαταλέγονται τα χάπια, LSD, ( δισαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος), και άλλες φυτικές ή συνθετικές ουσίες (Ψιλοχυμβίνη, Μεσκαλίνη, PCP, κ. α.) (Λιάππας, 2003).

### ➤ LSD

Το LSD παράγεται από το μύκητα ερυσίβη που αναπτύσσεται συνήθως στη σίκαλη. Προκαλεί αλλοίωση αντίληψης της πραγματικότητας, παραισθήσεις,



αποκλίνουσα συμπεριφορά, αλλά και οπτικοακουστικές και αντιληπτικές διαταραχές (Λιάππας, 2003).

Τα σωματικά συμπτώματα είναι συμπαθητικομιμητικού τύπου. Το LSD μπορεί να επιφέρει ψυχολογική εξάρτηση και ανοχή. Ο χρήστης υποφέρει από περιόδους έντονης ανησυχίας ή μελαγχολίας σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα μετά το «ταξίδι» του (Λιάππας, 2003).

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι έντονες και ποικίλες: Έκσταση ή ευθυμία, κατάθλιψη, ευφορία, άγχος και συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Οι συναισθηματικές διαταραχές και η υπερεκτίμηση των ατομικών ικανοτήτων μπορεί να αποβούν ολέθριες για το χρήστη (Λιάππας, 2003).

### ➤ PCP

Η ουσία αυτή έχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό καθώς αντιπροσωπεύει μια ειδική κατηγορία από μόνη της. Χαρακτηρίζεται ως αναισθητικό και αν η λήψη της γίνει ενδοφλέβια προκαλεί αναισθησία, ενώ ταυτόχρονα το άτομο παραμένει νηφάλιο. Στα μέσα της δεκαετίας του 60 επήλθε η απόσυρσή της καθώς προκαλούσε δυσφορικόμορφες και ψευδαισθησιογόνες ιδιότητες (Λιάππας, 2003).

## 2.2.6. Εισπνεόμενες- Πτητικές ουσίες

Οι εισπνεόμενες ουσίες είναι πτητικά αέρια που χορηγούνται από τη μύτη και το στόμα με την εισπνοή των αναθυμιάσεων που προκαλούν (όχι των ίδιων των ουσιών). Κυρίως, μιλάμε για κόλλες, διάφορα αεροζόλ (λακ, αποσμητικά κ.ά.), υγρά/αέρια αναισθητικά, καθαριστικά (στεγνό καθαρίσμα κ.λ.π.), διάφορους διαλύτες (π.χ. ασετόν, μπλάνκο, διαλυτικό μιογιάς) και αποσμητικά χώρου. Αν και δεν είναι ακόμη γνωστός ο μηχανισμός δράσης τους στον εγκέφαλο, είναι γνωστό ότι η εισπνοή πτητικών ουσιών προκαλεί ένα αίσθημα ευφορίας, μεταβολές της συνείδησης και μία «ελαφριά» γενικευμένη αναισθησία-συμπτώματα παρόμοια με αυτά της τοξίκωσης από αλκοόλ. Σε χαμηλές έως μέτριες δόσεις παρατηρούνται: συνεχής καταστολή με αγχόλυση, άρση των αναστολών, υπνηλία, ευφορία, και αίσθημα ελαφριάς κεφαλής. Όσο αυξάνονται οι δόσεις τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται από: ίλιγγο, ασταθή κίνηση, παραλήρημα, αποπροσανατολισμό, μυϊκή αδυναμία, λήθαργο, ελαφρά έως μέτρια γενική αναισθησία, καθώς επίσης και ψευδαισθήσεις ή μεταβολές στη συμπεριφορά (σε περιπτώσεις έλλειψης οξυγόνου). Οι ουσίες αυτές προκαλούν αναισθησία, παραισθήσεις, καταστολή, αλλά και αντιληπτικές διαταραχές (Gossop & Grant, 1994).

Ο μεγάλος κίνδυνος, όμως, είναι ο θάνατος. Μπορεί να προκληθεί από έλλειψη οξυγόνου, αναρρόφηση (κατά τη διάρκεια εμετού) ή καρδιακές αρρυθμίες. Το 50% των χρηστών εισπνεόμενων στη Μ. Βρετανία πεθαίνουν από το λεγόμενο «σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου». Αυτό οφείλεται στο εξής: τα πτητικά αέρια καθιστούν την καρδιά ευάλωτη στις αρρυθμίες στην περίπτωση που το άτομο ξαφνιαστεί ή διεγερθεί. Καθώς η αδρεναλίνη αυξάνεται αιφνίδια επηρεάζει την καρδιά προκαλώντας απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες. Αυτό μπορεί αν συμβεί

ακόμη και κατά την πρώτη φορά χρήσης, κάτι που καθιστά ιδιαίτερα επικίνδυνη τη χρήση τους (Χαραλαμπίδης, 2003).

Η εξάρτηση από τα εισπνεόμενα δεν είναι σπάνια και μπορεί να προκαλέσει γενικά συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης ή μείωση της λειτουργικότητας, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα και βία. Αν και αποτελούν ευρέως διαδεδομένες ουσίες κατάχρησης, τα πτητικά δεν έχουν κάποιο τυπικό σύνδρομο στέρησης. (Χαραλαμπίδης, 2003)

### **2.2.7. Άλλες, μη κατηγοριοποιούμενες ουσίες**

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τις ατροπινούχες και ατροπινικής δράσης ουσίες. Αρχικά τα ανωτέρω σκευάσματα είχαν χρησιμοποιηθεί για ιατρικούς λόγους. Χαρακτηριστικό των ουσιών αυτών είναι ότι απορροφούνται ταχύτατα από το γαστρεντερικό σύστημα και η δράση τους είναι άμεση. Ωστόσο η λήψη μεγάλων ποσοτήτων προκαλεί διέγερση και στη συνέχεια έπεται καταστολή στο νευρικό σύστημα. Κύρια συμπτώματα είναι ταχυκαρδία, ανησυχία, διαταραχές του οπτικού πεδίου και τέλος παραμονή σε έναν φανταστικό κόσμο με ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις (Λιάππας, 2003).

## **2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση παράνομων ουσιών στον γενικό πληθυσμό.**

Η μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στον πληθυσμό αποτελεί μια πολύ σημαντική πηγή πληροφόρησης για την έκταση και τη μορφή του φαινομένου. Η Ελλάδα ήταν από τις πρωτοπόρες χώρες στην Ευρώπη που το 1984 εφάρμοσε τη μεθοδολογία που πρότειναν διεθνείς οργανισμοί για τη διεξαγωγή εθνικών επιδημιολογικών ερευνών με προσωπική συνέντευξη στα νοικοκυριά. Επίσης, είναι από τις ελάχιστες χώρες στην Ευρώπη που διαθέτουν στοιχεία από έρευνες αυτού του τύπου τα τελευταία είκοσι χρόνια (Κοκκέβη και συν., 2007).

Το ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά) από το 1994, προκειμένου να αποτυπώσει την κατάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ελλάδα χρησιμοποιεί πέντε επιδημιολογικούς δείκτες. Οι δείκτες αυτοί είναι οι ακόλουθοι (ΕΚΤΕΠΝ, 2011):

- Δείκτης επικράτησης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό.
- Δείκτης αίτησης θεραπείας.
- Δείκτης επικράτησης προβληματικής χρήσης.
- Δείκτης επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες.
- Δείκτης θνησιμότητας.

### 2.3.1. Ο δείκτης επικράτησης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό

Όλα τα ερευνητικά δεδομένα που διαδραματίστηκαν στον ελλαδικό χώρο και σχετίζονται με τις ναρκωτικές ουσίες, παρουσιάζονται στο πλαίσιο του Δείκτη Επικράτησης της χρήσης στον πληθυσμό, ο οποίος είναι ένας από τους πέντε επιδημιολογικούς δείκτες που χρησιμοποιεί το ΕΚΤΕΠΝ προκειμένου να αποτυπώσει την κατάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών που επικρατεί στην Ελλάδα (Φωτίου, 2010).

Οι έρευνες αυτές, που πραγματοποιούνται σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, βοηθούν τόσο στην εκτίμηση της έκτασης της χρήσης παράνομων ουσιών στη χώρα όσο και στην παροχή χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών, τον τρόπο αντίληψης των ατόμων αυτών για τους κινδύνους από την χρήση και τη διαθεσιμότητα των ουσιών και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση (Φωτίου, 2010).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της πρώτης πανελλήνιας επιτόπιας έρευνας “Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και υγεία” που πραγματοποιήθηκε σε 4.298 νοικοκυριά από το Μάρτη ως τον Ιούνιο του 1984, διαφάνηκε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών εμφανίζονται στον αντρικό πληθυσμό, στην ηλικιακή ομάδα 18-24, και το ποσοστό είναι 15,7% στον ανδρικό πληθυσμό έναντι του ποσοστού 4,2% στο γυναικείο (Μαδιανού και συν., 1992). Συγκρινόμενα όμως με τα στοιχεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΨΥ, το 2004 διαπιστώνεται ότι ενώ και πάλι η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι επικρατέστερη στον ανδρικό πληθυσμό, ωστόσο στην ηλικιακή ομάδα 18-34 υψηλότερα ποσοστά χρήσης κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ή μήνα παρουσιάζονται και στα δύο φύλα (Κοκκέβη και συν., 2007).

Επίσης, αν συγκρίνουμε την έρευνα του 1993 με αυτή που είχε διαδραματιστεί το 1984 σχετικά με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του γενικού πληθυσμού, διαπιστώνεται ότι με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται μια αύξηση σε όλες τις βαθμίδες του εκπαιδευτικού επιπέδου, με τα ποσοστά χρήσης σχεδόν να τριπλασιάζονται στα άτομα του κατώτερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου (Κοκκέβη και Στεφανής, 1994). Ωστόσο, στα αποτελέσματα της διαχρονικής έρευνας που παρουσιάζει στοιχεία από το 1984 έως το 2004, που πραγματοποιήθηκε το 2004 από το ΕΠΨΥ, διαγράφεται ολοκάθαρα ότι το υψηλότερο ποσοστό λήψης ναρκωτικών ουσιών, λαμβάνεται από άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Φωτίου, 2010).

Όσον αφορά τις έρευνες στον γενικό πληθυσμό, η μεθοδολογία της πιο πρόσφατης έρευνας που υλοποιήθηκε από το ΕΠΨΥ, το 2004, ήταν σύμφωνα με τις προδιαγραφές που θέτει το Ευρωπαϊκό κέντρο για την υλοποίηση ερευνών, επιτρέποντας με αυτόν τον τρόπο τη σύγκριση της κατάστασης στη χώρα μας με αυτή των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών (Φωτίου, 2010).

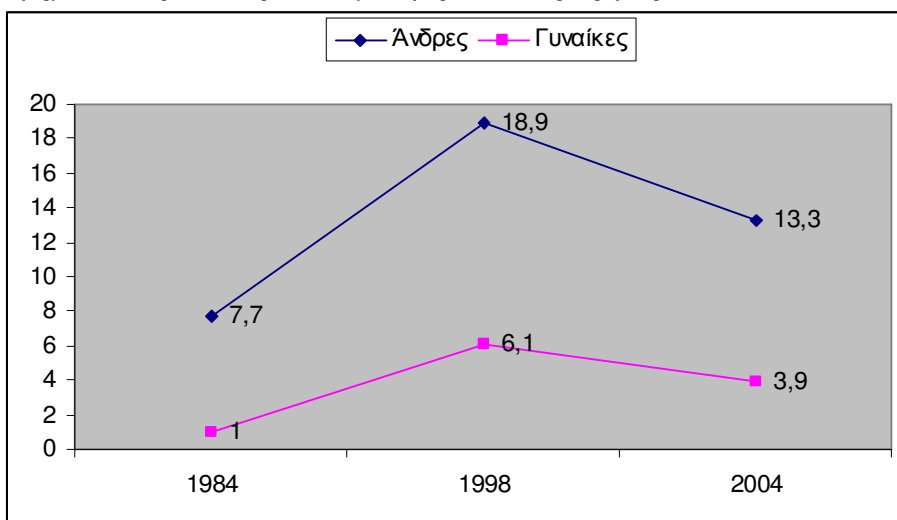
Σύμφωνα με την ανωτέρω έρευνα, το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών έστω και μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής του έχει δοκιμάσει ή κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας. Τα περισσότερα άτομα αρκούνται στη δοκιμή, ενώ περίπου ένας στους τρεις έχει επαναλάβει τη χρήση. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει ότι η κάνναβη αποτελεί την πιο διαδεδομένη ουσία στη χώρα μας, όπως συμβαίνει άλλωστε και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η χρήση της κυριαρχεί στο αντρικό φύλο, ιδιαίτερα στις ηλικίες 18-24,

όπου φαίνεται να γίνεται και η πιο συστηματική χρήση της ουσίας. Ακόμη, η χρήση της κάνναβης είναι διαδεδομένη περισσότερο στην περιοχή της πρωτεύουσας και στα άλλα μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς και στα άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Κοκκέβη και συν., 2007).

Κλείνοντας μεταξύ 1984 και 2004 διπλασιάστηκε ο αριθμός των ατόμων που ανέφεραν χρήση παράνομων ουσιών έστω και μια φορά στη ζωή τους από 4% στο 8,6%, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν το 1998 όπου το ποσοστό της επικράτησης της χρήσης ανήλθε στο 12,2% (Κοκκέβη και συν., 2007).

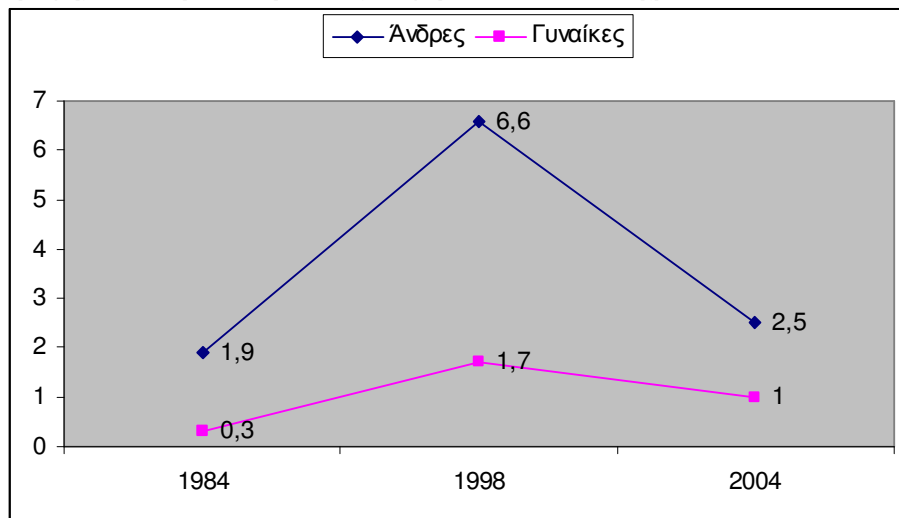
### Διαχρονική εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή και στον τελευταίο χρόνο ανά φύλο (1984-2004)

**Γράφημα 1: Περισσότερο από μια φορά σε όλη τη ζωή**



Πηγή: Κοκκέβη και συν., 2007:57

**Γράφημα 2: Περισσότερο από μια φορά τον τελευταίο χρόνο**



Πηγή: Κοκκέβη και συν., 2007:57

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαχρονικής μελέτης του ανωτέρου γραφήματος, διαπιστώνεται ότι οι άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, εμφανίζεται να έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών περισσότερες από μια φορές κατά την διάρκεια του τελευταίου χρόνου, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται και για τα δυο φύλα την χρονική περίοδο του 1988 (Κοκκέβη και συν., 2007).

Κλείνοντας, τα αποτελέσματα της διαχρονικής μελέτης που αφορούν τις αντιλήψεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα και τους κινδύνους από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών αναφέρουν ότι: η προμήθεια της παράνομης ουσίας γίνεται κυρίως από άγνωστο άτομο, συνηθέστεροι χώροι σύμφωνα με ομολογίες των γυναικών είναι τα φιλικά σπίτια, ενώ άλλοι τόποι προσφοράς είναι τα νυχτερινά κέντρα στα οποία συχνάζουν οι νέοι. Προσφορά αναφέρεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες, με επικρατέστερη ουσία κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου την κάνναβη. Ακόμη, ένα 15% των νέων θεωρούν τη χρήση κάνναβης ακίνδυνη ή ελαφρά επικίνδυνη, όπως επίσης ακίνδυνη θεωρούν και τη δοκιμή της, ένας στους τέσσερις νέους. Ωστόσο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ένα ποσοστό του πληθυσμού, που αυξάνει με την πάροδο του χρόνου θεωρεί τη χρήση κάνναβης ακίνδυνη (Κοκκέβη και συν., 2007).

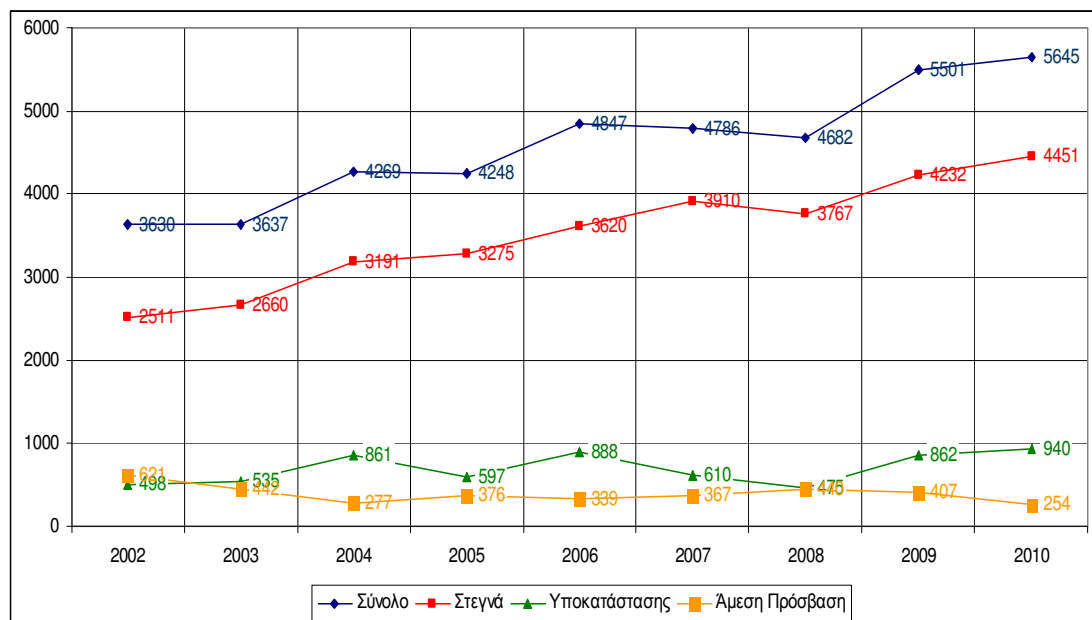
### **2.3.2. Ο δείκτης αίτησης θεραπείας**

Ο δείκτης αίτησης θεραπείας (ΔΑΘ) καταγράφει τον αριθμό, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της χρήσης των ατόμων που απευθύνονται στα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας για προβλήματα από τη χρήση ουσιών (Φωτίου και Ανταράκη, 2010α).

Όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που καταγράφηκαν στον ΔΑΘ το 2009, ήταν άντρες (83,4%) με το ποσοστό να είναι ακόμη υψηλότερο τη χρονική περίοδο 2000-2009 όπου ανέρχεται περίπου στο 85%. Η μέση ηλικία των ατόμων που καταγράφηκαν την ίδια χρονιά (2009) ήταν τα 30,5 έτη, με τη μέση ηλικία των γυναικών να είναι χαμηλότερη (28,2 έτη) από αυτήν των ανδρών (30,9 έτη). Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι από το 2002 μέχρι το 2009 αυξάνεται σταδιακά η μέση ηλικία των ατόμων και των δύο φύλων που αιτούνται θεραπεία (Φωτίου και Ανταράκη, 2010α, Φωτίου και Ανταράκη, 2011).

Ακόμη, αν συγκρίνουμε τα ποσοστά των ατόμων που καταγράφηκαν το 2009 και 2010 στο ΔΑΘ, ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, θα διαπιστώσουμε ότι το 2010 σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά παρατηρείται μια ελάχιστη αύξηση στα άτομα που είναι απόφοιτοι Λυκείου και στα άτομα που είναι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ αντίθετα, στους απόφοιτους Γυμνασίου και σε αυτούς που έχουν τελειώσει Ανώτερες ή Ανώτατες σχολές, παρουσιάζεται μια ελάχιστη μείωση (Φωτίου και Ανταράκη, 2010α, Φωτίου και Ανταράκη, 2011).

**Γράφημα 3: Διαχρονικές τάσεις στον αριθμό των ατόμων που εντάσσονται σε θεραπεία, στο σύνολο και ανά τύπο προγράμματος (2002- 2010)**



Πηγή: Φωτίου και Ανταράκη, 2011:91

Στο ανωτέρω γράφημα, παρουσιάζεται διαχρονικά με αριθμητικά δεδομένα, ο αριθμός των ατόμων που αιτήθηκε θεραπεία και εντάχθηκε σε ένα από τα ακόλουθα θεραπευτικά προγράμματα (Στεγνά, Υποκατάστασης, Άμεσης πρόσβασης), και ο αριθμός τους το 2010 φτάνει τα 5.645 άτομα. Όπως διαφαίνεται και παραπάνω, στο σύνολο του πληθυσμού (εκτός από μερικές διακυμάνσεις), υπάρχει μια σταθερή αύξηση κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων ως προς τα άτομα που αιτούνται θεραπεία. Πιο αναλυτικά τα περισσότερα άτομα που αιτήθηκαν θεραπεία το 2010 απευθύνθηκαν ως επί των πλείστων σε στεγνά προγράμματα, ενώ επακολούθησαν τα προγράμματα υποκατάστασης και τέλος τα προγράμματα άμεσης Πρόσβασης (Φωτίου και Ανταράκη, 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της διαχρονικής μελέτης, που πραγματοποιήθηκε στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ από το 2000-2006, παρατηρήθηκε ότι κατά την διάρκεια όλης της εξεταζόμενης περιόδου που εκπονήθηκε η μελέτη, η Ηρωίνη ήταν η κύρια ουσία κατάχρησης του συνολικού αριθμού των ατόμων που αιτήθηκαν θεραπεία. Ωστόσο το 2006 το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν την Ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης και αιτούνται θεραπεία για πρώτη φορά παρουσιάζει μείωση (ΚΕΘΕΑ, 2007). Το γεγονός αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει και άλλη έρευνα (Φωτίου και Ανταράκη, 2010α) σύμφωνα με την οποία καταγράφεται σχετική μείωση της ηρωίνης και αρκετά ραγδαία αύξηση του ποσοστού εξάρτησης από κάνναβη των ατόμων που κάνουν αίτηση για θεραπεία πρώτη φορά.

### **2.3.3. Ο δείκτης επικράτησης προβληματικής χρήσης**

«Από το 2002 ο πιθανός αριθμός προβληματικών χρηστών υπολογίζεται κάθε χρόνο με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου πολλαπλών εγγραφών (multiple records ή capture-recapture) στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ)» (Riehardson και Ανταράκη, 2010:81). Σε αυτή τη μεθοδολογία, επιτρέπεται, μέσω ενός μοντέλου, η εκτίμηση του μεγέθους του «κρυμμένου πληθυσμού», ατόμων που κάνουν λήψη ουσιών και δεν παρουσιάστηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του έτους (Riehardson και Ανταράκη, 2010).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι η δυνατότητα βελτίωσης και διασταύρωσης των πληροφοριών είναι περιορισμένη λόγω της ελλιπούς πληροφόρησης των λοιπών υπηρεσιών (αστυνομία, ιατρικές υπηρεσίες) εκτός από τις υπηρεσίες θεραπείας (Riehardson και Ανταράκη, 2010).

Ωστόσο όπως αναφέρει η Κοκκέβη και συν. (2007), αν παρατηρηθούν οι διαχρονικές μεταβολές στο χρονικό διάστημα των τελευταίων είκοσι ετών που σχετίζονται με προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση κάνναβης, θα διαπιστωθεί πως προβλήματα μετά από τη χρήση κάνναβης αναφέρονται από λιγότερα άτομα το 2004 σε σύγκριση με το 1998 και πως περισσότερα προβλήματα από τη χρήση κάνναβης αναφέρονται από νέους ηλικίας 18-24 ετών.

Τέλος, σύμφωνα με μελέτη του 2010 όπου εκτιμάται ο αριθμός των προβληματικών χρηστών με κύρια ουσία την ηρωίνη, παρατηρείται ότι παρά του ότι ο συνολικός αριθμός χρηστών φαίνεται μειωμένος σε σχέση με το 2009, η διαφορά δεν είναι βάση στατιστικών δεδομένων σημαντική (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

### **2.3.4. Ο δείκτης επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες**

Στο δείκτη Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών (ΔΕΜΑ), γίνεται καταγραφή και συλλογή στοιχείων σχετικά με τον επιπολασμό των μολυσματικών ασθενειών (HIV, Ηπατίτιδα C και Ηπατίτιδα B) σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) (Φωτίου και Ανταράκη, 2010β).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαχρονικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ, διαπιστώνεται πως σωματικά προβλήματα παρουσίαζε το 1/3 του συνολικού πληθυσμού, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες. Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων αυτών, σχεδόν το 50% ανέφερε ότι είχε νοσηλευτεί κάποια στιγμή στο παρελθόν (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ατόμων με HIV που εξυπηρετούνται από το ΚΕΘΕΑ και που είναι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών σύμφωνα με τα αποτελέσματα του 2006 ήταν μόλις 0,26%. Ωστόσο εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που πήρε μέρος στην έρευνα δήλωσε πως δεν είχε εξεταστεί ποτέ για HIV (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Όσον αφορά το ποσοστό των ατόμων με Ηπατίτιδα B, στη χώρα μας τα αποτελέσματα είναι σε αρκετά χαμηλό επίπεδο, της τάξεως 2-3%, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό αν λάβουμε υπόψη μας ότι σε ολόκληρο τον κόσμο αποτελεί αρκετά σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ωστόσο σύμφωνα με τα στοιχεία του

ΚΕΘΕΑ το ποσοστό των ατόμων στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ήταν 1,7% (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία από το ΕΚΤΕΠΝ, αν και ο αριθμός κρουσμάτων HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών μέχρι το 2010 ήταν αρκετά χαμηλός και τα άτομα δεν ξεπερνούσαν τα 14, το 2010, στις αρχές του 2011 παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση και μέχρι τα μέσα της χρονιάς ο αριθμός των κρουσμάτων HIV ξεπέρασε τα 100 άτομα. Ακόμη, σημαντικά ποσοστά αύξησης παρουσιάζονται και για τον ιό της Ηπατίτιδας C, που από 44,4% που ήταν το 2009 έφτασε να είναι 69,3 τον επόμενο χρόνο, γεγονός το οποίο προκαλεί μεγάλη ανησυχία και φόβο για εκδήλωση επιδημικής έξαρσης στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (Φωτίου και Ανταράκη, 2011).

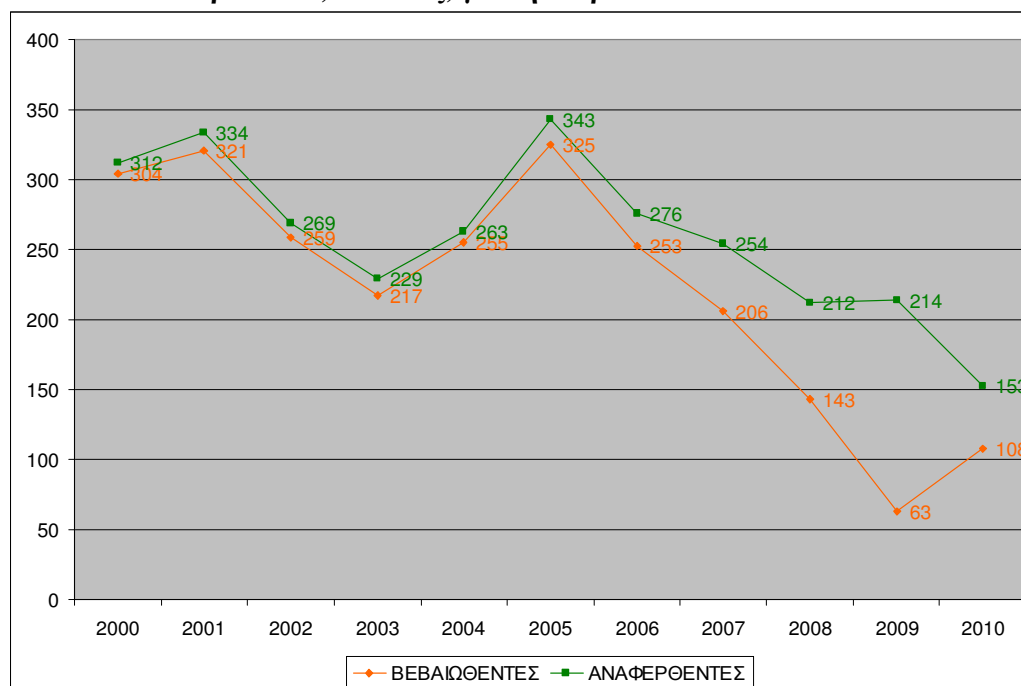
### **2.3.5. Ο δείκτης θνησιμότητας**

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτήν την κατηγορία σχετίζονται με τους αιφνίδιους θανάτους που προκύπτουν από οξεία δηλητηρίαση, ύστερα από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η συλλογή στοιχείων σε ετήσια βάση γίνεται από την Ελληνική αστυνομία (Φωτίου και Ανταράκη, 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο παρακάτω γράφημα, παρατηρείται ότι από το 2005 μέχρι το 2010 υπάρχει μια σταδιακή πτώση των αναφερθέντων θανάτων από τα ναρκωτικά. Ακόμη, παρατηρείται ότι από τους 153 θανάτους που έχουν αναφερθεί το 2010, μόνο οι 108 έχουν επιβεβαιωθεί με τις ανάλογες τοξικολογικές αναλύσεις (Φωτίου και Ανταράκη, 2011).



**Γράφημα 4: Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων (μέχρι 15.9.2011) θανάτων από ναρκωτικά, ανά έτος, για την περίοδο 2000-2010**



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2011:147

Τέλος, με βάση τα στοιχεία από το ΕΚΤΕΠΝ, παρατηρείται ότι η συντριπτική πλειονότητα είναι άντρες με ποσοστό 92,6% έναντι του 7,4% των γυναικών (Φωτίου και Ανταράκη, 2011). Ωστόσο το μορφωτικό επίπεδο του μεγαλύτερου ποσοστού παραμένει άγνωστο (77,8%) (Φωτίου και Ανταράκη, 2010β).

## 2.4. Οιοπνευματώδη

Το ζήτημα της κατανάλωσης οιοπνευματωδών ποτών είναι ένα καίριο ζήτημα που απασχολεί την κοινωνία εδώ και αρκετά χρόνια. Το αλκοόλ είναι μια εξαρτησιογόνος ουσία, η κατάχρηση της οποίας επιφέρει επιπτώσεις πολύ πιο επώδυνες ακόμα και από αυτές που προκαλούν τα ναρκωτικά (Κοκκέβη και συν. 2007).

### 2.4.1. Στοιχεία για τη χρήση στον γενικό πληθυσμό

Η κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών είναι πολύ διαδεδομένη στη χώρα μας. Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών στον γενικό πληθυσμό 12-64 παρατίθενται στην έρευνα που πραγματοποίησε το ΕΠΨΥ το 2004 (Κοκκέβη και συν., 2007).

Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα λοιπόν οι άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ, καθώς παρατηρείται πως όσο αυξάνεται η ηλικία ενός ατόμου τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα κατανάλωσης

αλκοόλ, κάτι το οποίο δεν υφίσταται για τον γυναικείο πληθυσμό (Κοκκέβη και συν., 2007).

Όσον αφορά τις αντιλήψεις και τις στάσεις των ατόμων απέναντι στο αλκοόλ, παρατηρείται ότι οι γυναίκες και οι έφηβοι αντιλαμβάνονται περισσότερο τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την κατανάλωση αλκοόλ, ωστόσο στην ερώτηση που τέθηκε στο γενικό πληθυσμό, αν θεωρούν την κατανάλωση πέντε οινοπνευματωδών ποτών επικίνδυνη, περισσότεροι από 6 στους 10 απάντησαν θετικά (Κοκκέβη και συν., 2007).

Τέλος, τα αποτελέσματα της διαχρονικής μελέτης έδειξαν ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και ανεξαρτήτου φύλου, παρατηρήθηκε μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος (Κοκκέβη και συν., 2007).

## **2.5. Η Αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης**

Όσον αφορά την αιτιολογία του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2005) οι επιστημονικές θεωρίες για τις αιτίες της ουσιοεξάρτησης διακρίνονται σε βιολογικές θεωρίες και σε ψυχοκοινωνικές θεωρίες. Οι βιολογικές θεωρίες επικεντρώνονται σε θέματα που αφορούν τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς της ουσιοεξάρτησης. Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες επικεντρώνονται στην προσωπικότητα και στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Μελετούν επίσης το ρόλο που μπορούν να παίξουν στη διαμόρφωση της εξάρτησης η οικογένεια, το σχολείο, οι συνομήλικοι, η κοινότητα, οι ιστορικοκοινωνικές συνθήκες, καθώς και τα εκάστοτε ισχύοντα πρότυπα.

Σε συνάφεια με τα παραπάνω ο Γεωργακάς (2007) αναφέρει ότι έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για τις αιτίες της εξάρτησης, οι οποίες ξεκινούν από τη βιολογική θεώρηση και φθάνουν μέχρι την ατομική, οικογενειακή και κοινωνική αιτιολόγηση του φαινομένου. Και ο ίδιος συγγραφέας προσθέτει πως ανεξαρτήτως της προσέγγισης που τελικά ακολουθείται, είναι πάντοτε παρούσα και η αντίστοιχη κοινωνική επένδυση.

Αλλά και η Μάτσα (2001) υποστηρίζει πως η εμφάνιση της ουσιοεξάρτησης αποτελεί συνέπεια της συνύπαρξης μιας προσωπικής και ψυχολογικής κρίσης με μια κοινωνική κρίση. Η κρίση της οικογένειας στην οποία ανήκει ο ουσιοεξαρτημένος αποτελεί τον παράγοντα εκείνον που καθορίζει τελικά αυτή τη συνύπαρξη. Επίσης, οι κοινωνικό – πολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες το άτομο έρχεται σε επαφή με την ουσία, αποτελούν εξίσου σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση της ουσιοεξάρτησης, με την προσωπικότητα και την οικογένεια του ουσιοεξαρτημένου.

Στο παρελθόν, οι διάφορες ομάδες ερευνητών οδηγήθηκαν σε οξείες συγκρούσεις. Και αυτό γιατί η κάθε ομάδα διατύπωνε απόψεις για τις αιτίες της εξάρτησης, δίνοντας έμφαση σε ορισμένους παράγοντες, γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, σύμφωνα με τη θεωρητική σχολή που η καθεμία υποστήριζε. Σήμερα η κατάσταση αυτή έχει αλλάξει, καθότι επικρατεί η άποψη ότι η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης πρέπει να αναζητείται υπό το πρίσμα ποικίλων και διαφορετικών ερμηνειών (Λιάππας, 2003).

Η πορεία προς την ουσιοεξάρτηση μπορεί να ειπωθεί ως μία μακροχρόνια και

δυναμική διαδικασία που διαφέρει από χρήστη σε χρήστη. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την πορεία είναι ποικίλοι και δημιουργούν σε διαφορετικές στιγμές τις προϋποθέσεις για την τελική έκβαση της κατάστασης (Λιάππας, 2003).

### 2.5.1. Βιολογικά-γενετικά αίτια

Ένας τομέας της έρευνας για το βαθμό που οι βιολογικοί παράγοντες συντελούν στην εκδήλωση της εξάρτησης, εστίασε στη λειτουργία του εγκεφάλου. Πιο συγκεκριμένα, εξέτασε το ρόλο των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι αποτελούν χημικές ουσίες, ενδογενώς παραγόμενες που μεταβιβάζουν πληροφορίες σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου. Οι νευροδιαβιβαστές που σχετίζονται περισσότερο με την ουσιοεξάρτηση είναι η ενδορφίνη, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη. Οι ενδορφίνες επηρεάζουν τον οργανισμό με τον ίδιο τρόπο που τον επηρεάζουν και τα οπιοειδή. Διατυπώθηκε λοιπόν η επιστημονική άποψη ότι σε κάποια άτομα δε λειτουργεί σωστά το σύστημα των ενδορφινών, και εξαιτίας αυτού τα άτομα αυτά χρειάζονται τα οπιοειδή, ώστε να αντικαταστήσουν τις ενδορφίνες. Όσον αφορά τους άλλους νευροδιαβιβαστές, η ντοπαμίνη συνδέεται με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο και η χρήση ουσιών την απελευθερώνει. Αλλά και η σεροτονίνη έχει επίσης συνδεθεί με την αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης, καθώς η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε αϋπνίες, αρνητικά συναισθήματα, ανεξέλεγκτες συμπεριφορές (Πουλόπουλος, 2005).

Επιπροσθέτως, επικρατεί η άποψη ότι η χρόνια, βαριά κατάχρηση είναι πιθανόν να οδηγήσει στην εγκαθίδρυση δύσκολα αναστρέψιμων νευροπροσαρμογών. Αυτό το γεγονός οδηγεί στη διατύπωση της θεωρίας ότι στις κατηγορίες αυτών των ατόμων είναι απαραίτητη η χορήγηση εξωγενώς οπιούχων, όπως π.χ. η μεθαδόνη (Πουλόπουλος, 2005).

Οι επιστημονικές αυτές υποθέσεις οδήγησαν τις φαρμακοβιομηχανίες στην παραγωγή φαρμάκων, τα οποία επιδρούν στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών. Η αντίληψη ότι πρέπει να παραχθούν χημικές ουσίες που θα πάρουν τη θέση των παράνομων ναρκωτικών και θα αποθεραπεύσουν το άτομο, είχε ως αποτέλεσμα στο παρελθόν να προωθούνται σκευάσματα, όπως για παράδειγμα η μορφίνη και η ηρωίνη. Στις μέρες μας η αντίληψη αυτή οδηγεί στην προώθηση των υποκατάστατων ουσιών (Πουλόπουλος, 2005).

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση διαταραχών χρήσης ουσιών αποτελεί και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού σε αυτές τις διαταραχές. Έρευνες έχουν εντοπίσει τη μεταφορά των διαταραχών χρήσης ουσιών από τη μία γενιά στην άλλη (Essau, 2002). Όπως μάλιστα έχει διαπιστωθεί, η ύπαρξη αλκοολικού γονιού στην οικογένεια συνδέεται με αυξημένα ποσοστά χρήσης ουσιών στην εφηβεία (Chassin et al., 1991, 1996, στο Essau, 2002).

Μία σχετική έρευνα (Nurnberger et al., 2004) κατέδειξε ότι σε οικογένειες με αλκοολικό μέλος τείνουν να συγκεντρώνονται πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι άλλες διαταραχές που εμφανίζονται είναι οι εξής: οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές διάθεσης, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς και η εξάρτηση από άλλες ουσίες. Επομένως, διαφαίνεται πως αυτές οι διαταραχές και η διαταραχή της εξάρτησης από το αλκοόλ μοιράζονται κοινούς γενετικούς μηχανισμούς.

Όλα αυτά τα ευρήματα λοιπόν αποτελούν ένδειξη γενετικών επιδράσεων στην εκδήλωση της ουσιοεξάρτησης (Essau, 2002). Δεν αποκλείεται όμως και να αποτελούν συνέπεια κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Καθότι η ύπαρξη αλκοολικού γονιού στην οικογένεια μπορεί να έχει ως συνέπεια τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, την κακή ανατροφή των παιδιών, την αυξημένη πίεση από το κοινωνικό περιβάλλον (Chassin et al. 1997, στο Essau, 2002).

Οι έρευνες με υιοθετημένα παιδιά συμβάλλουν στον καθορισμό των γενετικών επιδράσεων, καθότι αποτελούν έρευνες που δεν εξαρτώνται από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Μια έρευνα με υιοθετημένα παιδιά, για παράδειγμα, μπορεί να υπολογίσει τον γενετικό παράγοντα, συγκρίνοντας τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών χρήσης ουσιών μεταξύ των υιοθετημένων παιδιών που έχουν ουσιοεξαρτημένους βιολογικούς γονείς και των υιοθετημένων παιδιών που δεν έχουν ουσιοεξαρτημένους βιολογικούς γονείς (Essau, 2002). Αυτές οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα υιοθετημένα παιδιά που έχουν βιολογικούς γονείς εξαρτημένους από ουσίες είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν και τα ίδια διαταραχές χρήσης ουσιών (Cadoret et al., 1995, στο Essau, 2002).

Διαφαίνεται λοιπόν πως υφίσταται κάποια κληρονομικότητα στην κατάχρηση ουσιών, αλλά παραμένει ακόμη ασαφές το πόσο σημαντικός είναι ο γενετικός παράγοντας στην κατάχρηση. Ας σημειωθεί επίσης ότι οι γενετικοί παράγοντες δε φαίνεται να επηρεάζουν όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο. Μπορεί λοιπόν να ειπωθεί ότι η κατάχρηση ουσιών αποτελεί συνέπεια πολύπλοκων γενετικών, βιοχημικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και ψυχιατρικών αλληλεπιδράσεων (Πουλόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2001) αναμφίβολα οι ουσίες επηρεάζουν τις λειτουργίες του εγκεφάλου και γενικότερα ενεργούν πάνω σε ένα βιολογικό υπόστρωμα. Κάθε προσπάθεια όμως να αναδειχθούν οι βιολογικοί παράγοντες ως οι μοναδικοί αιτιολογικοί παράγοντες για την εκδήλωση της ουσιοεξάρτησης στερείται επιστημονικής τεκμηρίωσης, καθότι το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο μπορεί να ερμηνευθεί από ποικίλους παράγοντες.

Και ο Γεωργακάς (2007) επισημαίνει ότι η επικράτηση της βιολογικής θεωρίας στην ερμηνεία της εξάρτησης, προτού αυτή να αποδειχθεί πλήρως, ενέχει σοβαρούς κινδύνους. Από τη μία η κοινωνία και η οικογένεια των εξαρτημένων να αποποιηθεί τις ευθύνες της. Και από την άλλη να μετατρέψει το εξαρτημένο άτομο σε «θύμα», το οποίο δε φέρει καμία ευθύνη, και επομένως απαλλάσσεται και από το να αναλάβει το κύριο βάρος στη διαδικασία της απεξάρτησής του.

## **2.5.2. Ψυχολογικά αίτια**

Πολλοί ψυχαναλυτές επιχειρήσαν να αναλύσουν τα αίτια της ουσιοεξάρτησης. Μία ερμηνεία που δόθηκε από αυτούς είναι ότι οι ουσίες υποκαθιστούν τη σεξουαλική ικανοποίηση, και ότι αποτελούν συνέπεια τραυματικών εμπειριών κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, οι οποίες καθλώνουν το άτομο στο στοματικό στάδιο. Έτσι, σύμφωνα με αυτήν την ερμηνεία, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί ένα μηχανισμό αυτοθεραπείας. Κατά το μηχανισμό αυτό κάποια άτομα χρησιμοποιούν τις ουσίες για να απαλύνουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που προέρχονται από τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας (Πουλόπουλος,

2005).

Αυτή η υπόθεση της αυτοθεραπείας επιβεβαιώνεται και από τη διαπίστωση ότι αρκετοί έφηβοι κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών λόγω της καταστολής που αυτές προκαλούν (Pedersen et al., 1989, στο Λιάππας, 2003). Ακόμη, έχει διαπιστωθεί από κλινικές μελέτες ότι πολλά άτομα οδηγούνται στην ουσιοεξάρτηση, λόγω εκδήλωσης χρόνιων σωματικών πόνων, οδοντηρών συναισθηματικών καταστάσεων και υποκλινικών ψυχιατρικών συνδρόμων (Khantzian, 1985, στο Λιάππας, 2003). Διαφαίνεται δε πως οι χρήστες δε διαλέγουν με τυχαίο τρόπο τις εξαρτησιογόνες ουσίες που θα χρησιμοποιήσουν. Αλλά επιλέγουν συνήθως αυτές τις ουσίες που θα έχουν ρυθμιστική επίδραση στα όποια προβλήματα, σωματικά ή ψυχολογικά, αντιμετωπίζουν (Λιάππας, 2003).

Άλλες ψυχολογικές θεωρίες συνδέουν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών με την ανάγκη των εφήβων να ζήσουν καινούριες εμπειρίες και έντονες συγκινήσεις (Cloninger et al., 1988, στο Πουλόπουλος, 2005). Πολλοί μελετητές έχουν επίσης ασχοληθεί με το ζήτημα της «ιδιοσυγκρασίας». Η «ιδιοσυγκρασία» αναφέρεται στα συγκεκριμένα ψυχολογικά και νοητικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου, στον τύπο δηλαδή της προσωπικότητάς του. Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ουσιών, εκδηλώνουν όταν είναι παιδιά το σύνδρομο της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας» (Πουλόπουλος, 2005). Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζει ένα παιδί που μεταξύ άλλων παρουσιάζει κακή διάθεση, δυσκολίες προσαρμογής σε νέα ερεθίσματα, δυσκολίες συγκέντρωσης, προβλήματα σε βασικές βιολογικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα η διατροφή και ο ύπνος (Thomas & Chess, 1984, στο Πουλόπουλος, 2005).

Τα προβλήματα που προκαλούνται από την «ιδιοσυγκρασία» του ατόμου και έχουν διαμορφωθεί από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, διαφαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ουσιοεξάρτησης (Madden, 1979, στο Λιάππας, 2003).

Ας αναφερθεί ότι πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της «εξαρτητικής προσωπικότητας». Και πολλοί επιχείρησαν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, θεωρώντας το απόρροια ψυχολογικών και κοινωνικών επιδράσεων που δέχθηκαν τα άτομα στην παιδική τους ηλικία και διαμόρφωσαν την προσωπικότητά τους. Στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζεται συχνά ότι χαρακτηριστικά, όπως η ψυχοπαθολογία των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, οι κακές επιδόσεις τους στο σχολείο, η έλλειψη φιλοδοξιών για την εκπαίδευσή τους, η εκδήλωση παραβατικότητας, συνδέονται με την ουσιοεξάρτηση. Όμως, το ζήτημα που προκύπτει είναι το ποια από όλα αυτά τα χαρακτηριστικά προϋπάρχουν και ποια προκύπτουν ως αποτέλεσμα της εξάρτησης (Λιάππας, 2003).

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τελικά θεωρείται χρησιμότερη η μελέτη εκείνων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που συναντιούνται συχνά στους χρήστες ουσιών, από το να επιδιώκεται η σκιαγράφηση της προσωπικότητας εκείνης που αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση της ουσιοεξάρτησης. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συναντιούνται συχνά στους χρήστες ουσιών είναι τα παρακάτω: το άγχος, η κατάθλιψη, η εκδήλωση συναισθηματικών εξαρτήσεων, η μη συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση, η αμυντικότητα, η επιθετικότητα, ο μη έλεγχος των παρορμήσεων και η μη ανοχή στις ματαιώσεις (Raistrick - Davidson, 1985, στο Λιάππας, 2003). Όμως, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία αυτά τα χαρακτηριστικά δεν αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ουσιοεξάρτησης (Murray- Gurling, 1984, στο Λιάππας, 2003).

Η κοινωνική ψυχολογία, από την άλλη, τονίζει ιδιαίτερος τη σημαντικότητα της εφηβικής περιόδου, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο αναζητά την ταυτότητά του, προσπαθεί να γνωρίσει τον κόσμο και να προσαρμοστεί σ' αυτόν. Στην περίοδο της εφηβείας ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νέας ταυτότητας που αποκτά το άτομο. Θεωρείται λοιπόν ότι οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με την εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών. Η ψυχολογική πίεση, η (μη) αυτοεκτίμηση, η (μη) αυτοαποτελεσματικότητα και η ματαιώση των προσδοκιών, αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες αυτούς (Πουλόπουλος, 2005).

### **2.5.3. Μαθησιακοί παράγοντες**

Οι συμπεριφορές που υιοθετεί το άτομο, καθώς οδηγείται στην ουσιοεξάρτηση, γίνονται πιο κατανοητές υπό το πρίσμα των διαδικασιών ενίσχυσης που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής του (Λιάππας, 2003). Η άποψη του Edwards (1982, στο Λιάππας, 2003) ότι το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους είναι πιο σημαντικό από τα γονίδια, τα οποία τους κληροδοτούν για την εκδήλωση από αυτά ή όχι της χρήσης ουσιών, βρίσκει σύμφωνους τους περισσότερους ερευνητές των θεωριών της Μάθησης.

Οι θεωρίες αυτές ασπάζονται την άποψη ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάχρηση των ουσιών προκύπτουν ως αποτέλεσμα πολλαπλών διαδικασιών κλασικής και ενεργητικής μάθησης, αλλά και γνωστικών λειτουργιών. Ότι αποτελούν δηλαδή προϊόν μάθησης (Λιάππας, 2003). Ας αναφερθεί εδώ ότι οι θεωρίες αυτές δίνουν έμφαση κυρίως στον τρόπο με τον οποίο διατηρείται και ενισχύεται η συμπεριφορά της κατάχρησης, παρά στο πώς αυτή δημιουργείται (Carpell, 1977, στο Λιάππας, 2003).

### **2.5.4. Ο ρόλος της οικογένειας**

Είναι σήμερα γενικά αποδεκτό ότι οι πιθανότητες ένα άτομο να εκδηλώσει συμπεριφορές σχετικές με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αυξάνονται μέσω της μάθησης και της μίμησης των συμπεριφορών που εκδηλώνει η οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους γονείς αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους εφήβους (Πουλόπουλος, 2005).

Ακόμη όμως και αν οι γονείς δεν κάνουν χρήση ουσιών, είναι πιθανόν οι έφηβοι να παρουσιάσουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, όταν είναι μέλη δυσλειτουργικών οικογενειών (Lowe & Foxcroft, 1993, στο Πουλόπουλος, 2005). Στις οικογένειες αυτές επικρατεί χαοτική, απρόβλεπτη κατάσταση και διαταραγμένες σχέσεις. Τα παιδιά συχνά παραμελούνται από τους γονείς, δεν έχουν όρια και γίνονται «αποδιοπομπαίοι τράγοι». Επίσης, δεν έχουν παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς, ενώ η επικοινωνία μεταξύ των γονέων είναι ελλιπής και οι σχέσεις τους παθολογικές (Πουλόπουλος, 2005).

Σε μια ποιοτική έρευνα (Pollo, 2001) η οποία διεξήχθη παράλληλα σε τρεις χώρες της Ευρώπης, τη Δανία, την Ελλάδα και την Ιταλία διαφάνηκε ότι οι χρήστες ουσιών μεγάλωσαν σε προβληματικές οικογένειες. Κάποιοι αντιμετώπισαν την απουσία ενός από τους δύο γονείς, κάποιοι αντιμετώπισαν δυσκολίες στην επικοινωνία με τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους, ενώ άλλοι δέχθηκαν διάφορες μορφές κακοποίησης από τους γονείς τους ή έγιναν μάρτυρες σε μορφές κακοποίησης μεταξύ των γονιών τους. Σε κάποιες περιπτώσεις δε οι χρήστες μεγάλωσαν με γονείς που έκαναν χρήση ουσιών.

Μία άλλη έρευνα (Johnson et al., 1996) μελέτησε το ρόλο που παίζει η δομή της οικογένειας στη χρήση ουσιών από τους εφήβους, στην εξάρτησή τους από τις ουσίες και στην ανάγκη τους για θεραπεία στις περιπτώσεις κατάχρησης. Το κύριο εύρημά της συνοψίζεται στο ότι οι έφηβοι ηλικίας 12-17 ετών που διαμένουν και με τους δύο βιολογικούς γονείς τους (συμπεριλαμβανομένων των θετών) συγκεντρώνουν αξιολογούμενα λιγότερες πιθανότητες, σε σχέση με τους εφήβους που δε διαμένουν και με τους δύο βιολογικούς τους γονείς, να αντιμετωπίσουν προβλήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση ουσιών στις παρακάτω μορφές οικογένειας: σε οικογένειες που υπάρχει μόνο ο πατέρας, σε οικογένειες με πατέρα και μητριά, σε οικογένειες που υπάρχει μόνο η μητέρα, σε οικογένειες με μητέρα και πατριό και σε οικογένειες χωρίς κανέναν βιολογικό γονέα παρών.

Αρκετοί είναι οι ερευνητές που αναφέρουν ότι τα παιδιά που ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν προβληματικές συμπεριφορές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η χρήση ουσιών (Essau, 2002). Το διαζύγιο, το οποίο καταλήγει στη δημιουργία μονογονεϊκής οικογένειας, έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση συμπεριφορών σχετικών με τη χρήση ουσιών, κυρίως όμως στα αγόρια (Needle et al., στο Essau 2002).

Ο Plant (1980) στο Λιάπα (2003) παραδέχεται ότι στις διάφορες έρευνές του πολλοί χρήστες προέρχονται από οικογένειες που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Παράλληλα όμως υποστηρίζει πως το να ειπωθεί ότι οι δυσλειτουργικές οικογένειες και κυρίως η πρόωγη απομάκρυνση των γονέων, σχετίζονται γραμμικά με τη χρήση ουσιών στο μέλλον, αποτελεί μία λανθασμένη υπόθεση. Στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται συχνά ότι τα παιδιά που έχουν γονείς αλκοολικούς γίνονται και τα ίδια αλκοολικά. Το ίδιο όμως ισχύει και σε άλλες περιπτώσεις και συμπεριφορές. Η εστίαση μόνο σ' αυτήν τη διαπίστωση, οδηγεί στην αγνόηση άλλων παραγόντων, όπως οι πολιτισμικές διαφορές, η συνοδός ψυχοπαθολογία, οι διαφορετικοί τρόποι χρήσης του αλκοόλ από τον κάθε χρήστη, κ.α., που μπορεί να διαφοροποιούν σημαντικά το ένα άτομο από το άλλο (Λιάππας, 2003).

Ο O' Connor (1978, στο Λιάππας, 2003) περιορίζει σε 2 τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν ένα άτομο στον αλκοολισμό. Ο πρώτος είναι η αντίληψη που έχει διαμορφώσει το άτομο ως προς τη στάση των γονέων του απέναντι στο αλκοόλ. Ο δεύτερος είναι οι πιέσεις που δέχεται από τους φίλους του για να κάνει χρήση.

Σύμφωνα πάντως με τον Λιάππα (2003) θα πρέπει να δεχθούμε αναμφίβολα ότι το οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως οι πρώιμες εμπειρίες μπορεί να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην εμπλοκή ενός ατόμου με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

### **2.5.5. Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον – συναναστροφές**

Η εφηβεία αποτελεί μια πολύ σημαντική περίοδο στην πορεία της ζωής του ανθρώπου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το άτομο έχει την ανάγκη να ανήκει σε μια ομάδα που έχει τις ίδιες αξίες με αυτό και μοιράζεται κοινούς στόχους μαζί του. Μελέτες προοπτικής έχουν κάνει φανερό ότι η χρήση ουσιών από τους ομότιμους αποτελεί έναν παράγοντα που είναι πιθανό να οδηγήσει το άτομο στην προβληματική χρήση. Η ανάγκη του εφήβου να ανήκει κάπου, η πίεση που υφίσταται για ομοιογένεια και η υιοθέτηση συμπεριφορών που θα τον κάνουν αποδεκτό από την ομάδα οδηγούν πολλές φορές στην κατάχρηση ουσιών (Πουλόπουλος, 2005).

Και ενώ υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση ουσιών στη διάρκεια της εφηβείας, η ομάδα των ομότιμων παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Καθότι, οι ομότιμοι διαμορφώνουν τη στάση που θα υιοθετηθεί απέναντι στις ουσίες, ενισχύουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και τέλος διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές (Oetting & Beauvais, 1986, στο Essau, 2002).

Οι απόψεις που ενστερνίζεται η ομάδα έχουν τη δύναμη να μεταβάλουν τη στάση ενός νεοεισερχόμενου σ' αυτήν μέλους, κυρίως στην προεφηβική περίοδο, καθότι τότε είναι που εξασθενεί σημαντικά η επιρροή των γονέων, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται κατά πολύ η επιρροή του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος (Λιάππας, 2003).

Αυτή η διαδικασία, το να μεταβληθεί δηλαδή η στάση του εφήβου, καθίσταται πιο εύκολη, όταν ο έφηβος τρέφει σεβασμό για την ομάδα στην οποία ανήκει, ενώ ταυτόχρονα δε στηρίζεται από ένα στέρεο οικογενειακό περιβάλλον που του θέτει όρια και του προσφέρει εναλλακτικούς τρόπους για να αντιμετωπίσει τους προβληματισμούς του (Madden, 1979, στο Γεωργακάς, 2007).

### **2.5.6. Ο ρόλος του σχολείου**

Οι έφηβοι που κάνουν χρήση ουσιών συγκεντρώνουν αυξημένες πιθανότητες να αποξενωθούν από το σχολικό περιβάλλον. Αυτό διαφαίνεται από τις χαμηλές τους επιδόσεις στα μαθήματα, τις συχνές αποβολές τους και τις συχνές απουσίες τους (Crundal, 1993, στο Essau, 2002).

Σε μια έρευνα (Bryant et al., 2003) διαφάνηκε πως η εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών στο σχολείο, η ενθάρρυνση από τους ομότιμους αυτών των συμπεριφορών και η κακή σχολική επίδοση κατά το αρχικό στάδιο της εφηβείας, συνδέονται με τη χρήση ουσιών, καθώς και με την αύξηση της χρήσης στα επόμενα χρόνια. Από την άλλη έγινε φανερό πως το ενδιαφέρον για το σχολείο, η προσπάθεια για σχολική επιτυχία, η θετική σχέση με το σχολείο, τα σχέδια για μετέπειτα σπουδές αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες ως προς τη χρήση ουσιών, τουλάχιστον κατά το αρχικό στάδιο της εφηβείας.

Όμως, δεν έχει ακόμη διασαφηνιστεί πλήρως ο ρόλος του σχολείου στην κατάχρηση ουσιών. Το ερώτημα, αν η χρήση ουσιών οδηγεί σε εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών ή αν η αποτυχία του εφήβου να ενταχθεί στο σχολικό



περιβάλλον οδηγεί στη χρήση, παραμένει ακόμη ανοιχτό (Πουλόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πάντως μιας μελέτης (Dishion et al., 1991, στο Πουλόπουλος, 2005) οι έφηβοι που έχουν χαμηλή επίδοση στο σχολείο και δέχονται απόρριψη από τους ομότιμους που δεν εκδηλώνουν προβληματικές συμπεριφορές, εντάσσονται τελικά σε ομάδες που αποτελούνται από παρεκκλίνοντες εφήβους. Η ένταξη σε αυτές τις ομάδες επιφέρει αδιαφορία για το σχολείο, συχνές απουσίες και ακόμη χαμηλότερες επιδόσεις στα μαθήματα. Ενώ φαίνεται πως όλες αυτές οι συμπεριφορές σχετίζονται και με την κατάχρηση ουσιών.

### **2.5.7. Οι κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις**

Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι οι κοινωνικές συνθήκες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της εξάρτησης (Πουλόπουλος, 2005). Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να ειπωθεί ως συνέπεια μιας κοινωνίας που δυσλειτουργεί και οδηγεί κάποια από τα μέλη της στον κοινωνικό αποκλεισμό (Κουκουτσάκη, 2002, στο Πουλόπουλος, 2005). Καθότι η κοινωνική διαφοροποίηση εκλαμβάνεται ως παραβίαση των «ιδεατών» κοινωνικών προτύπων που επικρατούν. Έτσι, ο στιγματισμός είναι ιδιαίτερα έντονος απέναντι στα άτομα εκείνα που δε «συμμορφώνονται» σε αυτά που επιτάσσει η κυρίαρχη ομάδα. Με σκοπό τη διατήρηση της ενότητάς της, η επικρατούσα ομάδα ενστερνίζεται μια ιδεολογία, η οποία καθιστά αποδιοπομπαίο τράγο μια άλλη ομάδα που συγκεντρώνει χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν (Πουλόπουλος, 2005).

Η σημαντικότητα του ρόλου των κοινωνικών συνθηκών διαφαίνεται και από το ότι οι κανόνες που ισχύουν, καθώς και οι συνήθειες που υιοθετούνται από την κοινωνία διαμορφώνουν τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα μέλη της. Ακόμη, τα πολιτισμικά δεδομένα, τα οποία επικρατούν καθορίζουν σημαντικά τις στάσεις της εκάστοτε κοινωνικής ομάδας (Λιάππας, 2003).

Τα υψηλά ποσοστά χρήσης σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, και κυρίως στις περιοχές τους εκείνες που σημειώνονται υψηλά ποσοστά ανεργίας και περιθωριοποίησης, ενισχύει την άποψη ότι οι κοινωνικές συνθήκες συμβάλλουν στη γένεση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Αλλά και η συχνά αυξημένη χρήση ουσιών από τις εθνικές μειονότητες αυτών των χωρών αποτελεί μία ακόμη ένδειξη της κοινωνικής αιτιολόγησης αυτού του φαινομένου (Πουλόπουλος, 2005).

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την επίδραση της κοινωνίας στη χρήση ουσιών είναι οι εξής: η στάση που υιοθετεί η κοινωνία απέναντι στη χρήση μιας ουσίας, το κόστος της εκάστοτε ουσίας και η διαθεσιμότητά της. Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν το ποια άτομα θα κάνουν χρήση της ουσίας. Οι δοκιμές ή και η χρήση του καπνού και του οινοπνεύματος αποτελούν εξαιρετικά συχνό φαινόμενο στον δυτικό κόσμο. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μαριχουάνα, αλλά όχι και με την ηρωίνη. Η διαθεσιμότητα λοιπόν της ουσίας πιθανόν αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση. Αυτό το επιχείρημα το ενισχύει και το γεγονός ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά ουσιοεξάρτησης από άλλους επαγγελματίες (Jaffe et al., 1981).

Παρόλα αυτά, η διαθεσιμότητα της ουσίας και η τακτική χρήση της, δε

συνεπάγεται απαραίτητα και συνεχή χρήση ή υποτροπές. Για παράδειγμα, στον πόλεμο του Βιετνάμ, αμερικάνοι στρατιώτες έκαναν για μεγάλο χρονικό διάστημα χρήση καθαρής ηρωίνης. Όταν όμως επέστρεψαν στα σπίτια τους η συντριπτική τους πλειοψηφία έκοψε την ηρωίνη, καθότι δεν ήταν πια διαθέσιμη, αλλά και γιατί η στάση της κοινωνίας απέναντι στη χρήση της ήταν αρνητική (Jaffe et al., 1981).

Ας σημειωθεί ότι ο Bergeret (1999) διαφοροποιείται σε σχέση με τα παραπάνω. Παραδέχεται πως οι ιδιαίτερες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περιοχή και σε κάθε εποχή έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Επιλέγει όμως να αντιμετωπίζει το φαινόμενο αυτό περισσότερο ως συνέπεια της συνολικής εξέλιξης του πολιτισμού μας, παρά ως αποτέλεσμα του τρόπου που οργανώνεται η κοινωνία τοπικά. Δεν θεωρεί λοιπόν ότι σχετίζεται άμεσα η κοινωνικοπολιτική κατάσταση που επικρατεί σε κάθε περιοχή με το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης.

## **2.6. Ανακεφαλαίωση**

Στο παραπάνω κεφάλαιο, αρχικά επιχειρήθηκε να γίνει μια κατηγοριοποίηση των εθιστικών ουσιών, οι οποίες συγκαταλέγονται στις εξής κατηγορίες: Κατασταλτικές ουσίες, Οποιοειδείς ουσίες, Συμπαθητικομημιτικές ή διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης, Ψευδαισθησιογόνες, εισπνεόμενες ή πτητικές ουσίες και άλλες μη κατηγοριοποιημένες ουσίες.

Εν συνεχεία, παρουσιάστηκαν μέσω κάποιων ερευνών, τα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Όπως διαπιστώνεται και από το παραπάνω κείμενο, οι έρευνες αυτές αποτυπώνουν την κατάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών στον ελλαδικό χώρο και διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο για την έκταση και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τέλος, όπως διαφάνηκε η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα πολυαιτιολογικής προέλευσης φαινόμενο και για το λόγο αυτό θα πρέπει να εξετάζονται και να προσμετρούνται ποικίλοι αιτιολογικοί παράγοντες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Θεραπευτικά μοντέλα στην ουσιοεξάρτηση – Άξονες Θεραπείας**

#### **3.1. Εισαγωγή**

Στο παρόν κεφάλαιο επιδιώκεται να γίνει μια παρουσίαση των θεραπευτικών προγραμμάτων που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση. Θεωρήθηκε απαραίτητο να γίνει αυτό, καθότι η συμβουλευτική στον τομέα της ουσιοεξάρτησης αποτελεί κομμάτι των θεραπευτικών προγραμμάτων. Κρίθηκε σκόπιμο αρχικά να γίνει μια σύντομη αναφορά στους στόχους και στο διαχωρισμό που υφίστανται τα θεραπευτικά μοντέλα ανάλογα με την προσέγγιση την οποία ακολουθούν. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα πιο σημαντικά μοντέλα θεραπείας, καθώς και η μέθοδος που ακολουθείται σε κάθε ένα από αυτά. Τέλος, γίνεται αναφορά στη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζει τις θεραπευτικές κοινότητες, καθώς και στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού.

#### **3.2. Θεραπευτικά Μοντέλα**

Η θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων περιλαμβάνει τη συμμετοχή συμβούλων, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Όλα τα θεραπευτικά μοντέλα έχουν ως βασικούς στόχους (Πουλόπουλος, 2011):

- Την αποχή ή τη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών
- Τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας και
- Τη μείωση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία.

Τα μοντέλα αυτά διαφοροποιούνται στη χρήση υποκατάστατων, στο αν γίνεται εξωτερική παρακολούθηση ή διαμονή σε ειδικούς χώρους, στο αν είναι στεγνά, δηλαδή χωρίς τη χρήση ουσιών ή γίνεται λήψη κάποιας ουσίας για θεραπευτικούς λόγους. Θα πρέπει να τονιστεί πως δεν υπάρχει θεραπευτικό μοντέλο που να είναι τέλειο για όλους τους ουσιοεξαρτημένους. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να εξετάζεται η ιδιαιτερότητα του ασθενή, η κατάσταση στην οποία βρίσκεται, ώστε να εφαρμοστεί το κατάλληλο μοντέλο. Υπάρχουν προγράμματα που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη και άλλα στα οποία δεν είναι απαραίτητη. Οπότε υπάρχουν τα μοντέλα που στηρίζονται στις ιατροκεντρικές προσεγγίσεις και τα μοντέλα που στηρίζονται στις ψυχοκοινωνικές (Πουλόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με την ιατροκεντρική προσέγγιση η ουσιοεξάρτηση αντιμετωπίζεται ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια. Στο μοντέλο αυτό στόχος είναι να προσδιοριστούν οι βλάβες στον οργανισμό και οι αλλαγές στο μεταβολισμό που σχετίζονται άμεσα με τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει η χρόνια ή παροδική χρήση ουσιών στον ασθενή. Αφού το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζει τον ουσιοεξαρτημένο ως ασθενή, δίνει μεγάλη βαρύτητα στη χρήση φαρμακευτικής αγωγής για μεγάλο χρονικό διάστημα ή για όλη τη ζωή του. Σύμφωνα με το

μοντέλο αυτό δεν υπάρχει οριστική θεραπεία και η αγωγή χρησιμεύει στη βελτίωση της ζωής του ατόμου μέσω της συντήρησης (Πουλόπουλος, 2005).

Με τον όρο συντήρηση εννοείται η θεραπευτική αγωγή, στην οποία χρησιμοποιούνται ουσίες που υποκαθιστούν τις παράνομες ουσίες με νόμιμες, ώστε ο ασθενής πλέον να μην κινείται σε παράνομο περιβάλλον και οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζει να είναι μειωμένοι (Πουλόπουλος, 2011).

Στην περίπτωση αυτή το άτομο για να απεξαρτηθεί βρίσκεται σε μια μακροχρόνια διαδικασία αντιμετώπισης του προβλήματος της κατάχρησης ή της εξάρτησης από ουσίες, ώστε να καταφέρει να φτάσει σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας, ψυχολογικό και κοινωνικής λειτουργικότητας. Επομένως στην προσέγγιση αυτή η συμβουλευτική δε διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο, αφού το βασικό ρόλο παίζει η χρήση φαρμακευτικής αγωγής (Πουλόπουλος, 2011)

Στόχος του μοντέλου της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης είναι να δοθεί έμφαση στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ώστε να γίνει ψυχική απεξάρτηση και αποθεραπεία του ατόμου (Πουλόπουλος, 2005).

Με τον όρο ψυχική απεξάρτηση εννοείται ότι το άτομο έχει περάσει από κάποια στάδια επιτυχώς, όπως είναι η σωματική αποτοξίνωση, η αντιμετώπιση του στερεοτικού συνδρόμου καθώς και αποχή από τη λήψη οποιασδήποτε νόμιμης ή παράνομης ουσίας (π.χ. μεθαδόνη ή ηρωίνη) (Πουλόπουλος, 2005).

Όλη αυτή η κατάσταση είναι μια επίπονη διαδικασία για ένα άτομο και τις περισσότερες φορές απαιτείται μακρόχρονη θεραπεία. Ορισμένα άτομα χρειάζονται περισσότερο χρόνο και αρκετές προσπάθειες με συνεχείς υποτροπές και άλλα λιγότερο χρόνο για να φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα που είναι το στάδιο της αποθεραπείας. Για να φτάσει ένας χρήστης ουσιών στο στάδιο της αποθεραπείας, πρέπει πρώτα να έχει επέλθει η σωματική αποτοξίνωση, ψυχική απεξάρτηση και επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Δηλαδή θα πρέπει να μην κάνει λήψη οποιασδήποτε ουσίας, να μην παρουσιάζει παραβατική συμπεριφορά και τέλος να έχει επαγγελματική απασχόληση (Πουλόπουλος, 2011).

### **3.2.1. Μοντέλα με φαρμακευτική υποστήριξη**

Τα μοντέλα αυτά στηρίζονται στη χρήση φαρμακευτικών ουσιών και μπορούν να χωριστούν σε δύο επιμέρους υποενοτήτες: α) στα προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα και β) στα προγράμματα με ανταγωνιστές (Γρίβας, 2002).

#### **➤ Προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα**

Η θεραπευτική αγωγή με "υποκατάστατα," δηλαδή με φάρμακα που υποκαθιστούν το κύριο φάρμακο στο οποίο συνήθισε ο τοξικομανής, παρουσιάζεται ως επίτευγμα των τελευταίων δύο δεκαετιών. Εδώ και μερικά χρόνια η μεθαδόνη παρέχεται σε ευρύτατη κλίμακα στους "ναρκομανείς". Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές του 1970, οι ερευνητές, Dr. Νύσγουάντερ και Ντόουλ αντιλήφθηκαν σε σχετικές εργασίες αποτοξίνωσης ηρωινομανών, ότι η μεθαδόνη είχε την ιδιότητα να ενεργεί σαν καλό υποκατάστατο της ηρωίνης, και επιπρόσθετα δεν ακινητοποιούσε τον τοξικομανή μετά τη χρήση της. Συγκεκριμένα, ο ηρωινομανής μπορούσε να παίρνει την δόση του πρωί και να ασχολείται με τις καθημερινές του δουλειές απρόσκοπτα και

παραγωγικά, χωρίς να αισθάνεται την ακατανίκητη ανάγκη να χρησιμοποιήσει ηρωίνη. Αρχικά, το συνθετικό φάρμακο μεθαδόνη προσφερόταν στους ναρκομανείς σε δισκία (χαπάκια), τα οποία μπορούσαν να τα πάρουν το πρωί από την ειδική κλινική τους και να συνεχίζουν κανονικά τις ασχολίες της ημέρας τους (Γαζγαλίδης, 2003).

Η εισαγωγή της μεθαδόνης ως αποτελεσματικού υποκατάστατου για τους ηρωινομανείς έχει φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ταυτόχρονα όμως δημιουργεί και μια νέα κατηγορία “ναρκομανών”, τους μεθαδομανείς. Η πλούσια εμπειρία προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες οδήγησε τα Ιδρύματα που ασχολούνται με τα “ναρκωτικά” να καθιερώσουν το ολοκληρωτικό πρόγραμμα θεραπείας, στο οποίο, ενώ ο τοξικομανής “παίρνει” τη μεθαδόνη προσπαθώντας να αποτινάξει τη φοβερή εξάρτηση από την ηρωίνη, ειδικευμένο προσωπικό του παρέχει τις απαιτούμενες ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και επαγγελματικές βοήθειες επανένταξης του στην κοινωνία (Πιπερόπουλος, 2005).

Η μεθαδόνη είναι συνθετικό οπιοειδές αποτελεσματικό στην θεραπεία του στερητικού συνδρόμου οπιοειδών γιατί έχει δράση μακράς διάρκειας και προκαλεί λίγη ευφορία. Χρησιμοποιείται κυρίως ενδονοσοκομειακά αλλά και εξωνοσοκομειακά σε ειδικές κλινικές. Η δόση ρυθμίζεται στη μικρότερη δυνατή που μπορεί να καταστείλει τα συμπτώματα και μετά μειώνεται κατά 5mg κάθε μέρα έως ότου διακοπεί. Η κατάσταση του ασθενή ελέγχεται με τα αντικειμενικά σημεία -πίεση, θερμοκρασία, καρδιακός ρυθμός- και όχι με τα υποκειμενικά συμπτώματα. Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι μία θεραπευτική προσέγγιση, όπου σε ειδικές κλινικές μεθαδόνης χορηγείται στους χρήστες μεθαδόνη από το στόμα σε δόσεις μέχρι 120mg την ημέρα και ελέγχονται τα επίπεδα της στα ούρα ή και στο αίμα σε τακτά διαστήματα. (Πιπερόπουλος, 2005)

Τα προγράμματα που περιλαμβάνουν τη χορήγηση μεθαδόνης, μπορούν να διαρκέσουν από κάποιες εβδομάδες μέχρι πολλά έτη, ενώ υπάρχουν δύο προγράμματα μεθαδόνης (Πουλόπουλος, 2011):

- Τα προγράμματα υποκατάστασης με σκοπό την αλλαγή και
- Τα προγράμματα συντήρησης με στόχο να μειωθεί η βλάβη.

Η βουπρενορφίνη, ένα παράγωγο της θηβαΐνης, είναι μερικώς αγωνιστής των οπιοειδών με μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ που την καθιστά ελκυστική ως φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Τέλος, να αναφερθεί ότι ως υποκατάστατο ενάντια στα οπιοειδή τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και μια νέα φαρμακευτική ουσία, το LAAM (L- Alpha- Acetyl-Methadol). Δεδομένου ότι δρα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, χορηγείται μόλις τρεις φορές την εβδομάδα, για το λόγο αυτό φαίνεται να υπερτερεί της μεθαδόνης και μειώνεται ο κίνδυνος για λήψη υπερβολικής δόσης όπως συμβαίνει με τη χορήγηση μεθαδόνης (Γρίβας, 2002).

### ➤ Προγράμματα με ανταγωνιστές

Είναι σύνθητες φαινόμενο τα απεξαρτημένα άτομα μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος να υποτροπιάζουν. Ένας τρόπος για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού και της προστασίας των πρώην χρηστών είναι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής με ανταγωνιστές

οπιοειδών ουσιών. Παρατηρήθηκε ότι τα φαρμακευτικά αυτά σκευάσματα μπορούν να αναστρέψουν μερικές από τις επιδράσεις που έχει η χρήση οπιοειδών ουσιών στον οργανισμό και να εξαλείψουν το στερητικό σύνδρομο που βιώνουν (Λιάππας, 2003).

Κάποιες από τις φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου είναι η κλονιδίνη και η ναλτρεξόνη (Leri, 2003).

- Κλονιδίνη

Παραμένει το αποτελεσματικότερο μη οπιοειδές φάρμακο για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, πιθανότατα μέσω της καταστολής της νοραδρενεργίνης, υπερδραστηριότητας που φαίνεται ότι διαμεσολαβεί τη στερητική αντίδραση, δεν προκαλεί ευφορία ούτε εξάρτηση. Η χρήση της δεν περιορίζεται σε πρωτόκολλα σωματικής αποτοξίνωσης, έχει θέση σε κάθε σύνδρομο από στέρηση οπιοειδών (ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη και άλλων αναλγητικών) και χρησιμοποιείται τόσο στο πλαίσιο προγραμματισμένης διακοπής αυτών όσο και ως συμπτωματική ανακούφιση ή και επικουρικά στις θεραπείες με ανταγωνιστές (Leri, 2003).

- Ναλτρεξόνη

Είναι ένας ανταγωνιστής των οπιοειδών που δεσμεύει τους υποδοχείς οπιοειδών και έτσι αποτρέπει το ανέβασμα που δίνει η τοξίκωση από τα οπιοειδή. Η ιδιότητά της αυτή χρησιμοποιείται στη θεραπεία συντήρησης γιατί αποτρέπει την αναζήτηση του οπιοειδούς, καθώς η χρήση του δεν προκαλεί πια ευχαρίστηση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο ταχείας ή και υπερταχείας αποτοξίνωσης με τη χρήση ανταγωνιστή, είτε ως προφυλαχτική αγωγή, είτε μετά την υποχώρηση του στερητικού συνδρόμου. Η θεραπεία συνίσταται στην άμεση χορήγηση ναλτρεξόνης σε νοσηλεύομενους ασθενείς, με παράλληλη ανακούφιση του επαγόμενου συνδρόμου στέρησης με τη χρήση κλονιδίνης, αντιφλεγμονωδών και βενζοδιαζεπινών. Η θεραπεία αυτή προκαλεί μεγάλη δυσφορία στον ασθενή και πρέπει να γίνεται από κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό (Leri, 2003).

### 3.2.2. Μοντέλα σωματικής αποτοξίνωσης

Με τη διακοπή των εξαρτησιογόνων ουσιών ο οργανισμός του εξαρτημένου ατόμου αποσταθεροποιείται για λίγο χρονικό διάστημα. Τα συμπτώματα διακοπής των ουσιών εξαρτώνται από το είδος της ουσίας που διεκόπη, και περιλαμβάνουν πόνο, πυρετό, ρίγη, διάρροια, καταρροή και ψυχική αναστάτωση (Πουλόπουλος, 2011).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι οι χρήστες που κάνουν χρήση κάποιας οπιοειδούς ουσίας τα στερητικά συμπτώματα που εμφανίζουν μετά τη διακοπή της είναι λιγότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τα συμπτώματα των χρηστών που κάνουν χρήση αλκοόλ, καθώς η απότομη διακοπή τους μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο καρδιακό σύστημα θέτοντας με αυτόν τον τρόπο τη ζωή του ατόμου σε κίνδυνο. Τα προγράμματα που ασχολούνται με τη σωματική αποτοξίνωση μπορεί να περιλαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ για τα οπιοειδή μπορεί να χορηγηθεί μεθαδόνη, ενώ για το αλκοόλ χρησιμοποιούνται οι βενζοδιαζεπίνες), αλλά μπορεί και όχι όταν πραγματοποιούνται στο πλαίσιο

κάποιας θεραπευτικής κοινότητας, όπου εφαρμόζεται συνεχής συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία (Πουλόπουλος, 2011).

Η σωματική απεξάρτηση αποτελεί το προστάδιο της ψυχικής απεξάρτησης. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η σωματική απεξάρτηση αποτελεί το πρώτο στάδιο της θεραπείας από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Πουλόπουλος, 2011).

### **3.2.3. Μοντέλα ψυχικής απεξάρτησης**

Για να επιτευχθεί η ψυχική απεξάρτηση θα πρέπει να περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική. Η θεραπευτική διαδικασία θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Ως ψυχοθεραπεία, όσο κι αν είναι δύσκολο να την ορίσει κανείς, εννοείται βασικά μία μέθοδος επεξεργασίας ψυχολογικών διαδικασιών, που θεμελιώνεται πάνω στην ψυχοθεραπευτική σχέση και έχει ως κύριο εργαλείο της είτε το λόγο, είτε άλλες μορφές έκφρασης (Μάτσα, 2001).

Δεν υπάρχει ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας, κοινό για όλους τους τοξικοεξαρτημένους και όλους τους ψυχοθεραπευτές. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές σχολές και 200 έως 300 μορφές ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος στην απεξάρτηση, συνδέεται καθοριστικά με τη μέθοδο προσέγγισης και κατανόησης της ίδιας της τοξικοεξάρτησης (Μάτσα, 2001).

Η ένταξη του τοξικοεξαρτημένου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, ατομική και ομαδική, πρέπει να πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις, που αυτές δεν είναι άλλες από το κίνητρο του ίδιου του ατόμου και την αποχή του από τις ουσίες. Μέσω της ψυχοθεραπείας, ο τοξικοεξαρτημένος πρέπει να γίνει ικανός να εκφράσει ο ίδιος, αρχικά στον ψυχοθεραπευτή του και μετά στους άλλους, όλους τους φόβους που υπάρχουν μέσα του και τον παραλύουν, τις ενοχές, τις πράξεις ή και τις σκέψεις του, το θυμό του για τα πρόσωπα της οικογένειας ή άλλα πρόσωπα, που έχουν εμπλακεί σε φορτισμένες με έντονα συναισθήματα καταστάσεις, τις οποίες ο ίδιος έχει βιώσει στο παρελθόν, το μακρινό ή και το πρόσφατο (Μάτσα, 2001).

Μέσω διάφορων μηχανισμών, που η λειτουργία και ο ρόλος τους θα αποκαλυφθούν στην πορεία της ψυχοθεραπείας, όλα αυτά τα συναισθήματα και οι σκέψεις, όπου κυριαρχεί το στοιχείο της αρνητικότητας, θα πάρουν πιο ξεκάθαρη μορφή και θα αλλάζουν χαρακτήρα. Έτσι η προοδευτική επικράτηση του θετικού στοιχείου θα γίνει ο ενεργητικός παράγοντας απόσπασής του από την παραίτηση και την απραξία (Μάτσα, 2001).

Η ψυχική απεξάρτηση απαιτεί συνήθως τη συμμετοχή σε θεραπευτικές κοινότητες που περιλαμβάνουν προγράμματα διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης (Μάτσα, 2001).

### **3.2.4. Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης**

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χρήση φαρμάκων συνδυάζουν διάφορες μορφές συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας και οικογενειακής

υποστήριξης και σε αυτά τα προγράμματα συμμετέχουν συνήθως χρήστες που κάνουν ελαφριά χρήση ουσιών, η εμπλοκή του με τον νόμο δεν είναι τόσο έντονη και έχουν ισχυρό υποστηρικτικό περιβάλλον (Πουλόπουλος, 2005).

### **3.2.5. Προγράμματα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος**

Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών (U.N., 2003, στον Πουλόπουλο, 2005), παρόλο που αρκετοί χρήστες ουσιών καταφέρνουν να αποτοξινωθούν κατά την διάρκεια παραμονής τους στα σωφρονιστικά καταστήματα, ελάχιστα είναι τα άτομα που δεν υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος. Συνήθως το 92%-98% των ατόμων που δεν έλαβαν καμία θεραπεία όσο ήταν έγκλειστοι, υποτροπίασαν μέσα στον επόμενο χρόνο. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ξαναβρέθηκαν στη φυλακή μέσα στον επόμενο χρόνο μετά την αποφυλάκισή τους. Η θεραπεία στα πλαίσια των σωφρονιστικών καταστημάτων είναι ακόμη πιο δύσκολη, καθώς τα άτομα πρέπει να δέχονται κατάλληλη υποστήριξη και μετά την αποφυλάκισή τους.

### **3.2.6. Θεραπευτικές Κοινότητες**

Στόχος των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι η αποχή του τοξικομανή από τη χρήση ουσιών και η εγκατάλειψη της παραβατικής συμπεριφοράς. Η παραμονή στις θεραπευτικές κοινότητες ποικίλει από 6-12 μήνες και ακολουθεί η διάρκεια της επανένταξης σε ανάλογο χρονικό διάστημα. Οι θεραπευτικές κοινότητες γενικά έχουν δεχτεί θετικές κριτικές, αφού τα αποτελέσματά τους είναι εντυπωσιακά και όχι μόνο όσον αφορά τη διακοπή της χρήσης ουσιών, αλλά και όσον αφορά την αντιμετώπιση διάφορων οικονομικών, κοινωνικών και οικογενειακών προβλημάτων των τοξικομανών. Από την άλλη το μειονέκτημα των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ότι μπορούν να δεχτούν μικρό αριθμό χρηστών (Πουλόπουλος, 2005).

Στη θεραπευτική κοινότητα εφαρμόζονται κατά κανόνα η μέθοδος της αυτοβοήθειας, δηλαδή ιδρύονται κοινότητες στα οποία δρουν και εργάζονται τοξικομανείς υπό την επίβλεψη, βέβαια, ειδικών επιστημόνων. Σήμερα στην χώρα μας λειτουργούν συνολικά 22 θεραπευτικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής παραμονής. Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρέχουν ψυχο-κοινωνικού τύπου θεραπευτική βοήθεια, δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτική υποκατάσταση και διαθέτουν περίπου 600 θέσεις. Υπάρχουν και 4 μονάδες που εφαρμόζουν φαρμακευτική θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και διαθέτουν 650 περίπου θέσεις (Πιπερόπουλος, 2005).

Η βάση των προγραμμάτων της αυτοβοήθειας είναι η ακόλουθη: η προσωπική ευθύνη του κάθε εξαρτημένου αποτελεί δυναμικό στοιχείο της όλης θεραπευτικής αγωγής. Η κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία της Θεραπευτικής Κοινότητας αποδέχεται ότι το άτομο έχει υιοθετήσει ένα σύστημα αξιών από το οποίο λείπει η έννοια της προσωπικής ευθύνης και συνέπειας, και έτσι η συμπεριφορά του παρουσιάζεται ανεύθυνη προς την οικογένειά του, προς τους συνανθρώπους του και ολέθρια για το ίδιο το άτομο. Η έλλειψη ευθύνης και συνέπειας οδηγεί το άτομο στην ανακάλυψη εύκολων τρόπων συμβιβασμού τόσο με την υποκειμενική, προσωπική όσο και με την αντικειμενική πραγματικότητα.



Αποφεύγοντας την πλήρωση του κοινωνικού ρόλου του με συνέπεια, και την υπεύθυνη ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών, το άτομο επιλέγει το δρόμο της φυγής από όλες τις ευθύνες του, αφετηρία του οποίου είναι ο πειραματισμός με τα ναρκωτικά και με άλλα φάρμακα και τέρμα η εμπλοκή στο αδυσώπητο σύμπλεγμα της οργανικής εξέως και ψυχολογικής εξάρτησης από τα φάρμακα (Πιπερόπουλος, 2005).

Ευνόητο είναι συνεπώς ότι τα προγράμματα αυτοβοήθειας των θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρούν την εξάρτηση από ουσίες ως σύμπτωμα σοβαρότερων προβλημάτων κοινωνικο-ψυχολογικής προσαρμογής του ατόμου, τα οποία έχουν ως επίκεντρο την ανικανότητα του ατόμου να ζήσει την πραγματικότητα και να αποδεχθεί τα δεδομένα προσπαθώντας να αλλάξει μόνο εκείνα τα πράγματα και τις καταστάσεις που επιδέχονται αλλαγές (Πιπερόπουλος, 2005).

Θεωρητική υποδομή, επίσης της φιλοσοφίας της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι η αναγνώριση του γεγονότος ότι το εξαρτημένο άτομο είναι ουσιαστικά ένας ασθενής, ένα άτομο δηλαδή που χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια και όχι ένας παράνομος τύπος, η συμπεριφορά του οποίου απαιτεί αποκλειστικά και μόνο τιμωρία, πρόστιμο και φυλάκιση (Πιπερόπουλος, 2005).

### **3.3. Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας στις θεραπευτικές κοινότητες.**

#### **3.3.1. Η διεπιστημονική ομάδα**

Η περίοδος κρίσης που βιώνει τα τελευταία χρόνια η χώρα μας και τα μέτρα λιτότητας που λαμβάνονται δεν θα μπορούσαν να μην επηρεάσουν και τους φορείς που σχετίζονται με την απεξάρτηση των εξαρτημένων ατόμων από τα ναρκωτικά. Ωστόσο περισσότερο από κάθε άλλη φορά είναι επιτακτική ανάγκη, τόσο οι αρμόδιες υπηρεσίες, όσο και το επιστημονικό προσωπικό που τις απαρτίζει, να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στα νέα φαινόμενα που σχετίζονται με τις εξαρτήσεις και να είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων για θεραπεία που συνεχώς αυξάνει (Πουλόπουλος, 2011).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στις θεραπευτικές κοινότητες, καλούνται να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες των χρηστών και στις πολιτικές πιέσεις για αποτελεσματικές υπηρεσίες με το μικρότερο δυνατόν κόστος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί από τους ειδικούς με την εξειδικευμένη γνώση που διαθέτουν γύρω από το θέμα της ουσιοεξάρτησης και έχοντας γνώση της κοινωνικής και πολιτικής πραγματικότητας. Αναγνωρίζοντας τις δυσκολίες που ενυπάρχουν γύρω από το θέμα των εξαρτήσεων και την αντιμετώπιση του φαινομένου, θεωρείται απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, καθώς μόνο το θεωρητικό υπόβαθρο και μια ελάχιστη εμπειρία δεν αρκούν (Πουλόπουλος, 2011).

Ακόμη, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συμμετέχουν και ως μέλη στη διεπιστημονική ομάδα (όπως ονομάζεται και στην κοινότητα η θεραπευτική ομάδα), στην οποία συμμετέχουν, ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός,

νοσηλεύτης και εργοθεραπευτής. Ρόλος τους είναι η λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού φέρνοντας στην ομάδα πολύτιμες πληροφορίες, και η σύνδεση των ατόμων που βρίσκονται στο περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου με το πρόγραμμα (Πουλόπουλος, 2011).

### 3.3.2. Ρόλοι και ευθύνες

Ο ρόλος του προσωπικού που απαρτίζει τις θεραπευτικές κοινότητες είναι συντονιστικός, ενώ στοχεύει επίσης στο να δημιουργεί τις συνθήκες μέσα από τις οποίες τα άτομα να επιδιώκουν την αλλαγή. Ακόμη αναθέτει εργασίες, εποπτεύει τις ομάδες και αξιολογεί την πορεία των μελών. Επιπρόσθετα, παρέχει συμβουλευτική σε ατομικό επίπεδο, προσπαθεί να αναπτύξει τα κοινωνικά δίκτυα των μελών μέσα από κοινωνικής φύσης δρώμενα, οργανώνει και εποπτεύει τις θεραπευτικές ομάδες (Πουλόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με τον Rogers (1991) αναφορικά με την ομαδική θεραπεία, η στάση που θα κρατήσει ο θεραπευτής στη θεραπευτική σχέση είναι πιο σημαντική από τις τεχνικές που θα χρησιμοποιήσει. Η στάση αυτή περιλαμβάνει την κατανόηση του ατόμου, μπαίνοντας στη θέση του και κατανοώντας τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται, τη θετική αντιμετώπιση και τη συμφωνία. Δηλαδή ένας θεραπευτής πρέπει να είναι αυθεντικός, να μη διακατέχεται από κριτική στάση και να έχει ενσυναίσθηση.

Τέλος, σε μία θεραπευτική κοινότητα ο θεραπευτής πρέπει να έχει εμπιστοσύνη στο άτομο και να πιστεύει σε αυτό και ότι μπορεί μέσα από αυτή την διαδικασία να καταφέρει και να αλλάξει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του (Πουλόπουλος, 2011).

## 3.4. Ανακεφαλαίωση

Στο ανωτέρω κεφάλαιο επιχειρήθηκε μια παρουσίαση των θεραπευτικών μοντέλων που εφαρμόζονται στο τομέα της ουσιοεξάρτησης. Ποιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την προσέγγιση που ακολουθεί το κάθε μοντέλο, υπάρχει και ο ανάλογος διαχωρισμός. Έτσι τα μοντέλα κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: α) στην Ιατροκεντρική προσέγγιση σύμφωνα με την οποία το ουσιοεξαρτημένο άτομο αντιμετωπίζεται ως ασθενής και ως αποτέλεσμα αυτού δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του ατόμου και β) στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση που στοχεύει στην αποθεραπεία του ατόμου δίνοντας έμφαση στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Στην συνέχεια, έγινε αναφορά στα μοντέλα θεραπείας τα οποία διαχωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: α) μοντέλα με φαρμακευτική υποστήριξη στα οποία υπάγονται τα προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα και τα προγράμματα με ανταγωνιστές, β) μοντέλα σωματικής αποτοξίνωσης, γ) μοντέλα ψυχικής απεξάρτησης, δ) προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης και ε) προγράμματα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού καταστήματος. Όπως αναφέρθηκε, όλα τα μοντέλα είναι εξίσου σημαντικά, καθώς ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, υπάρχει και η ανάλογη παραπομπή στο κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Τέλος, έγινε μια σύντομη αναφορά για τις ευθύνες και ρόλο που αναλαμβάνουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής κοινότητας καθώς και ποια είναι η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στην διεπιστημονική ομάδα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **Η συμβουλευτική στον τομέα της ουσιοεξάρτησης**

#### **4.1. Εισαγωγή**

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η συμβουλευτική που εφαρμόζεται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Θεωρήθηκε απαραίτητο στην αρχή αυτού του κεφαλαίου να αναλυθεί συνοπτικά το τι είναι η συμβουλευτική και ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου. Στη συνέχεια, το κεφάλαιο επικεντρώνεται αποκλειστικά στη συμβουλευτική των ουσιοεξαρτήσεων, η οποία και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της παρούσας μελέτης. Έτσι, παρουσιάζονται τα πιο σημαντικά μοντέλα της εξάρτησης, οι θεωρίες της συμβουλευτικής και η διαδικασία της συμβουλευτικής στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, τα μοντέλα της πρόληψης της υποτροπής και της συνέντευξης της κινητοποίησης, τα οποία θεωρούνται πολύ σημαντικά στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης, οι ομάδες αυτοβοήθειας, και τέλος το παρόν κεφάλαιο αναφέρεται συνοπτικά στις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε μια ιδιαίτερη κατηγορία των εξαρτημένων ατόμων, αυτών που χαρακτηρίζονται από διπλή διάγνωση.

#### **4.2. Η Έννοια και το περιεχόμενο της συμβουλευτικής – Ο ρόλος του συμβούλου**

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα της Συμβουλευτικής σχετίζεται άμεσα με τον ορισμό της. Το γεγονός αυτό διαπιστώνεται και από τις σημαντικές διαφορές και διαφωνίες που υφίστανται μεταξύ των ειδικών. Οι διαφορές απόψεων συνήθως σχετίζονται μεταξύ της έννοιας και του περιεχομένου της συμβουλευτικής, και αυτών που εμφανίζονται να γίνονται πράξη Συμβουλευτικής (Δημητρόπουλος, 2002).

Ωστόσο κατά γενική ομολογία η Συμβουλευτική θα μπορούσε να οριστεί πάνω σε τρεις άξονες αναφοράς: α) στη λειτουργία και τη δομή της, β) στον επιστημονικό χαρακτήρα της, και γ) στο σκοπό της (Δημητρόπουλος, 2002).

Αναφορικά με τον πρώτο άξονα θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε κάθε συμβουλευτική παρέμβαση υπάρχει μια ιεράρχηση ως προς τον τρόπο που διεξάγεται η ανωτέρω διαδικασία και αυτή είναι η ακόλουθη (Δημητρόπουλος, 2002):

- ✓ Υπάρχει ένα άτομο (πελάτης) το οποίο αδυνατεί σε κάποια στιγμή της ζωής του να αντιμετωπίσει μια προβληματική κατάσταση.
- ✓ Στην συνέχεια έρχεται σε επαφή με κάποιον ειδικό (τον σύμβουλο) επειδή θεωρεί ότι διαθέτει την απαιτούμενη γνώση και κατάρτιση για να τον βοηθήσει
- ✓ Το φερόμενο ως πρόβλημα που έχει το άτομο αντιμετωπίζεται και επιλύεται κατά την διάρκεια της παρέμβασης

- ✓ Μέσα από αυτήν την διαδικασία αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη συμβουλευτική σχέση
- ✓ Η σχέση αυτή αναπτύσσεται σε ένα πλαίσιο που ευνοεί και διευκολύνει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης με την κατάλληλη επιστημονική μεθοδολογία.
- ✓ Καταλυτικό ρόλο παίζει και η αξιολόγηση προσανατολισμένη πάντοτε προς τον σκοπό της συμβουλευτικής
- ✓ Τέλος, πρέπει να ακολουθούνται ορισμένες βασικές αρχές και να τηρείται ο κώδικας δεοντολογίας κατά την εφαρμογή της συμβουλευτικής

Όσον αφορά τον δεύτερο άξονα η Συμβουλευτική δεν αποτελεί από μόνη της ανεξάρτητη επιστήμη, ωστόσο όμως είναι ένα ξεχωριστό γνωστικό αντικείμενο και ένας ξεχωριστός επιστημονικός χώρος που εξελίσσεται συνεχώς (Δημητρόπουλος, 2002).

Τέλος, για τον τρίτο κατά σειρά άξονα που σχετίζεται με το σκοπό της συμβουλευτικής έχει ιδιαίτερη σημασία να τονιστεί πως η έννοια και ο σκοπός της συμβουλευτικής κατανοούνται μέσα από την μελέτη της θεωρίας και της φιλοσοφίας της και όχι μέσα από τους ορισμούς (Liggon, et al., στο Δημητρόπουλος, 2002).

Κλείνοντας, αναφορικά με τον ρόλο των συμβούλων, συγκεκριμένα στη συμβουλευτική των εξαρτήσεων, αυτοί θα πρέπει να διακατέχονται από κάποιες κοινές διεπιστημονικές βάσεις που είναι η γνώση και η στάση. Οι λειτουργικές δεξιότητες μπορεί να ποικίλουν στους διάφορους επιστημονικούς κλάδους, η γνώση και η στάση όμως θέτουν τις βάσεις στον χώρο της εξάρτησης (ΑΤΤC, 2000). Οι βάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες (ΑΤΤC, 2000):

- A) Η κατανόηση της εξάρτησης
- B) Η θεραπευτική γνώση
- Γ) Η εφαρμογή στην πράξη και
- Δ) Η επαγγελματική ετοιμότητα.

A) Η κατανόηση της εξάρτησης

Θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τα προβλήματα που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση και να κατανοεί τα θεωρητικά μοντέλα της εξάρτησης. Ακόμη να μπορεί να διακρίνει και να αναγνωρίζει την επίδραση του κοινωνικού, οικονομικού, πολιτισμικού και πολιτικού πλαισίου μέσα στο οποίο δρα το άτομο και να τα διαχειρίζεται αναλόγως (ΑΤΤC, 2000).

B) Η θεραπευτική γνώση

Να μπορεί να αναγνωρίζει το σπουδαιότητα και τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια, τα εκάστοτε κοινωνικά δίκτυα και τα συστήματα μιας κοινότητας για τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Καθώς και να κατανοεί τη συνεισφορά της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αποτελεσματικότερη θεραπεία (ΑΤΤC, 2000).

Γ) Η εφαρμογή στην πράξη

Να μπορεί να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τη σημασία των αναγνωρισμένων διαγνωστικών κριτηρίων για τις διαταραχές της χρήσης ουσιών να παρέχει την κατάλληλη θεραπεία που να αρμόζει στην ταυτότητα και την ιδιοσυγκρασία του πελάτη και να είναι έτοιμος να αναγνωρίσει μια υποβόσκουσα διαταραχή σε περίοδο κρίσης (ΑΤΤC, 2000).

Δ) Η επαγγελματική ετοιμότητα

Τέλος, να φροντίζει και να αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα της εποπτείας και της συνεχούς εκπαίδευσης όσον αφορά στην παροχή των υπηρεσιών απέναντι στους πελάτες, την υποχρέωση του να παραμένει πιστός στις ηθικές αρχές που σχετίζονται με την παροχή βοήθειας, και τέλος να κατανοεί τη διαφορετική κουλτούρα και την επιρροή που μπορεί να έχουν στη στάση και τη συμπεριφορά του (ATTC, 2000).

### **4.3. Η συμβουλευτική στον τομέα της ουσιοεξάρτησης - Μοντέλα της εξάρτησης**

Στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα ο σύμβουλος καλείται να επιλέξει ένα μοντέλο της εξάρτησης, ώστε με βάση αυτό να αξιολογεί το πρόβλημα του πελάτη και να σχεδιάζει τη θεραπεία του. Κάθε ένα από τα μοντέλα της εξάρτησης προσφέρει τη δική του οπτική για το φαινόμενο της εξάρτησης, παρέχει την αιτιολογία της εξάρτησης, προτείνει ένα είδος θεραπείας, ενώ αποδέχεται και τονίζει συγκεκριμένους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν και επηρεάζουν το φαινόμενο αυτό (McHugh et al., 1979, στο Miller, 2005).

Παρακάτω θα αναλυθούν συνοπτικά κάποια από τα πιο σημαντικά μοντέλα της εξάρτησης, δηλαδή το ηθικό μοντέλο (moral model), τα ψυχολογικά μοντέλα (psychological models), τα κοινωνικοπολιτισμικά μοντέλα (sociocultural models), το ιατρικό μοντέλο (medical model), το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (biopsycosocial model) και το μοντέλο της μείωσης της βλάβης (harm reduction model).

#### **4.3.1. Το Ηθικό Μοντέλο (Moral Model)**

Το ηθικό μοντέλο αποτελεί το πρώτο μοντέλο του αλκοολισμού. Πρεσβεύει πως η αιτία του αλκοολισμού πρέπει να αναζητείται στις προσωπικές επιλογές του ατόμου, καθότι εξαρτάται από το ίδιο το άτομο το αν θα επιλέξει ή όχι να κάνει χρήση ουσιών. Το μοντέλο αυτό θεωρεί ότι η ουσιοεξάρτηση προκύπτει ως αποτέλεσμα εκούσιας καταπάτησης των κοινωνικών κανόνων (Pita, 2004). Πρόκειται για ένα μοντέλο που δεν επιδιώκει τη θεραπεία του ατόμου, αλλά την τιμωρία του (McHugh et al., 1979, στο Miller, 2005).

#### **4.3.2. Τα Ψυχολογικά Μοντέλα (Psychological Models)**

Οι 3 πιο σημαντικές ψυχολογικές θεωρίες είναι η ψυχοδυναμική θεωρία, η θεωρία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και η θεωρία της συμπεριφορικής μάθησης. Παρά τις διαφορές τους, και οι 3 αυτές θεωρίες ασπάζονται την άποψη ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση πρέπει να αλλάξουν, ώστε η θεραπεία να καταστεί αποτελεσματική (Miller, 2005).

Η ψυχοδυναμική θεωρία δίνει έμφαση στην παθολογία των εξαρτημένων ατόμων και σκοπεύει στο να ανασύρει στην επιφάνεια τις ασυνείδητες συγκρούσεις τους. Η θεραπεία όμως που βασίζεται σε αυτήν τη θεωρία δε

θεωρείται αρκούντως αποτελεσματική, καθότι αυτές οι ασυνείδητες συγκρούσεις θεωρούνται αναλλοίωτες (Zimberg, 1985, στο Miller, 2005).

Η θεωρία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας πρεσβεύει ότι η προσωπικότητα των εξαρτημένων ατόμων χαρακτηρίζεται από κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτό συνεπάγεται ότι η ανάκαμψη των εξαρτημένων ατόμων προϋποθέτει την αναδόμηση της προσωπικότητάς τους (Pita, 2004). Σύμφωνα με τον Mc Hugh et al. (1979, στο Miller, 2005) εξαιτίας του ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά θεωρούνται αμετάβλητα, η θεραπεία που προτείνει αυτή η θεωρία δεν κρίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Η θεωρία της συμπεριφορικής μάθησης πρεσβεύει ότι τα προβλήματα με τις εξαρτησιογόνες ουσίες δεν αποτελούν τίποτα άλλο παρά μαθημένες συνήθειες (βλ. στο κεφ. 2). Ότι δηλαδή οι άνθρωποι μαθαίνουν να κάνουν χρήση ουσιών, επειδή με αυτόν τον τρόπο δέχονται ανταμοιβή. Ανταμείβονται δηλαδή από την ίδια την εξαρτησιογόνα ουσία, επειδή για παράδειγμα τους μειώνει την ένταση. Η ενισχύεται η συμπεριφορά της χρήσης, για παράδειγμα από τους συνομήλικούς τους (Pita, 2004).

Ακολουθώντας αυτήν τη θεωρία λοιπόν, ο σύμβουλος εξετάζει πώς ακριβώς ενισχύεται ο πελάτης, μέσω της χρήσης των ουσιών. Στην περίπτωση, για παράδειγμα, που ο σύμβουλος διαπιστώνει ότι ο πελάτης του είναι ψυχολογικά εξαρτημένος από μια ουσία, επειδή μέσω αυτής ανακουφίζεται από το άγχος, τότε εντάσσει στο σχέδιο θεραπείας του πελάτη του την εκμάθηση δεξιοτήτων χαλάρωσης. Η θεωρία αυτή κρίνεται ως η πιο αποτελεσματική από τις 3 θεωρίες των ψυχολογικών μοντέλων, καθότι οι ενισχύσεις μπορούν εύκολα να αλλάξουν (Miller, 2005).

#### **4.3.3. Τα Κοινωνικοπολιτισμικά Μοντέλα ( Sociocultural Models)**

Τα κοινωνικοπολιτισμικά μοντέλα πρεσβεύουν ότι η γενεσιουργός αιτία της ουσιοεξάρτησης και ο τροφοδότης της πρέπει να αναζητούνται στις κοινωνικές δυνάμεις και στο κοινωνικό περιβάλλον. Η θεραπεία που βασίζεται σε αυτά τα μοντέλα επιδιώκει την αλλαγή τόσο των κοινωνικών δυνάμεων όσο και του κοινωνικού περιβάλλοντος των εξαρτημένων ατόμων (Miller, 2005).

Ένα κοινωνικοπολιτισμικό μοντέλο, το οποίο θα αναφερθεί εδώ, είναι η θεωρία του άδειου εαυτού (empty self theory) του Cushman (1990, στο Miller, 2005). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα κοινωνικά φαινόμενα της εκβιομηχάνισης, της αστικοποίησης και της εκκοσμίκευσης οδήγησαν στη μείωση της αξίας σημαντικών θεσμών, θεσμών που ενώνουν τους ανθρώπους, όπως αυτών της οικογένειας, της κοινότητας και της παράδοσης. Έτσι, ο άνθρωπος έμεινε ένας άδειος εαυτός (empty self). Ένας άδειος εαυτός που αντιλαμβάνεται τα ψυχολογικά όρια ως ορισμένα, για παράδειγμα πιστεύει πως η ψυχική του υγεία εξαρτάται από τον ίδιο, το κέντρο του ελέγχου (locus of control) ως εσωτερικό, και που διακατέχεται από την επιθυμία να θέσει τον εξωτερικό κόσμο υπό τον έλεγχό του, ώστε να αποκομίσει προσωπικά οφέλη.

Ο Cushman (1990, στο Miller, 2005) θεωρεί ότι το εξαρτημένο άτομο επιδίδεται στη χρήση ουσιών σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει τα δυσάρεστα συναισθήματα που αισθάνεται, όπως η αποξένωση, ο κατακερματισμός, η αναξιότητα και η σύγχυση, κατά κύριο λόγο όσον αφορά τις αξίες.

Πρόκειται για μια θεωρία κατάλληλη για τη συμβουλευτική των

ουσιοεξαρτήσεων. Σκοπεύει στο να βοηθήσει τον πελάτη να εντάξει στη ζωή του την οικογένεια, την κοινότητα, την παράδοση και να αντλήσει από αυτά την υποστήριξη που χρειάζεται για να ανακάμψει (Miller, 2005).

#### **4.3.4. Το Ιατρικό Μοντέλο (Medical Model)**

Όπως έχει αναλυθεί και στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, 2 τομείς της έρευνας έχουν υποστηρίξει τα βιολογικά μοντέλα των εξαρτήσεων. Ο ένας από αυτούς τους τομείς εστίασε στην κληρονομικότητα της ουσιοεξάρτησης και κατέδειξε ότι ορισμένα άτομα γεννιούνται με κάποια προδιάθεση στον αλκοολισμό (Kottler & Shepard, 2008). Ο άλλος τομέας της έρευνας εστίασε στη λειτουργία του εγκεφάλου και υποστήριξε ότι κάποια άτομα επιζητούν την ευχαρίστηση από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, εξαιτίας του ότι διαθέτουν λιγότερους υποδοχείς ντοπαμίνης (Doweiko, 2006).

Το ιατρικό μοντέλο απελευθερώνει τον πελάτη από την ιδέα ότι ο ίδιος ευθύνεται για την εξάρτησή του. Και έτσι ο σύμβουλος έχει την ευχέρεια να ενθαρρύνει τον πελάτη να ανακτήσει τον αυτοέλεγχό του, να τον βοηθήσει να ακολουθήσει το πρόγραμμα απεξάρτησης και τέλος να τον βοηθήσει να κατανοήσει πλήρως τις συνέπειες της ανάκαμψής του από μια γενετική προδιάθεση ή χρόνια ασθένεια (Kottler & Shepard, 2008).

«Μπορεί να το διαβάσετε αυτό και να έχετε μία ενστικτώδης αρνητική αντίδραση στην ιδέα της “απαλλαγής” του πελάτη από την “ευθύνη”... Οι υποστηρικτές του ιατρικού μοντέλου θα ισχυρίζονταν ότι άροντας την ντροπή και την ενοχή των εξαρτημένων ατόμων για το πρόβλημα καθίσταται πιο πιθανό τα εξαρτημένα άτομα να αναζητήσουν και να κάνουν καλή χρήση της θεραπείας. Για τον σύμβουλο, η θεώρηση της εξάρτησης ως ασθένειας μπορεί να διευκολύνει τη διατήρηση μιας μη επικριτικής στάσης απέναντι στους πελάτες, βασική προϋπόθεση για μια επιτυχή έκβαση με αυτόν τον πληθυσμό...» (Kottler & Shepard, 2008: 375).

#### **4.3.5. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο (Biopsychosocial Model)**

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει καταφέρει να ενοποιήσει τις αιτίες της ουσιοεξάρτησης, εντάσσοντάς τες σε ένα και μόνο μοντέλο (Kumpfer et al., 1990). Ο Perkinson (1997) παραδέχεται ότι η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα, καθότι τη χαρακτηρίζουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές.

Ο Kumpfer et al. (1990) αναφέρουν τα στοιχεία από τα οποία απαρτίζεται η καθεμία από τις παραπάνω πτυχές. Έτσι, οι βιολογικές πτυχές περιλαμβάνουν τα εξής: τη γενετική κληρονομικότητα, τις ενδομήτριες βλάβες στο έμβρυο, την ιδιοσυγκρασία και άλλες φυσιολογικές διαφορές. Ενώ οι ψυχοκοινωνικές πτυχές περιλαμβάνουν τα εξής: την οικογένεια, την κοινότητα, το σχολείο, τους ομότιμους και την κοινωνία γενικότερα.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες, οι βιολογικοί και οι ψυχοκοινωνικοί, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Για παράδειγμα, οι οικογενειακοί παράγοντες, όπως είναι ο τρόπος ανατροφής του παιδιού, επηρεάζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά



της προσωπικότητας του παιδιού. Τα ιδιαίτερα όμως αυτά χαρακτηριστικά θα επηρεάσουν και θα μεταβάλλουν τελικά και το οικογενειακό του περιβάλλον (Kumpfer et al., 1990).

Στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ο σύμβουλος έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει ολιστικά το άτομο, δηλαδή σε σχέση με τις βιοψυχοκοινωνικές του καταβολές. Ενώ παρακινείται να συλλέξει ένα πιο ολοκληρωμένο σύνολο πληροφοριών για το άτομο, γεγονός που πιθανόν να σημαίνει τη βελτίωση της αξιολόγησης και της διάγνωσης του ατόμου. Επίσης, καλείται να σχεδιάσει τη θεραπεία του ατόμου, η οποία θα βασίζεται σε αυτό το μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο, μόνο όταν κατανοούνται πλήρως οι αιτίες της εξάρτησης στο κάθε άτομο, μπορεί η προτεινόμενη για αυτό θεραπεία να αποδειχθεί αποτελεσματική (Kumpfer et al., 1990).

#### **4.3.6. Το Μοντέλο της Μείωσης της Βλάβης (Harm Reduction Model)**

Σύμφωνα με τον Γαζγαλίδη (2005), ανεξάρτητα από τις θεωρητικές διαμάχες με επίκεντρο το αν η εξάρτηση είναι ασθένεια ή όχι, οι εξαρτήσεις αναμφισβήτητα αποτελούν ένα ζήτημα που αφορά τη δημόσια υγεία. Και αυτό γιατί η κατάχρηση των «ναρκωτικών» σηματοδοτεί κινδύνους, τους οποίους επιδεινώνουν σημαντικά και οι παρανομίες, με τις οποίες σχετίζονται η κατάχρηση των ουσιών και οι χρήστες. Ειδικά, οι ενδοφλέβιοι χρήστες ουσιών αποτελούν έναν πληθυσμό που παρουσιάζει υψηλά ποσοστά ασθενειών, όπως είναι το AIDS και οι ηπατίτιδες, ενώ χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, οι οποίες αφορούν τη δημόσια υγεία.

Ο όρος μείωση της βλάβης, όσον αφορά τις εξαρτήσεις, αποτελεί μία ρεαλιστική και με κέντρο τον άνθρωπο προσέγγιση του προβλήματος των εξαρτήσεων, η οποία πρεσβεύει ότι δεν υπάρχουν ακόμη αρκούτσες αποτελεσματικές πρακτικές για να εξαλειφθεί τελείως το πρόβλημα της κατάχρησης των ουσιών και των άλλων προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν (Γαζγαλίδης, 2005). Έτσι, ως πρωταρχικό σκοπό δε θέτει τη μείωση της ποσότητας των ουσιών που το άτομο κάνει χρήση, αλλά τον περιορισμό των προβλημάτων που αντιμετωπίζει αυτό το άτομο ως συνέπεια της χρήσης (Kinney, 2003, στο Miller, 2005).

Αυτό δε σημαίνει ότι πρόκειται για ένα μοντέλο που απορρίπτει τους στόχους της αποχής από τις ουσίες και της αποτοξίνωσης, απλώς τους θεωρεί στόχους μακροπρόθεσμους, και έτσι θέτει τελικά ως προτεραιότητα τον περιορισμό των βλαβών για το άτομο και την κοινωνία, μέσω της παροχής ενδιάμεσων υπηρεσιών, ενισχύοντας παράλληλα στο άτομο την ελπίδα για απεξάρτηση (Γαζγαλίδης, 2005).

Θα μπορούσε να ειπωθεί δηλαδή ότι σε αυτό το μοντέλο, η θεραπεία του ατόμου επιχειρείται σε μια πιο ρεαλιστική βάση. Καθότι για κάποιους χρήστες η προοπτική μιας διά βίου αποχής μπορεί να μην είναι δυνατή, ή έστω να μη λειτουργεί ως κίνητρο για αυτούς. Το άτομο όμως μπορεί προοδευτικά και ακολουθώντας πρώτα διαχειρίσιμα βήματα να επιτύχει τελικά το στόχο της αποχής (Rotgers, 2003, στο Miller, 2005). Ας σημειωθεί ότι πρόκειται για ένα μοντέλο που μπορεί εύκολα να συνδυαστεί με την προσέγγιση της συνέντευξης της κινητοποίησης που θα αναλυθεί παρακάτω (στην ενότητα 3.7.) (Miller, 2005).

**Πίνακας 2:** Θεωρητικά Μοντέλα της Εξάρτησης

<b>Μοντέλο</b>	<b>Θεώρηση του αλκοολικού/ της εξάρτησης</b>	<b>Αιτιολογία της εξάρτησης</b>	<b>Θεραπεία</b>
Ηθικό	Ανήθικος	Ηθική αδυναμία	Τιμωρία (αναποτελεσματική)
Ψυχολογικό/ ψυχοδυναμικό	Παθολογία του ατόμου	Ασυνείδητες συγκρούσεις	Οι συγκρούσεις δεν αλλάζουν (αναποτελεσματική)
Ψυχολογικό/ χαρακτηριστικών της προσωπικότητας	Προβλήματα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας	Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας	Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν αλλάζουν πολύ (αναποτελεσματική)
Ψυχολογικό/ θεωρία της μάθησης της συμπεριφοράς	Πρόβλημα μάθησης	Ενισχύσεις της χρήσης από το Αλκοόλ/τα «Ναρκωτικά» και το περιβάλλον	Αλλαγή ενισχύσεων
Κοινωνικοπολιτισμικό	Πρόβλημα κατάστασης	Κοινωνικές δυνάμεις και πλαίσιο	Αλλαγή του περιβάλλοντος
Ιατρικό	Ασθενής/ Πελάτης	Φυσιολογική δυσλειτουργία/ Απώλεια ελέγχου, προοδευτικά	Όχι συγκεκριμένη θεραπεία/ Θεραπεία σώματος, μυαλού, πνεύματος
Βιοψυχοκοινωνικό	Παράγοντες του πελάτη και του περιβάλλοντος	Βιολογικοί/ Ψυχολογικοί/ Κοινωνικοί παράγοντες (αλληλεπίδραση)	Θεραπεία των παραγόντων που αλληλεπιδρούν (εξατομίκευση)

Πηγή: Miller, 2005: 13

## 4.4. Θεωρίες της συμβουλευτικής στον τομέα της ουσιοεξάρτησης

Η διεξαγωγή μιας επιτυχημένης συμβουλευτικής προϋποθέτει και την υιοθέτηση μίας συγκεκριμένης θεωρίας, η οποία όμως πρέπει να χρησιμοποιείται με ευελιξία. Αυτό σημαίνει ότι είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται μία συγκεκριμένη θεωρία και παράλληλα να ενσωματώνονται, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τεχνικές από άλλες θεωρίες, ώστε να ικανοποιούνται οι ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε πελάτη (Miller, 2005).

Ας σημειωθεί ότι είναι απαραίτητο ο σύμβουλος να κατανοεί απόλυτα το θεωρητικό υπόβαθρο, το οποίο έχει υιοθετήσει, καθώς και το πώς αυτό διαμορφώνει τη συμβουλευτική διαδικασία που ακολουθεί, όσον αφορά την αξιολόγηση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του πελάτη μετά τη θεραπεία. Η επιλογή και η εφαρμογή λοιπόν μίας συγκεκριμένης θεωρίας και η παράλληλη ενσωμάτωση τεχνικών από άλλες θεωρίες αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση που μπορεί να ακολουθηθεί στη συμβουλευτική διαδικασία (Miller, 2005). Παρακάτω αναλύονται συνοπτικά οι θεωρίες της συμβουλευτικής, όπως εφαρμόζονται στην κλινική εργασία με ουσιοεξαρτημένα άτομα.

### 4.4.1. Ψυχαναλυτική/ Αντλεριανή θεωρία

Η ανάπτυξη των σταδίων της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου αποτελεί μία βασική συνεισφορά της ψυχαναλυτικής θεωρίας στη συμβουλευτική. Τα στάδια αυτά είναι τα εξής: το στοματικό στάδιο, το πρωκτικό στάδιο, το φαλλικό στάδιο και το στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας (Corey, 2005). Ο Freud αντιλαμβανόταν την εξάρτηση ως μια μορφή υποκατάστασης του παιδικού αυτοερωτισμού. Θεωρούσε ότι τα εξαρτημένα άτομα οδηγούνται σε έναν φαύλο κύκλο, όταν κάνουν χρήση ουσιών για να ικανοποιήσουν μια πρωταρχική ανάγκη, η οποία ικανοποιείται μεν, αλλά συνοδεύεται δε από ενοχές και αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης. Οι πιο σύγχρονες ψυχαναλυτικές θεωρίες πρεσβεύουν ότι τα εξαρτημένα άτομα καταφεύγουν στη χρήση ουσιών για να θεραπευθούν από δυσάρεστα συναισθήματα (υπόθεση αυτοθεραπείας) ή ότι τα εξαρτημένα άτομα αντιλαμβάνονται τις ουσίες ως ανίκητες και προσπαθούν συνεχώς και ανεπιτυχώς να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της χρήσης (McDowell & Spitz, 1999).

Οι σύμβουλοι μπορεί πολλές φορές να αποφεύγουν να εφαρμόσουν την ψυχαναλυτική θεωρία στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Εξαιτίας των υφιστάμενων οικονομικών περιορισμών και της προτεραιότητας που αναγκαστικά δίνεται στο να απέχουν οι εξαρτημένοι από τις ουσίες. Ενώ αντίθετα αυτή η θεωρία δίνει έμφαση στην επίλυση των ασυνείδητων συγκρούσεων και στην αναβίωση των πρώιμων παιδικών εμπειριών (Miller, 2005). Οι McDowell & Spitz (1999) αναφέρουν ότι αυτή η θεωρία θεωρείται ακατάλληλη από πολλά θεραπευτικά προγράμματα, αλλά σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, η συνετή της χρήση θα μπορούσε να την καταστήσει αποτελεσματική. Ο Miller (2005) μάλιστα υπογραμμίζει ότι κάποιοι συγγραφείς έχουν παρουσιάσει αξιόλογες προτάσεις για την εφαρμογή της ψυχαναλυτικής θεωρίας στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Ενώ ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι κάποια στοιχεία της ψυχαναλυτικής θεωρίας

μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Και αυτά είναι τα παρακάτω: η δομή της προσωπικότητας, οι μηχανισμοί άμυνας και η μεταβίβαση / αντιμεταβίβαση (Miller, 2005).

Όσον αφορά τη δομή της προσωπικότητας, η ψυχαναλυτική θεωρία πρεσβεύει ότι η προσωπικότητα αποτελείται από 3 συστήματα: Το εκείνο, το οποίο αποτελεί τη βάση των ενστίκτων και το χαρακτηρίζει η αρχή της ευχαρίστησης. Το εγώ, το οποίο το χαρακτηρίζει η αρχή της πραγματικότητας. Το υπερεγώ, το οποίο περιέχει την ηθική του ατόμου και κατέχει το ρόλο του κριτή της προσωπικότητας (Corey, 2005). Τα εξαρτημένα άτομα μπορεί να χαρακτηρίζονται από ένα υπερδραστήριο εκείνο, και να λειτουργούν έτσι με βάση την αρχή της ευχαρίστησης ή μπορεί να έχουν ένα υπερδραστήριο υπερεγώ με αποτέλεσμα να ασκούν έντονη κριτική στον εαυτό τους. Έτσι, στη συμβουλευτική διαδικασία ως σκοπός τίθεται να αναπτύξει το άτομο ένα πιο ισχυρό εγώ και να αποκτήσει μια πιο ρεαλιστική αντίληψη των πραγμάτων (Miller, 2005).

Οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ αποτελούν φυσιολογικές διεργασίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται από το άτομο, ώστε να ανταπεξέρχεται σε αγχώδεις καταστάσεις, καθώς και για να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα. Οι μηχανισμοί άμυνας θεωρούνται παθολογικοί μόνο όταν το άτομο τους χρησιμοποιεί, όχι για να αντιμετωπίσει, αλλά για να αποφύγει την πραγματικότητα (Corey, 2005). Έτσι, ο σύμβουλος βοηθάει τα εξαρτημένα άτομα να αντιληφθούν πώς οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν τους εμποδίζουν να θεραπευτούν. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο ένα εξαρτημένο άτομο να αρνείται την εξάρτησή του. Διαπιστώνοντας ποιο μηχανισμό άμυνας χρησιμοποιεί το άτομο, ο σύμβουλος μπορεί να το βοηθήσει στην ανάκαμψή του, καταστρώνοντας ένα παρεμβατικό θεραπευτικό σχέδιο (Miller, 2005).

Μεταβίβαση είναι η διαδικασία κατά την οποία ο πελάτης μεταβιβάζει στον σύμβουλο συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές, που στην πραγματικότητα έχουν αποδέκτη κάποιο άλλο άτομο. Αντιμεταβίβαση είναι η διαδικασία κατά την οποία ο σύμβουλος ανταποκρίνεται στον πελάτη, όπως ανταποκρίνεται σε κάποιον άλλον (Perkinson, 1997). Η μεταβίβαση συμβάλλει στο να αντιμετωπίσει ο πελάτης θέματα, τα οποία δεν είχε ως τότε επιλύσει και τα οποία έχουν προκύψει από σχέσεις του παρελθόντος (Corey, 2005).

Η θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων αποτελεί μια πρόσφατη θεωρία της ψυχανάλυσης, η οποία συμβάλλει κατά πολύ στην κατανόηση των εξαρτήσεων. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι σχέσεις που αναπτύσσουν τα εξαρτημένα άτομα στο παρόν αντανακλούν τις σχέσεις που είχαν αναπτύξει στο παρελθόν. Χρησιμοποιώντας αυτή τη θεωρία, ο σύμβουλος και ο πελάτης καταφέρνουν να διαπιστώσουν τις προβολές που έχει κάνει ο πελάτης στους ανθρώπους και στα γεγονότα, έτσι ώστε ο τελευταίος να μάθει να αντιδρά, όπως εκείνος επιθυμεί, και όχι όπως του επιβάλλουν οι προβολές του (Miller, 2005).

Ο Adler δεν ασπάστηκε τις κύριες θεωρίες του Freud. Δεν έδωσε έμφαση τόσο στην ανάλυση του παρελθόντος όσο στο πώς αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο το παρελθόν του, και πώς αυτή η αντίληψη το επηρεάζει διαρκώς στη ζωή του (Corey, 2005). Τα εξαρτημένα άτομα συνήθως έχουν διαμορφώσει κάποιες αντιλήψεις για το παρελθόν τους, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά το παρόν τους. Στην αντλεριανή θεωρία ο σύμβουλος συνεργάζεται με τον πελάτη, ώστε να τον φέρει σε αντιπαράθεση με τις αρνητικές αντιλήψεις που φέρει για τον εαυτό του και τους άλλους. Το ζητούμενο είναι να κατανοήσει το άτομο πώς οι αντιλήψεις που έχει υιοθετήσει το οδηγούν στις εξαρτήσεις, καθώς και το να θέσει στόχους

ωφέλιμους και για το ίδιο, αλλά και για την κοινωνία (Miller, 2005).

#### **4.4.2. Υπαρξιακή θεωρία / Προσωποκεντρική θεωρία / Θεωρία Gestalt**

Αυτές τις 3 θεωρίες ενώνουν κάποιες κοινές φιλοσοφικές προσεγγίσεις, όπως για παράδειγμα η υπόθεση ότι η καλύτερη αυτοεπίγνωση και η καλύτερη κατανόηση των άλλων και του κόσμου οδηγεί το άτομο στο να παίρνει πιο συνειδητές και υπεύθυνες αποφάσεις (Miller, 2005). Όσον αφορά το τι πρεσβεύει η κάθε θεωρία ξεχωριστά, πολύ συνοπτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η υπαρξιακή θεωρία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να επιλέξει αυτό που επιθυμεί να είναι και τη ζωή που επιθυμεί να ζήσει. Η προσωποκεντρική θεωρία πρεσβεύει ότι τα άτομα, εφόσον εμπλακούν σε μια θεραπευτική σχέση, είναι ικανά να επιλύσουν τα προβλήματά τους και να καθορίσουν την πορεία της ατομικής τους ολοκλήρωσης χωρίς ο θεραπευτής να εμπλακεί άμεσα. Η θεωρία Gestalt υποστηρίζει ότι το άτομο πρέπει να μάθει να κατανοεί τις πράξεις και τις εμπειρίες του, ώστε να αποκτήσει αυτογνωσία και την πεποίθηση ότι είναι ικανό να αλλάξει. Δηλαδή να κατανοήσει ότι το ίδιο είναι υπεύθυνο για ό, τι σκέπτεται, ό, τι νιώθει και ό, τι πράττει (Corey, 2005).

Και οι 3 αυτές θεωρίες δέχονται ότι η θεραπευτική σχέση αποτελεί πολύ σημαντικό στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας. Και όσον αφορά συγκεκριμένα στα εξαρτημένα άτομα, μια δυνατή θεραπευτική συμμαχία τα βοηθάει καθοριστικά στο να απέχουν από τις ουσίες. Επιπροσθέτως, αναπτύσσοντας ο πελάτης μια θεραπευτική σχέση με τον θεραπευτή, εξοικειώνεται με αυτού του είδους τις σχέσεις και αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη θεραπευτική τους δύναμη μέσα από τις σχέσεις που αναπτύσσει στην καθημερινή ζωή του (Miller, 2005).

Ένα άλλο στοιχείο αυτών των θεωριών, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για τη συμβουλευτική των εξαρτήσεων, αποτελεί η εστίασή τους στο παρόν. Για παράδειγμα, εστιάζοντας στο παρόν, ο στόχος να απέχει το ουσιοεξαρτημένο άτομο από τις ουσίες για όλη του τη ζωή, θα περιοριστεί σε ένα πιο σύντομο χρονικό διάστημα, όπως μια ώρα ή μια μέρα. Επίσης, η εστίαση στο παρόν βοηθάει τα ουσιοεξαρτημένα άτομα, η πλειοψηφία των οποίων, χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, να μάθουν να διαχειρίζονται αυτήν την ευαισθησία και αυτές τις αντιδράσεις (Miller, 2005).

Η εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών της θεωρίας Gestalt μπορούν να συμβάλλουν στο να αποκτήσει το ουσιοεξαρτημένο άτομο μεγαλύτερη αυτογνωσία και αυτοέλεγχο, μέσω της συνειδητοποίησης των ακραίων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του. Αυτές οι τεχνικές είναι οι εξής: η αντιπαράσταση, το παίξιμο ρόλων (role playing) και η δοκιμή συναισθημάτων (experiencing feelings) (Miller, 2005).

#### **4.4.3. Η Θεωρία της πραγματικότητας**

Η θεωρία της πραγματικότητας συσχετίζεται άμεσα με τις 3 προηγούμενες θεωρίες που εξετάστηκαν παραπάνω. Όπως αυτές, έτσι και η θεωρία της πραγματικότητας εστιάζει στο ότι ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται την

πραγματικότητα και επηρεάζεται από αυτήν με τον δικό του τρόπο. Επίσης και αυτή η θεωρία πρεσβεύει ότι ο κάθε άνθρωπος είναι ελεύθερος, μπορεί να κάνει επιλογές, να δέχεται τις ευθύνες του, και γενικότερα ότι είναι σε θέση να αποκτήσει τον έλεγχο στη ζωή του. Εκεί που διαφέρει αυτή η θεωρία από τις άλλες 3 είναι στο ότι θεωρεί πως η συμπεριφορά εμπεριέχει το πράττειν, το σκέπτεσθαι, το αισθάνεσθαι και τη φυσιολογία, και έτσι ο πελάτης ευθύνεται όχι μόνο για ό, τι πράττει, αλλά και για ό, τι σκέπτεται, ό, τι αισθάνεται, καθώς και για τις σωματικές του λειτουργίες (Corey, 2005).

Στη θεωρία της πραγματικότητας δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη μιας σχέσης μεταξύ του πελάτη και του συμβούλου, η οποία σχέση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχιση της συμβουλευτικής διαδικασίας. Ας σημειωθεί ότι ο ρόλος που υιοθετεί ένας σύμβουλος που ακολουθεί αυτήν τη θεωρία μοιάζει περισσότερο με το ρόλο του εκπαιδευτικού (Corey, 2005).

Οι Glasser και Wubbolding (1995, στο Corey, 2005) και ο Wubbolding (1991, 1994, στο Corey, 2005) εφαρμόζουν το ακρωνύμιο WDEP ως οδηγό της θεραπευτικής διαδικασίας<sup>1</sup>.

Η θεωρία αυτή θεωρείται κατάλληλη για να εφαρμοστεί στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης, καθώς μπορεί να εξυπηρετήσει το βασικό σκοπό της, ο οποίος είναι η διακοπή της χρήσης των ουσιών. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και το ακρωνύμιο WDEP, με σκοπό τα ουσιοεξαρτημένα άτομα να συνειδητοποιήσουν τις συνέπειες της χρήσης στη ζωή τους, καθώς και το πώς οι δικές τους επιλογές μπορεί να καθορίσουν το αν θα κάνουν χρήση ουσιών ή θα απέχουν από αυτές. Και εξετάζοντας αυτές τις επιλογές ο σύμβουλος μαζί με τον πελάτη, αυξάνονται οι πιθανότητες ο τελευταίος να προσπαθήσει να ανακάμψει από τις εξαρτήσεις του. Τέλος, το ουσιοεξαρτημένο άτομο μπορεί να βοηθηθεί από τον σύμβουλο, ώστε να αντικαταστήσει τις αρνητικές του εξαρτήσεις με θετικές εξαρτήσεις, όπως για παράδειγμα τη σωματική άσκηση και τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας (Miller, 2005).

#### 4.4.4. Η Συμπεριφορική θεωρία

Οι ρίζες της συμπεριφορικής θεωρίας εντοπίζονται στις δεκαετίες του '50 και '60. Αποτέλεσε μια προσέγγιση ριζικά διαφορετική από την ψυχαναλυτική θεωρία, η οποία κυριαρχούσε έως τότε. Ο κύριος στόχος της είναι να δημιουργηθούν καινούριες συνθήκες μάθησης, ούτως ώστε, μέσω αυτών, ο πελάτης να αλλάξει τις προβληματικές συμπεριφορές, τις οποίες εκδηλώνει. Στη θεωρία αυτή ένας σημαντικός ρόλος που κατέχει ο σύμβουλος είναι αυτός του προτύπου για τον πελάτη, ο οποίος τείνει να αντιγράφει τις στάσεις, τις απόψεις και τις συμπεριφορές του. Ο πελάτης, στο πλαίσιο αυτής της θεωρίας, παρακινείται να συμμετέχει ενεργά στις διαδικασίες της θεραπείας και να συνεργάζεται με τον σύμβουλο κατά τη διάρκεια της. Ο τελευταίος έχει τη δυνατότητα να επιλέγει από ένα σύνολο συμπεριφορικών τεχνικών εκείνες που κάθε φορά κρίνει ως κατάλληλες για τον συγκεκριμένο πελάτη. Μερικές από τις τεχνικές αυτές είναι οι εξής: οι ασκήσεις χαλάρωσης, η συστηματική

---

<sup>1</sup> Το γράμμα W αντιστοιχεί στη λέξη wants = επιθυμίες, το γράμμα D στις λέξεις direction = κατεύθυνση και doing =πράττειν, το γράμμα E στη λέξη evaluation = αξιολόγηση και το γράμμα P στη λέξη planning = σχεδιασμός (Glasser & Wubbolding, 1995, στο Corey, 2005).

απευαισθητοποίηση, οι μέθοδοι μίμησης προτύπων, τα προγράμματα διεκδικητικής θεραπείας, τα προγράμματα αυτό-διαχείρισης και η πολυτροπική θεραπεία. Για να θεωρηθεί πετυχημένη η θεραπεία, θα πρέπει ο πελάτης να χρησιμοποιεί τις νέες συμπεριφορές, τις οποίες ενστερνίστηκε, στη ζωή του μετά το πέρας της θεραπείας (Corey, 2005).

Στη συμπεριφορική θεωρία το ουσιοεξαρτημένο άτομο παρακινείται να κατανοήσει τι ενισχύει την εξάρτησή του, σε ποια λανθασμένη μάθηση οφείλεται η ανάπτυξη της εξαρτητικής του συμπεριφοράς και ποιο αποτελούσε το πρότυπό του, κατά τη διαδικασία της μάθησης αυτής της συμπεριφοράς. Οι ίδιες αυτές 3 διαδικασίες, δηλ. η ενίσχυση, η μάθηση και η μίμηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σύμβουλος βοηθάει τον πελάτη να αναζητήσει νέες ενισχύσεις που θα τον οδηγήσουν στο να απέχει από τις ουσίες, να υιοθετήσει νέες δεξιότητες, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, η διεκδίκηση και οι κοινωνικές δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν να θεραπευτεί, καθώς και να αναζητήσει νέα πρότυπα να μιμηθεί. Άλλες τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τα ουσιοεξαρτημένα άτομα είναι οι εξής: τα συμπεριφορικά συμβόλαια, οι ασκήσεις για το σπίτι, η έκθεση στο ερέθισμα και η αντίθετη εκμάθηση (counter conditioning) (Miller, 2005).

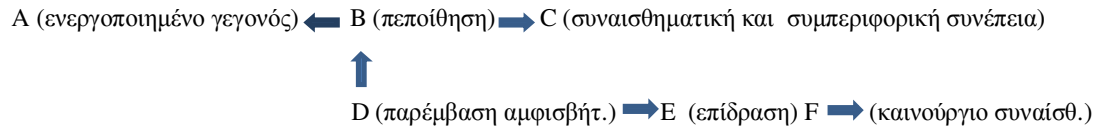
Σύμφωνα με τον Perkinson (1997) για να μάθει ο πελάτης μια νέα συμπεριφορά πρέπει ο σύμβουλος να την ενισχύει. Και όσο περισσότερο την ενισχύει, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ο πελάτης τελικά να την υιοθετήσει. Σημαντική θεωρεί ο συγγραφέας και την εξάσκηση του πελάτη στη νέα συμπεριφορά, ώστε να καταστεί αυτή συνήθεια. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, η συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική, διότι μπορείς να δεις άμεσα τα αποτελέσματά της. Καθότι μια νέα συμπεριφορά είτε θα εκδηλωθεί είτε όχι.

#### **4.4.5. Η Γνωστικό-Συμπεριφορική θεωρία**

Οι γνωστικές προσεγγίσεις έκαναν την εμφάνισή τους την περίοδο που ο συμπεριφορισμός ακόμη άκμαζε. Μία από τις γνωστικές προσεγγίσεις είναι η λογικό-θυμική θεραπεία της συμπεριφοράς (ΛΘΘΣ) του Ellis. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην αντίληψη ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων αποτελούν συνέπεια των σκέψεων τους, των πεποιθήσεών τους, των ερμηνειών τους. Μέσω της θεραπείας ο πελάτης μαθαίνει να αναγνωρίζει τις παράλογες σκέψεις του και να τις αντικαθιστά με άλλες πιο λογικές. Έτσι, τελικά αλλάζουν και οι συναισθηματικές του αντιδράσεις (Corey, 2005).

Η Α-Β-С θεωρία αποτελεί μια βασική θεωρία της ΛΘΘΣ. Το Α αποτελεί το γεγονός, την πραγματικότητα, το Β αποτελεί την πεποίθηση του ατόμου για το γεγονός, το С αποτελεί τη συναισθηματική αντίδραση, η οποία προκύπτει από το Β και όχι από το Α. Μετά έχει σειρά το D, το οποίο αποτελεί την αμφισβήτηση των παράλογων σκέψεων, και στην ουσία πρόκειται για την εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου, η οποία αποσκοπεί ακριβώς στο να βοηθήσει τον πελάτη να αμφισβητήσει τις παράλογες πεποιθήσεις του. Έπειτα, το άτομο φθάνει στο E, το οποίο σηματοδοτεί την αντικατάσταση των παράλογων σκέψεων με άλλες πιο λογικές και πιο αποτελεσματικές, και καταλήγει στο F, το οποίο αποτελεί μια καινούρια συναισθηματική αντίδραση (Corey, 2005).

Το παρακάτω διάγραμμα κάνει σαφή αυτά που αναλύθηκαν παραπάνω:



(Πηγή: Corey, 2005: 406 )

Εφαρμόζοντας τη ΛΘΘΣ στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα, ο σύμβουλος αποσκοπεί στο να αλλάξει τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του ουσιοεξαρτημένου ατόμου για το πρόβλημα ουσιοεξάρτησης που αντιμετωπίζει, για τις συναισθηματικές διαταραχές που προκαλούνται τόσο από αυτό το πρόβλημα όσο και από τις προσπάθειές του να θεραπευθεί, για τον ίδιο τον εαυτό του ως άνθρωπο. Το ουσιοεξαρτημένο άτομο διδάσκεται πώς να αμφισβητεί τις παράλογες πεποιθήσεις του και μαθαίνει ότι οι σκέψεις, τα συναισθήματά του και η εξαρτητική του συμπεριφορά σχετίζονται. Αυτή η αμφισβήτηση των παράλογων πεποιθήσεων οδηγεί το άτομο στο να εγκαταλείψει τελικά τις εξαρτητικές του συμπεριφορές (Pita, 2004).

Ο σύμβουλος, ανάλογα με το στάδιο ανάκαμψης που βρίσκεται ο πελάτης, εστιάζει και στις συγκεκριμένες παράλογες πεποιθήσεις που συνοδεύουν το κάθε στάδιο. Έτσι, στο αρχικό στάδιο επικρατούν οι αυτό-αναιρούμενες πεποιθήσεις (self-defeating) του ατόμου για την εξάρτησή του και για το στίγμα του τοξικομανή που κουβαλά. Αυτές οι πεποιθήσεις προκαλούν στο άτομο δυσάρεστα συναισθήματα. Καθώς η συμβουλευτική διαδικασία προχωρά, και συγκεκριμένα φθάνει στο σημείο που ο πελάτης επιδιώκει την αλλαγή, ο τελευταίος αρχίζει να αισθάνεται δυσφορία, συναίσθημα που με τη σειρά του του προκαλεί δυσπροσάρμοστα συναισθήματα και παράλογες σκέψεις. Και όταν τελικά ο πελάτης διακόπτει τη χρήση των ουσιών, επικρατούν οι παράλογες πεποιθήσεις για ζητήματα της καθημερινής ζωής που στρέφονται κυρίως γύρω από την αποδοχή του γεγονότος ότι η ζωή είναι δύσκολη (Pita, 2004).

Μία άλλη γνωστική προσέγγιση, που θα εξεταστεί εδώ, είναι η γνωστική θεραπεία του Beck, η οποία συγκλίνει σε πολλά βασικά της σημεία με τη ΛΘΘΣ. Παρουσιάζει όμως και σημαντικές διαφορές με αυτήν, όπως το ότι πρεσβεύει, αντίθετα από τη ΛΘΘΣ, πως είναι βλαβερό για τον πελάτη να ακούει από τον σύμβουλο πως οι σκέψεις του είναι παράλογες. Θεωρεί πως οι προβληματικές πεποιθήσεις είναι προβληματικές, όχι επειδή είναι παράλογες, αλλά επειδή παρεμποδίζουν τη φυσιολογική γνωστική λειτουργία ή επειδή, τουλάχιστον κάποιες από αυτές, χαρακτηρίζονται από απολυτότητα. Η γνωστική θεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις αυτόματες σκέψεις του πελάτη και στόχος της θεραπευτικής της διαδικασίας αποτελεί το να μάθει ο πελάτης να αναγνωρίζει τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις του, ώστε τελικά να μπορέσει να τις ελέγξει και να τις τροποποιήσει (Corey, 2005).

Σύμφωνα με τον Perkinson (1997) τα εξαρτημένα άτομα έχουν διαστρεβλωμένες και αναληθείς σκέψεις, καθότι μέσω αυτών προσπαθούν να προστατέψουν τον εαυτό τους. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, η γνωστική θεραπεία αποσκοπεί στο να διορθώσει αυτές τις αναληθείς σκέψεις και στο να βοηθήσει τα άτομα αυτά να δουν την αλήθεια. Στο ίδιο μήκος κύματος ο Miller (2005) υποστηρίζει πως η γνωστική προσέγγιση είναι κατάλληλη για να εφαρμοστεί στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης, καθότι τα εξαρτημένα άτομα διακατέχονται από αρνητικές σκέψεις τόσο για τον εαυτό τους όσο και για



τη διαδικασία της ανάκαμψής τους. Αλλά και η Pita (2004) αναφέρει πως η γνωστική θεωρία συμβάλλει στο να βοηθήσει τους εξαρτημένους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα, τα οποία τους προκαλούν επίπονα συναισθήματα. Και η ίδια συγγραφέας συνεχίζει λέγοντας, πως συμβάλλει επίσης στο να βοηθήσει τους εξαρτημένους να αποκτήσουν μια πολύπλευρη αντίληψη για την ανάγκη τους να χρησιμοποιούν τα “ναρκωτικά”.

Κάποιες από τις τεχνικές της γνωστικής θεραπείας που μπορούν να εφαρμοστούν στη συμβουλευτική με εξαρτημένα άτομα είναι οι εξής: οι ασκήσεις για το σπίτι, η τήρηση αρχείου, το παίξιμο ρόλων. Αυτές οι τεχνικές συμβάλλουν στο να μάθει ο πελάτης να αναγνωρίζει τις αρνητικές του σκέψεις και να αντιδρά σε αυτές με διαφορετικό τρόπο. Μαθαίνοντας ο πελάτης να αναγνωρίζει τις αρνητικές του σκέψεις, καθώς και τους μηχανισμούς άμυνάς του, διευκολύνεται παράλληλα και η κατάστρωση ενός θεραπευτικού σχεδίου παρέμβασης (Miller, 2005).

## **4.5. Η θεραπευτική διαδικασία στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης**

### **4.5.1. Ατομική συμβουλευτική**

Η ατομική συμβουλευτική θεωρείται αρκετά σημαντική για τη θεραπεία των εξαρτήσεων. Σε αυτή τη μέθοδο, το ουσιοεξαρτημένο άτομο μπορεί να μάθει και να εφαρμόζει το ίδιο στη ζωή του διάφορες τεχνικές ανάκαμψης (recovery techniques) (Miller, 2005). Η ατομική συμβουλευτική προσφέρει στο εξαρτημένο άτομο ασφάλεια και εμπιστοσύνη, ώστε να μπορέσει να εκφράσει τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζει, όσο προσωπικά ή ευαίσθητα και αν είναι αυτά (Johnson, 2004, στο Miller, 2005).

Ο Velleman (2001) αναφέρει ότι η συμβουλευτική διαδικασία περιλαμβάνει τα εξής 6 στάδια:

- Την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης
- Τη διερεύνηση του προβλήματος
- Τον καθορισμό στόχων
- Την παρακίνηση του πελάτη να αναλάβει δράση
- Την παροχή βοήθειας στον πελάτη για να διατηρηθούν οι αλλαγές που έχει επιτύχει
- Τη συμφιλίωση με το τέλος

Ανεξάρτητα από το θεωρητικό πλαίσιο του εκάστοτε θεραπευτή, στην ατομική συμβουλευτική με εξαρτημένα άτομα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν κάποιες ειδικές προσεγγίσεις, όπως είναι η γνήσια συμβουλευτική (genuine counseling), η σχέση συνεργασίας (collaborative relationship) και οι αλληλεπιδράσεις πρόκλησης (challenging interactions) (Miller, 2005).

Η γνήσια συμβουλευτική αποτελεί μία πολύ σημαντική προσέγγιση στη συμβουλευτική με εξαρτημένα άτομα. Είναι γεγονός ότι η γνησιότητα του συμβούλου θεωρείται ως ένα βασικό στοιχείο της συμβουλευτικής με τον κάθε πελάτη. Για τα εξαρτημένα όμως άτομα είναι ακόμη πιο σημαντική, καθώς τα

άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Δυσκολεύονται να δείξουν εμπιστοσύνη, και έτσι η γνησιότητα του συμβούλου κρίνεται απαραίτητη για την ανάπτυξη της επαγγελματικής σχέσης. Ο σύμβουλος λοιπόν απαιτείται να είναι ευθύς, ειλικρινής και γνήσιος, ώστε να τον εμπιστευθεί ο πελάτης και έτσι να μπορέσει να εμβαθύνει στα προσωπικά του θέματα (Miller, 2005).

Σε συνάφεια με τα παραπάνω, ο Perkinson (1997) τονίζει ότι η επαγγελματική σχέση του συμβούλου με το ουσιοεξαρτημένο άτομο πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη. Και συνεχίζει λέγοντας πως τα ουσιοεξαρτημένα άτομα φοβούνται να εκφράσουν στους άλλους την αλήθεια. Για αυτό ο σύμβουλος πρέπει να τους εμπνέει εμπιστοσύνη και παράλληλα να είναι και ο ίδιος ειλικρινής απέναντί τους.

Αλλά και ο Velleman (2001), ο οποίος, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, κατατάσσει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης στο πρώτο στάδιο της συμβουλευτικής διαδικασίας, τονίζει επίσης τη σημαντικότητα της εμπιστοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, εκφράζει την άποψη ότι η εμπιστοσύνη αποτελεί το θεμέλιο όλης της συμβουλευτικής διαδικασίας και ότι αν δεν αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη, τότε και η συμβουλευτική διαδικασία θα οδηγηθεί σε αποτυχία.

Η δημιουργία μιας σχέσης συνεργασίας αποτελεί άλλη μία σημαντική προσέγγιση στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Πολλές φορές τα εξαρτημένα άτομα είναι επιφυλακτικά απέναντι στα πρόσωπα εξουσίας. Επομένως, ένας άκαμπτος και αυταρχικός σύμβουλος πιθανόν να αντιμετωπίσει δυσκολίες με έναν ουσιοεξαρτημένο πελάτη, κατά τη διαδικασία της συμβουλευτικής. Αντίθετα, αν ο σύμβουλος υιοθετήσει μια σχέση συνεργασίας με τον πελάτη, δηλαδή μια σχέση, στην οποία κυριαρχεί ο σεβασμός του συμβούλου στο δικαίωμα του πελάτη να ακολουθεί τις δικές του επιλογές, τότε καθίσταται πιο πιθανό ο πελάτης να συζητήσει ανοιχτά σχετικά με τα προβλήματα που πυροδότησαν την εξάρτηση (Miller, 2005).

Οι αλληλεπιδράσεις πρόκλησης που μπορεί να προκύψουν στη σχέση του συμβούλου με το εξαρτημένο άτομο, αποτελούν μία από τις δυσκολίες που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο σύμβουλος στη συμβουλευτική με τα εξαρτημένα άτομα. Για να αντιμετωπίσει αυτή τη δυσκολία, θα πρέπει να θέτει σταθερά και υποστηρικτικά όρια στη σχέση του με τον πελάτη. Ακόμη, θα πρέπει να παραμένει ήρεμος, ειλικρινής και να εξηγεί με σαφήνεια στον πελάτη τις δυσκολίες που του προκαλεί η στάση του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να διδάξει στον πελάτη πώς να ελέγχει τις αντιδράσεις του και πώς να επικοινωνεί ή να αλληλεπιδρά με τους άλλους. Παράλληλα, μπορεί να του προσφέρει μια ειλικρινή ανατροφοδότηση στις διαπροσωπικές σχέσεις, έτσι ώστε να κατανοήσει τόσο τα θετικά του όσο και τα αρνητικά του σημεία στις σχέσεις του με τους άλλους (Miller, 2005).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί ότι η στάση του συμβούλου απέναντι στον πελάτη θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από συμπόνια. Είναι απαραίτητο βέβαια ο πελάτης να δέχεται τις συνέπειες των πράξεων του, αλλά η στάση του συμβούλου, ακόμη και τότε, θα πρέπει να είναι μη επικριτική και να χαρακτηρίζεται από συμπόνια (Miller, 2005).

#### 4.5.2. Ομαδική συμβουλευτική

Η ομαδική συμβουλευτική έχει κατακτήσει μια πολύ σημαντική θέση στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης, και εφαρμόζεται τόσο στους χρήστες εσωτερικής διαμονής όσο και στους χρήστες εξωτερικής παρακολούθησης (Doweiko, 1996, στο Benschhoff & Janikowski, 1999). Η ευρεία διάδοση των ανώνυμων αλκοολικών και άλλων παρόμοιων ομάδων αυτοβοήθειας, συνετέλεσε σημαντικά στο να επικρατήσει η μέθοδος της ομαδικής συμβουλευτικής στα θεραπευτικά προγράμματα (Benschhoff & Janikowski, 1999). Αλλά και η ευρεία εφαρμογή της στις θεραπευτικές κοινότητες, με σκοπό να βοηθηθούν τα άτομα να επιτύχουν την αλλαγή, συνέβαλε επίσης στο να καταστεί αυτή η μέθοδος τόσο σημαντική (Margolis & Zweben, 1998, στο Miller, 2005).

Οι ομάδες συμβουλευτικής διακρίνονται σε διάφορα είδη. Σύμφωνα με τον Corey (2008) διακρίνονται σε εκπαιδευτικές ομάδες (educational groups), σε επαγγελματικές ομάδες (vocational groups), σε κοινωνικές ομάδες (social groups) και σε προσωπικές ομάδες (personal groups). Ο Miller (2005) αναφέρει ότι οι ομάδες συμβουλευτικής με ουσιοεξαρτημένα άτομα μπορεί να συνδυάζουν όλα τα παραπάνω είδη ή μπορεί και να αποτελούν πιο δομημένες ομάδες που επικεντρώνονται αποκλειστικά σε ένα ζήτημα που σχετίζεται με την ανάκαμψη (recovery) από την εξάρτηση.

Οι Benschhoff and Janikowski (1999) διαχωρίζουν τα είδη των ομάδων που εφαρμόζονται στη συμβουλευτική των εξαρτήσεων ως εξής: Σε ομάδες συμβουλευτικής, οι οποίες σκοπεύουν στο να επιφέρουν ενδοψυχικές αλλαγές στο άτομο, ενώ επικεντρώνονται στην ανάκαμψη από τις εξαρτήσεις. Σε διδακτικές ομάδες (didactic groups), οι οποίες, κυρίως μέσω μιας καθορισμένης διδακτικής διαδικασίας, σκοπεύουν στο να μεταδώσουν πληροφορίες. Σε ομάδες αυτοβοήθειας, οι οποίες αποτελούν εθελοντικές ομάδες και απαρτίζονται από ανθρώπους που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα (οι ανώνυμοι αλκοολικοί και οι ανώνυμοι ναρκομανείς αποτελούν τέτοιου είδους ομάδες). Σε πολλά θεραπευτικά κέντρα εφαρμόζονται επίσης ομάδες παρόμοιες με τις ομάδες αυτοβοήθειας, και αυτές είναι οι ομάδες υποστήριξης. Και τέλος, σε ομάδες αυτό-βελτίωσης, οι οποίες συγκεντρώνουν σημαντικά στοιχεία και από τις ομάδες συμβουλευτικής και από τις διδακτικές ομάδες και σκοπεύουν στην ενδοψυχική αλλαγή του ατόμου. Αυτό που τις διακρίνει από τις ομάδες συμβουλευτικής και τις διδακτικές ομάδες είναι το ότι επιδιώκουν να επιτύχουν το σκοπό τους, μέσω της διδασκαλίας νέων δεξιοτήτων στους πελάτες.

Μια ομάδα διέρχεται από διάφορα στάδια ανάπτυξης: Σύμφωνα με τους Yalom & Leszcz (2006) αυτά είναι τα εξής: Το αρχικό στάδιο, το οποίο περιλαμβάνει την αρχική ένταξη των μελών στην ομάδα και τη δημιουργία δεσμών μεταξύ τους, το δεύτερο στάδιο, το οποίο χαρακτηρίζεται από τη σύγκρουση, την κυριαρχία και την εξέγερση, το τρίτο στάδιο, το οποίο αποτελεί ένα παραγωγικό στάδιο εργασίας και διέπεται από συνεκτικότητα και το τελικό στάδιο, το οποίο αποτελεί τον τερματισμό της διαδικασίας. Ο Corey (2008) ακολουθεί έναν παρόμοιο διαχωρισμό στα στάδια ανάπτυξης της ομάδας. Συμπεριλαμβάνει όμως σ' αυτά, το στάδιο που προηγείται της ομάδας, δηλ. το στάδιο του σχηματισμού της, καθώς και το στάδιο μετά τον τερματισμό της, το οποίο περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ομάδας και τη μετέπειτα παρακολούθηση

των μελών της (follow up). Παρακάτω, αναλύεται πιο διεξοδικά το κάθε στάδιο ανάπτυξης της ομάδας:

#### Στάδιο 1

Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τον προγραμματισμό για το σχηματισμό της ομάδας. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τα εξής: την προετοιμασία για την έναρξη της ομάδας, την ανακοίνωσή της, την αξιολόγηση και την επιλογή των μελών της, τη λήψη αποφάσεων για πρακτικά θέματα και την προετοιμασία των μελών για τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Όσον αφορά τη διαδικασία αξιολόγησης και επιλογής των μελών της ομάδας, ας αναφερθεί ότι αυτή η διαδικασία συμβάλλει στο να απαντηθούν κάποια καίρια ερωτήματα, μερικά από τα οποία είναι τα παρακάτω: είναι το συγκεκριμένο μέλος κατάλληλο για τη συγκεκριμένη ομάδα; Ταιριάζει με τα άλλα μέλη της ομάδας; Θα ωφεληθεί από την ομάδα; (Corey, 2008).

#### Στάδιο 2

Αποτελεί το αρχικό στάδιο και περιλαμβάνει την ένταξη των μελών στην ομάδα και την ανάπτυξη σχέσεων. Τα μέλη επιδιώκουν να ενδυσθούν τους κατάλληλους κοινωνικούς ρόλους και αναζητούν συνεχώς την αποδοχή από τα υπόλοιπα μέλη ή και την κυριαρχία. Σε αυτό το αρχικό στάδιο τα θέματα που συζητάνε τα μέλη μεταξύ τους είναι επιφανειακά μεν, αλλά αποτελούν δε τις πρώτες προσπάθειες για διερευνητικές συζητήσεις μεταξύ τους (Yalom & Leszcz, 2006).

Στις ομάδες εξαρτημένων ατόμων εμφανίζονται επίσης αυτές οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν το δεύτερο στάδιο. Έτσι, τα εξαρτημένα άτομα μπορεί να περιορίζονται σε επιφανειακές συζητήσεις, όπως για το πόσα διαφορετικά είδη ναρκωτικών έχουν δοκιμάσει ή για το πόσες συνέπειες από τη χρήση έχουν βιώσει. Αυτές οι συζητήσεις μπορεί να φαίνονται ουσιώδεις, αλλά στην πραγματικότητα οι πληροφορίες που περιέχουν -τουλάχιστον οι περισσότερες από αυτές- είναι ήδη γνωστές και στον σύμβουλο και στα υπόλοιπα μέλη. Όμως, η ανταλλαγή αυτών των πληροφοριών προσφέρει σημαντικά οφέλη στα μέλη της ομάδας. Τους αποσπά από άλλες επώδυνες συζητήσεις, τους βοηθά να ανακαλύψουν ομοιότητες και διαφορές με τα άλλα μέλη της ομάδας και συμβάλλει στο να διαπιστώσουν κατά πόσο τα υπόλοιπα μέλη είναι επικριτικά ή όχι απέναντί τους (Miller, 2005).

#### Στάδιο 3

Στο στάδιο αυτό κυριαρχεί η σύγκρουση είτε μεταξύ των μελών είτε ανάμεσα στα μέλη και τον συντονιστή της ομάδας, απέναντι στον οποίο εκδηλώνονται εχθρικά συναισθήματα. Τα εχθρικά αυτά συναισθήματα απορρέουν από την πρωταρχική αντίληψη των μελών ότι ο συντονιστής είναι παντοδύναμος. Και όταν αναπόφευκτα αυτή η αντίληψη καταρρέει και αποδεικνύεται πως ο συντονιστής έχει περιορισμένες δυνατότητες, τότε τα μέλη απογοητεύονται και γεννιούνται συναισθήματα εχθρότητας εναντίον του (Yalom & Leszcz, 2006).

Ο Corey (2008) αναφέρει ότι σε αυτό το στάδιο τα μέλη της ομάδας εκδηλώνουν αντίσταση απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτή η συμπεριφορά τα εμποδίζει να συζητήσουν για θέματα, τα οποία τους προκαλούν οδυνηρά συναισθήματα. Για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το φαινόμενο της αντίστασης, ο σύμβουλος θα πρέπει να το δεχθεί ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο, ενώ παράλληλα θα πρέπει να βοηθήσει τα μέλη να κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους το εκδηλώνουν.

Οι εξαρτημένοι πελάτες, σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης της ομάδας, μπορεί να

προκαλούν με διάφορους τρόπους τον συντονιστή. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που δεν αποτελεί και ο ίδιος ουσιοεξαρτημένο άτομο που βρίσκεται σε ανάκαμψη, μπορεί να τον ρωτούν τι γνωρίζει για τις εξαρτήσεις και πώς αναλαμβάνει να συντονίσει μια τέτοια ομάδα, αφού δεν έχει αντιμετωπίσει ποτέ του παρόμοια προβλήματα. Ή όταν βρίσκεται και ο ίδιος σε ανάκαμψη, μπορεί να του απευθύνουν προσωπικές ερωτήσεις σχετικές με την εξάρτησή του. Στην ουσία οι πελάτες αμφισβητούν την επάρκεια του συντονιστή. Όμως, στην πραγματικότητα αυτές οι ερωτήσεις που απευθύνουν, αποτελούν απόρροια του υποβόσκοντος άγχους τους, καθώς και της απροθυμίας τους να μιλήσουν για πιο σημαντικά για αυτούς ζητήματα. Ο συντονιστής θα πρέπει να στρέφει την προσοχή της ομάδας στην αντίσταση που επιδεικνύουν τα μέλη της και να επεξεργάζεται αυτήν την αντίσταση μαζί τους (Miller, 2005).

Πολλά εξαρτημένα άτομα έχουν μάθει είτε από την οικογένειά τους είτε έξω από αυτήν, να επιλύουν τις συγκρούσεις τους με τη βία. Αυτό το γεγονός ο σύμβουλος καλείται να το έχει υπόψη του, ώστε να διδάξει στα εξαρτημένα άτομα άλλους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να επιλύουν τις συγκρούσεις τους. Θα μπορούσε ακόμη ο σύμβουλος να ενθαρρύνει τη σύγκρουση ανάμεσα σε αυτόν και στα μέλη, ώστε να αποτελέσει πρότυπο για τα μέλη της ομάδας ως προς το πώς θα πρέπει να διαχειρίζονται μια σύγκρουση (Miller, 2005).

#### Στάδιο 4

Στο στάδιο αυτό, αμέσως μετά τη φάση της σύγκρουσης, η ομάδα αποκτά συνοχή. Δημιουργείται ένα ισορροπημένο, ασφαλές και εμπιστευτικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο τα μέλη προβαίνουν σε αυτοαποκαλύψεις, ενώ οι ενασχολήσεις τους έχουν ως περιεχόμενο την οικειότητα και την εγγύτητα. Και στο στάδιο αυτό όμως εμφανίζονται επικοινωνιακές δυσκολίες –ακριβώς αντίθετες απ' αυτές που κυριαρχούν στο προηγούμενο στάδιο. Δηλαδή, κατά την περίοδο αυτή, τα μέλη παρεμποδίζουν την έκφραση κάθε αρνητικού σχολίου ή κριτικής, με σκοπό να διατηρήσουν την ενότητα της ομάδας. Κάποια στιγμή όμως αυτή η ζεστασιά που βιώνουν από την ενότητα της ομάδας ξεφτίζει. Αυτό δεν συμβαίνει μόνο όταν η ομάδα πετυχαίνει το ζητούμενο -να μετατραπεί σε μια ώριμη ομάδα εργασίας. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η θετική μετατροπή πρέπει τα μέλη της ομάδας να εκφράσουν και επεξεργαστούν όλα τους τα συναισθήματα (Yalom & Leszcz, 2006).

Τα εξαρτημένα άτομα, κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, εμβαθύνουν σε πολύ προσωπικά τους θέματα. Πλέον, δεν αναλώνονται σε συζητήσεις που περιορίζονται στην αναφορά των “ναρκωτικών” που έχουν κάνει χρήση, αλλά προβαίνουν σε αυτοαποκαλύψεις, αναφέροντας, για παράδειγμα, σε ποιες ταπεινωτικές πράξεις έχουν προβεί για να αποκτήσουν “ναρκωτικά” ή πώς ένιωθαν μεγαλώνοντας σε ένα σπίτι με ουσιοεξαρτημένους γονείς (Miller, 2005).

#### Στάδιο 5

Η διαδικασία της ομαδικής συμβουλευτικής ολοκληρώνεται με τον τερματισμό, ο οποίος όταν είναι αμοιβαίος και προγραμματισμένος αποτελεί ένα θετικό και φυσιολογικό στάδιο της όλης διαδικασίας. Η ανασκόπηση, το πένθος για την απώλεια της ομάδας και η γιορτή για το ξεκίνημα μιας νέας φάσης στη ζωή, αποτελούν τα βασικά θέματα γύρω από τα οποία στρέφεται ο τερματισμός. Το τέλος μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην αλλαγή του ατόμου, μόνο όμως όταν αντιμετωπιστεί με τον κατάλληλο τρόπο (Yalom & Leszcz, 2006).

Αυτό το στάδιο στα ουσιοεξαρτημένα άτομα προκαλεί μεγάλο άγχος και συναισθηματικότητα, καθότι καλούνται να εγκαταλείψουν την ασφάλεια που τους προσφέρει η ομάδα, ενώ παράλληλα ανησυχούν ότι δεν θα μπορέσουν να

ανταπεξέλθουν στην καινούρια φάση ζωής που τους περιμένει (Benshoff & Janikowski, 1999).

#### Στάδιο 6

Αυτό το στάδιο έπεται του τερματισμού της ομάδας και περιλαμβάνει την αξιολόγηση του πόσο αποτελεσματική ήταν η ομαδική θεραπεία, καθώς και τη μετέπειτα παρακολούθηση των μελών της ομάδας (follow up), μέσω της πραγματοποίησης μίας ακόμη ομαδικής ή και ατομικής συνάντησης (Corey, 2008).

Όσον αφορά τις τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο συντονιστής της ομάδας στην ομαδική θεραπεία, ο Miller (2005) αναφέρει ότι δύο από τους 11 θεραπευτικούς παράγοντες που αναλύει ο Yalom, θεωρούνται πολύ σημαντικές τεχνικές για τις ομάδες ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Αυτοί οι θεραπευτικοί παράγοντες είναι η ενστάλαξη της ελπίδας και η καθολικότητα.

Η ενστάλαξη της ελπίδας αποτελεί μία πολύ σημαντική τεχνική για την ομαδική συμβουλευτική των εξαρτημένων ατόμων, καθότι τα άτομα αυτά τις περισσότερες φορές έχουν προσπαθήσει και στο παρελθόν να απεξαρτηθούν, χωρίς όμως επιτυχία. Έχουν ανάγκη λοιπόν να αποκτήσουν την ελπίδα ότι μπορούν να τα καταφέρουν, ώστε τελικά να κινητοποιηθούν και να επιδιώξουν την αλλαγή (Miller, 2005).

Ο δεύτερος θεραπευτικός παράγοντας είναι η καθολικότητα. Σε μια θεραπευτική ομάδα πολύ γρήγορα τα μέλη της ανακαλύπτουν ότι υπάρχουν και άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα με αυτά, ότι δεν είναι μόνα τους στη δυστυχία, και αυτή η διαπίστωση τα καθησυχάζει (Yalom & Leszcz, 2006). Αυτός ο θεραπευτικός παράγοντας μπορεί να βγάλει το ουσιοεξαρτημένο άτομο από την κοινωνική απομόνωση, στην οποία πολλές φορές βρίσκεται εξαιτίας της εξάρτησής του. Του δίνει την αίσθηση ότι ανήκει και πάλι σε μια κοινότητα (Miller, 2005).

Αυτούς τους 2 θεραπευτικούς παράγοντες τους αναφέρουν και οι Benshoff and Janikowski (1999), συγκαταλέγοντας τους ανάμεσα στα στοιχεία εκείνα που απαιτούνται για μία πετυχημένη ομαδική συμβουλευτική. Τα άλλα στοιχεία που θεωρούν απαραίτητα είναι η εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τα μέλη της ομάδας, η ανάπτυξη της συνοχής και του αλτρουισμού, η ευκαιρία για αντιπροσωπευτική μάθηση (vicarious learning), η οποία συμβαίνει μέσω της παρατήρησης και της μίμησης των συμπεριφορών των άλλων, και η ευκαιρία για διαπροσωπική μάθηση, η οποία προσφέρει τη δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να αντιληφθούν πώς οι συμπεριφορές τους επιδρούν στους άλλους, και πώς οι συμπεριφορές των άλλων επιδρούν στους ίδιους.

Η διαπροσωπική μάθηση, που προσφέρει η ομαδική συμβουλευτική, αναφέρεται και από τους Kottler and Shepard (2008) ως ένα σημαντικό πλεονέκτημα της ομαδικής συμβουλευτικής. Όπως αναφέρουν, τα μέλη μιας ομάδας έχουν τη δυνατότητα να δεχθούν αντιδράσεις από τους άλλους για τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν, αντιδράσεις που μπορεί να είναι είτε θετικές είτε όχι, αλλά τις περισσότερες φορές είναι ευθείς, ειλικρινείς και εποικοδομητικές. Όταν τα μέλη της ομάδας δέχονται αντιδράσεις από οξυδερκείς παρατηρητές, βοηθιούνται για να διευθετήσουν κάποια θέματα στη ζωή τους, να αποφασίσουν τι βελτιώσεις πρέπει να κάνουν, καθώς και να ενισχυθούν θετικά για την πρόοδο που ήδη έχουν κάνει.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που μπορεί να ανακύψει στην ομαδική συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα είναι η υποτροπή. Ο σύμβουλος πρέπει εξ αρχής να έχει αποφασίσει κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα επιτρέπει

σε ένα άτομο που υποτροπίασε να παραμείνει στην ομάδα. Μία βασική προϋπόθεση αποτελεί το ουσιοεξαρτημένο άτομο να έχει δεχθεί να απέχει από τις ουσίες και να επιθυμεί να πάρει από την πιθανή υποτροπή του ένα μάθημα (Miller, 2005).

#### 4.5.3. Οικογενειακή συμβουλευτική

Η οικογένεια μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση των εξαρτήσεων όσο και στη διαδικασία της θεραπείας τους. Μία οικογένεια, της οποίας οι λειτουργίες έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την ουσιοεξάρτηση, ενδέχεται τελικά και να προκαλεί τις εξαρτήσεις. Ακόμη, ένα ουσιοεξαρτημένο άτομο μπορεί να αναζητήσει θεραπεία εξαιτίας των οικογενειακών προβλημάτων που αντιμετωπίζει, και έτσι η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία να κριθεί απαραίτητη για να παραμείνει το άτομο σε αυτήν. Η οικογενειακή συμβουλευτική σκοπεύει στο να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που έχουν προκληθεί από την ουσιοεξάρτηση, αλλά και στο να διαμορφώσει ένα καλύτερο περιβάλλον για το ουσιοεξαρτημένο άτομο (Perkinson, 1997).

Η οικογενειακή συμβουλευτική απαιτεί περαιτέρω εξειδίκευση από ένα σύμβουλο. Εκτός από την εξοικείωση με τις διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις της συμβουλευτικής, ένας σύμβουλος που επιθυμεί να εφαρμόσει την οικογενειακή συμβουλευτική, θα πρέπει να εξοικειωθεί επίσης με τη δυναμική των οικογενειακών συστημάτων, τις θεωρίες της οικογενειακής συμβουλευτικής, τις παρεμβάσεις στην οικογένεια, καθώς και με τα επαγγελματικά και ηθικά ζητήματα, τα οποία αφορούν ειδικά την οικογενειακή συμβουλευτική (Kottler & Shepard, 2008).

Ο McCrady et al. (2003, στο Miller, 2005) αναφέρει ότι τα μοντέλα θεραπείας που ακολουθούν οι περισσότερες οικογενειακές θεραπείες για την ουσιοεξάρτηση είναι τα εξής: το μοντέλο της νόσου της οικογένειας, το οποίο θεωρεί ότι η εξάρτηση είναι ασθένεια και εξετάζει θέματα, όπως η συνεξάρτηση (codependency) και η προτρεπτικότητα (enabling), το μοντέλο των οικογενειακών συστημάτων, το οποίο εξετάζει θέματα, όπως οι ρόλοι, οι κανόνες, τα όρια, η επικοινωνία, οι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων, καθώς και το μοντέλο της θεραπείας της συμπεριφοράς, το οποίο ενθαρρύνει την αποχή.

Αναπόσπαστο μέρος της οικογενειακής συμβουλευτικής αποτελούν και οι διαδικασίες αξιολόγησης και διάγνωσης. Ο σύμβουλος καλείται να αξιολογήσει τα δυναμικά των αλληλεπιδράσεων της οικογένειας. Δηλαδή, ποιο μέλος της οικογένειας μιλάει με ποιο, ποια μέλη κάθονται μαζί, ποια χωριστά, ποια μέλη μιλάνε και ποια μένουν σιωπηλά, τι μηνύματα δίνει η γλώσσα του σώματος (Benshoff & Janikowski, 1999). Οι McDowell and Spitz (1999) αναφέρουν ότι η οικογένεια πρέπει να αξιολογείται σε θέματα σχετικά με τη δομή της, σε διαγνωστικά θέματα, στις δυνάμεις της και σε θέματα σχετικά με τη χρήση των ουσιών.

Ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τη διαδικασία της διάγνωσης και της αξιολόγησης αποτελεί το γενεόγραμμα, το οποίο απεικονίζει τους συνασπισμούς, τις σχέσεις, τις συγκρούσεις των μελών της οικογένειας που λαμβάνουν χώρα για πολλές γενιές. Συμβάλλει στο να διαπιστώσει ο σύμβουλος, πρώτον τα διαγενεακά θέματα, τα οποία επαναλαμβάνονται από γενιά σε γενιά και δεύτερον τις συγκρούσεις που συμβαίνουν ανάμεσα στα μέλη στο παρόν (Kottler & Shepard, 2008). Σύμφωνα με τους Benshoff and Janikowski (1999) ένας

σύμβουλος μπορεί να εμπλακεί ενεργά στη διαδικασία δημιουργίας του γενεογράμματος, βοηθώντας την οικογένεια να περιγράψει και να κατανοήσει την ιστορία της. Με αυτόν τον τρόπο ο σύμβουλος έχει την ευκαιρία να χτίσει μια αρμονική σχέση με την οικογένεια, αφού δε μένει έξω από αυτήν, αλλά αντιθέτως μοιράζεται μαζί της το παρελθόν της και την εξέλιξή της.

Η ανάπτυξη της συμβουλευτικής σχέσης με την οικογένεια αποτελεί μια διαδικασία πιο απαιτητική από την ανάπτυξη της συμβουλευτικής σχέσης στο πλαίσιο της ατομικής συμβουλευτικής. Και αυτό γιατί στην οικογενειακή συμβουλευτική ο σύμβουλος καλείται να αναπτύξει μια επαγγελματική σχέση, όχι μόνο με ένα άτομο, αλλά με ολόκληρη την οικογένεια, τα μέλη της οποίας δεν πρέπει ποτέ να θεωρήσουν ότι ο σύμβουλος παίρνει το μέρος κάποιας πλευράς. Παράλληλα, ο σύμβουλος καλείται να κατανοήσει τους ρόλους, τα προβλήματα, τις αμφιταλαντεύσεις που αφορούν και κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά, αλλά και συνολικά την οικογένεια (Benshoff & Janikowski, 1999).

Η προσπάθεια του συμβούλου να ενταχθεί στην οικογένεια, μέσω της προσαρμογής του σε αυτήν ονομάζεται συνένωση (joining). Η συνένωση βοηθάει τον σύμβουλο να επιτύχει την αλλαγή στο σύστημα της οικογένειας (Feldman, 1992, στο Kaufman, 1994). Στη συνένωση ο σύμβουλος πρέπει να επικοινωνεί με όλα τα μέλη της οικογένειας, ώστε να καταλάβουν πως έχει δεσμευθεί να τους θεραπεύσει και ώστε να τον εμπιστεύονται, ακόμη και όταν θεωρούν πως είναι άδικος. Ειδικά, όσον αφορά τις εξαρτημένες οικογένειες ο σύμβουλος πρέπει να συνδέεται με σεβασμό μαζί τους και χωρίς να προκαλεί τις άμυνες που τα μέλη της προβάλλουν στην αρχή (Kaufman, 1985, στο Kaufman, 1994).

Το επόμενο βήμα στη συμβουλευτική με εξαρτημένες οικογένειες είναι η διευκρίνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η οικογένεια. Σε μια πρώτη ανάγνωση αυτά μπορεί να φαίνονται αυτονόητα, αφού ασφαλώς και θα αφορούν την ουσιοεξάρτηση. Όμως, το κάθε μέλος της οικογένειας αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο και το πρόβλημα και τις συνέπειές του. Ένας τρόπος για να βοηθήσει ο σύμβουλος την οικογένεια να διαχειριστεί τα προβλήματά της είναι να προβεί στην εκπαίδευσή της. Η σωστή ενημέρωση των μελών της οικογένειας σχετικά με την ουσιοεξάρτηση, θα συμβάλλει στο να ξεκαθαρίσουν τα μέλη της τη στάση που έχουν υιοθετήσει απέναντι σε αυτό το θέμα και στο να αντιληφθούν ότι δεν είναι οι μόνοι που αντιμετωπίζουν τα συγκεκριμένα προβλήματα, και έτσι να αρχίσουν να ελπίζουν ότι θα μπορέσουν και να τα αντιμετωπίσουν (Benshoff & Janikowski, 1999).

Προτού οι εξαρτημένες οικογένειες ξεκινήσουν συμβουλευτική, συνήθως έχουν βιώσει πολλές φορές την απογοήτευση από τις αποτυχημένες τους προσπάθειες. Ο σκοπός της συμβουλευτικής είναι να εμφυσήσει στην οικογένεια την ελπίδα ότι μπορεί να αλλάξει, αυτή τη φορά μέσω καθορισμένων στόχων και συντονισμένων δράσεων. Πολλές φορές οι εξαρτημένες οικογένειες διαμορφώνουν την αντίληψη ότι είναι ανίκανες να επέμβουν στα γεγονότα, ότι είναι έρμαιο της κακής τους τύχης. Μέσω της συμβουλευτικής λοιπόν είναι πολύ σημαντικό η οικογένεια να βοηθηθεί για να αποκτήσει ξανά την αίσθηση ότι μπορεί η ίδια να ελέγξει τη ζωή της (Benshoff & Janikowski, 1999).

Υπάρχουν δύο σημαντικές παγίδες που πρέπει να αποφευχθούν κατά τη διαδικασία της συμβουλευτικής με εξαρτημένες οικογένειες. Η πρώτη καταδεικνύει την ανάγκη να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να ξεπεράσουν όλο τον πόνο και τα τραύματα που τους προκάλεσε η εξάρτηση, κάτι που είναι πολύ σημαντικό για να επιτευχθεί και η αλλαγή. Όταν το εξαρτημένο άτομο επιστρέφει στην οικογένειά του, αλλαγμένο και θεραπευμένο, τότε η οικογένεια



καλείται να αναδομηθεί από την αρχή. Και ενώ μπορεί τα μέλη της να είναι ικανοποιημένα από αυτήν την αλλαγή, παράλληλα χρειάζονται βοήθεια για ξεπεράσουν τον πόνο του παρελθόντος, καθώς και για να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα που έχουν επικρατήσει στην οικογένειά τους. Αν τα μέλη της οικογένειας δε βοηθηθούν σ' αυτά τα δύο θέματα, τότε είναι πιθανό να μην μπορέσουν να ανταπεξέλθουν θετικά στη διαδικασία της ανάκαμψής τους. Ή ενδέχεται να καταπιέσουν τον πόνο του παρελθόντος με αποτέλεσμα να τον βιώσουν ξανά κάποια στιγμή στη ζωή τους (Benshoff & Janikowski, 1999).

Μία άλλη παγίδα είναι το να ακολουθούνται γρήγοροι ρυθμοί στη συμβουλευτική διαδικασία και παράλληλα να θέτονται υψηλές προσδοκίες σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Μία από τις συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει αυτή η τακτική είναι το να θεωρήσουν οι οικογένειες την αποχή ως ανάκαμψη (Benshoff & Janikowski, 1999).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που αφορά τη συμβουλευτική με οικογένειες είναι τα συχνά ηθικά διλήμματα που προκύπτουν κατά την εφαρμογή αυτής της μεθόδου. Όπως για παράδειγμα το δίλημμα που προκύπτει, όταν ένα μέλος της οικογένειας αποκαλύπτει ένα μυστικό στον σύμβουλο και δε θέλει να κοινοποιηθεί στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Οι απαντήσεις που έχουν δοθεί για το πώς πρέπει να αντιμετωπίσει αυτό το δίλημμα ο σύμβουλος είναι πολλές και αντικρουόμενες. Άλλο δίλημμα που μπορεί ο σύμβουλος να αντιμετωπίσει είναι το αν θα πρέπει να παραβρεθεί ποτέ σε κάποια οικογενειακή συγκέντρωση, στην οποία είναι πολύ πιθανό να καλεστεί. Ή αν είναι σωστό για το καλό των πελατών του να είναι χειριστικός και να χρησιμοποιεί παράδοξες τεχνικές. Ή το ερώτημα κατά πόσο μπορεί ο σύμβουλος να ελέγξει τις αντιλήψεις του και να μην τις επιβάλλει στην οικογένεια. Τέλος, ένα ακόμη πολύ σημαντικό ηθικό δίλημμα, το οποίο ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο σύμβουλος, είναι το πώς θα πρέπει να χειριστεί τις πιθανές περιπτώσεις οικογενειακής βίας (Kottler & Shepard, 2008).

#### **4.6. Η Πρόληψη της Υποτροπής (Relapse Prevention)**

Η προσέγγιση της πρόληψης της υποτροπής αντιλαμβάνεται την επιστροφή των εξαρτημένων σε κάποιες από τις παλαιότερες συμπεριφορές τους, κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, ως μια φυσιολογική διαδικασία (Kottler & Shepard, 2008). Ας σημειωθεί ότι διαχωρίζονται οι έννοιες εκτροπή (lapse) και υποτροπή (relapse). Η εκτροπή αναφέρεται στην αρχική αποτυχία του ουσιοεξαρτημένου να απέχει από τις ουσίες. Ενώ η υποτροπή αναφέρεται στην κατάληξη αυτής της αποτυχίας σε πλήρη επιστροφή του ουσιοεξαρτημένου στην κατάχρηση των ουσιών (Kottler & Shepard, 2008). Σύμφωνα με τους ερευνητές οι περισσότεροι από τους ουσιοεξαρτημένους θα βιώσουν κάποια στιγμή την εκτροπή, ενώ πολλοί από αυτούς θα υποτροπιάζουν (Polivy & Herman, 2002, στο Kottler & Shepard, 2008). Το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής όμως αντιλαμβάνεται αυτές τις υποτροπές ως ευκαιρίες για να διδαχθεί το ουσιοεξαρτημένο άτομο πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης (Kottler & Shepard, 2008).

Οι Marlatt and Gordon (1985) αναφέρουν ότι όταν οι ουσιοεξαρτημένοι βιώνουν την εκτροπή, τα δυσάρεστα συναισθήματα που τους προκαλούνται τους οδηγούν τελικά στην υποτροπή, αφού καταφεύγουν στις ουσίες για να ανακουφιστούν από αυτά ακριβώς τα δυσάρεστα συναισθήματα. Οι Marlatt and

Gordon (1985) λοιπόν ανέπτυξαν το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής, ένα γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο, ενσωματώνοντας σε αυτό ποικίλες παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τα άτομα να αποφύγουν αυτή τη διαδικασία. Συγκεκριμένα, το μοντέλο αυτό επιδιώκει την πρόληψη της υποτροπής και την ανάκαμψη από την εκτροπή, ώστε να μην καταλήξει αυτή σε υποτροπή (Miller, 2005).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να αναλυθεί συνοπτικά το μοντέλο των σταδίων της αλλαγής των Prochaska et al. (1992). Καθότι αποτελεί ένα μοντέλο που σχετίζεται σημαντικά με το μοντέλο, το οποίο συζητείται στην παρούσα ενότητα.

Οι Prochaska et al. (1992) περιγράφουν 5 στάδια των εξαρτητικών συμπεριφορών: το στάδιο της προ-σκέψης (precontemplation stage), το στάδιο της σκέψης (contemplation stage), το στάδιο της προετοιμασίας (preparation stage), το στάδιο της δράσης (action stage) και το στάδιο της διατήρησης (maintenance stage). Στο στάδιο της προ-σκέψης το άτομο δεν έχει ακόμη συνειδητοποιήσει την έκταση του προβλήματος που αντιμετωπίζει και αντιστέκεται στην αλλαγή. Κατά τη διάρκεια του σταδίου της σκέψης, το άτομο κατανοεί το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, σκέπτεται να αλλάξει, εκτιμώντας τα αρνητικά και τα θετικά που θα επιφέρει αυτή η αλλαγή, αλλά δεν αναλαμβάνει ακόμη πρωτοβουλίες για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, το άτομο σχεδιάζει να αναλάβει πρωτοβουλίες, ώστε να επιτύχει την αλλαγή. Στο στάδιο της δράσης το άτομο επιχειρεί εμφανείς αλλαγές, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Και τέλος, κατά τη διάρκεια του σταδίου της διατήρησης, το άτομο προσπαθεί να σταθεροποιήσει την αλλαγή που έχει επιτύχει και να προλάβει την υποτροπή.

Το να γνωρίζει λοιπόν ο σύμβουλος σε ποιο στάδιο της αλλαγής βρίσκεται ο πελάτης είναι σημαντικό. Καθότι έτσι θα είναι σε θέση να εκτιμήσει κατά πόσο η υποτροπή απασχολεί τον πελάτη, έστω και αν θεωρητικά, ακολουθώντας αυτό το μοντέλο, η υποτροπή είναι ένα ζήτημα που προκύπτει στο στάδιο της διατήρησης. Στην πραγματικότητα όμως το ζήτημα της υποτροπής μπορεί να προκύψει σε κάθε στάδιο. Στα πρώτα στάδια εμφανίζεται με μια διαφορετική μορφή. Για παράδειγμα, μπορεί τα άτομα να αντιστέκονται στην αλλαγή, διότι φοβούνται ότι θα αποτύχουν. Ενώ στα στάδια της δράσης και της διατήρησης το άτομο ανησυχεί μήπως υποτροπιάσει, ενώ έχει δεσμευθεί ότι θα απέχει από τις ουσίες. Και οι χειρισμοί λοιπόν που πρέπει ο σύμβουλος να εφαρμόσει, όσον αφορά την υποτροπή, διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο αλλαγής που βρίσκεται ο πελάτης. Έτσι, ενώ στα πρώτα στάδια ο σύμβουλος πρέπει να μιλάει πιο συγκρατημένα για το θέμα της υποτροπής, στα 2 τελευταία στάδια μπορεί να χρειαστεί να ενθαρρύνει τον πελάτη να συζητήσει μαζί του ανοιχτά τις ανησυχίες του ως προς αυτό το θέμα (Miller, 2005).

Στο μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής απαιτείται η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον σύμβουλο και στον πελάτη, καθώς και η υιοθέτηση μιας μη επικριτικής στάσης από τον σύμβουλο. Ωστε να μοιράζεται ο πελάτης με τον σύμβουλο τόσο τις προθέσεις του να καταπατήσει τη δέσμευσή του να απέχει από τις ουσίες όσο και την ίδια την πράξη της καταπάτησης της αποχής (Miller, 2005).

## 4.7. Η Συνέντευξη της Κινητοποίησης (Motivational Interviewing)

Η συνέντευξη της κινητοποίησης αποτελεί μια προσέγγιση που αποσκοπεί στο να βοηθήσει το άτομο να συνειδητοποιήσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ή θα αντιμετωπίσει στο μέλλον, ώστε να τα επιλύσει. Η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης καθίσταται χρήσιμη στα άτομα εκείνα που εκδηλώνουν απροθυμία και αμφιθυμία απέναντι στην αλλαγή. Επιδιώκει να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν την αμφιθυμία που αισθάνονται και τελικά να οδηγηθούν στην αλλαγή (Miller & Rollnick, 2002).

Ο σύμβουλος, σε αυτήν την προσέγγιση, δεν υιοθετεί έναν αυταρχικό ρόλο, καθότι την ευθύνη της αλλαγής την έχει ο ίδιος ο πελάτης, ο οποίος και επιλέγει το αν θα ακολουθήσει ή όχι τις παρααινέσεις του συμβούλου. Ο σύμβουλος επιδιώκει να δημιουργήσει μια θετική ατμόσφαιρα, με σκοπό αυτή να συμβάλει στην επίτευξη της αλλαγής. Ο κύριος σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι να ενισχυθεί η ενυπάρχουσα κινητοποίηση του πελάτη, ώστε τελικά η αλλαγή να προκύψει από τον ίδιο τον πελάτη χωρίς να χρειαστεί η εξωτερική επιβολή. Η συνέντευξη της κινητοποίησης χρησιμοποιεί ποικίλες στρατηγικές, κάποιες από τις οποίες προέρχονται από την πελατοκεντρική συμβουλευτική (Miller & Rollnick, 2002).

Οι πέντε γενικές αρχές της συνέντευξης της κινητοποίησης είναι οι εξής: (Miller & Rollnick, 2002).

- Η ενσυναίσθηση (empathy)
- Η ανάπτυξη της ασυμφωνίας (discrepancy)
- Η αποφυγή επιχειρηματολογίας
- Η αντίσταση
- Η υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της συνέντευξης της κινητοποίησης. Βασικό γνώρισμα της ενσυναίσθησης αποτελεί η αποδοχή. Η αποδοχή όμως δεν ταυτίζεται με τη συμφωνία ή την έγκριση. Καθότι είναι πιθανό ο σύμβουλος να κατανοεί και να αποδέχεται την οπτική του πελάτη, χωρίς όμως απαραίτητα να συμφωνεί με αυτήν. Η αποδοχή όμως προϋποθέτει το να ακούει ο σύμβουλος με σεβασμό τον πελάτη, προσπαθώντας να κατανοήσει τα συναισθήματά του και την οπτική του για τα πράγματα, χωρίς να έχει κριτική στάση απέναντι του. Αυτού του είδους η αποδοχή συντελεί τελικά στο να θελήσει το άτομο να αλλάξει. Επίσης, στο πλαίσιο της ενσυναίσθησης, η αμφιθυμία και η απροθυμία του ατόμου να αλλάξει γίνονται αποδεκτές ως μια φυσιολογική διαδικασία, και όχι ως μία παθολογική κατάσταση (Miller & Rollnick, 2002).

Μία άλλη βασική αρχή της συνέντευξης της κινητοποίησης αποτελεί η ανάπτυξη της ασυμφωνίας, η οποία αποτελεί μια διαδικασία, κατά την οποία ο σύμβουλος αναπτύσσει στο μυαλό του πελάτη ασυμφωνίες ανάμεσα στο τι κάνει στο παρόν και στο τι επιθυμεί να κάνει. Όταν ο πελάτης έρχεται σε αυτήν την ασυμφωνία καταφέρνει να ξεκαθαρίσει αυτά που επιθυμεί να πράξει και να συνειδητοποιήσει τις συνέπειες της τωρινής συμπεριφοράς του, οι οποίες έρχονται σε σύγκρουση με αυτά που επιθυμεί (Miller & Rollnick, 2002).

Η τρίτη βασική αρχή αυτής της προσέγγισης είναι η αποφυγή της επιχειρηματολογίας. Σύμφωνα με αυτήν, ο σύμβουλος πρέπει να αποφεύγει τις διαφωνίες και τις συγκρούσεις με τον πελάτη, καθότι αυτές προκαλούν αντιστάσεις στον πελάτη. Ειδικά με τα ουσιοεξαρτημένα άτομα εκεί που είναι πιθανό να αναπτυχθούν διαφωνίες είναι στο θέμα της διαγνωστικής ετικέτας. Κάποιοι σύμβουλοι δίνουν μεγάλη σημασία στην άρνηση του πελάτη να δεχθεί τη διάγνωση, για παράδειγμα, ότι είναι αλκοολικός. Το να προσπαθεί ο σύμβουλος να πείσει τον πελάτη να δεχθεί αυτήν τη διάγνωση, δε φαίνεται να βοηθάει τη θεραπευτική διαδικασία, αντίθετα προκαλεί αντιστάσεις εκ μέρους του πελάτη (Miller & Rollnick, 2002).

Η τέταρτη βασική αρχή αφορά την αντίσταση. Στη συνέντευξη της κινητοποίησης, η απροθυμία και η αμφιθυμία για αλλαγή αποτελούν κάτι το φυσιολογικό στην όλη διαδικασία της αλλαγής. Αυτή η προσέγγιση λοιπόν αντιλαμβάνεται την αντίσταση ως μια διαδικασία που εμπλέκει τον πελάτη πιο ενεργά στην επίλυση των προβλημάτων του (Miller & Rollnick, 2002).

Η πέμπτη και τελευταία αρχή είναι η υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας. Αυτο-αποτελεσματικότητα σημαίνει η εμπιστοσύνη που έχει κάποιος στον εαυτό του ότι μπορεί να τα καταφέρει σε κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα ή πρόκληση. Ένας τρόπος για να υποστηριχθεί η αυτο-αποτελεσματικότητα του πελάτη είναι να δοθεί έμφαση στην ευθύνη που έχει ο ίδιος στο να αλλάξει (Miller & Rollnick, 2002).

Η συνέντευξη της κινητοποίησης συνδέεται άμεσα με τα στάδια της αλλαγής που έχουν αναφερθεί παραπάνω (στην ενότητα 4.6.). Ο σύμβουλος πρέπει να γνωρίζει σε ποιο στάδιο της αλλαγής βρίσκεται ο πελάτης, ώστε να του παρέχει την κατάλληλη βοήθεια. Επιπλέον, τα θέματα της αντίστασης, της αμφιθυμίας και της δέσμευσης γίνονται πιο κατανοητά υπό το πρίσμα των σταδίων της αλλαγής (Miller & Rollnick, 2002).

## 4.8. Ομάδες Αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν μια προσέγγιση πολύ σημαντική για τη θεραπεία των εξαρτήσεων. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι σχεδόν κάθε εξαρτημένο άτομο έχει παραπεμφθεί σε κάποια από τις ομάδες αυτοβοήθειας, π.χ. στους Αλκοολικούς Ανώνυμους (Alcoholic Anonymous) ή στους Ναρκομανείς Ανώνυμους (Narcotics Anonymous) (Benshoff & Janikowski, 1999).

Οι ομάδες αυτοβοήθειας προσφέρουν στα εξαρτημένα άτομα ελπίδα και την αίσθηση της συνεκτικότητας και της καθολικότητας, αφού τα άτομα μαθαίνουν μέσα από τις προσωπικές ιστορίες των άλλων. Προσφέρουν επίσης ασφάλεια και σταθερότητα, ενώ βοηθάνε τα άτομα να αντιμετωπίσουν την ανισχυρότητα που νιώθουν απέναντι στις ουσίες. Σε αυτές τις ομάδες κυριαρχεί η ενσυναίσθηση και η ιδέα της υπευθυνότητας, ότι δηλαδή το κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του ως προς το να απέχει από τις ουσίες (McDowell & Spitz, 1999). Ακόμη, παρέχουν στα εξαρτημένα άτομα φροντίδα, υποστήριξη και συμβουλές, και έτσι τα βοηθάνε να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα της θλίψης και του πένθους που αναπόφευκτα βιώνουν, όταν δεσμεύονται να απέχουν από τις ουσίες (King et al, 1979).

Οι ομάδες αυτοβοήθειας διαφέρουν από τις άλλες ομάδες στο ότι ο αρχηγός

τους, τουλάχιστον στις περισσότερες των περιπτώσεων, δεν είναι επαγγελματίες. Διαφέρουν επίσης στο ότι αποδέχονται όλους όσους επιθυμούν να γίνουν μέλη, αρκεί να δεσμευθούν ότι θα αλλάξουν, συμμετέχοντας στη δομή των συγκεκριμένων ομάδων και αποδεχόμενοι τις αξίες τους (Benshoff 1996, στο Benshoff & Janikowski, 1999).

Η ομάδα αυτοβοήθειας των Αλκοολικών Ανώνυμων ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1935. Αργότερα δημιουργήθηκε και η ομάδα αυτοβοήθειας των Нарκομανών Ανώνυμων από πρώην μέλη των Αλκοολικών Ανώνυμων που ήταν εθισμένοι στα «ναρκωτικά». Οι Нарκομανείς Ανώνυμοι διαφέρουν από τους Αλκοολικούς Ανώνυμους στο ότι αποδέχονται ως μέλη τους εξαρτημένους, όχι μόνο από το αλκοόλ, αλλά από όλες τις ουσίες. Το 1982 δημιουργήθηκε και η ομάδα των Κοκαΐνομανών Ανώνυμων (Cocaine Anonymous), η οποία, όπως ακριβώς και οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι, επικεντρώνεται σε μία συγκεκριμένη ψυχοδραστική ουσία (Benshoff & Janikowski, 1999).

Οι Αλκοολικοί Ανώνυμοι δημιούργησαν το μοντέλο των 12 βημάτων, το οποίο συνίσταται από 12 καθοδηγητικές δηλώσεις. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο λοιπόν, όταν ο αλκοολικός ακολουθεί αυτά τα βήματα πετυχαίνει τη νηφαλιότητα και την ισορροπία στη ζωή του (McDowell & Spitz, 1999). Το μοντέλο των 12 βημάτων ακολουθείται και από τις άλλες ομάδες αυτοβοήθειας που έχουν ήδη αναφερθεί και παραπάνω, δηλ. τους Нарκομανείς Ανώνυμους και τους Κοκαΐνομανείς Ανώνυμους (Pita, 2004).

Στο μοντέλο των 12 βημάτων ο εξαρτημένος καλείται να ακολουθήσει αυτά τα 12 βήματα, ενώ σε περίπτωση υποτροπής υποχρεούται να ξεκινήσει από την αρχή. Η φιλοσοφία αυτού του μοντέλου υπαγορεύει πως ο εξαρτημένος δεν θεραπεύεται ποτέ, αλλά βρίσκεται στη διαδικασία της ανάκαμψης για όλη του τη ζωή (Kottler & Shepard, 2008). Ενώ κεντρική του ιδέα αποτελεί η αποδοχή της ύπαρξης μιας ανώτερης δύναμης. Επιπροσθέτως, αν και θεωρεί ότι το εξαρτημένο άτομο δεν μπορεί να νικήσει την ασθένειά του, ιδιαίτερη έμφαση δίνει στο ότι το κάθε άτομο πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη της ανάκαμψής του (Kottler & Shepard, 2008).

Οι Stevens and Smith (2005, στο Kottler & Shepard, 2008) έχουν χωρίσει τα 12 βήματα σε πέντε κατηγορίες. Έτσι, στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα 3 πρώτα βήματα, στα οποία τα εξαρτημένα άτομα καλούνται να αποδεχθούν το ότι είναι ανίσχυρα απέναντι στην ασθένεια της εξάρτησης, να στραφούν σε μια ανώτερη δύναμη ζητώντας βοήθεια για να ανακάμψουν και τέλος να αποδεχθούν ότι οι προσωπικές τους δυνατότητες δεν είναι απεριόριστες. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα βήματα 4-7, στα οποία τα εξαρτημένα άτομα καλούνται να εξετάσουν εξονυχιστικά τον εαυτό τους και τα λάθη που έχουν κάνει απέναντι στους άλλους. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν τα βήματα 8 και 9, στα οποία οι εξαρτημένοι αποκαθιστούν τις σχέσεις τους με τους άλλους, οι οποίες είχαν διαταραχθεί και απενεχοποιούν τους εαυτούς τους, καθότι οι ενοχές και η ντροπή συνοδεύουν την εξάρτηση. Στην τέταρτη κατηγορία τα εξαρτημένα άτομα υποχρεώνονται να παρακολουθούν την ομάδα αυτοβοήθειας πολύ συχνά, ενώ στην πέμπτη κατηγορία έχουν ανάγκη από το να απομνημονεύουν και να επαναλαμβάνουν καθημερινές δηλώσεις, όπως για παράδειγμα η παρακάτω: “Μια μέρα σε μια στιγμή”.

Μία από τις πιο σημαντικές κριτικές που έχουν ασκηθεί στο μοντέλο αυτό είναι το ότι βασίζεται στην πίστη σε μια ανώτερη δύναμη και καλεί τα εξαρτημένα άτομα να την αποδεχθούν. Αυτή η ιδέα της εξάρτησης από μια ανώτερη δύναμη θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως έρχεται σε αντίθεση με τις

αξίες που φέρει η συμβουλευτική, καθότι οδηγεί τα εξαρτημένα άτομα να εγκαταλείψουν τη μία εξάρτηση και να στραφούν σε μία άλλη (Kottler & Shepard, 2008).

Παρόλα αυτά, το μοντέλο αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη συμβουλευτική, καθότι στα 12 βήματά του περιέχονται θέματα αρκετά σημαντικά από κλινική άποψη. Αυτά είναι τα εξής: η συνειδητοποίηση του προβλήματος, η εμφύσηση της ελπίδας, η αναζήτηση βοήθειας, η κατάκτηση της αυτογνωσίας, η αποκατάσταση, η αντιμετώπιση του άγχους, ο ενστερνισμός νέων αντιλήψεων και η εκδήλωση νέων συμπεριφορών (McCradly & Delaney, 1995, στο Benschhoff & Janikowski, 1999).

Σύμφωνα με τους Kottler and Shepard (2008) οι σύμβουλοι πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τις ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν στην περιοχή που δραστηριοποιούνται και να φροντίζουν τα άτομα που παραπέμπουν στις ομάδες αυτές να συμμετέχουν στις συναντήσεις. Ακόμη, η συμβουλευτική που εφαρμόζουν με τα εξαρτημένα άτομα είναι απαραίτητο να μην έρχεται σε αντίθεση με το μοντέλο των 12 βημάτων, αλλά αντίθετα να λειτουργεί συμπληρωματικά σε αυτό.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Miller (2005) όταν ο σύμβουλος εξοικειώνεται με το μοντέλο των 12 βημάτων μπορεί και να το χρησιμοποιήσει σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι για να το κάνει αυτό πρέπει και ο ίδιος να είναι ένα εξαρτημένο άτομο που ανακάμπτει. Ο Humphreys (1993, στο Miller, 2005) υποστηρίζει ότι όταν ο σύμβουλος θα προσπαθήσει να συνδυάσει το μοντέλο των 12 βημάτων με τη συμβουλευτική θα συναντήσει κάποιες δυσκολίες, οι οποίες προέρχονται από τις διαφορετικές απόψεις που εκφράζουν αυτές οι δύο προσεγγίσεις σε κάποια θέματα. Και ο Humphreys προτείνει στους συμβούλους να συγκεράσουν αυτές τις διαφορές, μέσω της αποδοχής των διαφορετικών, μα το ίδιο σεβαστών και παράλληλα αλληλοσυμπληρούμενων απόψεων.

## **4.9. Η συμβουλευτική των πελατών με διπλή διάγνωση**

Ο όρος διπλή διάγνωση, στην ουσιοεξάρτηση, αναφέρεται στη συνύπαρξη των διαταραχών χρήσης ουσιών με τις ψυχιατρικές ασθένειες (Zimberg, 1993, στο Miller, 2005). Το μεγαλύτερο μέρος των κλινικών ερευνών για τη διπλή διάγνωση υποστηρίζει ότι διπλή διάγνωση υπάρχει μόνο όταν οι διαταραχές χρήσης ουσιών σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (π.χ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, μείζων κατάθλιψη) (Pita, 2004). Όμως, υπάρχουν και άλλες κλινικές έρευνες που διευρύνουν τον όρο διπλή διάγνωση, εντάσσοντας σε αυτόν και λιγότερο σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως οι παροδικές διαταραχές διάθεσης. Ενώ εντάσσουν επίσης και τις διαταραχές της προσωπικότητας (Daley & Moss, 2002, στο Pita, 2004).

Πολλές από αυτές τις ψυχιατρικές διαταραχές παύουν να εκδηλώνονται, όταν το εξαρτημένο άτομο αυξάνει το διάστημα της αποχής του από τις ουσίες (Scott, 1995, στο Miller, 2005). Όμως όταν υπάρχουν περισσότερες περιπλοκές διαφαίνεται πως αυτά τα δύο προβλήματα συνυπάρχουν, και τότε και η θεραπεία καθίσταται πιο δύσκολη υπόθεση (Evans & Sullivan, 2001, στο Miller, 2005).

Για να διευκολυνθεί η διαδικασία της διάγνωσης σε αυτές τις περιπτώσεις, προτείνεται ο σύμβουλος να κάνει ευέλικτες διαγνώσεις (flexible diagnoses) (Inaba, 1995, στο Miller, 2005). Πρόκειται για επιφυλακτικές διαγνώσεις, μέχρι ο

σύμβουλος να συγκεντρώσει αρκετές πληροφορίες για να καταλήξει στη διατύπωση της τελικής του διάγνωσης (Miller, 2005).

Η θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων με διπλή διάγνωση εξαρτάται από το είδος της ψυχικής ασθένειας από την οποία πάσχουν, καθώς και από τη σοβαρότητά της. (Pita, 2004).

Γενικά πάντως, ένας σύμβουλος στο πεδίο της εξάρτησης που εργάζεται με πελάτες που χαρακτηρίζονται από διπλή διάγνωση απαιτείται να συνεργάζεται με ψυχιατρικές υπηρεσίες, ώστε να διευκολύνεται η διαδικασία της ανάκαμψης του πελάτη (Orlin & Davis, 1993, στο Miller, 2005). Επιπλέον, στους πελάτες με διπλή διάγνωση είναι απαραίτητο ο σύμβουλος να αναγνωρίζει σε ποιο στάδιο της αλλαγής βρίσκεται ο πελάτης, ώστε να εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις (Miller, 2005). Η προσέγγιση της συνέντευξης της κινητοποίησης επίσης αυξάνει τις πιθανότητες μιας πετυχημένης θεραπείας, μέσω της θεραπευτικής συμμαχίας που αναπτύσσει (“Dual Diagnosis”, 2003, στο Miller, 2005). Τέλος, οι ομάδες αυτοβοήθειας, παρότι μπορεί να προκαλέσουν κάποια προβλήματα στα άτομα με διπλή διάγνωση (Miller, 2005), θεωρούνται παρόλα αυτά μια σημαντική πηγή βοήθειας, αν και όχι αρκετή από μόνη της (Zimberg, 1993, στο Miller, 2005).

#### **4.10. Ανακεφαλαίωση**

Στο παραπάνω κεφάλαιο επιχειρήθηκε η ανάλυση της συμβουλευτικής που εφαρμόζεται στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Όπως διαφάνηκε, στη συμβουλευτική αυτού του τομέα υπάρχουν διάφορα μοντέλα της εξάρτησης από τα οποία ο σύμβουλος καλείται να επιλέξει αυτό που θεωρεί πιο κατάλληλο για να το εφαρμόσει, και διάφορες θεωρίες της συμβουλευτικής που μπορούν να εφαρμοστούν σε αυτόν τον τομέα, η καθεμία από τις οποίες προσφέρει το δικό της θεωρητικό υπόβαθρο, και ο σύμβουλος καλείται να χρησιμοποιήσει μία από αυτές, ενσωματώνοντας όμως σε αυτήν και τεχνικές από τις άλλες θεωρίες.

Παρουσιάστηκαν επίσης οι διαδικασίες της συμβουλευτικής σε αυτόν τον τομέα, όπως η ατομική συμβουλευτική, η ομαδική συμβουλευτική και η οικογενειακή συμβουλευτική. Όπως παρατηρήθηκε, και οι τρεις θεωρούνται πολύ σημαντικές στο πεδίο της εξάρτησης, ενώ το εξαρτημένο άτομο απολαμβάνει σημαντικά και διαφορετικά οφέλη από την καθεμία στην προσπάθειά του να ανακάμψει.

Παρουσιάστηκαν ακόμη δύο πολύ σημαντικά μοντέλα για τη συμβουλευτική των ουσιοεξαρτήσεων, το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής και το μοντέλο της συνέντευξης της κινητοποίησης. Το πρώτο συμβάλει στο να προλαμβάνονται οι υποτροπές των εξαρτημένων ατόμων, οι οποίες όμως θεωρούνται φυσιολογικές κατά τη διαδικασία της ανάκαμψης, ενώ το δεύτερο συμβάλει στο να ενισχυθεί η κινητοποίηση του πελάτη, ώστε να αλλάξει.

Τέλος, παρουσιάστηκαν οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οποίες περιέχουν θέματα σημαντικά από κλινική άποψη, ενώ κατέχουν μια πολύ σημαντική θέση στη θεραπεία των εξαρτήσεων, ενώ αναφέρθηκαν συνοπτικά οι κυριότερες παρεμβάσεις που επιχειρούνται στη συμβουλευτική των πελατών με διπλή διάγνωση, όπως είναι η συνέντευξη της κινητοποίησης και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Και όπως διαφάνηκε, η διάγνωση σε αυτήν την κατηγορία των εξαρτημένων αποτελεί μια δύσκολη υπόθεση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Τα διαγνωστικά εργαλεία στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα**

#### **5.1. Εισαγωγή**

Στο παρόν και τελευταίο κεφάλαιο αυτής της εργασίας παρουσιάζεται ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης. Στην αρχή του κεφαλαίου θεωρήθηκε απαραίτητο να διευκρινιστούν οι όροι αξιολόγηση-διάγνωση και ο ρόλος τους στη συμβουλευτική, καθότι αυτοί οι όροι παρουσιάζουν άμεση σχέση με τα διαγνωστικά εργαλεία. Και αυτό γιατί οι διαδικασίες της αξιολόγησης και της διάγνωσης του πελάτη επιτυγχάνονται μέσω της χρήσης αυτών των εργαλείων.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα κριτήρια της αξιολόγησης στη συμβουλευτική της κατάχρησης ουσιών, όπως έχουν οριστεί από τον Σύνδεσμο για την Αξιολόγηση στη Συμβουλευτική και την Εκπαίδευση (Association for Assessment in Counseling and Education), (AAACE) και τον Διεθνή Σύνδεσμο για τους Συμβούλους Εξάρτησης και Παραβατών (International Association of Addictions and Offenders Counselors). Αυτά τα κριτήρια θεωρήθηκαν απαραίτητο να αναφερθούν, καθότι μέσω αυτών αναδεικνύεται η σημαντικότητα της αξιολόγησης, και κατ' επέκταση των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης.

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι δύο κατηγορίες στις οποίες μπορούν να διαχωριστούν τα διαγνωστικά εργαλεία, δηλ. τα μη ψυχομετρικά μέσα και τα ψυχομετρικά μέσα, ενώ αναλύονται κάποια από αυτά, τα οποία χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Μέσω της ανάλυσης αυτών των διαγνωστικών εργαλείων, διαφαίνεται εμμέσως και ο ρόλος που μπορούν αυτά να παίξουν στη θεραπευτική διαδικασία. Έπειτα, επιχειρείται μια σύγκριση ανάμεσα στα ψυχομετρικά και στα μη ψυχομετρικά μέσα.

Στη συνέχεια, αναφέρονται συνοπτικά τα δεοντολογικά διλήμματα που εγείρει η χρήση των ψυχομετρικών μέσων. Το τελευταίο μέρος δε του κεφαλαίου παρουσιάζει άμεσα το ρόλο που έχουν τα διαγνωστικά εργαλεία στη συμβουλευτική, ενώ παρουσιάζονται κάποια ενδιαφέροντα ερευνητικά ευρήματα για το θέμα αυτό, τα οποία καταδεικνύουν ότι τα διαγνωστικά εργαλεία μπορεί να παίξουν και θεραπευτικό ρόλο.

#### **5.2. Αξιολόγηση - Διάγνωση**

##### **5.2.1. Η έννοια της αξιολόγησης και η διάκρισή της από άλλους συναφείς όρους**

Οι Benschhoff and Janikowski (1999) ορίζουν την αξιολόγηση (assessment) ως τη διαδικασία εκείνη που επιδιώκει να προσδιορίσει ποιες είναι οι δυνάμεις και ποιοι οι περιορισμοί του πελάτη. Αυτά προσδιορίζονται από τα βέλτιστα αποτελέσματα (καθορίζονται από τον ίδιο τον πελάτη και τη δυσλειτουργία του, καθώς και από



τους στόχους και τις διαθέσιμες πηγές της κοινωνικής υπηρεσίας) ή από τη λειτουργικότητα του πελάτη. Η αξιολόγηση αποσκοπεί στην κατάστρωση εναλλακτικών σχεδίων παροχής υπηρεσιών. Αυτά τα σχέδια, τα οποία προκύπτουν από τις πληροφορίες που αποκτήθηκαν, κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, πρέπει να είναι σαφή και προσανατολισμένα στη δράση.

Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης λοιπόν συγκεντρώνονται πληροφορίες από διάφορες πηγές, μέσω των οποίων μπορεί να προβλεφθεί η έκβαση του πελάτη, ενώ ο τελευταίος βοηθείται να λάβει αποφάσεις ως προς το θεραπευτικό του πρόγραμμα (Benshoff & Janikowski, 1999).

Σύμφωνα με τον Αλεξόπουλο (2004) η αξιολόγηση αποτελεί τη μελέτη ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων μέσω των επιστημονικών εργαλείων, όπως τα τεστ και άλλα μέσα, ώστε να επιτευχθεί η περιγραφή, η διάγνωση, η πρόβλεψη, η ερμηνεία ή η αλλαγή στη συμπεριφορά του εξεταζόμενου.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το Addiction Technology Transfer Centers (ATTC) (2000: 98) η αξιολόγηση «Αποτελεί μια συνεχή διαδικασία μέσα από την οποία οι σύμβουλοι συνεργάζονται με τους “πελάτες” και με άλλους για να συλλέξουν και να ερμηνεύσει πληροφορίες αναγκαίες για το σχεδιασμό της θεραπείας και την αξιολόγηση της προόδου των “πελατών”».

Στον παραπάνω ορισμό η έννοια της αξιολόγησης ορίζεται ως μία συνεχή διαδικασία, η οποία επεκτείνεται και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με στόχο το να αξιολογείται η πρόοδος του πελάτη.

Ο Σταλίκας (2002) θεωρεί επίσης την αξιολόγηση ως μία συνεχή διαδικασία, καθότι τη διακρίνει σε προθεραπευτική αξιολόγηση και σε ενδοθεραπευτική αξιολόγηση. Η προθεραπευτική αξιολόγηση πραγματοποιείται πριν την έναρξη της θεραπείας και περιλαμβάνει πληροφορίες, οι οποίες συλλέγονται μέσω της διαγνωστικής συνέντευξης και των ψυχομετρικών εργαλείων. Ενώ η ενδοθεραπευτική αξιολόγηση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αποσκοπεί στην αξιολόγηση των συμπεριφορών που αποτελούν ενδείξεις θεραπευτικής προόδου, ώστε να εκτιμείται η εξέλιξη της θεραπείας.

Όσον αφορά την αξιολόγηση που αποσκοπεί στο σχεδιασμό της θεραπείας, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται επιδιώκουν να καθορίσουν τα παρακάτω (Benshoff & Janikowski, 1999):

- Την τρέχουσα λειτουργικότητα του πελάτη, τα κυριότερα χαρακτηριστικά του και τις ικανότητές του, τις δυνάμεις του, τους περιορισμούς και τις προτιμήσεις του.
- Τους κατάλληλους για τον πελάτη στόχους σύμφωνα με τη λειτουργικότητα του πελάτη, τις παροχές που προσφέρει η υπηρεσία και τις πηγές της κοινότητας. Οι στόχοι αυτοί πρέπει να προκύπτουν από τη συνεργασία του συμβούλου με τον πελάτη, να αποφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα και να συμβαδίζουν με τις προτιμήσεις του πελάτη.
- Τα μέσα με τα οποία θα επιτευχθούν οι στόχοι. Η διαδικασία της αξιολόγησης πρέπει να καταλήγει στην κατάστρωση ενός σχεδίου. Το σχέδιο αυτό πρέπει να επιδιώκει το συγχρωτισμό των πληροφοριών για τον πελάτη και το περιβάλλον του με τους τιθέμενους στόχους, να είναι προσανατολισμένο στη δράση, να απαιτεί σαφείς συμπεριφορές από τον πελάτη και τον σύμβουλο, και τέλος να περιλαμβάνει μικρούς, εφικτούς στόχους, οι οποίοι να οδηγούν στους τελικούς, επιθυμητούς στόχους

Ο όρος αξιολόγηση σχετίζεται άμεσα και πολλές φορές χρησιμοποιείται εναλλάξ με τους όρους εκτίμηση (evaluation), μέτρηση (measurement), και τεστ.

Οι όροι όμως αυτοί δεν ταυτίζονται. Ο όρος εκτίμηση είναι πιο συγκεκριμένος από τον όρο αξιολόγηση και περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών για το επίπεδο της λειτουργικότητας του ατόμου και της συμπεριφοράς του σε συγκεκριμένους τομείς, π.χ. στον ιατρικό, στον ψυχολογικό, στον κοινωνικό, στον εκπαιδευτικό και στον εργασιακό (Benshoff & Janikowski, 1999).

Η αξιολόγηση του πελάτη μπορεί να περιέχει και την εκτίμηση για τον πελάτη, η οποία με τη σειρά της περιέχει μετρήσεις, οι οποίες γίνονται μέσω των τεστ (Benshoff & Janikowski, 1999). Κανένας ορισμός για τον όρο τεστ δεν έχει τύχει κοινής αποδοχής (Αλεξόπουλος, 1998). Θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιοι από τους ορισμούς που έχουν δοθεί για τον όρο αυτό.

Τα τεστ «προσδιορίζονται ως μία αντικειμενική και τυποποιημένη μέτρηση ενός δείγματος συμπεριφοράς.» (Anastasi & Urbina, 1997, στο Whiston, 2005: 5). «Ένα τεστ είναι μια συστηματική διαδικασία για να παρατηρήσουμε τη συμπεριφορά ενός ατόμου και για να την περιγράψουμε με τη βοήθεια μιας αριθμητικής κλίμακας σε ένα σύστημα» (Cronbach, 1984, στο Αλεξόπουλος, 1998: 14). «Τεστ είναι κάθε μέθοδος με την οποία παρατηρούμε και μετρούμε την ανθρώπινη συμπεριφορά και τη διαφοροποίησή της από άτομο σε άτομο» (Arici, 1972, στο Αλεξόπουλος, 1998: 14).

Τέλος, σύμφωνα με τους Benshoff and Janikowski (1999) ο όρος μέτρηση παραπέμπει στον καθορισμό ενός αριθμού, ο οποίος προσδιορίζει το αν υπάρχουν και σε ποιο βαθμό κάποια από τα χαρακτηριστικά του πελάτη.

### **5.2.2. Διάγνωση. Διαγνωστικά κριτήρια της ουσιοεξάρτησης κατά DSM-IV**

Η ψυχοδιάγνωση (psychodiagnosis) περιλαμβάνει την ανάλυση των προβλημάτων του πελάτη, καθώς και την ερμηνεία τους. Παρέχει την αιτιολογία αυτών των προβλημάτων και αναλύσεις για το πώς δημιουργήθηκαν κατά την πάροδο του χρόνου. Περιλαμβάνει επίσης ταξινομήσεις των διαταραχών, καθορίζει το ποιες είναι οι κατάλληλες μέθοδοι θεραπείας και τέλος προσδιορίζει τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας (Corey, 2005).

Σύμφωνα με την Κουλάκογλου (1998) η διάγνωση προσδιορίζει τη φύση και την προέλευση της προβληματικής συμπεριφοράς. Ενώ την ταξινομεί σύμφωνα με κάποιο επίσημο διαγνωστικό εργαλείο, όπως π.χ. το DSM-IV και το ICD-10. Μια επαρκής διάγνωση προσφέρει πληροφορίες για τα θετικά και τους περιορισμούς του πελάτη, για τις αιτίες της προβληματικής του συμπεριφοράς και για τα μέσα που διατίθενται για τη θεραπεία του. Και η ίδια συγγραφέας συνεχίζει λέγοντας ότι η διάγνωση σχετίζεται άμεσα με την πρόγνωση, καθότι η διάγνωση παρέχει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί η πρόγνωση του ασθενή. Η πρόγνωση με τη σειρά της υποδεικνύει ποια μπορεί να είναι η εξέλιξη του ασθενή, η τροποποίησή του, ή ακόμη και η επιδείνωσή του. Η διάγνωση δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση και δεν αρκούν τα τεστ για να σχηματιστεί μια ακριβής διάγνωση.

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η διάγνωση και η αξιολόγηση αποτελούν διαδικασίες που συνδέονται. Καθότι η διάγνωση του πελάτη βασίζεται στις πληροφορίες που αποκτούνται μέσω της διαδικασίας της αξιολόγησης (Whiston, 2005).

Σύμφωνα με το DSM-IV, το οποίο, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αποτελεί επίσημο διαγνωστικό εργαλείο, οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: στις διαταραχές χρήσης ουσιών, οι οποίες

περιλαμβάνουν την εξάρτηση από ουσίες και την κατάχρηση ουσιών, και στις διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες, μερικές από τις οποίες είναι οι εξής: τοξίκωση από ουσίες, στερητική διαταραχή από ουσίες, παραλήρημα προκαλούμενο από ουσίες, ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, κ.α. (Μάνος, 1997).

### **Πίνακας 3:** Διαγνωστικά κριτήρια της Εξάρτησης από Ουσίες κατά DSM-IV

---

Ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν οποτεδήποτε μέσα στην ίδια χρονική περίοδο 12 μηνών:

- (1) ανοχή, όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:
  - (α) ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί τοξίκωση ή επιθυμητό αποτέλεσμα
  - (β) έντονα ελαττωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας
- (2) στερητικό σύνδρομο, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:
  - (α) χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία (βλέπε τα κριτήρια Α και Β των ομάδων κριτηρίων για Στερητικό Σύνδρομο από τις συγκεκριμένες ουσίες)
  - (β) η ίδια (ή κάποια στενή σχέση μ' αυτήν) ουσία λαμβάνεται για ν' ανακουφισθούν ή ν' αποφευχθούν στερητικά συμπτώματα.
- (3) η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ότι το άτομο είχε σκοπό
- (4) υπάρχουν επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας
- (5) ξοδεύεται πολύς χρόνος, σε δραστηριότητες απαραίτητες για να βρει την ουσία (π.χ. επισκέπτεται πολλαπλούς γιατρούς ή οδηγεί μακρινές αποστάσεις), χρησιμοποιώντας την ουσία (π.χ. το ένα τσιγάρο μετά το άλλο) ή για να συνέλθει από τα αποτελέσματά της
- (6) σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης της ουσίας
- (7) η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι έχει ένα επίπονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή παροξύνεται από την ουσία (π.χ. τωρινή χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση κατάθλιψης προκαλούμενης από την κοκαΐνη ή συνεχιζόμενη χρήση ποτού παρά την αναγνώριση ότι ένα έλκος έγινε χειρότερα από την κατανάλωση αλκοόλ)

*Προσδιορίστε αν:*

Με **Φυσιολογική Εξάρτηση:** απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλ. είτε το αντικείμενο 1 είτε το 2 είναι παρόν)

Χωρίς **Φυσιολογική Εξάρτηση:** όχι απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλ ούτε το αντικείμενο 1 ούτε το 2 είναι παρόν)

---

---

*Προσδιοριστές πορείας: (βλέπε το κείμενο για ορισμούς):*

**Πρώιμη Πλήρης Ύφεση**  
**Πρώιμη Μερική Ύφεση**  
**Παρατεταμένη Πλήρης Ύφεση**  
**Παρατεταμένη Μερική Ύφεση**  
**Σε Θεραπεία με Αγωνιστή**  
**Σε Ελεγχόμενο Περιβάλλον**

---

Πηγή: Μάνος, 1997: 508-509

### **5.2.3. Ο ρόλος της Αξιολόγησης-Διάγνωσης στη συμβουλευτική**

Ως σκοπός της διάγνωσης στη συμβουλευτική και στην ψυχοθεραπεία τίθεται ο προσδιορισμός των διαταραχών, όπως εκφράζονται στη συμπεριφορά και γενικότερα στον τρόπο ζωής του πελάτη. Και όταν εντοπιστούν τα προβλήματα, τότε ο σύμβουλος από κοινού με τον πελάτη μπορούν να καθορίσουν τους στόχους της θεραπείας, η οποία και θα ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του πελάτη. Η διάγνωση παρέχει στον σύμβουλο ένα πλάνο εργασίας, το οποίο τον βοηθάει στο να κατανοεί καλύτερα τον πελάτη του. Η διάγνωση δεν κατέχει το ρόλο μιας τελικής ετυμηγορίας, και κατά συνέπεια ο σύμβουλος μπαίνει στη διαδικασία της διάγνωσης από την πρώτη συνέντευξη με τον πελάτη και τη συνεχίζει όσο διαρκεί η θεραπευτική διαδικασία (Corey, 2005).

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, λοιπόν, η αξιολόγηση του πελάτη έχει τους εξής στόχους: 1) την αξιολόγηση των προβλημάτων του πελάτη, 2) τον καθορισμό των προβλημάτων του πελάτη, 3) την επιλογή και εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπειών και 4) την αξιολόγηση της συμβουλευτικής διαδικασίας (Whiston, 2005).

Ο πρώτος στόχος, δηλ. η αξιολόγηση των προβλημάτων του πελάτη, πραγματοποιείται στο αρχικό στάδιο της συμβουλευτικής. Είναι απαραίτητο να γίνει αυτή η αξιολόγηση, καθότι κάθε άτομο έχει ανάγκη από διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση. Εάν τελικά η διαδικασία της αξιολόγησης δε γίνει με ακρίβεια, τότε μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά και η όλη συμβουλευτική διαδικασία (Whiston, 2005).

Στο δεύτερο στάδιο της διαδικασίας, ο σύμβουλος πρέπει να συνεχίσει να αξιολογεί τον πελάτη για να βεβαιωθεί ότι έχει προσδιορίσει επαρκώς το πρόβλημά του. Στο τρίτο στάδιο, κατά τη διάρκεια του οποίου εφαρμόζεται η θεραπεία, η αξιολόγηση δε σταματάει. Ο σύμβουλος πρέπει διαρκώς να εξετάζει εάν έχει κατανοήσει επαρκώς το πρόβλημα του πελάτη, καθώς και εάν έχει επιτευχθεί πρόοδος. Και καθότι η διαδικασία του ταιριάσματος του πελάτη με την αποτελεσματική για αυτόν θεραπεία, δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση, ο σύμβουλος καλείται να αξιολογεί συνεχώς τόσο τον ίδιο τον πελάτη όσο και τις υπηρεσίες συμβουλευτικής που του παρέχονται. Στο τελευταίο στάδιο, ο σύμβουλος πρέπει να αξιολογεί την όλη συμβουλευτική διαδικασία, το κατά πόσο δηλαδή αυτή ήταν αποτελεσματική (Whiston, 2005).

Η αξιολόγηση-διάγνωση, ως μέρος της συμβουλευτικής διαδικασίας, αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τις διάφορες θεωρίες της συμβουλευτικής. Άλλες θεωρίες την αποδέχονται πλήρως, ενώ άλλες φθάνουν στην πλήρη απόρριψή της (Δημητρόπουλος, 1998). Οι θεωρίες που επικεντρώνονται στις σχέσεις και οι εμπειρικές θεωρίες –όπως η υπαρξιακή θεωρία, η πελατοκεντρική

θεωρία και η θεωρία Gestalt- αντιλαμβάνονται την αξιολόγηση και τη διάγνωση ως έναν εξωτερικό παράγοντα που απομακρύνει τον θεραπευτή από την κατανόηση του βαθύτερου κόσμου του πελάτη (Corey, 2005). Οι θεωρίες όμως που σχετίζονται με την ψυχολογία της συμπεριφοράς ή έχουν θεραπευτικές θέσεις, δηλαδή ψυχολογικό πρόβλημα = ασθένεια, και κατά συνέπεια ως ασθένεια μπορεί να ενταχθεί σε κάποια κατηγορία ταξινομήσεων, διατυπώνουν την άποψη ότι η θεραπεία προϋποθέτει τη διάγνωση του προβλήματος (Δημητρόπουλος, 1998).

Ο Corey (2005) επιδιώκοντας να συνδυάσει αυτές τις δύο αντίθετες τάσεις, εκφράζει την άποψη ότι η διάγνωση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία και επομένως διαρκεί από την πρώτη έως την τελευταία συνεδρία. Σε αυτή τη διαδικασία συμμετέχουν ο σύμβουλος και ο πελάτης, ενώ επιδιώκεται η πληρέστερη κατανόηση του τελευταίου. Και ο ίδιος συγγραφέας συνεχίζει λέγοντας ότι η διάγνωση δε θα πρέπει να λειτουργεί αυτόνομα από τη θεραπεία. Και ότι αποτελεί υποχρέωση των θεραπευτών να παρακολουθούν τους πελάτες τους για να εντοπίζουν προβλήματα που ενδεχομένως να απειλήσουν τη ζωή τους. Έτσι, κρίνεται επιβεβλημένο οι σπουδαστές να αποκτούν τις απαραίτητες κλινικές δεξιότητες για να ανταπεξέλθουν σε αυτή την υποχρέωση και οι θεραπευτές να κατανοούν και να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν τις διαγνωστικές διαδικασίες.

### **5.3. Κριτήρια για την Αξιολόγηση στη συμβουλευτική της κατάχρησης ουσιών**

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα αναφερθούν τα κριτήρια για την αξιολόγηση στη συμβουλευτική της κατάχρησης ουσιών, όπως έχουν καθοριστεί από τον Σύνδεσμο για την Αξιολόγηση στη Συμβουλευτική και την Εκπαίδευση (Association for Assessment in Counseling and Education), (AACE) και τον Διεθνή Σύνδεσμο για τους Συμβούλους Εξάρτησης και Παραβατών (International Association of Addictions and Offenders Counselors), (IAAOC) (AACE, χ.χ.).

Αυτά τα κριτήρια υποδεικνύουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτείται να συγκεντρώνει ένας σύμβουλος της κατάχρησης ουσιών στο πεδίο της αξιολόγησης και της εκτίμησης, καθώς η αποτελεσματικότητα του συμβούλου σε αυτό το πεδίο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση και για την επιτυχή έκβαση της συμβουλευτικής διαδικασίας (AACE, χ.χ.).

Κατά τη διάρκεια λοιπόν της εκπαίδευσής τους, οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών θα πρέπει να έχουν τις κατάλληλες δεξιότητες για να ανταποκριθούν στα παρακάτω κριτήρια (AACE, χ.χ.):

Κριτήριο 1. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογούν τις επιδράσεις από τις πιο συνηθισμένες ουσίες, καθώς και το στερητικό σύνδρομο. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να μπορούν να:

1. Αναγνωρίζουν τα σύνδρομα τοξίκωσης και τις επιπλοκές της στέρησης.
2. Αναγνωρίζουν την εναλλαγή των ουσιών (cross-addiction) και τις διαταραχές διπλής διάγνωσης.

3. Αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της εισπνεόμενης χρήσης.

Κριτήριο 2. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν την ύπαρξη της διπλής διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να:

1. Αξιολογούν το αν συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές εξάρτησης, όπως οι διατροφικές διαταραχές και οι σεξουαλικές.

2. Αξιολογούν αν οι ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και ο πανικός, προϋπήρχαν της κατάχρησης ουσιών ή αποτελούν συνέπιά της.

3. Αναγνωρίζουν την ύπαρξη της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας και να αξιολογούν την αυτοκτονικό ιδεασμό ή τον ιδεασμό της ανθρωποκτονίας.

4. Αξιολογούν την πιθανότητα ύπαρξης ή την ύπαρξη της οικογενειακής βίας.

5. Εφαρμόζουν τεστ νοημοσύνης στους ενήλικους και στους εφήβους και να είναι σε θέση να ερμηνεύουν τα αποτελέσματά τους.

Κριτήριο 3. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογούν τα ψυχομετρικά εργαλεία. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να:

1. Γνωρίζουν τα αποδεκτά επίπεδα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των εργαλείων.

2. Αξιολογούν τις διαδικασίες εκείνες που ακολουθούνται, ώστε να εγκριθούν τα κοινώς χρησιμοποιούμενα εργαλεία.

3. Εντοπίζουν τα ψυχομετρικά εργαλεία, αλλά και να γίνονται γνώστες των πληροφοριών που αυτά περιέχουν για τους ειδικούς πληθυσμούς, όπως π.χ. για τα άτομα εκείνα που δεν ξέρουν να διαβάζουν.

4. Χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά εργαλεία.

5. Διατυπώνουν σαφώς τους περιορισμούς που συγκεντρώνουν τα πιο συνηθισμένα εργαλεία.

Κριτήριο 4. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να γνωρίζουν εις βάθος τα ποιοτικά μέσα αξιολόγησης, όπως είναι οι δομημένες και οι ημι-δομημένες κλινικές συνεντεύξεις. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να είναι σε θέση να:

1. Κατανοούν τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς των δομημένων και ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

2. Γνωρίζουν εις βάθος τα ποιοτικά μέσα αξιολόγησης, όπως π.χ. την άμεση και έμμεση παρατήρηση, όπως και των υπολοίπων μέσων αξιολόγησης.

3. Συνειδητοποιούν την ανάγκη για συνεχή αξιολόγηση, αλλά και την έννοια των γύρω υπηρεσιών (wraparound services).

Κριτήριο 5. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να αξιοποιούν ποικίλες μεθόδους αξιολόγησης, καθώς αξιολογούν τον πελάτη, αλλά και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να:

1. Χρησιμοποιούν με κατάλληλο τρόπο εργαλεία που απαιτούν χαρτί και μολύβι, ηλεκτρονικά εργαλεία και δομημένες συνεντεύξεις.

2. Όποτε είναι δυνατόν να παίρνουν συνεντεύξεις από την οικογένεια και τους φίλους του πελάτη, καθώς και να συλλέγουν πληροφορίες από άλλες έγκυρες πηγές, εφόσον έχουν εξασφαλίσει γραπτή συγκατάθεση από τον πελάτη ότι μπορούν να συλλέγουν πληροφορίες και από άλλες πηγές πέρα από τον ίδιο.

3. Ελέγχουν διαρκώς κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας την πρόοδο του εξυπηρετούμενου.

Κριτήριο 6. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να γνωρίζουν πώς να επεξηγούν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης στον πελάτη. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να:

1. Είναι σε θέση να επεξηγούν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης με έναν τέτοιο

τρόπο, ώστε να δίνεται έμφαση τόσο στα πλεονεκτήματα του πελάτη όσο και στους περιορισμούς του.

2. Εξηγούν στον πελάτη τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί για να κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης με τρίτους.

Κριτήριο 7. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να είναι σε θέση να αξιοποιούν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης στην ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αποτίμησή τους. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να:

1. Βαθμολογούν τα αποτελέσματα του τεστ, να τα αναλύουν και να τα ερμηνεύουν με ακρίβεια.

2. Έχοντας ως βάση τα αποτελέσματα των τεστ να σχεδιάζουν συγκεκριμένα θεραπευτικά σχέδια.

Κριτήριο 8. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών καλούνται να συνειδητοποιήσουν την ανάγκη να αποκτήσουν επαγγελματική γνώση στον τομέα της αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, οι σύμβουλοι πρέπει να:

1. Ενημερώνονται συνεχώς, μέσω της συμμετοχής τους στην εκπαίδευση, για τα νέα διαγνωστικά εργαλεία, τις νέες διαδικασίες και τα νέα ζητήματα της αξιολόγησης.

2. Ενημερώνονται για τις εξελίξεις στον τομέα της αξιολόγησης, μέσω της μελέτης των κατάλληλων επαγγελματικών περιοδικών, των οδηγιών των τεστ και των αναφορών.

3. Συμμετέχουν σε επαγγελματικούς οργανισμούς, ώστε να εφοδιάζονται με πληροφορίες που σχετίζονται με την αξιολόγηση και την κατάχρηση ουσιών.

Κριτήριο 9. Οι σύμβουλοι της κατάχρησης ουσιών πρέπει να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν κατάλληλα τα διαγνωστικά εργαλεία στο ερευνητικό πεδίο. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να:

1. Χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά εργαλεία με σκοπό να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεών τους.

2. Χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά εργαλεία στον πληθυσμό για τον οποίο έχουν κατασκευαστεί.

3. Χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά εργαλεία σε συμφωνία με τα Ηθικά Κριτήρια του Αμερικάνικου Συνδέσμου (American Counseling Association's Ethical Standards), τον Κώδικα για τη Δίκαιη Εφαρμογή των Ψυχομετρικών Δοκιμασιών (Code of Fair Testing Practices), τα Κριτήρια για τα Εκπαιδευτικά και Ψυχολογικά Τεστ (Standards for Educational and Psychological Testing), τις Υποχρεώσεις αυτών που εφαρμόζουν τις Σταθμισμένες Ψυχομετρικές Δοκιμασίες (Responsibilities of Users of Standardized Tests), και τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις Αυτών στους οποίους χορηγούνται οι Ψυχομετρικές Δοκιμασίες (Test Takers Rights and Responsibilities).

Κριτήριο 10. Οι εκπαιδευτές και οι επόπτες των συμβούλων της κατάχρησης ουσιών θα πρέπει να είναι σε θέση να τους εκπαιδεύουν αποτελεσματικά στον τομέα της αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, οι σύμβουλοι και οι επόπτες τους πρέπει να:

1. Ενημερώνονται συνεχώς ακαδημαϊκά στο πώς να διδάσκουν τους εκπαιδευόμενους συμβούλους στο να εφαρμόζουν κατάλληλα στους πελάτες τις ψυχομετρικές δοκιμασίες.

2. Είναι ενημερωμένοι για την επιλογή και τη χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων, την αξιολόγηση και την ερμηνεία τους.

## 5.4. Μη ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία

Τα μη ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία αποτελούν μη ποσοτικά μέσα που βοηθούν τον σύμβουλο να συγκεντρώσει τις πληροφορίες που θεωρεί απαραίτητες για το κάθε περιστατικό. Τέτοια μέσα υπάρχουν πολλά (Δημητρόπουλος, 1998). Σε αυτό το υποκεφάλαιο θα αναφερθούν εν συντομία κάποια από τα πιο συνηθισμένα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης.

### 5.4.1. Το Ιστορικό

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί έναν συνηθισμένο τρόπο συγκέντρωσης πληροφοριών για τον πελάτη στις ιατρικές επιστήμες. Τις πληροφορίες αυτές τις παίρνει ο ειδικός κατευθείαν από τον ίδιο τον εξυπηρετούμενο. Υπάρχουν έντυπα κωδικοποιημένα με τις πληροφορίες που απαιτείται να συγκεντρωθούν κατά τη λήψη του ιστορικού (Δημητρόπουλος, 1998).

Οι πληροφορίες λοιπόν που απαιτείται να συγκεντρωθούν εξαρτώνται από τη φιλοσοφία και τον θεωρητικό προσανατολισμό του συμβούλου. Γενικά, πάντως, περιλαμβάνουν πληροφορίες που αφορούν τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, την κοινωνική του κατάσταση, την επαγγελματική του ή μαθητική του κατάσταση και εξέλιξη. Περιλαμβάνουν επίσης πληροφορίες για τη σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, κτλ. Όλα αυτά τα στοιχεία αποσκοπούν στο να διευκολυνθεί η δημιουργία της συμβουλευτικής σχέσης, η διάγνωση και η θεραπεία (Δημητρόπουλος, 1998).

Υπάρχει όμως περίπτωση, μέσω της λήψης του ιστορικού, να δημιουργηθούν και πολλά προβλήματα. Όπως, όταν ο λειτουργός ενσωματώνει σε αυτό τις δικές του προκαταλήψεις, όταν επηρεάζεται από πληροφορίες που αφορούν περασμένες συμπεριφορές του εξυπηρετούμενου, όταν καταχωρεί λάθος πληροφορίες ή όταν τις ερμηνεύει με λάθος τρόπο (Δημητρόπουλος, 1998).

### 5.4.2. Η Συνέντευξη

Στην αρχή της συμβουλευτικής διαδικασίας, οι σύμβουλοι επιλέγουν συχνά να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητες της συνέντευξης, ώστε να συγκεντρώσουν απαραίτητες κλινικές πληροφορίες για τον εξυπηρετούμενο (Whiston, 2005). Σύμφωνα με τον Nelson (1983, στο Whiston, 2005) η συνέντευξη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα μέσα αξιολόγησης. Παρόλα αυτά δεν αποτελεί ένα μέσο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί πάντα με επιτυχία. Καθότι, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, για να συγκεντρώσει ο σύμβουλος ακριβείς και έγκυρες πληροφορίες μέσω της συνέντευξης, απαιτείται η καθοδήγηση και η εκπαίδευσή του (Whiston, 2005).

Μια εισαγωγική συνέντευξη (intake interview) με τον εξυπηρετούμενο, επειδή συμβαίνει πολύ νωρίς, μπορεί να δώσει την ευκαιρία στον σύμβουλο να εγκαθιδρύσει μια σχέση με τον εξυπηρετούμενο. Για να επιτευχθεί αυτό ο σύμβουλος πρέπει να κάνει ερωτήσεις, χρησιμοποιώντας παράλληλα τις



δεξιότητες της ακρόασης, καλή βλεμματική επαφή, προσεκτική γλώσσα του σώματος και συνεχή παραγωγολογία. Επιπροσθέτως, ο σύμβουλος πρέπει να ενημερώνει τον εξυπηρετούμενο για τα δικαιώματά του ως λήπτη των υπηρεσιών που του προσφέρονται, και κυρίως του δικαιώματός του στην εμπιστευτικότητα. Έτσι, καθίσταται δυνατό να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και υποστήριξης ανάμεσα στον σύμβουλο και τον εξυπηρετούμενο (Benshoff & Janikowski, 1999).

Οι συνεντεύξεις με τα εξαρτημένα άτομα δε θα πρέπει να περιορίζονται στη συλλογή πληροφοριών μόνο για το ιστορικό του ατόμου ως προς την κατάχρηση των ουσιών. Καθότι η κατάχρηση των ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα που απαιτεί μια ολιστική αξιολόγηση. Επιπροσθέτως, αν δεν λαμβάνεται υπόψη η πολυπλοκότητα των προβλημάτων στην αξιολόγηση, τότε και η θεραπεία αναπόφευκτα θα είναι απλοϊκή, ενώ η αποχή θα εκλαμβάνεται ως υγεία και η μη αποχή ως ασθένεια (Lewis et al., 1994, στο Benshoff & Janikowski, 2005).

Οι Benshoff and Janikowski (1999) προτείνουν ο σύμβουλος να συλλέγει πληροφορίες από τους εξής τομείς: τον ιατρικό τομέα, τον ψυχολογικό τομέα, τον προσωπικό-κοινωνικό τομέα, τον εκπαιδευτικό τομέα και τον επαγγελματικό τομέα.

Πλεονέκτημα των συνεντεύξεων αποτελεί το ότι παρέχει τη δυνατότητα στον σύμβουλο να ρωτά άμεσα τον πελάτη για τα θέματά του, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και για τα προσωπικά του ζητήματα. Μειονεκτήματά τους αποτελούν το ότι δεν χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα και το ότι υπόκεινται στην υποκειμενικότητα του συμβούλου. Επιπροσθέτως, οι κλινικές συνεντεύξεις δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν με όλους τους πελάτες. Για παράδειγμα, σε κάποιους πολιτισμούς δεν ενθαρρύνεται η αυτοαποκάλυψη σε άτομα έξω από το οικογενειακό περιβάλλον. Ή άλλα άτομα μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες τόσο με τις ερωτήσεις όσο και με τις απαντήσεις. Αυτό πολλές φορές εκλαμβάνεται από τον σύμβουλο ως αντίσταση, ενώ μπορεί να οφείλεται στο ότι αυτά τα άτομα δεν είναι εξοικειωμένα με αυτήν τη διαδικασία και στο ότι δε νιώθουν άνετα (Whiston, 2005).

### **5.4.3. Οι Συνεντεύξεις με σημαντικούς άλλους**

Οι συνεντεύξεις που πραγματοποιούνται με τους σημαντικούς άλλους είναι παρόμοιες με αυτές που πραγματοποιούνται με τον πελάτη. Λέγοντας σημαντικούς άλλους εννοούμε αυτούς που έχουν στενές σχέσεις με τον πελάτη και τον γνωρίζουν καλά. Δηλαδή τους γονείς, τα παιδιά, τους συντρόφους, τους συναδέλφους. Ο σύμβουλος όμως που πραγματοποιεί συνεντεύξεις με τους σημαντικούς άλλους πρέπει να γνωρίζει ότι αυτοί μπορεί να βρίσκονται αντιμέτωποι με διάφορα ζητήματα, όπως π.χ. την οικογενειακή βία ή και να βρίσκονται σε άρνηση, γεγονός που δημιουργεί περιορισμούς σε αυτήν τη μέθοδο. Ο σύμβουλος λοιπόν όταν αρχίζει να συγκεντρώνει πληροφορίες από τους σημαντικούς άλλους, πρέπει να έχει υπόψη του αυτό το γεγονός (Miller, 2005).

Οι σύμβουλοι πρέπει να απευθύνουν στους σημαντικούς άλλους ερωτήσεις παρόμοιες με αυτές που απευθύνουν στο εξαρτημένο άτομο. Δηλαδή, ερωτήσεις σχετικές με τη χρήση ουσιών, ώστε να συλλέξουν απαραίτητες πληροφορίες από τις απόψεις που έχουν οι σημαντικοί άλλοι για το πρόβλημα του εξυπηρετούμενου. Επιπροσθέτως, ρωτώντας ο σύμβουλος τους σημαντικούς

άλλους για την οικογένεια του πελάτη, τον τρόπο ζωής του, την ουσία της επιλογής του, το ιστορικό του στη χρήση ουσιών, τις προηγούμενες απόπειρες θεραπείας του και τις συνέπειες της χρήσης, συγκεντρώνει πρόσθετες και διευκρινιστικές πληροφορίες, οι οποίες είναι απαραίτητες στη διαδικασία της αξιολόγησης (Miller, 2005).

#### **5.4.4. Η Παρατήρηση**

Η μέθοδος της παρατήρησης αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους ως προς την αποτύπωση της συμπεριφοράς του εξυπηρετούμενου. Χρησιμεύει δε στην ερμηνεία αυτής της συμπεριφοράς, στη διατύπωση συμπερασμάτων και τέλος στο σχεδιασμό της θεραπείας. Ο σύμβουλος λοιπόν πρέπει να είναι πλήρως εξοικειωμένος με τη συγκεκριμένη μέθοδο. Αν λάβουμε μάλιστα ως δεδομένο ότι το άτομο εκδηλώνει με συμπεριφορές την προσωπικότητά του, τις διαθέσεις του και τις ανάγκες του, τότε καταδεικνύεται ακόμη περισσότερο η χρησιμότητα αυτής της μεθόδου (Δημητρόπουλος, 1998).

Η παρατήρηση θα πρέπει να αφορά συγκεκριμένες συμπεριφορές, δε θα πρέπει δηλαδή να περιγράφει αφηρημένες καταστάσεις ή συμπεράσματα. Η φυσική εμφάνιση του ατόμου μπορεί επίσης να αποτελέσει μια σημαντική πηγή πληροφοριών για το άτομο. Είναι απαραίτητο ακόμη να σημειώνονται οι όποιες αντιφάσεις εκδηλώνει το άτομο στις συμπεριφορές του. Ή και να περιγράφεται η ψυχική επαφή του ατόμου με τον κλινικό. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να περιγράφονται συμπεριφορές που αφορούν, μεταξύ άλλων, το πώς το άτομο επιλύει προβλήματα, τον αυθορμητισμό του, το πώς οργανώνεται, το αν παραιτείται εύκολα, το πώς δέχεται την αποτυχία, την αυτοπεποίθησή του, κ.α. (Mellon, 1998).

Η μέθοδος της παρατήρησης λοιπόν δεν περιορίζεται στο απλό «κοίταγμα». Αλλά αποτελεί μια μέθοδο συστηματική, σχεδιασμένη και οργανωμένη, η οποία αποσκοπεί στην παρατήρηση ενός επιλεγμένου δείγματος συμπεριφοράς του εξυπηρετούμενου από άτομα ειδικά εκπαιδευμένα, με ταυτόχρονη συστηματική καταχώρηση αυτής της συμπεριφοράς, με απώτερο στόχο την εξέταση και ανάλυσή της. Η καταχώρηση αυτή πραγματοποιείται με ποικίλους τρόπους, όπως για παράδειγμα με τις «ανέκδοτες εκθέσεις», «τις κλίμακες διαβάθμισης» και την «ελεύθερη έκφραση» (Δημητρόπουλος, 1998).

#### **5.4.5. Η Ελεύθερη Περιγραφή της Συμπεριφοράς**

Συχνά, το άτομο φαίνεται ανίκανο να απομονώσει τις συμπεριφορές εκείνες που του προκαλούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να εφαρμοστεί η εξής τεχνική: Να ζητηθεί από τον πελάτη να περιγράψει με αναλυτικό τρόπο, και συνήθως σε πεζό μη ειδικά δομημένο κείμενο, τις συμπεριφορές που εκδηλώνει, όταν αντιμετωπίζει το πρόβλημα που συζητείται. Αυτή η τεχνική θεωρείται ιδιαίτερος χρήσιμη, καθότι το άτομο βοηθείται να

αντιληφθεί τις συνέπειες που επιφέρει η δική του συμπεριφορά στη συμπεριφορά που υιοθετούν οι άλλοι απέναντί του (Δημητρόπουλος, 1998).

#### **5.4.6. Το Ατομικό Μητρώο-Αρχείο**

Τα ατομικά μητρώα μπορεί να αποτελέσουν για τον σύμβουλο πολύτιμες πηγές πληροφόρησης. Τα σωστά ατομικά μητρώα-αρχεία έχουν συνεχή ενημέρωση, δηλαδή αποτελούν διαρκείς φακέλους που ανανεώνονται διαρκώς κατά τη διάρκεια της πορείας του ατόμου. Η χρησιμοποίησή τους όμως χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, κυρίως σε 3 σημεία: 1) στην ακρίβεια των πληροφοριών που περιέχουν, 2) στο θέμα της εμπιστευτικότητας ως προς αυτές τις πληροφορίες, και 3) στο πώς θα ερμηνευθούν, στο πώς θα αξιοποιηθούν πληροφορίες που αφορούν το παρελθόν του ατόμου, αλλά και στο πώς θα συνδεθούν με την παρούσα συμπεριφορά του (Δημητρόπουλος, 1998).

#### **5.4.7. Προσωπικές Ενασχολήσεις**

Οι προσωπικές ενασχολήσεις του ατόμου μπορεί κάποιες φορές να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για το άτομο, δηλαδή για τις κλίσεις του και τα ενδιαφέροντά του, για τις στάσεις του απέναντι στα άλλα άτομα ή απέναντι σε διάφορα θέματα, όπως οι θεσμοί. Οι ενασχολήσεις αυτές μπορεί να διαπιστωθούν μέσω της παρατήρησης ή και μέσω αυτών που περιγράφει το ίδιο το άτομο ή και οι άλλοι (Δημητρόπουλος, 1998).

#### **5.4.8. Ερωτηματολόγιο**

Ο σύμβουλος μπορεί να χορηγήσει στο άτομο ή ακόμη και σε πολλά άτομα ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις –ανοιχτού ή κλειστού τύπου- που κρίνεται πως οι απαντήσεις τους θα βοηθήσουν στη συγκέντρωση χρήσιμων πληροφοριών για την κάθε περίπτωση. Το πλεονέκτημα αυτού του μέσου είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί παράλληλα σε πολλά άτομα. Ένας από τους περιορισμούς του μέσου είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε εντελώς φυσιολογικά και ώριμα άτομα, τα οποία θα πρέπει μάλιστα να χαρακτηρίζονται από κάποιο επίπεδο γλωσσικής ικανότητας (Δημητρόπουλος, 1998).

### **5.5. Ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία**

Τα ψυχομετρικά μέσα αποτελούν ποσοτικά μέσα, τα οποία παρέχουν ποσοτική μέτρηση των ψυχολογικών, κυρίως, χαρακτηριστικών του ατόμου. Ο κλάδος που ασχολείται με αυτά τα μέσα ονομάζεται ψυχομετρία (Δημητρόπουλος, 1998).

Σύμφωνα με την Κουλάκογλου (1998: 27) «Ψυχομετρία ονομάζεται ο κλάδος της ψυχολογίας ο οποίος ασχολείται με τη μέτρηση και την κατασκευή ψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ)». Ο Kline (1993, στο Κουλάκογλου, 1998: 27)

«ορίζει την ψυχομετρία ως τη μελέτη των ατομικών διαφορών με τη χρήση των ψυχολογικών τεστ.».

Αυτά τα τεστ (ψυχομετρικές δοκιμασίες) διακρίνονται σε 8 βασικά είδη: σε τεστ νοημοσύνης, σε τεστ δεξιοτήτων, σε τεστ επίτευξης, σε τεστ δημιουργικότητας, σε τεστ προσωπικότητας, σε ερωτηματολόγια ενδιαφερόντων, σε διαδικασίες αξιολόγησης της συμπεριφοράς και σε νευροψυχολογικά τεστ (Κουλάκουγλου, 1998). Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες που εφαρμόζονται στον τομέα της κατάχρησης ουσιών και της ουσιοεξάρτησης ανήκουν στο πεδίο της προσωπικότητας, ενώ περιέχουν κυρίως θέματα αυτο-αναφοράς. Αυτά τα θέματα απαιτούν μια απάντηση σωστό-λάθος ή συμφωνώ-διαφωνώ ή οποιοδήποτε άλλο τύπο που όμως αποφέρει πληροφορίες για τη συμπεριφορά ή τα συναισθήματα του εξεταζόμενου/ης (Benshoff & Janikowski, 1999).

Κάθε τεστ πρέπει να χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες ιδιότητες. Δύο όμως από αυτές κρίνονται ως οι πιο σημαντικές, και αυτές είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα (Αλεξόπουλος, 1998).

Η αξιοπιστία αντανακλά τη σταθερότητα, δηλαδή το ότι εάν χορηγηθεί το ίδιο τεστ και άλλη μία φορά στο ίδιο άτομο, θα βγουν τα ίδια ή περίπου τα ίδια αποτελέσματα. Υπάρχουν διάφορα είδη αξιοπιστίας: η αξιοπιστία της δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest reliability), η αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων (parallel-forms reliability), η αξιοπιστία των δύο ημίσεων (split-half reliability), η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής και η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών (Αλεξόπουλος, 1998).

Για να μετρηθεί η αξιοπιστία χρησιμοποιείται ο συντελεστής/δείκτης συνάφειας του Pearson ( $r$ ), ο οποίος ορίζεται ως το ποσοστό διακύμανσης της τιμής. Αυτό το ποσοστό προκύπτει ως αποτέλεσμα της πραγματικής διαφοράς των τιμών. Επομένως, όταν το ποσοστό σφάλματος είναι σχετικά μεγάλο, τότε και η αναλογία της πραγματικής διακύμανσης με τη διακύμανση των τιμών του τεστ προσεγγίζει το 0, άρα δεν υπάρχει καμιά συνάφεια, και κατά συνέπεια καμιά αξιοπιστία. Αντίθετα, όταν το ποσοστό σφάλματος είναι σχετικά μικρό, τότε η αναλογία της πραγματικής διακύμανσης των τιμών με τη διακύμανση των τιμών του τεστ προσεγγίζει το 1.0, και άρα υπάρχει απόλυτη συνάφεια, και κατά συνέπεια και απόλυτη αξιοπιστία (Κουλάκουγλου, 1998).

Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό που ένα τεστ μετράει τα στοιχεία αυτά για τη μέτρηση των οποίων εξ αρχής κατασκευάστηκε. Ας αναφερθεί, ότι ενώ είναι πιθανό ένα τεστ να είναι αξιόπιστο και να μην είναι έγκυρο, δεν είναι και πολύ πιθανό ένα τεστ να μην είναι αξιόπιστο και να είναι έγκυρο (Κουλάκουγλου, 1998). Υπάρχουν δε τρεις μορφές εγκυρότητας: η προβλεπτική εγκυρότητα (predictive validity), η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) (Nunnally & Bernstein, 1994, στο Αλεξόπουλος, 1998).

Στο πεδίο της κατάχρησης ουσιών και της ουσιοεξάρτησης χρησιμοποιείται μια πληθώρα ψυχομετρικών μέσων. Επιλέχθηκαν από τη σπουδαστική ομάδα ώστε να αναλυθούν μερικά μόνο από αυτά.

### 5.5.1. Addiction Severity Index (ASI)

Το Addiction Severity Index (ASI) αναπτύχθηκε στα τέλη του '70 (Cacciola et al., 2011). Αλλά διαδόθηκε ευρέως το 1980, όταν παρουσιάστηκε το ASI-3, μια δομημένη κλινική συνέντευξη που αποτέλεσε την πρώτη ικανοποιητική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σταθμισμένου<sup>2</sup>, αξιόπιστου και έγκυρου διαγνωστικού εργαλείου στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Το 1992 εκδόθηκε η πέμπτη έκδοση του ASI (McLellan et al., 1992) ως συνέπεια των αλλαγών που συντελέστηκαν στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης και της ανάγκης να συμπεριληφθούν αυτές οι αλλαγές.

Το ASI αξιολογεί τους πελάτες στους εξής τομείς: στη χρήση αλκοόλ και “ναρκωτικών”, στη σωματική υγεία, στην επαγγελματική κατάσταση, στα οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα, στα νομικά προβλήματα και στα ψυχολογικά προβλήματα. Ενώ αποτελείται από μια κλίμακα 10 βαθμών, από το 0-9, ώστε να υπολογίζει το βαθμό σοβαρότητας των προβλημάτων (McLellan et al., 1980).

Η διαχείριση του ASI δεν απαιτεί ιδιαίτερη εκπαίδευση, αλλά απαιτεί ένα εμπιστευτικό και ζεστό περιβάλλον που να διακατέχεται από επαγγελματικό ενδιαφέρον, ώστε να καταστεί η εφαρμογή του πιο αποτελεσματική (McLellan et al., 1980).

Ας αναφερθεί ότι αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο που δεν αξιολογεί την ποσότητα της χρήσης, αλλά τη συχνότητά της (McLellan et al., 1992). Ο McLellan et al. (1992) αναφέρει ότι προτιμήθηκε αυτή η τακτική για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον διότι θεωρήθηκε πως η ποσότητα της χρήσης σχετίζεται με τη συχνότητα της χρήσης. Και δεύτερον διότι διαπιστώθηκε ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται ως προς την ποσότητα της χρήσης στερούνται εγκυρότητας, καθώς οι χρήστες, ενώ θυμούνται το πόσο συχνά κάνουν χρήση ουσιών, δυσκολεύονται να θυμηθούν την ποσότητα αυτής της χρήσης.

Έχει αποδειχθεί πως αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο ως προς τη διαφοροποίηση των ουσιοεξαρτημένων ασθενών και την κατάταξή τους σε μία ομοιογενή ομάδα με βάση τις θεραπευτικές τους ανάγκες, ώστε να επιτυγχάνονται πιο άμεσες παρεμβάσεις (McLellan et al., 1980). Αποτελεί επίσης ένα κατάλληλο εργαλείο για εκτιμήσεις μετά τη θεραπεία (follow up evaluations) (McLellan et al., 1982, στο McLellan et al., 1985).

Επιπροσθέτως, το ASI έχει χρησιμοποιηθεί από τους κλινικούς με σκοπό να συγκεντρωθούν πληροφορίες για την αρχική εισαγωγική εκτίμηση, για τον θεραπευτικό σχεδιασμό και για παραπομπές. Ακόμη, έχει χρησιμοποιηθεί από τους ερευνητές για την εκτίμηση της προόδου των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (McLellan, et al., 1985). Αλλά έχει χρησιμοποιηθεί και για την ερευνητική αποτίμηση και σύγκριση διάφορων μορφών θεραπείας για το αλκοόλ και τα “ναρκωτικά” (McLellan et al., 1980). Ας αναφερθεί τέλος ότι το ASI έχει εφαρμοστεί και σε ουσιοεξαρτημένους, οι οποίοι είναι παράλληλα φυλακισμένοι, άστεγοι ή και ψυχικά ασθενείς (McLellan et al., 1992).

Το ASI χρησιμοποιείται διεθνώς για να αξιολογεί εξαρτημένους από κάθε ουσία σε πλήθος πλαισίων και ερευνών. Αποτελεί πιθανόν το πιο ευρέως

---

<sup>2</sup> Σταθμισμένο διαγνωστικό εργαλείο σημαίνει ότι οι ερωτήσεις και η βαθμολογία τού εν λόγω εργαλείου έχουν καθοριστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί η ίδια ακριβώς διαδικασία να επαναληφθεί σε διαφορετικό χωροχρόνο (Cronbach, 1984, στο Αλλεξόπουλος, 1998).

χρησιμοποιούμενο μέσο, κλινικό και ερευνητικό στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης (Cacciola et al., 2011).

Ο McLellan et al. (1985) εκτίμησε ότι το ASI αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο αρκετά αξιόπιστο, ενώ χαρακτηρίζεται και από εγκυρότητα. Χρησιμοποιώντας το ASI, οι συνεντευκτές μπορούν να εκτιμήσουν το βαθμό σοβαρότητας των προβλημάτων που έχουν οι ασθενείς με αξιοπιστία, κατά μέσο όρο, .89. Επίσης, εκτίμησαν ότι το ASI πλεονεκτεί στα εξής: στην πρόβλεψη της έκβασης της θεραπείας, στη σύγκριση διαφορετικών τύπων θεραπείας και στο ταίριασμα των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία.

Τέλος, ως αναφερθεί ότι έχει αναπτυχθεί και η έκδοση ASI-6, το οποίο επιδίωξε, από τη μία, να διατηρηθούν τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ASI, καθώς και τα πλεονεκτήματά του, ενώ από την άλλη, να διορθωθούν τα όποια ψυχομετρικά μειονεκτήματα συγκεντρώνει (Butcher, 2000, στο Cacciola et al., 2011).

### **5.5.2. EuropASI**

Το EuropASI εκδόθηκε το 1994. Αποτελεί προσαρμογή του ASI, και πιο συγκεκριμένα του ASI-5. Πρόκειται για μια αντικειμενική και πρόσωπο με πρόσωπο δομημένη συνέντευξη, καθώς και για ένα κλινικό και ερευνητικό εργαλείο (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008) .

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται, όπως και το ASI, για να συγκεντρωθούν διαγνωστικές πληροφορίες για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ουσιοεξαρτημένος ασθενής, προτού αυτός δεχθεί θεραπεία, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας της θεραπείας του. Χρησιμοποιείται επίσης για την αξιολόγηση της εξέλιξης του ασθενή, καθώς και για την αξιολόγηση της έκβασης της θεραπείας (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008).

Όπως και το ASI, έτσι και το EuropASI αξιολογεί τους ασθενείς στους εξής τομείς: στην ιατρική κατάσταση, στη χρήση των ουσιών, στην επαγγελματική κατάσταση/υποστήριξη, στην οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση, στη νομική κατάσταση και στα ψυχολογικά προβλήματα (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008).

Το EuropASI είναι διαθέσιμο στα αγγλικά, αλλά και σε αρκετές άλλες ευρωπαϊκές γλώσσες (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008).

### **5.5.3. The Substance Abuse Problem Checklist (SAPC)**

Το SAPC αποτελεί έναν αυτο-χορηγούμενο (self-administered) κατάλογο (inventory) που απαιτεί τη χρήση μολυβιού και χαρτιού. Δεν απαιτεί υψηλό κόστος, ενώ εξοικονομεί χρόνο, καθότι επιτρέπει σε ένα θεραπευτικό κέντρο να συγκεντρώσει ουσιώδεις πληροφορίες για τον πελάτη μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα 40-45 λεπτών (Carroll, 1984).

Το SAPC απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από τα “ναρκωτικά” ή και από το αλκοόλ. Περιλαμβάνει 377 προβλήματα, τα οποία χωρίζονται σε 8 κατηγορίες. Ο πελάτης, όταν παίρνει αυτό το διαγνωστικό εργαλείο, δηλώνει ποια προβλήματα

έχει υπογραμμίζοντάς τα. Όταν πρόκειται για σοβαρό πρόβλημα, κυκλώνει τον αριθμό που βρίσκεται δίπλα στην πρόταση που διατυπώνει αυτό το πρόβλημα (Carroll, 1984).

Οι 8 κατηγορίες προβλημάτων που περιλαμβάνει το SAPC είναι οι παρακάτω:

1. Προβλήματα που αφορούν το κίνητρο του πελάτη για θεραπεία.
2. Προβλήματα υγείας.
3. Προβλήματα προσωπικότητας.
4. Προβλήματα με τις κοινωνικές σχέσεις.
5. Προβλήματα σχετικά με την εργασία.
6. Προβλήματα που αφορούν την έλλειψη ελεύθερου χρόνου.
7. Θρησκευτικά ή πνευματικά προβλήματα.
8. Νομικά προβλήματα (Carroll, 1984).

Όταν πελάτης τελειώνει αυτήν την καταγραφή των προβλημάτων τού ζητείται να απαντήσει στις ακόλουθες ερωτήσεις (Carroll, 1984):

- «1. Από τα προβλήματα που έχεις σημειώσει σε αυτό το βιβλιαράκι, ποιο αισθάνεσαι ότι έχει περισσότερη σχέση με το ποτό και / ή με τη χρήση των ναρκωτικών;
2. Με ποια από αυτά τα προβλήματα επιθυμείς να δουλέψεις ενώ βρίσκεσαι σε θεραπεία σε αυτό το πρόγραμμα;
3. Με ποια από αυτά τα προβλήματα πρέπει εσύ και το προσωπικό της υπηρεσίας να δουλέψετε πρώτα;» (Carroll, 1984: 32).

Αυτές οι απαντήσεις παρέχουν στους κλινικούς πληροφορίες απαραίτητες για να ξεκινήσει η διαδικασία της θεραπείας. Το SAPC συμβάλλει, ώστε η διερεύνηση των προβλημάτων να μην επιχειρείται στα τυφλά. Μια τέτοιου είδους διερεύνηση οδηγεί στην καχυποψία και στην προβολή αντιστάσεων από τον πελάτη, κατά την αρχική φάση της θεραπείας. Ενώ, χρησιμοποιώντας το SAPC η αρχική φάση της θεραπείας ξεκινάει με αυτά που ο ίδιος ο πελάτης επιθυμεί να μοιραστεί. Και έτσι η δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης διευκολύνεται με τη διαδικασία της αξιολόγησης και δεν παρεμποδίζεται (Carroll, 1984).

Το SAPC καθιστά τον πελάτη συνεργάτη τόσο στη διαδικασία του καθορισμού των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ως απόρροια της εξάρτησης του όσο και στη διαδικασία κατάστροφης ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου. Το SAPC διευκολύνει επίσης τη διαδικασία της διάγνωσης, μέσω των πληροφοριών που παρέχει. Οι πληροφορίες ειδικά που συγκεντρώνονται από την κατηγορία με τα προσωπικά προβλήματα διευκολύνει τους ειδικούς στη διαφορική διάγνωση (Carroll, 1984).

Ως προς το πότε πρέπει να χορηγείται αυτό το εργαλείο, προτείνεται η χορήγησή του να γίνεται όσο πιο σύντομα είναι δυνατόν μετά την εισαγωγή του πελάτη. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί και στην ομαδική θεραπεία. Για παράδειγμα, ο ομαδικός θεραπευτής μπορεί να χωρίσει την ομάδα σε δυάδες ή τριάδες και η καθεμία από αυτές τις υπο-ομάδες να διερευνήσει κατά πόσο τα μέλη της μοιράζονται κοινά προβλήματα. Έπειτα, οι υπό-ομάδες μπορούν να επανενωθούν και πάλι σε μία ομάδα και τα μέλη της να συζητήσουν πώς βίωσαν όλη αυτήν την εμπειρία (Carroll, 1984).

Ένας από τους περιορισμούς αυτού του διαγνωστικού εργαλείου είναι η ίδια η ιδιότητά του, το ότι δηλαδή πρόκειται για έναν αυτο-χορηγούμενο κατάλογο προβλημάτων. Αυτός ο περιορισμός μπορεί να παραμεριστεί, όταν οι κλινικοί

είναι ενήμεροι για την ασυνείδητη άρνηση του πελάτη να αναγνωρίσει τα προβλήματα και τις παράλληλες συνειδητές του προσπάθειες να τα αποκρύψει. (Carroll, 1984).

#### **5.5.4. Drug Abuse Screening Test (DAST)**

Το Drug Abuse Screening Test (DAST) αποτελεί ένα τεστ αυτο-αναφοράς που αποτελείται από 28 θέματα. Μετράει την προβληματική χρήση των ουσιών και χρησιμοποιείται κλινικά ως ανιχνευτικό εργαλείο, αλλά και ερευνητικά για την αξιολόγηση της θεραπείας (Skinner, 1982, στο Yudko et al., 2007). Το DAST αναπτύχθηκε από τον Dr. Harvey A. Skinner (Yudko et al., 2007).

Αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο μπορεί να χορηγηθεί και από επαγγελματικό, αλλά και από μη επαγγελματικό προσωπικό. Απαιτούνται 5 με 10 λεπτά για να συμπληρωθεί το DAST-28. Τα περισσότερα από τα θέματά του απαιτούν την απάντηση ναι για να προστεθεί ένας βαθμός. Μόνο 3 θέματα απαιτούν την απάντηση όχι για να προστεθούν βαθμοί. Για να θεωρηθεί πως υπάρχουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή εξάρτησης από ουσίες πρέπει το σύνολο των βαθμών που έχουν συγκεντρωθεί να είναι από 6 και πάνω (Yudko et al., 2007).

Έχουν αναπτυχθεί και τρεις εναλλακτικοί τύποι του DAST. Αυτοί είναι οι εξής: το DAST-10, το DAST-20 και το DAST-A (Yudko et al., 2007). Το DAST-10 (Bohn et al., 1981, στο Yudko et al., 2007) αποτελείται από 10 μόνο θέματα του DAST-28. Το DAST-20 περιέχει 20 από τις ερωτήσεις του πρωτότυπου DAST (Skinner & Goldberg, 1986, στο Yudko et al., 2007). Τέλος, το DAST-A (Martino, et al., 2000, στο Yudko et al., 2007) απευθύνεται στον εφηβικό πληθυσμό.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλοι οι τύποι του DAST χαρακτηρίζονται από μέτρια έως υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Yudko et al. 2007).

#### **5.5.5. Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI)**

Το Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) αποτελεί ένα σύντομο ανιχνευτικό εργαλείο αυτο-αναφοράς, το οποίο είναι διαθέσιμο σε διάφορες εκδόσεις τόσο για ενήλικες όσο και για εφήβους. Το SASSI-3, το οποίο απευθύνεται σε ενήλικες, συντελεί στο να αναγνωρίζονται τα άτομα εκείνα που συγκεντρώνουν υψηλή πιθανότητα να χαρακτηρίζονται από διαταραχή εξάρτησης ουσιών. Η γενική εμπειρικά δοκιμασμένη ακρίβεια αυτού του εργαλείου ως προς αυτήν την αναγνώριση βρίσκεται στο 93% (Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), χ.χ.).

Το SASSI αποτελείται από 2 μέρη, δηλαδή από τα διακριτικά θέματα (subtle items) του SASSI και τις κλίμακες πρόβλεψης κινδύνου (Risk predictions scales) τόσο όσον αφορά το αλκοόλ όσο και τις άλλες ουσίες. Τα διακριτικά θέματα (subtle items) του SASSI αποτελούν 52 ερωτήσεις, οι οποίες απαιτούν μια απάντηση Σωστό ή Λάθος και δεν φαίνεται να σχετίζονται με τη χρήση ή την κατάχρηση ουσιών. Ενώ, από την άλλη, οι κλίμακες πρόβλεψης κινδύνου περιέχουν θέματα που σχετίζονται με τις ουσίες, και πιο συγκεκριμένα, τα 12 θέματα αφορούν το αλκοόλ και τα άλλα 14 αφορούν τα “ναρκωτικά”. Αυτά τα



θέματα της πρόβλεψης του κινδύνου απαιτούν ειλικρινείς απαντήσεις για να είναι έγκυρα τα αποτελέσματα (Benshoff & Janikowski, 1999).

Οι 52 ερωτήσεις που ανήκουν στα διακριτικά θέματα αφορούν σε μια ποικιλία συμπεριφορών: στην υγεία, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, στα συναισθήματα, στις προτιμήσεις και τα ενδιαφέροντα, στις ανάγκες και τις αξίες. Όλες αυτές οι ερωτήσεις απαιτούν μια απάντηση Σωστό ή Λάθος (Benshoff & Janikowski, 1999).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι κλίμακες πρόβλεψης κινδύνου αναφέρονται ευθέως σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το αλκοόλ και με τις άλλες ουσίες. Απαιτούν απαντήσεις, όπως: Ποτέ, Μία φορά, Δύο φορές, Πολλές φορές και Επαναλαμβανόμενα (Benshoff & Janikowski, 1999).

Το SASSI παράγει 6 υποκλίμακες (Benshoff & Janikowski, 1999):

- Την κλίμακα των προφανών χαρακτηριστικών (Obvious Attribute Scale). Μετράει την προθυμία που δείχνει το άτομο στο να παραδεχθεί τα συμπτώματα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και την κατάχρηση ουσιών.
- Την κλίμακα των διακριτικών χαρακτηριστικών (Subtle Attributes Scale). Μετράει την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει ουσιοεξάρτηση.
- Την κλίμακα της άρνησης. Μετράει την αμυντικότητα κάποιου ως προς το να του χορηγηθεί το SASSI. Η συγκέντρωση υψηλής βαθμολογίας δείχνει άρνηση, ενώ η συγκέντρωση χαμηλής βαθμολογίας δείχνει ότι το άτομο διακατέχεται από συναισθήματα αναξιότητας.
- Την κλίμακα του αμυντικού (υπερβολικού) χρήστη (Defensive Abuser) εναντίον του αμυντικού μη (υπερβολικού) χρήστη (Defensive Non-Abuser). Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την προηγούμενη, ώστε να διευκρινιστεί εάν το άτομο είναι (υπερβολικός) χρήστης.
- Την κλίμακα του αλκοόλ εναντίον των “ναρκωτικών”. Καταδεικνύει το ποιες ουσίες προτιμάει το άτομο, το αλκοόλ ή τα “ναρκωτικά”.
- Την κλίμακα της οικογένειας εναντίον του ελέγχου, η οποία μετράει τη συνεξάρτηση (codependency).

Σύμφωνα με την έρευνα των Lazowski et al. (1998, στο the SASSI INSTITUTE, χ.χ.) οι συντελεστές σταθερότητας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest reliability) για τις κλίμακες SASSI-3 κυμαίνονταν από το .92 μέχρι το 1.00. Ο γενικός συντελεστής άλφα ήταν .93.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα (Lazowski et al., 1998, στο the SASSI INSTITUTE, χ.χ.) το SASSI-3 μπορεί να είναι ακριβές σε πέντε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια: σε θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης, σε γενικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης, σε θεραπευτικό κέντρο παραβατών και σε νοσοκομείο διπλής διάγνωσης. Η γενική του ακρίβεια σε αυτά τα θεραπευτικά πλαίσια κυμαίνεται από 93% μέχρι 98%.

Επίσης, την ακρίβεια του SASSI-3 δεν επηρεάζει το φύλο του ατόμου. Αλλά ούτε και η εθνικότητά του, η ηλικία του, το εκπαιδευτικό του επίπεδο, η οικογενειακή του κατάσταση και το καθεστώς εργασίας του (π.χ. πλήρης ή μερική απασχόληση) ((Lazowski et al., 1998, στο the SASSI INSTITUTE, χ.χ.).

### **5.5.6. Δείκτης Εκτίμησης Προβλημάτων και Αναγκών Θεραπείας (Ανάπτυξη του First Treatment Demand Indicator του Pompidou Group του Συμβουλίου της Ευρώπης)**

Ο Δείκτης Εκτίμησης Προβλημάτων και Αναγκών Θεραπείας (First Treatment Demand Indicator) αναπτύχθηκε από το ΚΕΘΕΑ, και συγκεκριμένα από το Τμήμα Έρευνας, Αξιολόγησης, Τεκμηρίωσης. Αποτελεί ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που χορηγείται στα άτομα που προσέρχονται στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ, κατά τη διάρκεια της συνάντησης μαζί τους (Σταλίκας και συν., 2009).

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από τις ακόλουθες ενότητες: 1) τις λεπτομέρειες επαφής για θεραπεία, 2) τις κοινωνικο-δημογραφικές πληροφορίες 3) τη χρήση ουσιών, 4) τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, 5) το οικογενειακό ιστορικό, 6) τις πληροφορίες για την υγεία, 7) την εμπλοκή με το νόμο, 8) πληροφορίες σχετικά με τη στρατιωτική θητεία και 9) την αξιολόγηση της συνέντευξης (Σταλίκας και συν., 2009).

Αποτελεί ένα εργαλείο που συμβάλλει στον καλύτερο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Επιπλέον, οι πληροφορίες που παρέχει χρησιμεύουν στο σχεδιασμό νέων υπηρεσιών, ενώ συμβάλλουν στο να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά των χρηστών, αλλά και η εξελικτική πορεία της χρήσης μέσα στο χρόνο και στο χρόνο (Σταλίκας και συν., 2009).

### **5.5.7. Circumstances, Motivation, And Readiness Scales (CMR SCALES)**

Το CMR Scales αποτελεί ένα αυτο-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο 18 θεμάτων που δημιουργήθηκε το 1993 από τον George DeLeon, ενώ το 1998 εκδόθηκε η αναθεώρησή του. Δημιουργήθηκε με σκοπό να μετρήσει την κινητοποίηση και την ετοιμότητα των εξαρτημένων ατόμων από παράνομες ουσίες ως προς τη θεραπεία, και ώστε να προβλέψει την παραμονή τους στη θεραπεία (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 4 κλίμακες: 1) Τις συνθήκες 1, αφορούν τις επιδράσεις των εξωτερικών συνθηκών για την εισαγωγή και την παραμονή του ατόμου στη θεραπεία, 2) Τις συνθήκες 2, αφορούν τις εσωτερικές επιδράσεις για να μην ολοκληρώσει το άτομο τη θεραπεία, 3) Την κινητοποίηση, αφορά την εσωτερική συνειδητοποίηση του ατόμου ότι πρέπει να αλλάξει και 4) Την ετοιμότητα για θεραπεία (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Μπορεί να εφαρμοστεί σε ενήλικες, αλλά και σε εφήβους. Σε περίπτωση που το άτομο δεν μπορεί να διαβάσει, τότε υπάρχει η δυνατότητα να του διαβαστεί. Οι περισσότεροι από τους εξυπηρετούμενους χρειάζονται λιγότερο από 10 λεπτά για να το συμπληρώσουν (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Ως προς τη συμπλήρωση αυτού του εργαλείου, οι πελάτες χρησιμοποιούν μια κλίμακα 5 βαθμών για να βαθμολογήσουν κάθε δήλωση που περιέχεται σε αυτό το εργαλείο. Η κλίμακα αυτή κυμαίνεται από το διαφωνώ πλήρως έως το συμφωνώ πλήρως. Οι δηλώσεις μπορούν επίσης να βαθμολογηθούν ως δε με αφορά. Οι δηλώσεις 1-3 περικλείονται στις Συνθήκες 1. Οι δηλώσεις 4-6

περικλείονται στις Συνθήκες 2. Η Κινητοποίηση αποτελείται από τις δηλώσεις 7-11 και η Ετοιμότητα από τις δηλώσεις 12-18. Στις ερωτήσεις 4, 5, 6, 12, οι βαθμοί που αναλογούν στην κάθε κλίμακα αντιστρέφονται (δηλ. κλίμακα 5=1, κλίμακα 4=2, κλίμακα 3=3, κλίμακα 2=4 και κλίμακα 1=5). Για να παραχθεί η συνολική βαθμολογία του ατόμου, πρώτα υπολογίζεται το άθροισμα των βαθμών που συγκεντρώνει σε κάθε κλίμακα και έπειτα προστίθενται τα αθροίσματα των βαθμών της κάθε κλίμακας. Οι απαντήσεις “Δε με αφορά” δεν λαμβάνονται υπόψη (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Για να χορηγήσει κάποιος αυτό το εργαλείο δεν απαιτούνται ιδιαίτερα προσόντα. Το εργαλείο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εισαγωγικό εργαλείο, ως εργαλείο σχεδιασμού θεραπείας και ως ερευνητικό εργαλείο. Επιπροσθέτως, μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμο για την αναγνώριση των ασθενών εκείνων που συγκεντρώνουν αυξημένες πιθανότητες να εγκαταλείψουν νωρίς τη θεραπεία σε ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια και ιδιαίτερα στο πλαίσιο διαμονής σε θεραπευτικές κοινότητες (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

### **5.5.8. MacAndrew Alcoholism Scale**

Το MacAndrew Alcoholism Scale αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο που αποσκοπεί στην εξακρίβωση του αν υφίσταται πρόβλημα με τον αλκοολισμό και στον καθορισμό της σοβαρότητας αυτού του προβλήματος (McAndrew, 1965, στο Benschhoff & Janikowski, 1999).

Τα 49 θέματα από τα οποία αποτελείται προέρχονται από το Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), το οποίο έχει αναθεωρηθεί και τώρα ονομάζεται MMPI-2. Ας σημειωθεί ότι το MMPI-2 αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέσο για τη διάγνωση διάφορων διαταραχών προσωπικότητας ή κοινωνικής και προσωπικής δυσπροσαρμοστικότητας (Power, 1991, στο Benschhoff & Janikowski, 1999).

Τα θέματα του MacAndrew Scale απαιτούν μια απάντηση σωστό ή λάθος και αφορούν σε μια μεγάλη ποικιλία συμπεριφορών, οι οποίες στην πλειοψηφία τους δεν σχετίζονται φανερά με τον αλκοολισμό. Οι βαθμοί που μπορεί να συγκεντρώσει ο εξεταζόμενος κυμαίνονται από 0-49. Καθότι κάθε θέμα βαθμολογείται είτε με 0, όταν δίνεται μια μη αλκοολική απάντηση είτε με 1, όταν δίνεται μια αλκοολική απάντηση. Όταν ο εξεταζόμενος συγκεντρώνει παραπάνω από 24 βαθμούς, τότε θεωρείται πως αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού (Benschhoff & Janikowski, 1999).

Αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο (McAndrew, 1965, στο Benschhoff & Janikowski, 1999), ενώ πληθώρα μελετών έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητά του στο να διακρίνει τις ομάδες αλκοολικών από τις ομάδες των μη αλκοολικών, αλλά και στο να προβλέπει την εξέλιξη του αλκοολισμού (Benschhoff & Janikowski, 1999).

Επειδή όμως αποτελεί ένα εργαλείο που δεν αξιολογεί τις συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ, αλλά τα προσωπικά χαρακτηριστικά που έχουν σχέση, αν και όχι εντελώς, με τον αλκοολισμό, δεν θεωρείται το ίδιο έγκυρο με άλλα διαγνωστικά εργαλεία. Παρόλα αυτά αξιολογείται ως ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο, όταν χορηγείται σε πελάτες που βρίσκονται σε άρνηση ή σε αμυντικότητα ως προς τον αλκοολισμό τους (Allen et al., 1988, στο Benschhoff & Janikowski, 1999).

### 5.5.9. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Το AUDIT κατασκευάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization) (WHO), όταν το 1982 ζήτησε από μία διεθνή ομάδα ερευνητών να κατασκευάσουν ένα απλό ανιχνευτικό εργαλείο (Saunders et al., 1993, στο Babor et al., 2001). Η κατασκευή αυτού του εργαλείου θα είχε ως σκοπό του την πρόιμη ανίχνευση, μέσω κατάλληλων για το σύστημα υγείας διαδικασιών, των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού τόσο στις αναπτυγμένες χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες (Babor et al., 2001).

Το AUDIT τελικά δημοσιεύθηκε το 1989 (Babor et al., 1989, στο Babor et al., 2001), και η αξιοπιστία του και η εγκυρότητά του εξακριβώθηκαν από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε μια ποικιλία πλαισίων και χωρών. Μεταφράστηκε επίσης σε πολλές γλώσσες, όπως τα Τουρκικά, τα Ελληνικά, τα Νεοϊνδικά, τα Γερμανικά, τα Ολλανδικά, τα Πολωνικά, τα Ιαπωνικά, τα Γαλλικά, τα Πορτογαλικά, τα Ισπανικά, τα Δανέζικα, τα Φλαμανδικά, τα Βουλγαρικά, τα Κινέζικα, τα Ιταλικά και τις Νιγηριανές διαλέκτους (Babor et al., 2001).

Το AUDIT μπορεί να χορηγηθεί με δύο τρόπους: είτε ως συνέντευξη είτε ως αυτο-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο. Ο κάθε τρόπος επιφέρει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία πρέπει κάθε φορά να εξετάζονται σε σχέση με το χρόνο και το κόστος. Επίσης, πρέπει να συνυπολογίζονται κάποια από τα χαρακτηριστικά του πελάτη, όπως το αν είναι αναλφάβητος ή όχι ή το επίπεδο της συνεργασιμότητάς του (Babor et al., 2001).

Σύμφωνα με τον Babor et al. (2001) το AUDIT παρουσιάζει διαφορές από τα άλλα αυτο-χορηγούμενα ανιχνευτικά εργαλεία. Κάποιες από αυτές, όπως αναφέρονται από τους ίδιους συγγραφείς, είναι οι εξής: το ότι το AUDIT δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ανίχνευση της επικίνδυνης πόσης, παρά στα θέματα της μακροπρόθεσμης εξάρτησης και των δυσμενών επιπτώσεων από την κατάχρηση του αλκοόλ, και το ότι δίνει έμφαση πρωτίστως στα συμπτώματα που αντιμετωπίζει ο πελάτης στο πρόσφατο παρελθόν και δευτερευόντως στα συμπτώματα που αφορούν στο “κάποτε”.

Η εφαρμογή του AUDIT αποτελεί το πρώτο βήμα στην προσπάθεια να βοηθηθεί ο πελάτης να λύσει τα σχετικά με το αλκοόλ προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς και τους κινδύνους που το αλκοόλ επιφέρει. Αποτελεί ένα εργαλείο που μπορεί να εφαρμοστεί στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, αλλά και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια. Σε περίπτωση που το AUDIT δείξει ότι το άτομο αντιμετωπίζει όντως προβλήματα με τον αλκοολισμό, το επόμενο βήμα είναι οι επαγγελματίες υγείας να του παράσχουν κατάλληλες και εξατομικευμένες παρεμβάσεις. Σε περίπτωση πάλι που τα αποτελέσματα του AUDIT δείξουν πως το άτομο δεν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα με τον αλκοολισμό, τότε το επόμενο βήμα είναι να παροτρυνθεί ο πελάτης να μην πίνει σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, καθώς και να ενημερωθεί για τα θετικά της μειωμένης κατανάλωσης αλκοόλ ή και της αποχής (Babor et al., 2001).

Πιο συγκεκριμένα, όταν ο πελάτης κατά την εφαρμογή αυτής της δοκιμασίας συγκεντρώνει από 8-15 βαθμούς, τότε λαμβάνει απλές συμβουλές και του παρέχεται εκπαιδευτικό υλικό. Όταν συγκεντρώνει από 16-19 βαθμούς, τότε δέχεται απλές συμβουλές σε συνδυασμό με σύντομη συμβουλευτική και συνεχή παρακολούθηση. Και τέλος, όταν συγκεντρώνει από 20-40 βαθμούς, τότε

παραπέμπεται σε ειδικό για περαιτέρω διαγνωστική εκτίμηση και θεραπεία. Σε περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμες τέτοιου είδους υπηρεσίες, τότε μπορεί να παραμείνει και να βοηθηθεί από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Babor et al., 2001).

Πλήθος ερευνών έχουν καταδείξει ότι το AUDIT παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνάφεια (Babor et al., 2001). Σε μια έρευνα επίσης για την αξιοπιστία της δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest reliability), σε ένα δείγμα που αποτελούνταν από επικίνδυνους πότες, κοκαϊνομανείς και αλκοολικούς, καταδείχθηκε η υψηλή αξιοπιστία του AUDIT ( $r = .86$ ) (Sinclair et al., 1992, στο Babor et al., 2001).

#### **5.5.10. Το Ερωτηματολόγιο της Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης-Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT)**

Η μετάφραση του AUDIT, το οποίο αναλύθηκε παραπάνω, έγινε στην ελληνική γλώσσα από δύο δίγλωσσους ψυχιάτρους από το αγγλικό πρωτότυπο. Η στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό έγινε ως εξής (Μουσσάς και συν., 2010):

Το AUDIT χορηγήθηκε συνολικά σε 109 άτομα, εκ των οποίων τα 75 ήταν άνδρες και τα 34 γυναίκες. Και τα 109 άτομα θεωρούνταν εξαρτημένα από το αλκοόλ σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, και προσήλθαν σε ειδικές μονάδες απεξάρτησης για να ζητήσουν βοήθεια. Η μέση ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ από αυτά τα άτομα, κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου, ήταν 250 g, και το διάστημα υπερβολικής κατανάλωσης ήταν μεγαλύτερο ή ίσο των 5 ετών. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια του AUDIT, υπό την εποπτεία κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού. Το AUDIT δόθηκε, επίσης, για συμπλήρωμα σε άλλα 109 άτομα (53 άνδρες και 56 γυναίκες). Τα άτομα αυτά προήλθαν από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, από καθηγητές μέσης εκπαίδευσης και από εργατο-τεχνικό προσωπικό. Στα άτομα αυτά δεν διαπιστώθηκε σωματική ή ψυχική νόσος, ενώ δεν πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για εξάρτηση από το αλκοόλ. Το συνολικό δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 218 άτομα, εκ των οποίων τα 128 ήταν άνδρες και τα 90 γυναίκες. Καταγράφηκαν, δε, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος (Μουσσάς και συν., 2010).

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι το AUDIT παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνάφεια, υψηλή εγκυρότητα και υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση. Ανιχνεύει, δε, το 97% των ασθενών, ενώ δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση στα βαθμολογικά όρια του ερωτηματολογίου ανάλογα με το φύλο (Μουσσάς και συν., 2010).

Η εφαρμογή του AUDIT μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), καθότι συνήθως εκεί δίνεται σημασία πρωτίστως στις μείζονες ψυχικές διαταραχές, ενώ παράλληλα η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συχνά υποανιχνεύονται (Kessler et al., 1997, στο Μουσσάς και συν., 2010). Η εφαρμογή του AUDIT στα Γενικά Νοσοκομεία μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά τόσο στην επιτάχυνση της ανίχνευσης του αλκοολισμού στους ασθενείς (Μουσσάς et al., 2009, στο Μουσσάς και συν., 2010) όσο και στην έγκαιρη παραπομπή τους σε μονάδες απεξάρτησης, αν ληφθεί υπόψη το ότι η καθυστερημένη ανίχνευση της συννοσηρότητας, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή θεραπευτική παρέμβαση και για το ίδιο το πρόβλημα του

αλκοολισμού, αλλά και για τις συνακόλουθες σωματικές νόσους (Monras et al., 2005, στο Μούσσας και συν., 2010).

Η πρόωμη ανίχνευση και διάγνωση των διαταραχών χρήσης από το αλκοόλ αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόληψη και τη θεραπεία των συνεπειών που επιφέρει η υπερβολική κατανάλωση του αλκοόλ. Έτσι, η χρήση εργαλείων, ειδικών στην αναγνώριση κρυφών μορφών κατάχρησης-εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως είναι το ερωτηματολόγιο AUDIT, μπορεί να καταστεί πολύ ωφέλιμη. Η στάθμιση, λοιπόν, αυτού του ερωτηματολογίου σε ελληνικό πληθυσμό, θα μπορούσε να ειπωθεί πως δημιουργεί ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα πρόληψης και πρόωμης ανίχνευσης των διαταραχών κατάχρησης-εξάρτησης από το αλκοόλ (Μουσσάς και συν., 2010).

## **5.6. Ψυχομετρικά ή μη Ψυχομετρικά μέσα; Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα**

Οι ειδικοί ανέκαθεν βρίσκονταν σε συζητήσεις με επίκεντρο ποια από τα δύο μέσα, τα ψυχομετρικά ή τα μη ψυχομετρικά (ή κλινικά μέσα, όπως συνήθως ονομάζονται) είναι πιο αξιόπιστα ή οδηγούν στην εγκυρότερη διάγνωση-πρόγνωση (Δημητρόπουλος, 1998).

Κάποιοι από τους ειδικούς υποστηρίζουν τα ψυχομετρικά, ποσοτικά μέσα, ενώ κάποιοι άλλοι εμφανίζονται ως υποστηρικτές των μη ψυχομετρικών, κλινικών μέσων (Δημητρόπουλος, 1998). Ο Δημητρόπουλος (1998) αναφέρει ότι ο Meehl (1954) έχει επιχειρήσει να αντιπαραβάλει αυτές τις απόψεις, χωρίς όμως να κατορθώσει να διατυπώσει μια σαφή άποψη υπέρ των μεν ή των δε.

Σύμφωνα με την άποψη που εκφράζει ο Δημητρόπουλος (1998) η χρησιμοποίηση ενός συνδυασμού μέσων μπορεί να αποφέρει τα πιο αποδοτικά αποτελέσματα. Η κάθε περίπτωση και οι συγκεκριμένες προδιαγραφές της θα καθορίσουν τελικά και τον κατάλληλο συνδυασμό των μέσων που θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Όμως, σε κάθε περίπτωση δε θα πρέπει να επιλέγεται η χρησιμοποίηση ενός και μόνου τεστ, και ιδιαίτερα όταν τα αποτελέσματά του πρόκειται να σηματοδοτήσουν σημαντικές, για τη ζωή του ατόμου, αποφάσεις.

Ο Σταλίκας και συν. (2009) μάλιστα αναφέρει ότι μία από τις αρχές της ψυχομετρίας είναι ακριβώς αυτή, η αποδοχή δηλαδή της ισότητας των διαφορετικών μεθόδων αξιολόγησης, και η παράλληλη παραδοχή ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κάποιες μέθοδοι μπορεί να αποδειχθούν αποτελεσματικότερες από τις άλλες. Όπως, όταν για παράδειγμα, ο ειδικός αναζητά ποιοτικά χαρακτηριστικά και βιώματα, και τότε η καλύτερη μέθοδος επιλογής είναι η συνέντευξη, ενώ, όταν επιδιώκει τη μέτρηση του βαθμού αυτοπεποίθησης, η καλύτερη μέθοδος επιλογής είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο τεστ.

Οι Hood and Johnson (2002, στο Whiston, 2005) συνιστούν τη χρησιμοποίηση ποικίλων εργαλείων, ψυχομετρικών και μη ψυχομετρικών, με σκοπό να αξιοποιούνται στο έπακρο τα πλεονεκτήματα των διαφορετικών μεθόδων, και αντίστοιχα να περιορίζονται στο ελάχιστο τα μειονεκτήματά τους. Ο Meyer et al. (2001, στο Whiston, 2005) παρουσίασε ερευνητικά δεδομένα, τα οποία

κατέδειξαν την ανωτερότητα της πρακτικής να χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης.

Ο Friedenberg (1995, στο Αλεξόπουλος, 1998) κινείται στο ίδιο μήκος κύματος, υποστηρίζοντας ότι τα ψυχομετρικά μέσα και η συνέντευξη συγκεντρώνουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, και επομένως τα καλύτερα αποτελέσματα αποφέρει η παράλληλη χρησιμοποίηση διάφορων μέσων για τη συλλογή πληροφοριών, όπως τα τεστ, η συνέντευξη, η παρατήρηση κ.τ.λ. Ο Αλεξόπουλος (1998) υποστηρίζει ότι τα πλεονεκτήματα των ψυχομετρικών μέσων σε σύγκριση με τις προσωπικές κρίσεις είναι τα εξής: η αντικειμενικότητά τους, η ποσοτικοποίηση τους και η οικονομία τους.

Αλλά και ο Δημητρόπουλος (1998) υποστηρίζει ότι τα ψυχομετρικά μέσα συγκεντρώνουν κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τα μη ψυχομετρικά. Αυτά τα πλεονεκτήματα είναι τα παρακάτω (Δημητρόπουλος, 1998):

- Εξασφαλίζουν οικονομία χρόνου, καθότι με τη χρήση της κατάλληλης ψυχομετρικής δοκιμασίας μπορεί να διαγνωσθούν προβλήματα σε πολύ λιγότερο χρόνο από αυτόν που θα απαιτούσε η διαπίστωση και η διάγνωσή τους μέσω των κλινικών συνεντεύξεων.
- Η χρήση μιας ψυχομετρικής δοκιμασίας μπορεί να επιβεβαιώσει τις υποθέσεις που δημιουργεί μια κλινική συνέντευξη. Αυτό υποδεικνύει και ότι αυτά τα δύο μέσα πρέπει να χρησιμοποιούνται παράλληλα.
- Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες θεωρούνται αντικειμενικές και τα αποτελέσματά τους είναι επεξεργασμένα με ποσοτικά μέσα και πολλές φορές με τη χρήση υπολογιστών.
- Είναι πιθανό τα ψυχομετρικά μέσα να αποκαλύπτουν προβλήματα, συναισθήματα, συμπεριφορές που θα ήταν πολύ δύσκολο να αποκαλύψει η χρήση των κλινικών μέσων, και αυτό γιατί την ύπαρξη αυτών των ζητημάτων μπορεί να αγνοεί και το ίδιο το άτομο.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία όμως έχουν δεχθεί και σφοδρή κριτική, από την αρχή μάλιστα της κατασκευής τους και της χρησιμοποίησής τους (Δημητρόπουλος, 1998). Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (1998) τα ψυχομετρικά εργαλεία παρουσιάζουν τα εξής μειονεκτήματα:

- Εξ αρχής αμφισβητήθηκαν και ακόμη αμφισβητούνται το κύρος και η αξιοπιστία αυτών των μέσων.
- Οι επιδόσεις των ατόμων στα ψυχομετρικά εργαλεία δεν μπορούν παρά να βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με βασικά προσωπικά τους γνωρίσματα, όπως η κοινωνική τους θέση και το πολιτιστικό και μορφωτικό τους επίπεδο. Αυτό συνεπάγεται ότι αυτά τα εργαλεία μπορεί να λειτουργήσουν αρνητικά για κάποιες ομάδες ατόμων.
- Με δεδομένο ότι τα ψυχομετρικά εργαλεία δεν μετράνε όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου, είναι πιθανό να αφήσουν χωρίς εξέταση κάποια σημαντικά για την εξέλιξη του ατόμου χαρακτηριστικά.
- Σε κάποιες περιπτώσεις, μέσω της χρήσης των ψυχομετρικών εργαλείων, είναι πιθανό να παραβιάζεται η ατομική ανεξαρτησία. Και αυτό γιατί, μέσω αυτών, αποκαλύπτονται συμπεριφορές ή χαρακτηριστικά που το ίδιο το άτομο μπορεί να μην επιθυμούσε να αποκαλυφθούν.
- Μέσω της χρήσης των ψυχομετρικών εργαλείων, το άτομο μυείται σε μηχανικές διαδικασίες, σκέψεις και αποφάσεις, και έτσι υποβαθμίζονται οι

νοητικές και συναισθηματικές διεργασίες της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του συμβούλου και του ατόμου.

- Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται λανθασμένη χρήση των αποτελεσμάτων αυτών των μέσων, με αποτέλεσμα αυτά να δημιουργούν προβλήματα αντί να τα λύνουν. Αυτό το γεγονός έχει ως συνέπεια πολλοί να προτείνουν ακόμη και την κατάργηση αυτών των μέσων.

Ο Σταλίκας και συν. (2009) αναφέρει ότι μία από τις σφοδρότερες κριτικές που δέχθηκε η ψυχομετρία επικεντρωνόταν στην αρχική και επίμονη τακτική της να θεωρεί ως μέτρο τον μέσο, λευκό και μεσοαστό Αμερικάνο, με συνέπεια να κατατάσσει στους παρεκκλίνοντες όλους όσους δεν άνηκαν σε αυτήν την κατηγορία. Και ενώ σήμερα η ψυχομετρία έχει πλέον αναγνωρίσει πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, παρόλα αυτά ο τρόπος που αντιμετώπισε αυτό το πλαίσιο κατά την ανάπτυξη της θεωρίας του συμπεριφορισμού, ήταν ιδιαίτερα αρνητικός. Πιο συγκεκριμένα, διατυπώνοντας οι συμπεριφοριστές τις προτάσεις τους περί της «ευπλαστότητας» του ανθρώπου, ότι δηλαδή όλοι οι άνθρωποι είναι εκπαιδεύσιμοι και ότι τα περισσότερα ανθρώπινα χαρακτηριστικά διαμορφώνονται από το περιβάλλον, οδήγησαν στη διατύπωση βιαστικών και υπεργενικευμένων συμπερασμάτων από τους ψυχολόγους. Και στο πλαίσιο αυτό ακριβώς των συμπερασμάτων, η ψυχομετρική αξιολόγηση κατέληξε να ταυτίζεται με μια δοκιμασία «προκρούστειας κλίνης» (Σταλίκας και συν., 2009).

Όμως, οι συνθήκες άλλαξαν με την εξέλιξη των κοινωνικών συνθηκών, την πρόοδο της επιστήμης στο χώρο των ατομικών ελευθεριών και δικαιωμάτων, την ανάπτυξη εναλλακτικών κοινωνικοφιλοσοφικών μοντέλων σκέψης και πράξης (Chermin et al., 1997a, 1997b, στο Σταλίκας και συν., 2009). Αυτό οδήγησε στο να απαιτούνται σήμερα περισσότερα στοιχεία από τις μετρήσεις με την παράλληλη διαβεβαίωση ότι η αξιολόγηση θα είναι δίκαιη για το άτομο, αφού θα λαμβάνει υπόψη της τις ατομικές ιδιαιτερότητες (Adams, 2000, στο Σταλίκας και συν., 2009).

Ο Αλεξόπουλος (1998) υποστηρίζει ότι ένα μεγάλο μέρος των επικρίσεων για τα ψυχομετρικά εργαλεία μπορεί να περιέχει κάποια αλήθεια, αλλά κατά το ήμισυ αποτελεί αποτέλεσμα προσωπικών προκαταλήψεων και ελλιπούς κατανόησης των αρχών και των στόχων της ψυχομετρίας. Και ο ίδιος συγγραφέας συνεχίζει λέγοντας ότι οι ψυχομέτρες έχουν την εντύπωση ότι, μέσω της ψυχομετρίας, μπορούν να μετρήσουν όλες τις όψεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Όμως, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, διαφαίνεται πως είναι απίθανο να κατασκευαστεί κάποιο ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο να είναι σε θέση να μετρά όλη την ανθρώπινη συμπεριφορά, καθώς μεταξύ άλλων, η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν διέπεται από νόμους, όπως π.χ. η φυσική και η χημεία. Επομένως, σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, αυτό που μπορούν να προσφέρουν τα ψυχομετρικά μέσα, εν συγκρίσει με τις άλλες μεθόδους αξιολόγησης, είναι μια πιο ολοκληρωμένη και ακριβέστερη γνώση για τον άνθρωπο.



## 5.7. Δεοντολογικά Ζητήματα στη χρήση των ψυχομετρικών μέσων

Σε αυτήν την ενότητα θα εξεταστούν εν συντομία κάποια από τα δεοντολογικά ζητήματα που εγείρονται κατά τη χρήση των ψυχομετρικών μέσων. Υπάρχει ένα πλήθος πηγών που σκοπεύει στο να βοηθήσει τους εξεταστές να αντιμετωπίσουν τα δεοντολογικά ζητήματα που εγείρονται (Whiston, 2005). Μερικές από αυτές τις πηγές έχουν αναφερθεί ήδη (στην ενότητα 5.3.). Ενδεικτικά ας αναφερθούν οι δύο από αυτές: τα Κριτήρια για τα Εκπαιδευτικά και Ψυχολογικά Τεστ (Standards for Educational and Psychological Testing) και οι Υποχρεώσεις αυτών που εφαρμόζουν τις Σταθμισμένες Ψυχομετρικές Δοκιμασίες (Responsibilities of Users of Standardized Tests). Άλλες πηγές που μπορεί να βοηθήσουν έναν εξεταστή σε αυτά τα ζητήματα είναι οι εξής: Η Υπεύθυνη Χρησιμοποίηση των Τεστ: Μελέτες Περιπτώσεων για την Αξιολόγηση της Ανθρώπινης Συμπεριφοράς (Responsible Test Use: Case Studies for Assessing Human Behavior), Ηθικές αρχές των ψυχολόγων και κώδικας συμπεριφοράς (Ethical principles of psychologists and code of conduct), Κώδικας των επαγγελματικών ηθικών αρχών για τους συμβούλους αποκατάστασης (Code of professional ethics for rehabilitation counselors) (Whiston, 2005).

### 5.7.1. Ο ρόλος του εξεταστή

Οι περισσότερες πηγές δεοντολογίας καθιστούν σαφές ότι οι κλινικοί είναι οι υπεύθυνοι για τη σωστή χρήση των ψυχομετρικών μέσων. Μπορεί αυτοί που δημοσιεύουν τις ψυχομετρικές δοκιμασίες να είναι και υπεύθυνοι για τη δημοσίευση των απαραίτητων πληροφοριών, ο σύμβουλος όμως καθίσταται ως ο μοναδικός υπεύθυνος για τη δεοντολογική χρήση των ψυχομετρικών μέσων. Αυτό σημαίνει ότι ένας σύμβουλος θα πρέπει να γνωρίζει εις βάθος το ψυχομετρικό εργαλείο που πρόκειται να εφαρμόσει στον πελάτη. Ας αναφερθεί εδώ ότι τα εργαλεία ποικίλουν ως προς το βαθμό της εκπαίδευσης και της εμπειρίας που απαιτούν από τον χρήστη (Whiston, 2005). Για παράδειγμα, τα τεστ επίτευξης ή τα τεστ ικανοτήτων δεν απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία (Κουλάκογλου, 1998).

Ένας επαρκώς εκπαιδευμένος εξεταστής επιλέγει τα κατάλληλα τεστ σύμφωνα με το σκοπό για τον οποίο τα επέλεξε και σύμφωνα με τα άτομα στα οποία απευθύνεται. Επιπλέον, ένας εξεταστής θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή ενημέρωση από τις συναφείς ερευνητικές μελέτες και τη βιβλιογραφία, ώστε να γνωρίζει τα τεχνικά γνωρίσματα του τεστ (Κουλάκογλου, 1998).

Τέλος, κατά τη διάρκεια της χορήγησης μια ψυχομετρικής δοκιμασίας, ένας καλός εξεταστής πρέπει να τηρεί πιστά τις οδηγίες χορήγησης που περιέχει το εγχειρίδιο, αλλά και να έχει υπόψη του τις καταστάσεις εκείνες που ενδέχεται να επηρεάσουν την απόδοση του εξεταζόμενου. Επίσης, κατά τη διαδικασία της εξαγωγής συμπερασμάτων, θα πρέπει πάντα να είναι επιφυλακτικός, και όταν προβαίνει τελικά σε αυτά να έχουν παρθεί πρώτα τα αποτελέσματα του τεστ και

παράλληλα να έχουν ληφθεί υπόψη και όλα τα άλλα δεδομένα που ο εξεταστής έχει συγκεντρώσει για το άτομο (Κουλάκογλου, 1998).

### **5.7.2. Το ζήτημα του προσωπικού απορρήτου (privacy)**

Το ζήτημα της προστασίας του απορρήτου (privacy) σχετίζεται με το σεβασμό που πρέπει ο εξεταστής να αντιμετωπίζει τον εξεταζόμενο, και κυρίως με την υποχρέωση του εξεταστή να ενημερώνει ενδελεχώς τον εξεταζόμενο για το σκοπό του ψυχομετρικού μέσου που του χορηγεί και για το πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματά του (Κουλάκογλου, 1998).

Σε πολλά τεστ ο εξεταζόμενος αποκαλύπτει πολύ προσωπικές πληροφορίες- κάποιες φορές χωρίς καν να το γνωρίζει (Κουλάκογλου, 1998). Σύμφωνα με την έκθεση που συντάχθηκε από το Γραφείο Επιστήμης και Τεχνολογίας (1967, στο Κουλάκογλου, 1998) το δικαίωμα του προσωπικού απορρήτου ορίζεται ως το δικαίωμα που έχει το άτομο να αποφασίζει το ίδιο, εάν επιθυμεί να μοιραστεί με τους άλλους τις σκέψεις του, το πώς αισθάνεται, και γενικότερα τα προσωπικά του θέματα.

Το ζήτημα του προσωπικού απορρήτου αποτελείται από δύο συνιστώσες: τη συγκατάθεση (informed consent) και τη σχετικότητα (relevance). Η συνιστώσα της συγκατάθεσης καθιστά απαραίτητο ο πελάτης να ενημερώνεται για τις πληροφορίες που πρόκειται να συλλεχθούν από τα διαγνωστικά εργαλεία, καθώς και για τους σκοπούς που θα εξυπηρετήσουν τα αποτελέσματά τους (Whiston, 2005).

Η συνιστώσα της σχετικότητας αφορά το κρίσιμο ερώτημα αν το ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί, είναι σχετικό με τη συμβουλευτική. Και αν τελικά θεωρηθεί πως το διαγνωστικό εργαλείο δεν είναι σχετικό με τη συμβουλευτική, τότε δεν κρίνεται και απαραίτητο να αποκαλυφθούν πληροφορίες που αφορούν προσωπικά χαρακτηριστικά του πελάτη. Ο σύμβουλος λοιπόν, αφού πρώτα ενημερώσει τον πελάτη για το σκοπό της αξιολόγησης και για τα οφέλη της, έπειτα πρέπει να επιλέξει τα κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία πράγματι εξυπηρετούν αυτόν το σκοπό. Στην επιλογή του κατάλληλου ψυχομετρικού μέσου, ο σύμβουλος πρέπει να λάβει υπόψη του την αξιοπιστία του και την εγκυρότητά του, την καταλληλότητά του και τους περιορισμούς του (Whiston, 2005).

### **5.7.3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης**

Σημαντικό θέμα αποτελεί και το ζήτημα της ενημέρωσης των εξεταζόμενων για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Γενικά, οι κώδικες δεοντολογίας συγκλίνουν στην άποψη ότι ο εξεταστής υποχρεούται να ενημερώνει τον εξεταζόμενο για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης (Σταλίκας και συν., 2009).

Παρότι οι απόψεις για το πόσο λεπτομερές θα πρέπει να είναι η ενημέρωση του εξεταζόμενου ποικίλουν, οι περισσότεροι εξεταστές σέβονται το δικαίωμα του εξεταζόμενου να ενημερώνεται για τα αποτελέσματα. Εξαρτούν όμως το βαθμό αυτής της ενημέρωσης από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εξεταζόμενου και από τους λόγους πραγματοποίησης της αξιολόγησης. Η γενική άποψη,

πάντως, είναι ότι σε κάθε περίπτωση η ενημέρωση για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης πρέπει να γίνεται με απλό και κατανοητό τρόπο, προσαρμοσμένη στο μορφωτικό και συναισθηματικό επίπεδο του κάθε εξεταζόμενου (Σταλίκας και συν., 2009).

#### **5.7.4. Ετικετοποίηση**

Ένας από τους βασικούς σκοπούς των ψυχομετρικών δοκιμασιών αποτελεί και η διάγνωση, η οποία διευκολύνει την κατάταξη των ατόμων σε μια κατηγορία, όπως π.χ. «ιδιοφυΐα», «καταθλιπτικό», «σχιζοφρενή» (Κουλάκογλου, 1998).

Μία αρνητική συνέπεια που επιφέρει η ετικετοποίηση, μέσω της κλινικής διάγνωσης, είναι οι προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύουν κάποιες ψυχικές διαταραχές. Η παρερμηνεία λοιπόν κάποιων ψυχιατρικών όρων μπορεί να έχει ως συνέπεια την κοινωνική απομόνωση του εξεταζόμενου. Παρερμηνεία των ψυχιατρικών όρων μπορεί να γίνει και από τον ίδιο τον εξεταζόμενο, με συνέπεια την αρνητική εξέλιξη της κατάστασής του (Κουλάκογλου, 1998)

Στην αντιμετώπιση όλων αυτών των αρνητικών συνεπειών, σημαντικό ρόλο παίζει ο εξεταστής, ο οποίος πρέπει να τονώνει και να ενισχύει το Εγώ του πελάτη του. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζει πως ο τρόπος με τον οποίο ανακοινώνεται η διάγνωση πρέπει να συνάδει με την ιδιοσυγκρασία του κάθε πελάτη (Κουλάκογλου, 1998).

#### **5.7.5. Το δικαίωμα στην εχεμύθεια (confidentiality)**

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης, κάθε πελάτης έχει το δικαίωμα στο να καλύπτονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησής του με εχεμύθεια. Αυτό σημαίνει ότι μόνο ο σύμβουλος και ο εξεταζόμενος (ή και οι γονείς/κηδεμόνες) μπορούν να γνωρίζουν τα αποτελέσματα, και η κοινοποίησή τους σε κάποιον τρίτο μπορεί να γίνει μόνο με τη συγκατάθεση του εξεταζόμενου. Εξαίρεση σε αυτό μπορεί να γίνει μόνο στην περίπτωση που κάποιος φορέας, όπως π.χ. δικαστήριο, ζητήσει για σύννομους λόγους να εξετάσει τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Σε αυτές τις περιπτώσεις η συγκατάθεση θα πρέπει να περιλαμβάνει την ερώτηση ποιοι θα δουν τα αποτελέσματα, καθώς και πώς θα τα χρησιμοποιήσουν. Σε κάθε περίπτωση πάντως οι σύμβουλοι είναι υποχρεωμένοι να εξασφαλίζουν την εχεμύθεια των αποτελεσμάτων, και να ενημερώνουν τους εξεταζόμενους για τους όποιους περιορισμούς αυτής της εχεμύθειας, προτού πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση (Whiston, 2005).

Σε περίπτωση που μια ψυχομετρική δοκιμασία χορηγείται σε ένα ανήλικο παιδί, ο εξεταστής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι γονείς έχουν δικαίωμα να ενημερωθούν για τα αποτελέσματά της. Όμως, αυτό μπορεί να αντίκειται στο δικαίωμα του παιδιού, και ιδιαιτέρως του εφήβου, για προσωπικό χώρο. Το θέμα που τίθεται στην περίπτωση αυτή δεν αφορά στο αν θα πρέπει τελικά να ενημερωθούν οι γονείς, αλλά στο πώς θα ενημερωθούν, χωρίς παράλληλα να θιγεί ο ανήλικος. Πρόκειται για ένα λεπτό θέμα που εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή στην αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων (Κουλάκογλου, 1998).

## 5.8. Ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική

Πλήθος ερευνητών έχει προβεί στην αξιολόγηση της ποιότητας και της χρησιμότητας των διαγνωστικών εργαλείων. Ο Meyer et al. (2001, στο Nelson-Gray, 2003) έχει καταλήξει στα εξής ερευνητικά δεδομένα: 1) η εγκυρότητα των τεστ είναι αναμφισβήτητη, 2) τα ψυχολογικά τεστ μπορούν να συγκριθούν σε εγκυρότητα με τα ιατρικά τεστ, 3) η χρησιμοποίηση διαφορετικών μεθόδων αξιολόγησης εξασφαλίζει πολύτιμες πληροφορίες, 4) η χρησιμοποίηση μόνο της μεθόδου της συνέντευξης οδηγεί στη συγκέντρωση ελλιπών πληροφοριών για το άτομο.

Όσον αφορά το ρόλο που μπορεί να παίζει η αξιολόγηση γενικά, και η χρήση των διαγνωστικών εργαλείων ειδικά, στη συμβουλευτική, ας αναφερθεί ότι το παραδοσιακό μοντέλο της αξιολόγησης, δηλ. το μοντέλο της συγκέντρωσης πληροφοριών (information-gathering model), αντιλαμβάνεται την αξιολόγηση ως μια διαδικασία, η οποία έχει ως πρωταρχικό σκοπό να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών και να συμβάλλει στο να παρθούν αποφάσεις για τον πελάτη. Επίσης, επιδιώκει να ταξινομήσει τους πελάτες σε συγκεκριμένες κατηγορίες, με στόχο να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις πληροφορίες που έχει αποκομίσει από τον πελάτη. Επιπροσθέτως, στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, οι ταξινομήσεις αυτές συμβάλλουν στο να παρθούν σημαντικές θεραπευτικές αποφάσεις, και για αυτό δίνεται και ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα των διαγνωστικών εργαλείων (Finn & Tonsager, 1997).

Η διαδικασία που ακολουθείται στο μοντέλο της συγκέντρωσης πληροφοριών, περιλαμβάνει τα εξής 3 στάδια (Finn & Tonsager, 1997):

- Τη συγκέντρωση πληροφοριών, την οποία συνήθως αναλαμβάνουν οι ψυχομέτρες ή εκπαιδευμένα άτομα, τα οποία έχουν λάβει μια μικρή εκπαίδευση στη χορήγηση των σταθμισμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών, και οι οποίοι δεν επιτρέπουν την οποιαδήποτε κοινωνική αλληλεπίδραση με τον πελάτη.
- Τη συμπερασματική και μονόπλευρη ερμηνεία των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης. Στο στάδιο αυτό οι αξιολογητές προβαίνουν σε ερμηνείες των αποτελεσμάτων, τα οποία έχουν συλλεχθεί, μέσω ψυχομετρικών και μη ψυχομετρικών εργαλείων. Οι πελάτες δεν συμμετέχουν στη διαδικασία της ερμηνείας των αποτελεσμάτων.
- Τις συστάσεις. Στο τελευταίο στάδιο, οι αξιολογητές χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που έχουν συγκεντρώσει και τις ερμηνείες που έχουν διατυπώσει για να λάβουν αποφάσεις.

Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, τα ψυχομετρικά εργαλεία εκλαμβάνονται ως μέθοδοι, μέσω των οποίων, ο αξιολογητής συγκεντρώνει σταθμισμένα δείγματα της συμπεριφοράς του πελάτη, και διευκολύνεται στο να κάνει προβλέψεις για τις συμπεριφορές που μπορεί ο πελάτης να εκδηλώσει έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο. Τα ψυχομετρικά μέσα θεωρούνται πολύτιμα εργαλεία, όταν έχουν αξιολογηθεί ως αξιόπιστα και έγκυρα (Finn & Tonsager, 1997).

Σε αντιδιαστολή με αυτό το μοντέλο βρίσκεται το θεραπευτικό μοντέλο της αξιολόγησης (therapeutic assessment model) που έχει δημιουργηθεί από τους

Finn and Tonsager (1997). Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, η ίδια η αξιολόγηση εκλαμβάνεται ως μία θεραπευτική παρέμβαση. Ως κύριος σκοπός του τίθεται, μέσω της διαδικασίας της αξιολόγησης, να μάθουν οι πελάτες περισσότερο τον εαυτό τους και να κάνουν αλλαγές στη ζωή τους. Θα μπορούσε μάλιστα να ειπωθεί ότι οι σκοποί του μοντέλου της θεραπευτικής αξιολόγησης είναι παρόμοιοι με τους σκοπούς όλων των ειδών της ψυχοθεραπείας (Finn & Tonsager, 1997).

Σε αυτό το μοντέλο λοιπόν οι αξιολογητές αναπτύσσουν και διατηρούν σχέσεις με τους πελάτες οι οποίες χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, συνεργάζονται μαζί τους, ώστε να προσδιορίσουν από κοινού τους εξατομικευμένους στόχους της αξιολόγησης, μοιράζονται και διερευνούν από κοινού με τον πελάτη τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, για παράδειγμα ο αξιολογητής ζητά από τους πελάτες τη γνώμη τους για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ψυχομετρικών δοκιμασιών (Finn & Tonsager, 1997).

Όσον αφορά αυτές τις ψυχομετρικές δοκιμασίες, το θεραπευτικό μοντέλο τις εκλαμβάνει ως ευκαιρίες και για διάλογο με τον πελάτη, αλλά και για ανταπόκριση στα προβλήματά του, καθώς και ως εργαλεία που συντελούν στο να αναπτύξει ο αξιολογητής την ενσυναίσθηση του στις υποκειμενικές εμπειρίες του πελάτη (Finn & Tonsager, 1997).

Στο παρελθόν, δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη σημασία στον θεραπευτικό ρόλο της αξιολόγησης, τα τελευταία χρόνια όμως έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες έρευνες για αυτό το θέμα. Στην πρώτη δημοσιευμένη έρευνα των Finn and Tonsager (1992) μελετήθηκαν τα πλεονεκτήματα που μπορεί να επιφέρει η θεραπευτική αξιολόγηση μέσω της χορήγησης του ψυχομετρικού μέσου, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Αυτό το μέσο έχει αναφερθεί και παραπάνω (στο υποκεφάλαιο 5.5.8.). Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα αυτής της έρευνας, τα άτομα που δέχθηκαν το μοντέλο της θεραπευτικής αξιολόγησης και μοιράστηκαν τα αποτελέσματα αυτού του τεστ, σύμφωνα με τις μεθόδους της θεραπευτικής αξιολόγησης, παρουσίασαν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα από αυτά που δέχθηκαν υποστηρικτική, μη καθοδηγητική συμβουλευτική. Πιο συγκεκριμένα, μετά την αξιολόγησή τους παρουσίασαν ελάττωση της θλίψης τους, αύξηση της αυτοπεποίθησής τους, καθώς και αύξηση της αισιοδοξίας τους για τα προβλήματά τους. Αυτά τα ευρήματα κατέδειξαν ότι όντως η αξιολόγηση μπορεί να είναι από μόνη της θεραπευτική, καθώς και ότι τα ψυχομετρικά εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όχι μόνο για διαγνωστικούς λόγους ή για τον θεραπευτικό σχεδιασμό ή για την αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων, αλλά και για θεραπευτικούς λόγους (Finn & Tonsager, 1992).

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας επιβεβαίωσε και άλλη μία έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε από τους Newman and Greenway (1997, στο Finn & Tonsager, 1997).

Άλλες έρευνες επιχειρήσαν να προσδιορίσουν τα στοιχεία εκείνα της αξιολόγησης που προωθούν την αλλαγή (Finn & Tonsager, 1997). Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας των Finn and Bunner (1993, στο Finn & Tonsager, 1997) τα άτομα που δέχθηκαν πληροφορίες για τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών δήλωσαν πιο ικανοποιημένα με τις αξιολογήσεις τους από τα άτομα εκείνα που δεν δέχθηκαν πληροφορίες για τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών.

Η Michel (2002, στο Whiston, 2005) παρουσίασε κάποιους τρόπους με τους οποίους η αξιολόγηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά, συγκεκριμένα με τους πελάτες που έχουν διαγνωστεί με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Η

παραπάνω συγγραφέας υποστήριξε λοιπόν ότι αυτή η κατηγορία πελατών, μέσω της αξιολόγησης, μπορούν να αποκτήσουν εξακριβωμένες πληροφορίες για τον εαυτό τους, γεγονός που μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά σε αυτούς. Επιπροσθέτως, υποστήριξε ότι παρέχοντας στην οικογένεια του πελάτη πληροφορίες που αποκτούνται μέσω της αξιολόγησης, επιτυγχάνεται η συνένωση (joining) με την οικογένειά του. Τέλος, η ίδια συγγραφέας πρεσβεύει πως πρέπει τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων να επικοινωνούνται και να χρησιμοποιούνται θεραπευτικά με τους πελάτες, καθώς και με την οικογένειά τους.

## 5.9. Ανακεφαλαίωση

Στο παραπάνω κεφάλαιο επιχειρήθηκε να εξεταστεί ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα. Όπως διαφάνηκε, παρότι η διαδικασία της αξιολόγησης-διάγνωσης, αντιμετωπίζεται με διαφορετικά συναισθήματα από τις διάφορες θεωρίες της συμβουλευτικής, δεν μπορεί εύκολα να αγνοηθεί ο ρόλος της. Και στο πλαίσιο αυτό δεν μπορεί να αγνοηθεί και ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων, καθότι αυτά αποτελούν τις κύριες μεθόδους της αξιολόγησης και της διάγνωσης. Στο πεδίο μάλιστα της κατάχρησης ουσιών και της ουσιοεξάρτησης έχουν κατασκευαστεί πάρα πολλά ψυχομετρικά εργαλεία, τα οποία έχουν ως κύριο σκοπό τη διευκόλυνση της θεραπευτικής διαδικασίας. Ενώ έχουν καθοριστεί συγκεκριμένα κριτήρια για τη συμβουλευτική της κατάχρησης ουσιών, γεγονός που αποδεικνύει τη σημαντικότητα της αξιολόγησης στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα.

Παρόλα αυτά η χρήση των διαγνωστικών εργαλείων, και κυρίως των ψυχομετρικών, όπως διαφάνηκε, αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα αμφιλεγόμενο θέμα, καθότι αυτά τα εργαλεία έχουν δεχθεί από το παρελθόν σφοδρότατη κριτική, ενώ η χρήση τους εγείρει δεοντολογικά ζητήματα. Η σύγκριση όμως που επιχειρήθηκε ανάμεσα στα δύο μέσα, ανέδειξε ως κυρίαρχη την άποψη της παράλληλης χρήσης τους, με σκοπό να εξασφαλισθούν τα καλύτερα αποτελέσματα κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης. Άλλωστε, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν και δεδομένα, τα οποία κατέδειξαν ότι τα διαγνωστικά εργαλεία, εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο που έχουν ως μέσα συλλογής πληροφοριών, μπορούν να λειτουργήσουν και θεραπευτικά, να συμβάλλουν δηλ. στην αλλαγή του πελάτη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε να εξεταστεί ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική με ουσιοεξαρτημένα άτομα. Έτσι, στην αρχή αυτής της εργασίας κρίθηκε απαραίτητο να παρουσιαστεί το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, καθώς και η αιτιολογία του. Στη συνέχεια αποφασίστηκε να παρουσιαστούν τα θεραπευτικά μοντέλα της ουσιοεξάρτησης, ενώ επιβεβλημένη θεωρήθηκε η ανάλυση της συμβουλευτικής που εφαρμόζεται συγκεκριμένα στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου επιχειρήθηκε να αναδειχθεί ο ρόλος των διαγνωστικών εργαλείων στη συμβουλευτική του συγκεκριμένου τομέα.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα εργασία συνοψίζονται στα εξής:

- Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα και η αποτύπωση της έκτασής του μέσω των διάφορων ερευνών είναι πολύ σημαντική.
- Η αιτιολογία της εξάρτησης δεν μπορεί να αναζητηθεί σε έναν και μόνο παράγοντα, καθότι το φαινόμενο της εξάρτησης οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, οι οποίοι και αλληλεπιδρούν.
- Οι αιτιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης είναι αυτές που διαμορφώνουν και τα θεραπευτικά μοντέλα της ουσιοεξάρτησης. Έτσι, έχουν διαμορφωθεί η ιατροκεντρική προσέγγιση, η οποία αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως ασθένεια, και οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, οι οποίες δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, για να επιτευχθεί η θεραπεία του ατόμου.
- Η συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης αποτελεί έναν τομέα της συμβουλευτικής που ακολουθεί συγκεκριμένα μοντέλα, θεωρίες, διαδικασίες και παρεμβάσεις.
- Η αξιολόγηση- διάγνωση αποτελεί μέρος της συμβουλευτικής, αλλά από κάποιες θεωρίες –όπως η υπαρξιακή θεωρία, η πελατοκεντρική θεωρία και η θεωρία Gestalt- απορρίπτεται. Παρόλα αυτά δεν μπορεί να αγνοηθεί ο ρόλος της στη συμβουλευτική, ο οποίος μπορεί να συνοψιστεί στα εξής: στον προσδιορισμό των διαταραχών του πελάτη, στην αξιολόγηση και στον εντοπισμό των προβλημάτων του πελάτη, στον καθορισμό των στόχων της θεραπείας, στην επιλογή και εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπειών, στην αξιολόγηση της θεραπείας.
- Τα διαγνωστικά εργαλεία –ψυχομετρικά και μη ψυχομετρικά- συνδέονται με την αξιολόγηση-διάγνωση, καθότι αποτελούν τις μεθόδους της και αποσκοπούν στη συγκέντρωση πληροφοριών για το άτομο.
- Τα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν δεχθεί σφοδρή κριτική, παρουσιάζουν όμως και πολλά πλεονεκτήματα έναντι των μη ψυχομετρικών εργαλείων.
- Η χρησιμοποίηση παράλληλα των ψυχομετρικών και των μη ψυχομετρικών μέσων επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα από τη χρησιμοποίηση μόνο των ψυχομετρικών μέσων ή μόνο των μη ψυχομετρικών ή ενός μόνο μέσου.
- Έχουν κατασκευαστεί ψυχομετρικά εργαλεία ειδικά για τον τομέα της κατάχρησης ουσιών και της ουσιοεξάρτησης, τα οποία σε γενικές γραμμές

συμβάλλουν στα εξής: στη διάγνωση, στον καθορισμό της σοβαρότητας των προβλημάτων του πελάτη, στο ταίριασμα των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία, στον θεραπευτικό σχεδιασμό, στην πρόβλεψη της έκβασης της θεραπείας, στη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης, στην εκτίμηση της προόδου των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, και στην αξιολόγηση της θεραπείας.

- Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα διαγνωστικά εργαλεία, εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο τους, ως μέσα συλλογής πληροφοριών, έχουν και θεραπευτικό ρόλο, συμβάλλουν δηλαδή στην αλλαγή του πελάτη.

Η σπουδαστική ομάδα θεωρεί απαραίτητο να γίνουν και άλλες έρευνες, ως προς τον θεραπευτικό ρόλο των διαγνωστικών εργαλείων, αλλά και να μελετηθεί γενικότερα πώς αυτά τα εργαλεία μπορούν να συμβάλλουν στη συμβουλευτική γενικότερα ή στη συμβουλευτική της ουσιοεξάρτησης ειδικότερα, καθότι παρατηρείται έλλειψη βιβλιογραφικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος για αυτό το θέμα. Και σύμφωνα με τη σπουδαστική ομάδα η διερεύνηση αυτού του θέματος, θα συμβάλλει στο να βοηθηθούν οι ψυχομέτρες, οι σύμβουλοι και όσοι γενικά χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά εργαλεία ή έστω αξιοποιούν τα αποτελέσματά τους, να τα χρησιμοποιήσουν με αποτελεσματικότερο τρόπο και κυρίως προς όφελος των πελατών τους.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αλεξόπουλος, Δ. Σ. (1998) *Ψυχομετρία, Α' τόμος: Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων*, 3<sup>η</sup> έκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αλεξόπουλος, Δ. Σ. (2004) *Ψυχομετρία, Β' τόμος: Ιστορία, θεωρίες και γενικές αρχές*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γαζγαλίδης, Κ. (2003) *Ηρωίνη: Θεραπείες Υποκατάστατων και ανταγωνιστών*, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Γαζγαλίδης, Κ. (2005) *Ναρκωτικά: Εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης*, Αθήνα: Εξάντας.

Γεωργακάς, Π. (2007) *Εξάρτηση, μία ατομική επιλογή: απεξάρτηση, μία συλλογική διαδικασία*, Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Γρίβας, Κ. και Χασιώτη, Α. (επιμ.) (2002) *Οπιούχα: Εξάρτηση και απεξάρτηση (Εγχειρίδιο αυτοβοήθειας και αυτοάμυνας)*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ιανός.

Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (1998) *Συμβουλευτική και συμβουλευτική ψυχολογία: θεωρία-μεθοδολογία-πράξη*, 2<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα: Γρηγόρης.

Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (2002) *Συμβουλευτική-Προσανατολισμός*, 4<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα: Γρηγόρης.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων ατόμων (2007) *Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη από το 2000 έως και 2006*, Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

Κοκκέβη, Α. και Στεφανής, Κ. (1994) *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική πορεία της χρήσης: Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό*, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη Α., Κίτσος, Γ. και Φωτίου, Α. (2007) *Καπνός, Οίνοπνευματώδη, Ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως και σήμερα*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Κουλάκογλου, Κ. (1998) *Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Λιάππας, Γ., Α. (1992) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, Αθήνα: Πατάκης.

Λιάππας, Γ., Α. (1997) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, 3<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα: Πατάκης.

Λιάππας, Γ., Α. (2003) *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, 5<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα: Πατάκης.

Μαδιανού, Δ., Μαδιανός, Μ., Κοκκέβη, Α. και Στεφανής, Κ. (1992) *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η χρήση ουσιών στον γενικό πληθυσμό Τόμος Γ'*, Αθήνα: Ψυχιατρική βιβλιοθήκη.

Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μαρσέλος, Μ. (1997) *Εξαρτησιογόνες ουσίες: Φαρμακολογία-τοξικολογία-ιστορία-κοινωνιολογία-νομοθεσία*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

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

Mellon, R. (1998) *Ψυχοδιαγνωστικές μέθοδοι*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πιπερόπουλος, Γ. (2005) *Αλκοολισμός και ναρκωτικά: οι αιώνιες μάστιγες της ανθρωπότητας*, Κοζάνη: Συνεταιριστική Τράπεζα Ν. Κοζάνης.

Πουλόπουλος, Χ. (2005) *Εξαρτήσεις, Οι θεραπευτικές κοινότητες*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική Εργασία και εξαρτήσεις. Οι κοινότητες της αλλαγής*, Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Σταλίκας, Α. (2002) «Η ψυχολογική αξιολόγηση αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας», στο Ρούσσου, Α. (επιμ.) Θέματα ψυχομετρίας στην κλινική πράξη και έρευνα, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ.128-136.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. και Ρούσση, Π. (2009) *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*, 6<sup>η</sup> έκδ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χαραλαμπίδης Ε. (2003) *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*, 2<sup>η</sup> έκδ., Αθήνα: Οργανισμός κατά των ναρκωτικών.

### Ξένη

Benshoff, J. J. & Janikowski, T. P. (1999) *The rehabilitation model of substance abuse counseling*, Australia: Brooks/Cole.

Corey, G. (2008) *Theory and Practice of Group Counseling*, 7<sup>th</sup> edition, United States: Brooks/Cole.

Doweiko, H. E. (2006) *Concepts of chemical dependency*, 6<sup>th</sup> ed., Australia: Thomson.

Essau, C. A. (2002) *Substance abuse and dependence in adolescence: Epidemiology, risk factors and treatment*, Great Britain: Brunner-Routledge, Taylor & Francis Group.

Johnson, R. A., Hoffmann, J. P. & Gerstein, D. R. (1996) *The relationship between family structure and adolescent substance use*, Maryland :U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Kaufman, E. (1994) *Psychotherapy of addicted persons*, New York: The Guilford Press.

Kottler, J. A. & Shepard, D. S. (2008) *Introduction to counseling: Voices from the field*, 6<sup>th</sup> ed., U.S.A.: Thomson Brooks/ Cole.

Marlatt, G. A. & Gordon G. R. (1985) *Relapse Prevention: A self-control strategy for the maintenance of behavior change*, New York: Guilford Press.

McDowell, D. M. & Spitz, H. I. (1999) *Substance abuse: From principles to practice*, United States : Brunnel/Mazel.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing*, 2<sup>nd</sup> ed., New York: Guilford.

Perkinson, R. R. (1997) *Chemical dependency counseling: A practical guide*, California, London: Sage Publications.

Pita, D. D. (2004) *Addictions counseling: A practical and comprehensive guide to counseling people with addictions*, New York: The Crossroad Publishing Company.

Pollo, M. (2001) *The narrow door path of social exclusion*, Rome: CEIS.

Velleman, R. *Counselling for alcohol problems*, 2<sup>nd</sup> ed., London: SAGE Publications.

Whiston, S. (2005) *Principles and applications of assessment in counseling*, 2<sup>nd</sup> ed., United States of America: Brooks/Cole.

## **Μεταφρασμένη**

Addiction Technology Transfer Centers (2000) *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, δεξιότητες, στάση στην επαγγελματική πρακτική*, Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

Bergeret, J. (1999) *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα*, μετάφραση: Βερβερίδης, Α., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Corey, G. και Κοτρώτσιου, Ε. (επιμ.) (2005) *Θεωρία και Πρακτική της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας*, μετάφραση: Μπαρπάτση, Μ., Αθήνα: Έλλην.

Gossop, M. & Grant, M. (1994) *Κατάχρηση ουσιών: πρόληψη και έλεγχος*, μετάφραση: Σιάτρας, Δ., Ν., Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Jaffe, J., Peterson, R. & Hodgson, R. (1981) *Ναρκωτικά-τσιγάρο-αλκοόλ: Προβλήματα και απαντήσεις*, μετάφραση: Μαράτου, Ο., Σόλμαν, Μ., Αθήνα: Ψυχογίος.

Rogers, C. (1991) *Ομάδες συνάντησης: αυτογνωσία- ψυχολογία των ομάδων-επικοινωνία*, μετάφραση: Ντούργα, Α., Εκδόσεις Δίοδος: Αθήνα.

Yalom, I. & Leszcz, M. (2006) *Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας* Αθήνα, μετάφραση: Ανδριτσάνου, Ε. και Κακατσάκη Δ., Αθήνα: Άγρα.

## **Επιστημονικά Περιοδικά**

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Habing & B. McLellan, A. T. (2011) «Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6)», Addiction, 106, (9), p.p.: 1588-1602.

Carroll, J. F. X. (1984) «The Substance Abuse Problem Checklist: A New Clinical Aid for Drug and/ or Alcohol Treatment Dependency», Journal of Substance Abuse Treatment, 1, pp.: 31-36.

King, B. L., Bissell, L. & O' Brien, P. (1979) «Alcoholics Anonymous, Alcoholism counseling, and social work treatment», Health and Social Work, 4, (4), pp.: 183-198.

Leri, F., Bruneau, J. & Stewart, J. (2003) «Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use», Addiction, 98, (1), pp.: 7-22.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. & O' Brien Ch. P. (1980) «An improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index», The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, (1), pp.: 26-33.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L. & O' Brien Ch. P., (1985) «New Data From the Addiction Severity Index. Reliability and Validity in Tree Centers», The Journal of Nervous and Mental Disease, 173, (7), pp.: 412-423.

McLellan, A. T., Kushner H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom G., Pettinati, H. & Argerious, M. (1992) «The Fifth Edition of the Addiction Severity Index», Journal of Substance Abuse Treatment, 9, pp.: 199-213.

Nelson-Gray, R. O. (2003) «Treatment Utility of Psychological Assessment», Psychological Assessment, 15, (4), pp.: 521-531.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992) «In search of how people change», American Psychologist, 47, pp.: 1102-1114.

### Υλικό από διαδίκτυο

AACE (χ.χ.) *Standards for Assessment in Substance Abuse Counseling*, στο <http://www.theaaceonline.com/AACE-IAAOC.pdf> {πρόσβαση στις 8 Μαρτίου 2012}.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001) *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care*, 2<sup>nd</sup> edition, Geneva, Switzerland: World Health Organization, στο [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf) {πρόσβαση στις 8 Μαρτίου 2012}.

Bryant, A. L., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Johnston, L. D. (2003) «How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6 year, Multiwave National Longitudinal Study», *JOURNAL OF RESEARCH ON ADOLESCENCE*, 13, (3), pp.: 361-397, στο <http://monitoringthefuture.org/pubs/text/albjes03.pdf> [πρόσβαση στις 9 Ιουλίου 2011].

EKTEΠN– Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2011), στο [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr) {πρόσβαση στις 9 Ιουνίου 2011}.

EKTEΠN (2011) *Ετήσια Έκθεση του 2011. Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΕΠΙΨΥ, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA\\_EKUESH\\_2011.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004) *CMRS Scales for Substance Abuse Treatment*, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3597EN.html> {πρόσβαση στις 10 Μαρτίου 2012}.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008) *European Addiction Severity Index (EuropASI)*, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html> {πρόσβαση στις 10 Μαρτίου 2012}.

Kumpfer, K. L., Trunnell, E. P. & Whiteside, H. O. (1990) «The biopsychosocial model: Application to the addictions field», στο Engs, R. C. (επιμ.) *Controversies in the addiction's field*, Dubuque, Iowa: Kendal-Hunt, pp.: 55-67, στο <http://www.indiana.edu/~engs/cbook/chap7.html> [πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011].

Miller, G. (2005) *Learning the Language of Addiction Counseling*, 2nd ed., Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, στο <http://www.ticklenotes.com/files/Catch%20All/DRUGS%20AND%20ALCOHO>

L%20-  
%20Wiley%20(2005)%20Learning%20the%20Language%20of%20Addiction%20Counseling.pdf [πρόσβαση στις 4 Αυγούστου 2011].

Μουσσάς, Γ. Ι., Νταντούτη, Γ., Δουζένης, Α., Πουλής, Ε., Τσελεμπής, Α., Μπράτης, Δ., Χριστοδούλου, Χ. και Λύκουρας, Ε. (2010) «Αξιοπιστία και εγκυρότητα της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT)», Ψυχιατρική, 21, (1), σελ.: 54-59, στο <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/21.1-GR-2010-54.pdf> {πρόσβαση στις 15 Μαρτίου 2012}.

Nurnberger, J. I., Wiegand, R., Bucholz, K., O'Connor, S., Meyer, E. T., Reich, T., Rice, j., Schuckit, M., King, I., Petti, T., Bierut, L., Hinrichs, A. L., Kuperman, S., Hesselbrock, V. & Porjesz, B. (2004) «A Family Study of Alcohol Dependence: Coaggregation of Multiple Disorders in Relatives of Alcohol-Dependent Proband», ARCH GEN PSYCHIATRY, (61), pp.: 1246-1256, στο <http://www.downstate.edu/psychiatry/pdf/2004-Nurnberger-A%20Family%20Study%20of%20Alcohol%20Dependence.pdf> [πρόσβαση στις 19 Μαΐου 2011].

Richardson, C. και Ανταράκη, Α. (2010) «Εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών», στο Τερζίδου, Μ. (επιμ.) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα 2010, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 81-82, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC\\_ALL\\_21\\_12\\_2010.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC_ALL_21_12_2010.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) (χ.χ.), στο [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/66\\_SASSI.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/66_SASSI.pdf) {πρόσβαση στις 21 Μαρτίου 2012}.

the SASSI INSTITUTE (χ.χ.) *Estimates of the Reliability and Criterion Validity of the Adult SASSI-3*, στο <http://www.sassi.com/products/reliability/Estimates%20of%20the%20Reliability%20and%20Criterion%20Validity%20of%20the%20Adult%20SASSI-3.pdf> {πρόσβαση στις 21 Μαρτίου 2012}.



Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992) «Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy», psychological assessment, 9, (4), pp.: 278-287, στο <http://www.therapeuticassessment.com/PDFs/Finn&Martin1997.pdf> {πρόσβαση στις 20 Μαρτίου 2012}.

Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997) «Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms», psychological assessment, 9, (4), pp.: 374-385., στο <http://www.therapeuticassessment.com/PDFs/Finn&Tonsager1997.pdf> {πρόσβαση στις 20 Μαρτίου 2012}.

Φωτίου, Α. (2010) «Επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στον πληθυσμό», στο Τερζίδου, Μ. (επιμ.) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, σελ.: 43-49, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC\\_ALL\\_21\\_12\\_2010.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC_ALL_21_12_2010.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

Φωτίου, Α. και Ανταράκη, Α. (2010α) «Χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν βοήθεια» στο Τερζίδου, Μ. (επιμ.) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, σελ.: 85-99, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC\\_ALL\\_21\\_12\\_2010.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC_ALL_21_12_2010.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

Φωτίου, Α. και Ανταράκη, Α. (2010β) «Προβλήματα Ψυχικής και σωματικής υγείας και θάνατοι από ναρκωτικά», στο Τερζίδου, Μ. (επιμ.) Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, σελ.: 121-135, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC\\_ALL\\_21\\_12\\_2010.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/PC_ALL_21_12_2010.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

Φωτίου, Α. και Ανταράκη, Α. (2011) «Χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν βοήθεια» στο Τερζίδου, Μ. (επιμ.) Ετήσια Έκθεση του 2011. Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΠΨΥ, σελ. 90-108, στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA\\_EKUESH\\_2011.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf) {πρόσβαση στις 24 Δεκεμβρίου 2011}.

Yudko, E., Lozhkina, O. & Fouts, A. (2007) «A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test», Journal of Substance Abuse Treatment, 32, pp.: 189-198, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3618EN.html> {πρόσβαση στις 4 Μαρτίου 2012}.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΣΥΝΘΗΚΕΣ, ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ και ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ  
ΚΛΙΜΑΚΑ για τη ΘΕΡΑΠΕΙΑ από την ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΤΟΜΟΥ.....( / / / / / / / / / ) (1-8)

ΦΥΛΟ.....( ) (9)  
1=Αντρας, 2=Γυναίκα)

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....( ) (10)  
1=Ελληνική 2=Άλλο

ΗΛΙΚΙΑ.....( / ) (11-12)

ΚΥΡΙΑ ΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ.....( / ) (13-14)  
1=Κοκαΐνη 5=Αλκοόλ  
2=Κρακ 6=Πολυχρήση  
3=Ηρωίνη/ Οπιοϋχα 8=Άλλο  
4=Μαριχουάνα/ Χασίς

ΤΥΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....( / ) (15-16)  
1=Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής 7=Αποτοξίνωσης μόνο  
2=Ημερήσιας παραμονής 8= Αποτοξίνωσης ως αρχικό στάδιο θεραπείας  
3=Πρόγραμμα μεθαδόνης 9=Εσωτερικής παραμονής σε νοσοκομειακή μονάδα  
4=Εσωτερικής παραμονής (μικρής διάρκειας) 10=Κέντρο παραπομπής  
5= Εσωτερικής παραμονής (μακράς διάρκειας) 11=Άλλο  
6=Καμιά θεραπεία

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....( / / / / / / / ) (17-22)

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ – ΝΑ ΜΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ.

ΕΚΔΟΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....( ) (23)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....( / ) (24-25)

Το πως αισθάνεσαι μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη θεραπεία. Αυτά σου τα συναισθήματα μπορεί να αφορούν τις συνθήκες που ζεις, τα προβλήματα που έχεις στη ζωή σου, τα συναισθήματα απέναντι στον εαυτό σου ή απέναντι στη θεραπεία. Διάβασε προσεκτικά τις ερωτήσεις που ακολουθούν και απάντησε σε ποιο βαθμό αυτές περιγράφουν δικές σου σκέψεις και συναισθήματα.

Βάλε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την δική σου απάντηση.

1	2	3	4	5	9
Διαφωνώ Πλήρως	Διαφωνώ	Δεν Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πλήρως	Δεν με Αφορά

### ΣΥΝΟΗΚΕΣ

1. Είμαι σίγουρος/η ότι θα μπω στη φυλακή αν δεν μπω για θεραπεία. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (26)
2. Είμαι σίγουρος/η ότι θα ερχόμουν για θεραπεία και χωρίς νομική πίεση. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (27)
3. Είμαι σίγουρος/η ότι η οικογένεια μου δεν θα με άφηνε να συνεχίσω να μένω σπίτι αν δεν ερχόμουν για θεραπεία. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (28)
4. Πιστεύω ότι η οικογένεια/ σχέση μου θα προσπαθήσει να με κάνει να εγκαταλείψω τη θεραπεία μετά από μερικούς μήνες. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (29)
5. Ανησυχώ ότι θα έχω σοβαρά οικονομικά προβλήματα αν παραμείνω στη θεραπεία. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (30)
6. Γενικά αισθάνομαι ότι έχω πολλά προβλήματα τα οποία μπορεί να με εμποδίσουν να ολοκληρώσω τη θεραπεία (π.χ. σε σχέσεις με γονείς ή σύζυγο/ σύντροφο ή παιδιά, απώλεια εργασίας ή εισοδήματος, έλλειψη εκπαίδευσης, οικογενειακά προβλήματα, έλλειψη στέγης κλπ). 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (31)

### ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

7. Θεωρώ ότι η χρήση ουσιών είναι πολύ σοβαρό πρόβλημα στη ζωή μου. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (32)
8. Αισθάνομαι συχνά απέχθεια προς τον εαυτό μου εξαιτίας της χρήσης ουσιών. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (33)
9. Τελευταία αισθάνομαι ότι αν δεν αλλάξω, η ζωή μου θα εξακολουθήσει να χειροτερεύει. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (34)
10. Αισθάνομαι πραγματικά άσχημα που η χρήση ναρκωτικών και ο τρόπος που ζω έχει πληγώσει πολλούς ανθρώπους. 1----2----3----4----5----9 \_\_\_ (35)

1 Διαφωνώ Πλήρως	2 Διαφωνώ	3 Δεν Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ Πλήρως	9 Δεν με Αφορά
11.	Το πιο σημαντικό από όλα για μένα είναι να σταματήσω τη χρήση ουσιών.			1----2----3----4----5----9	___ (36)

#### ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ

12.	Στην πραγματικότητα δεν πιστεύω ότι χρειάζεται να μπω για θεραπεία προκειμένου να σταματήσω τη χρήση ναρκωτικών, μπορώ να σταματήσω όποτε θέλω.			1----2----3----4----5----9	___ (37)
13.	Ήρθα σε αυτό το πρόγραμμα διότι πραγματικά αισθάνομαι ότι μπορώ να αντιμετωπίσω ό,τι σχετίζεται με το να είμαι υπό θεραπεία.			1----2----3----4----5----9	___ (38)
14.	Θα κάνω οτιδήποτε απαιτείται προκειμένου να βάλω τη ζωή μου σε μια σειρά.			1----2----3----4----5----9	___ (39)
15.	Αυτή τη στιγμή, δεν βλέπω κάποια άλλη εναλλακτική από το να παρακολουθήσω κάποιου τύπου θεραπεία.			1----2----3----4----5----9	___ (40)
16.	Στην πραγματικότητα δεν πιστεύω ότι μπορώ να κόψω τα ναρκωτικά μόνο με τη βοήθεια φίλων, οικογένειας ή θρησκευτικής πίστης, πραγματικά χρειάζομαι θεραπεία.			1----2----3----4----5----9	___ (41)
17.	Είμαι πραγματικά κουρασμένος/η από τη χρήση ναρκωτικών και θέλω να αλλάξω αλλά ξέρω ότι δεν μπορώ να το κάνω μόνος/η.			1----2----3----4----5----9	___ (42)
18.	Είμαι διατεθειμένος/η και θέλω να μπω για θεραπεία το συντομότερο δυνατό.			1----2----3----4----5----9	___ (43)

**Διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Παρατίθεται κατόπιν άδειας από το (ΚΕΘΕΑ).**

# EuroASI

## ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

### (Ευρωπαϊκή Προσαρμογή)<sup>1</sup>

#### ΟΔΗΓΙΕΣ

- Ανάλογα με την περίπτωση χρησιμοποιήστε τους κωδικούς:  
X = η ερώτηση δεν απαντήθηκε  
N = η ερώτηση δεν τον / την αφορά  
Χρησιμοποιήστε ένα μόνο κωδικό για κάθε ερώτηση.
- Οι ερωτήσεις σε κύκλο πρέπει να γίνονται κατά την επανεξέταση. Οι ερωτήσεις με αστερίσκο είναι συγκριτικές και πρέπει να διατυπωθούν διαφορετικά στην επανεξέταση (βλ. Εγχειρίδιο).
- Ο χώρος στο τέλος κάθε ενότητας είναι για συμπληρωματικά σχόλια.

#### ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΕΘΙΣΜΟΥ

**Βαθμός Βαρύτητας**  
Οι βαθμοί βαρύτητας αποτελούν μια προσωπική εκτίμηση του συνεντευκτή σχετικά με την ανάγκη του ασθενή για πρόσθετη θεραπεία σε κάθε ενότητα. Η κλίμακα εκτείνεται από το 0 (η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη) μέχρι το 9 (χρειάζεται η θεραπεία για παρέμβαση σε καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του ασθενή). Κάθε βαθμός βασίζεται στο ιστορικό των συμπτωμάτων που αποτελούν πρόβλημα για τον ασθενή στην παρούσα κατάσταση και στην υποκειμενική εκτίμηση της ανάγκης του για θεραπεία σε κάθε ενότητα. (βλ. Εγχειρίδιο για λεπτομερή περιγραφή του τρόπου εξαγωγής του βαθμού βαρύτητας). Σημ: Οι βαθμοί βαρύτητας είναι προαιρετικοί.

#### ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

- 0 – Καθόλου
- 1 – Λίγο
- 2 – Μέτρια
- 3 – Πολύ
- 4 – Πάρα πολύ

#### A. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### B. ΤΥΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

- Αποτοξίνωση-εξωτερικής παραμονής
- Αποτοξίνωση-εσωτερικής διαμονής
- Υποκατάσταση εξωτερικής παραμονής
- Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής
- Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής
- Ημερήσια παραμονή
- Ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/θάλαμος
- Άλλο
- Καμία θεραπεία

#### Γ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

--	--	--	--	--	--	--	--

#### Δ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

--	--	--	--	--	--	--	--

#### Ε. Ώρα έναρξης

--	--	--	--	--	--	--	--

#### Ζ. Ώρα λήξης

--	--	--	--	--	--	--	--

#### Η. ΤΥΠΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

- Αρχική
- Επανεξέταση

#### Θ. ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΠΑΦΗΣ

- Κατά πρόσωπο
- Τηλεφωνική

#### Ι. ΦΥΛΟ

- Ανδρας
- Γυναίκα

#### Κ. ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

--	--	--	--

#### Λ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

- Ο ασθενής διέκοψε τη συνέντευξη
- Ο ασθενής αρνήθηκε τη συνέντευξη
- Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να απαντήσει

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ** 
  - Μεγάλη πόλη (> 100.000)
  - Μεσαία (10- 100.000)
  - Μικρή (αγροτική) (< 10.000)
- ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΟΛΗΣ**
- Πόσο καιρό μένετε σ' αυτή τη διεύθυνση;**    

χρόνια
μήνες
- Το σπίτι ανήκει σε σένα ή στην οικογένειά σου;**   
 0 = Όχι    1 = Ναι
- ΗΛΙΚΙΑ**
- ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ**
- ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**
- Ασθενή**
- Πατέρα**
- Μητέρα**
- Έχεις βρεθεί σε ελεγχόμενο (κλειστό) Περιβάλλον μέσα στις 30 τελευταίες μέρες;** 
  - Όχι
  - Φυλακή
  - Θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά
  - Ιατρική θεραπεία
  - Ψυχιατρική θεραπεία
  - Αποτοξίνωση (μόνο)
  - Άλλο
- Για πόσες μέρες;**

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΤΕΣΤ

Συνολικό αποτέλεσμα Beck

Σύνολο SCL – 90

---

---

#### ΠΡΟΦΙΛ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

9												
8												
7												
6												
5												
4												
3												
2												
1												
0												
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΥΠΕΡΣ</b>	<b>ΕΠΙΣΤΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ</b>	<b>ΑΛΚΟΟΛ</b>	<b>ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΝ</b>	<b>ΝΟΜΙΚΑ</b>	<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΑΚΟΝΟΜΙΚΑ</b>	<b>ΨΥΧΟΣΤΙΚΑ</b>					

1: Ευρωπαϊκή προσαρμογή της 3ης έκδοσης του Αμερικανικού ASI (Mc Lellan, 1992) από Α. Κοκκεβη, C. Hartgers, P. Blanken, G. Gozzi, E. Tempesta, A. Uchtinngen (1994).

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πόσες φορές στη ζωή σου έχεις μπει σε νοσοκομείο για προβλήματα σωματικής υγείας; (συμπεριλάβετε υπερβολική δόση και τρανώδες παραλήρημα, αποκλείστε αποτοξίνωση)
2. Πριν πόσο καιρό νοσηλεύτηκες για τελευταία φορά για κάποιο σωματικό πρόβλημα;  χρόνια  μήνες
3. Έχεις κάποια χρόνια προβλήματα σωματικής υγείας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή σου; 0 - Όχι 1 - Ναι
- (Προσδιορίστε)
4. Έχεις ποτέ μολυνθεί από ηπατίτιδα; 0 - Όχι 1 - Ναι 2 - Δεν ξέρω 3 - Αρνείται να απαντήσει
5. Έχεις κάνει τεστ για AIDS; 0 - Όχι 1 - Ναι 2 - Δεν ξέρω 3 - Αρνείται να απαντήσει

6. Αν ναι, πριν πόσους μήνες;
7. Ποιο ήταν το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ; 0 - Αρνητικό 1 - Θετικό 2 - Δεν ξέρω 3 - Αρνείται να απαντήσει
8. Παίρνεις σε συστηματική βάση κάποιο φάρμακο με συνταγή γιατρού για πρόβλημα σωματικής υγείας; 0 - Όχι 1 - Ναι
9. Παίρνεις συνταγή για σωματική αναπηρία; (Όχι ψυχική) 0 - Όχι 1 - Ναι
10. Έχεις υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρό για σωματικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες; 0 - Όχι 1 - Ναι
11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες είχες προβλήματα σωματικής υγείας;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Χρόνια σχολικής Εκπαίδευσης
2. Χρόνια ανώτερης εκπαίδευσης (Πανεπιστήμιο/Τεχνική Σχολή)
3. Ανώτατο πτυχίο εκπαίδευσης
- (Προσδιορίστε)
4. Έχεις ισχύουσα άδεια οδήγησης; 0 - Όχι 1 - Ναι
5. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια δουλειά πλήρους ωραρίου; (Βλ. Εγχειρίδιο για ορισμό)  χρόνια  μήνες
6. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια περίοδος ανεργίας;  χρόνια  μήνες
7. Συνήθης (ή πιο πρόσφατη) Απασχόληση
- (Προσδιορίστε λεπτομερώς)
8. Συνήθης επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 3 χρόνια:
1. Πλήρης απασχόληση  
2. Μερική απασχόληση (τακτικό ωράριο)  
3. Μερική απασχόληση (περιστασιακή, με την ημέρα)  
4. Σπουδαστής / φοιτητής  
5. Στρατιώτης  
6. Σύναξη / Αναπηρία  
7. Ανεργος (συμπεριλάβετε τα οικιακά)  
8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον

9. Πόσες μέρες δούλεψες τις τελευταίες 30 μέρες (αποκλείστε εμπορία/πορνεία ή άλλη παράνομη δραστηριότητα)
- Πήρες χρήματα τις τελευταίες 30 μέρες από τις παρακάτω πηγές;
10. Δουλειά; 0 - Όχι 1 - Ναι
11. Επίδομα ανεργίας; 0 - Όχι 1 - Ναι
12. Προσφυγικό επίδομα; 0 - Όχι 1 - Ναι
13. Σύναξη, επιδόματα, ή κοινωνική ασφάλιση; 0 - Όχι 1 - Ναι
14. Από το σύντροφό σου, την οικογένεια ή τους φίλους σου (για προσωπικά έξοδα); 0 - Όχι 1 - Ναι
15. Παράνομα; 0 - Όχι 1 - Ναι
16. Πορνεία; 0 - Όχι 1 - Ναι
17. Άλλες πηγές 0 - Όχι 1 - Ναι
18. Ποια είναι η κυριότερη πηγή εισοδήματός σου; (Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 10-17)

Σχόλια

12. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα σωματικής υγείας;
13. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για αυτά τα προβλήματα;
- ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ
14. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ιατρική θεραπεία;
- ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ
- Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:
15. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 - Όχι 1 - Ναι
16. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 - Όχι 1 - Ναι

Σχόλια

19. Έχεις χρέη; 0 - Όχι 1 - Ναι
- Ποσό
20. Πόσα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από σένα για την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της στέγης τους, του φαγητού τους κλπ.
21. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες αντιμετώπισες προβλήματα με τη δουλειά ή προβλήματα ανεργίας;
- ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22 & 23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
22. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα εργασίας;
23. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η συμβουλευτική βοήθεια για αυτά τα προβλήματα εργασίας;
- ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ
24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για συμβουλευτική σε θέματα εργασίας; ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ
- Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:
25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 - Όχι 1 - Ναι
26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 - Όχι 1 - Ναι



ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

	Ηλικία (της χρήσης)	Σε όλη τη ζωή σου χρόνια	Τελευταίες 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
01. Αλκοόλ				
02. Αλκοόλ – πάνω από το κρίσιμο όριο				
03. Ηρωίνη				
04. Μεθαδόνη / LAAM				
05. Άλλα οπιούχα παυσίπονα				
06. Φάρμακα χάπια (BZP, Barb, Sed, Hypn)				
07. Κοκαΐνη				
08. Αμφεταμίνες				
09. Κάνναβη				
10. Παραισθησιογόνα				
11. Εισπνεόμενα				
12. Άλλα				
13. Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (ουσίες 02-12)				

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.

14. Έχεις κάνει ποτέ ενέσιμη χρήση;   
0. Όχι 1. Ναι

Ηλικία 1ης Ενέσιμης Χρήσης	Σε όλη τη ζωή σου	Ενέσιμη χρήση 6 μήνες	30 μέρες
Χρονών	χρόνια	μήνες	μέρες

14B. Ενέσιμη χρήση τους τελευταίους 6 μήνες:  
1. Δεν κάνει κοινή χρήση  
2. Κάνει μερικές φορές κοινή χρήση με άλλους  
3. Κάνει συχνά κοινή χρήση με άλλους

15. Πόσες φορές σου έχει συμβεί:

Να πάθεις τραυμάδες παραλήρημα

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία:	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποσιζίνωση εξωτερικής Παραμονής		
2. Αποσιζίνωση εσωτερικής Παραμονής		
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής		
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής		
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής		
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής		
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/ Κλινική		
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/ Θάλαμος		
9. Άλλο		
17. Πόσους μήνες διήρκεσε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών;		
18. Ποια ουσία είναι το κύριο πρόβλημα; (Χρησιμοποίησε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός έθισμος, 16. Πολλαπλός έθισμος, όπου υπάρχει αμφιβολία ρωτήστε τον ασθενή).		
19. Πόσο διήρκεσε η τελευταία περίοδος εθελοντικής αποχής από αυτή τη κύρια ουσία, όχι σαν αποτέλεσμα της θεραπείας; (00 – ποτέ σε αποχή)		μήνες

20. Πριν πόσους μήνες έληξε αυτή η περίοδος αποχής; (00 – η αποχή συνεχίζεται)

21. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεψες τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ \_\_\_\_\_ (ποσό)

Ναρκωτικά \_\_\_\_\_ (ποσό)

22. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έκανες θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξωτερικός ασθενής; (Συμπεριλάβετε τις ομάδες ΝΑ, ΑΑ)

23. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 24 & 25 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

24. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

25. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

26. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση ναρκωτικών

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

27. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 – Όχι 1 – Ναι

28. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 – Όχι 1 – Ναι

ΝΟΜΙΚΗ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Η εισαγωγή σου εδώ έγινε μετά από εντολή ή υπόδειξη δικαστηρίου ή της αστυνομίας;  
0. Όχι 1. Ναι
2. Βρίσκεσαι υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση;  
0. Όχι 1. Ναι
- Πόσες φορές στη ζωή σου, σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:
3. Κατοχή και εμπορία ναρκωτικών
4. Φθορά ξένης περιουσίας; (διάρρηξη, κλοπή, απάτη, πλαστογραφία, εκβιασμό, παράνομη αποδοχή)
5. Εγκλήματα βίας; (ληστεία, επίθεση, εμπρησμό βιασμό, ανθρωποκτονία/φόνος)
6. Άλλα εγκλήματα;
7. Πόσες από αυτές τις κατηγορίες κατέληξαν σε καταδίκες;
- Πόσες φορές στη ζωή σου, σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:
8. Ανάρμοστη συμπεριφορά, αλητεία, μέθη;

9. Πορνεία;
10. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ;
11. Σοβαρές παραβιάσεις ΚΟΚ (επικίνδυνη οδήγηση, υπερβολική ταχύτητα, χωρίς άδεια οδήγησης κλπ.);
12. Πόσους μήνες έχεις φυλακιστεί στη ζωή σου;  μήνες
13. Πόση διάρκεια είχε η τελευταία φυλάκισή σου;  μήνες
14. Για ποια αδίκημα; (Χρησιμοποίησε τους κωδικούς 03-06, 08-11. Αν υπάρχουν πολλαπλά αδικήματα κωδικοποίησε τα πιο σοβαρά)
15. Περιμένεις τώρα απαγγελία κατηγορίας δίκη ή απόφαση δικαστηρίου; 0. Όχι 1. Ναι
16. Για ποια αδίκημα; (Αν υπάρχουν πολλαπλά κωδικοποίησε τα πιο σοβαρά)
17. Πόσες μέρες τις τελευταίες 30 ήσουν υπό κράτηση ή στη φυλακή;
18. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έλαβες μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλεις λεφτά;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 19 & 20 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

19. Πόσο σοβαρά πιστεύεις ότι είναι τα τωρινά νομικά σου προβλήματα; (Αποκλείστε τις αστικές υποθέσεις)
20. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η παροχή νομικών συμβουλών ή η παραπομπή για αυτά τα νομικά προβλήματα;
- ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ
21. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για παροχή νομικών συμβουλών ή υπηρεσιών;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

22. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 - Όχι 1 - Ναι

23. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 - Όχι 1 - Ναι

Σχόλια

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είχε κανένας από τους συγγενείς σου αυτό που θα λέγαμε σημαντικό πρόβλημα με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή ψυχιατρικό πρόβλημα – τέτοιο που να οδήγησε ή θα έπρεπε να είχε οδηγήσει σε θεραπεία;

Από τη μητέρα

Αλκοόλ Ναρκωτικά Ψυχιατρικό

- Γιαγιά
- Παππούς
- Μητέρα
- Θεία
- Θείος
- Άλλα σημαντικά Πρόσωπα

Από τον πατέρα

Αλκοόλ Ναρκωτικά Ψυχιατρικό

- Γιαγιά
- Παππούς
- Πατέρας
- Θεία
- Θείος
- Άλλα σημαντικά πρόσωπα

Αδελφία

Αλκοόλ Ναρκωτικά Ψυχιατρικό

- Αδελφός #1
- Αδελφός #2
- Αδελφή #1
- Αδελφή #2
- Θετός Αδελφός/ή

Οδηγίες: Βάλτε «0» στη σχετική κατηγορία όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «ναι» για οποιαδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία, «X» όπου η απάντηση είναι «δεν είμαι σίγουρος/ή» ή «δεν ξέρω» και «N» όταν δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή. Βάλτε τον κωδικό για τον/την πιο προβληματικό/ή αδελφό/ή σε περιπτώσεις που υπάρχουν περισσότερα από δύο αδελφία σε κάθε κατηγορία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

1. Οικογενειακή κατάσταση
1. Παντρεμένος/η 4. Σε διάσταση  
2. Ξαναπαντρεμένος/η 5. Διαζευγμένος/η  
3. Χήρος/α 6. Ανύπαντρος
2. Πόσο καιρό είσαι σε αυτή την οικογενειακή κατάσταση;      
χρόνια μήνες  
(Αν δεν έχει παντρευτεί ποτέ μετά την ηλικία των 18)
3. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτή την κατάσταση;   
0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
4. Συνήθεις συνθήκες διαβίωσης (τα τελευταία 3 χρόνια)   
1. Με ερωτικό σύντροφο και παιδιά  
2. Με ερωτικό σύντροφο μόνοι  
3. Μόνος/η με τα παιδιά  
4. Με τους γονείς  
5. Με την οικογένεια  
6. Με φίλους  
7. Μόνος/η  
8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον  
9. Όχι σταθερές συνθήκες
5. Πόσο καιρό ζεις κάτω από αυτές τις συνθήκες;      
χρόνια μήνες  
(Αν ζει με τους γονείς ή με την οικογένεια μετά την ηλικία των 18)
6. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτές τις συνθήκες διαβίωσης;   
0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
- Μένεις με κάποιον που:   
0. Όχι 1. Ναι
- 6Α. Έχει πρόβλημα τώρα με το αλκοόλ;
- 6Β. Παίρνει ψυχοδραστικά φάρμακα;
7. Με ποιους περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο σου;
1. Οικογένεια, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά  
2. Οικογένεια, με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά  
3. Φίλους, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά  
4. Φίλους με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά  
5. Μόνος/η
8. Σε ικανοποιεί να περνάς έτσι τον ελεύθερο χρόνο σου;   
0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
9. Πόσους στενούς φίλους έχεις;

- Οδηγίες: Βάλτε «0» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «ναι» για οποιοδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία. «X» όπου η απάντηση είναι «δεν είμαι σίγουρος/η» ή «δεν ξέρω» και «N» όπου δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή.
- 9Α. Θα έλεγες ότι είχες στενές μακροχρόνιες προσωπικές σχέσεις με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα στη ζωή σου;
- Μητέρα
- Πατέρα
- Αδελφούς/Αδελφές
- Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο
- Παιδιά
- Φίλους
- Υπήρξαν σημαντικές περιόδους κατά τις οποίες να είχες σοβαρά προβλήματα στη σχέση σου με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα;
0. Όχι 1. Ναι
- |                              | Τελευταίες 30 μέρες      | Σε όλη σου τη ζωή        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Μητέρα                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Πατέρα                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Αδελφούς/Αδελφές         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Παιδιά                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Άλλους στενούς συγγενείς | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Στενούς φίλους           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Γείτονες                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Συναδέλφους              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Σε κακομεταχειρίστηκε κανένα από τα παραπάνω πρόσωπα (10 – 18):
0. Όχι 1. Ναι
- |   | Τελευταίες 30 μέρες      | Σε όλη σου τη ζωή        |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 18Α. Συναισθηματικά (με σκληρά λόγια);  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18Β. Σωματικά (προκαλώντας σου σωματικές βλάβες);                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18Γ. Σεξουαλικά (σεξουαλικές προτάσεις ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες σοβαρές συγκρούσεις;
- A. Με την οικογένειά σου
- B. Με άλλους (εκτός οικογένειας)

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 20-23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:
20. Οικογενειακά προβλήματα
21. Κοινωνικά προβλήματα
- Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία ή η συμβουλευτική για:
22. Οικογενειακά προβλήματα
23. Κοινωνικά προβλήματα

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για οικογενειακή ή/και κοινωνική συμβουλευτική;
- ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

- Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:
25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;   
0 – Όχι 1 – Ναι
26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;   
0 – Όχι 1 – Ναι

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Πόσες φορές έχεις υποβληθεί σε θεραπεία για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

Σε νοσοκομείο

Ως εξωτερικός ασθενής ή σε ιδιώτη γιατρό

2. Παίρνεις σύνταξη για ψυχική αναπηρία;  
0 - Όχι 1 - Ναι

Υπήρξε κάποια σημαντική περίοδος (που δεν ήταν άμεσα αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ (ναρκωτικών) που να είχες  
(βλ. Εγχειρίδιο για τους ορισμούς)

0 - Όχι 1 - Ναι

Τελευταίες 30 μέρες Σε όλη σου τη ζωή

3. Σοβαρή κατάθλιψη

4. Σοβαρό άγχος ή ένταση

5. Δυσκολίες στο να καταλαβαίνεις, να συγκεντρώεσαι, να θυμάσαι

6. Ψευδαισθήσεις

7. Δυσκολία στο να Ελέγξεις τη βίαιη συμπεριφορά σου

8. Πάρε φάρμακα με Συνταγή γιατρού για ψυχολογικά/ συναισθηματικά προβλήματα

9. Σκεφτεί σοβαρά να Αυτοκτονήσεις

10. Αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις

10Α. Πόσες φορές έχεις αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις;

11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

12. Πόσο ενοχλήθηκες ή στεναχωρήθηκες από αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα μέσα στις τελευταίες 30 μέρες;

13. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η θεραπεία για αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα;

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ασθενής:

0 - Όχι 1 - Ναι

14. Ήταν φανερά καταθλιμμένος/ αποτραβηγμένος

15. Ήταν φανερά εχθρικός

16. Ήταν φανερά αγχωμένος/ Νευρικός

17. Είχε πρόβλημα επαφής με την πραγματικότητα, διαταραχές της σκέψης, παρανοϊκή σκέψη

18. Είχε δυσκολία στην κατανόηση, στη συγκέντρωση, στη μνήμη

19. Έκανε σκέψεις αυτοκτονίας

Σχόλια

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

20. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ψυχιατρική/ ψυχολογική θεραπεία;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι Διαστρεβλωμένες από:

21. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;  
0 - Όχι 1 - Ναι

22. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;  
0 - Όχι 1 - Ναι

**Διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Παρατίθεται κατόπιν άδειας από το (ΚΕΘΕΑ).**

## Δείκτης Εκτίμησης Προβλημάτων και Αναγκών Θεραπείας

1. ΠΟΛΗ \_\_\_\_\_ 2. ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ \_\_\_\_\_ 3. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΛΑΤΗ \_\_\_\_\_  
φορέας μονάδα τύπος κέντρου

### A. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4. Ημερομηνία προσέλευσης/αίτησης για θεραπεία

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
ημέρα μήνας έτος

5. Τύπος επαφής με το κέντρο αυτό

1. Νέος Πελάτης 2. Παλιός Πελάτης 9. Άγνωστο

6. (α) Έχει ποτέ υποβληθεί σε θεραπεία σε οποιοδήποτε κέντρο;

1. Ποτέ 2. Υποβλήθηκε σε θεραπεία 9. Άγνωστο

(β) Αν προηγούμενη θεραπεία, τότε ήταν η τελευταία;

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Αριθμός μηνών 888. Δεν αφορά 999. Άγνωστο

(γ) Κέντρο τελευταίας θεραπείας \_\_\_\_\_

7. (α) Βρίσκεται υπό θεραπεία σε άλλο Κέντρο τώρα;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Κέντρο τωρινής θεραπείας \_\_\_\_\_

(γ) Αν σε θεραπεία τύπου υποκατάστασης τώρα, με ποιά ουσία;

Μεθαδόνη	1. Ναι	0. Όχι	8. Δεν αφορά	9. Άγνωστο	<input type="checkbox"/>
Ηρωίνη	1. Ναι	0. Όχι	8. Δεν αφορά	9. Άγνωστο	<input type="checkbox"/>
Άλλα οπιοειδή	1. Ναι	0. Όχι	8. Δεν αφορά	9. Άγνωστο	<input type="checkbox"/>
Άλλες ουσίες	1. Ναι	0. Όχι	8. Δεν αφορά	9. Άγνωστο	<input type="checkbox"/>

(δ) Πηγή παραπομπής

0. Ίδιος/α	6. Κοινωνική Υπηρεσία	12. Streetwork
1. Φίλοι	7. Δικαστ. υπηρ./Αστυν.	13. Τηλ. γραμμή
2. Οικογένεια	8. Άλλο	14. Ενημερωτικά φυλλάδια
3. Άλλο θεραπευτικό κέντρο	9. Άγνωστο	15. Σχολείο
4. Γενικός γιατρός, ψυχίατρος	10. ΜΜΕ (εφημ., τηλ.)	
5. Νοσοκομείο/Υπηρεσία υγείας	11. Άλλοι χρήστες	

### B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

8. Φύλο 1. Άνδρας 2. Γυναίκα 9. Άγνωστο

9. (α) Ηλικία \_\_\_\_\_ ετών

(β) Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_  
ημέρα μήνας έτος

10. (α1) Παρούσα συνθήκη διαβίωσης (με ποιόν)

1. Μόνος/η	6. Με φίλους/γνωστούς
2. Με γονεϊκή οικογένεια	8. Άλλο
3. Μόνος/η με παιδιά	9. Άγνωστο
4. Με σύζυγο/σύντροφο χωρίς παιδιά	
5. Με σύζυγο/σύντροφο με παιδιά	

(α2) Παρούσα συνθήκη διαβίωσης (πού)

1. Σταθερή στέγη	4. Άστεγος
2. Προσωρινή στέγη	9. Άγνωστο
3. Σε ίδρυμα (φυλακή, κλινική)	

(β) Συγκατοίκηση με χρήστες

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο 8. Δεν αφορά

11. (α) Κατοικεί σε πόλη;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν κατοικεί σε πόλη, σε ποιά \_\_\_\_\_

(γ) Αν δεν κατοικεί σε πόλη, γράψτε πού κατοικεί \_\_\_\_\_

12. (α) Ύπηκοότητα \_\_\_\_\_

1. Ελληνική	3. Αλλοδαπός χώρας εκτός Ε.Ε.
2. Αλλοδαπός χώρας Ε.Ε.	9. Άγνωστο

(β) Εθνικότητα \_\_\_\_\_

13. Εργασιακή κατάσταση

1. Σταθερή απασχόληση	5. Φοιτητής/σπουδαστής/μητρίτης
2. Περιστασιακή εργασία	8. Άλλο
3. Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, νοικοκυρά/ανικανός/η να εργασθεί)	9. Άγνωστο
4. Ανεργός-η	

14. (α) Ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο \_\_\_\_\_

(β) Ηλικία που διέκοψε το σχολείο

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| χρόνων ή 01. Δεν πήγε ποτέ σχολείο  
 88. Συνεχίζει ή ολοκλήρωσε  
 99. Άγνωστο

### Γ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΟΥΣΙΑ (α)	ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ (β)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ (γ)	ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ (δ)	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ (χρόνια) (ε)
15. ΚΥΡΙΑ ΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ	_____	_____	_____	_____
16. ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ - 1	_____	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
17. ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ - 2	_____	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
18. ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ - 3	_____	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX
19. ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ - 4	_____	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX

20. (α) Ουσία έναρξης παράνομης χρήσης \_\_\_\_\_

(β) Ηλικία έναρξης χρήσης της παραπάνω ουσίας \_\_\_\_\_

1. Ενεση	1. 0-1 φορά/εβδ.
2. Κάπνισμα/Εισπνοή από το στόμα	2. 2-6 φορές/εβδ.
3. Βρώση/Πόση	3. Καθημερινά
4. Από τη μητή	8. Καθόλου χρήση τον περασμένο μήνα
5. Άλλο	9. Άγνωστο
9. Άγνωστο	

### Δ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

21. (α) Κάνει ενέσιμη χρήση τώρα; (30 τελευταίες ημέρες)

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν ναι (ενέσιμη τώρα), έχει κάνει κοινή χρήση σύριγγας με άλλον ή άλλους;

1. Ναι 0. Όχι 8. Δεν κάνει ενέσιμη 9. Άγνωστο

22. (α) Έκανε ποτέ ενέσιμη χρήση;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν έκανε ενέσιμη χρήση, σε ποια ηλικία την πρώτη φορά;

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| χρόνων

(γ) Αν έκανε ποτέ ενέσιμη χρήση, έχει κάνει ποτέ κοινή χρήση σύριγγας;

1. Ναι 0. Όχι 8. Ποτέ ενέσιμη χρήση 9. Άγνωστο

23. (α) Κατάσταση HIV, Ηπατίτιδας και Φυματίωσης

	HIV	B	C	Φυμ/ση
1. Έχεις κάνει τεστ- θετικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχεις κάνει τεστ- αρνητικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχεις κάνει τεστ- άγνωστο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Δεν έχεις κάνει ποτέ τεστ				
9. Άγνωστο αν έχεις κάνει τεστ				

23. (β) Αν έκανε τεστ, τότε τελευταία φορά

HIV \_\_\_\_\_ ΗΠΑΤ/ΔΑ Β \_\_\_\_\_  
μήνας έτος μήνας έτος  
 ΗΠΑΤ/ΔΑ C \_\_\_\_\_ ΦΥΜ/ΣΗ \_\_\_\_\_  
μήνας έτος μήνας έτος

23. (γ) Επεισόδια Ods \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
ODs νοσηλεία

**B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

(Συνέχεια)

24. (α) Οικογενειακή κατάσταση

1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος/ Σε διάσταση   
4. Χήρος 9. Άγνωστο

(β) Αριθμός παιδιών

25. (α) Επάγγελμα που άσκησες περισσότερο στη ζωή σου χωρίς διακοπή (συστηματικά με πλήρη απασχόληση)

88. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

(β) Χρόνος άσκησης του παραπάνω επαγγέλματος

χρόνια

μήνες

88. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

(γ) Σύνθηδες μηνιαίο εισόδημα από την παραπάνω εργασία

(δ) Χρόνος διακοπής της παραπάνω εργασίας

χρόνια

μήνες

00. Αν εργάζεται ακόμη

88. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

26. (α) Τελευταίο επάγγελμα που άσκησες (συστηματικά με πλήρη απασχόληση)

8. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

(β) Χρόνος άσκησης του παραπάνω επαγγέλματος

χρόνια

μήνες

88. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

(γ) Σύνθηδες μηνιαίο εισόδημα από την παραπάνω εργασία

(δ) Χρόνος διακοπής της παραπάνω εργασίας

χρόνια

μήνες

00. Αν εργάζεται ακόμη

88. Δεν έχει εργασθεί ποτέ

27. Σύνθηδες μηνιαίο εισόδημα το τελευταίο εξάμηνο από νόμιμες πηγές

28. Σύνθηδες μηνιαίο εισόδημα από παράνομες πηγές

**E. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

29. Ζουν οι γονείς σου;

(α) Πατέρας

(β) Μητέρα

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(γ) Αν ζουν και οι δυο γονείς είναι μαζί;

1. Ναι 0. Όχι 8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

(δ) Αν δεν ζουν μαζί, πόσο διάστημα δεν ζουν μαζί;

χρόνια

μήνες

88. Αν ζουν μαζί ή κάποιος δε ζει

99. Αν δεν γνωρίζει

30. Αν έχει πεθάνει κάποιος γονιός (ή και οι δυο), πριν πόσο καιρό;

(α) Πατέρας

(β) Μητέρα

χρόνια

χρόνια

88. Αν ζουν

31. Επάγγελμα γονέων

(α) Πατέρας

(β) Μητέρα

8. Δεν εργάζεται

(γ) Σύνθηδες συνολικό μηνιαίο εισόδημα οικογένειας

(δ) Το σπίτι που κατοικείς ανήκει στην οικογένειά σου;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

32. Είχε κάποιος στην οικογένεια πρόβλημα με:

Ψυχοφάρμακα Αλκοόλ Ναρκωτικά

(α) Πατέρας

(β) Μητέρα

(γ) Αδέλφια

(δ) Σημαντικοί άλλοι

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

**ΣΤ. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

33. (α) Έχεις κάποιο πρόβλημα σωματικής υγείας;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν ναι, τι πρόβλημα έχεις;

88. Δεν αφορά 99. Άγνωστο

34. (α) Έχεις νοσηλευτεί ποτέ;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν ναι, για ποιο λόγο;

88. Δεν έχει νοσηλευτεί ποτέ 99. Άγνωστο

35. (α) Είχες ποτέ ψυχολογικά/ ψυχιατρικά προβλήματα;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν ναι, τι τύπου;

88. Δεν έχει προβλήματα 99. Άγνωστο

36. (α) Έχεις κάνει ποτέ συστηματική θεραπεία για αυτά τα προβλήματα;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(β) Αν ναι, τι τύπου θεραπεία;

1. Νοσηλεία 2. Φαρμ. αγωγή 3. Ψυχοθεραπεία 8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

(γ) Αν ναι, για ποιο πρόβλημα;

88. Δεν έχει κάνει θεραπεία 99. Άγνωστο

(δ) Αν ναι, για πόσο καιρό;

88. Δεν έχει κάνει θεραπεία 99. Άγνωστο μήνες

37. Πόσο πίνεις συνήθως;

0. Καθόλου 1. 1-2 ποτά την εβδομάδα  
2. 3-5 ποτά την εβδομάδα 3. Πάνω από 5 ποτά την εβδομάδα  
4. 1-2 ποτά καθημερινά 5. 3-5 ποτά καθημερινά  
6. πάνω από 5 ποτά καθημερινά

38. Πόσο καπνίζεις συνήθως;

0. Καθόλου 1. Μέχρι 5 τσιγάρα καθημερινά  
2. Μέχρι 10 τσιγάρα καθημερινά 3. Μέχρι 20 τσιγάρα καθημερινά  
4. πάνω από 20 τσιγάρα καθημερινά

39. (α) Σεξουαλικές σχέσεις τον τελευταίο χρόνο

1. Σεξουαλική ζωή με σταθερό σύντροφο  
2. Σεξουαλική ζωή με περιστασιακούς συντρόφους  
3. Δεν έχω σεξουαλική ζωή  
9. Άγνωστο

(β) Θα έλεγες ότι τα παραπάνω χαρακτηρίζουν συνολικά τη σεξουαλική ζωή σου;

1. Ναι 0. Όχι 9. Άγνωστο

(γ) Πόσο συχνά χρησιμοποιείς προφυλακτικό;

1. Πάντα 2. Συχνά 3. Σπάνια 4. Ποτέ  
8. Δεν έχει σεξουαλική ζωή 9. Άγνωστο

**Z. ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ****40. (α) Έχεις συλληφθεί ποτέ ;**

1.Ναι 0.Όχι 9. Άγνωστο

**(β) Αν ναι, πόσες φορές;**

88. Δεν έχει συλληφθεί ποτέ 99. Άγνωστο

**(γ) Ηλικία σύλληψης την πρώτη φορά**

88. Δεν έχει συλληφθεί ποτέ 99. Άγνωστο

**41. (α) Έχεις καταδικαστεί ποτέ;**

1.Ναι 0.Όχι 8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

**(β) Αν ναι, πόσες φορές;**

88. Δεν έχει καταδικαστεί ποτέ 99. Άγνωστο

**(γ) Ηλικία καταδικής την πρώτη φορά**

88. Δεν έχει καταδικαστεί ποτέ 99. Άγνωστο

**42. (α) Έχεις φυλακισθεί ποτέ;**

1.Ναι 0.Όχι 8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

**(β) Πόσα χρόνια έχεις φυλακισθεί συνολικά;**

χρόνια

μήνες

88. Δεν έχει φυλακισθεί ποτέ 99. Άγνωστο

**43. Πότε αποφυλακίσθηκες την τελευταία φορά;**

χρόνια

μήνες

88. Δεν έχει φυλακισθεί ποτέ 99. Άγνωστο

**44. (α) Εκκρεμεί κάποιο δικαστήριο για το μέλλον;**

1.Ναι 0.Όχι 9. Άγνωστο

**(β) Αν ναι, για πότε;**

99. Άγνωστο

**Η. ΣΤΡΑΤΟΣ****45. (α) Έχεις υπηρετήσει κανονικά;**

1.Ναι 0.Όχι 9. Άγνωστο 8. Δεν αφορά

**(β) Αν όχι, είσαι λιποτάκτης ή ανυπότακτος;**

1.Ναι 0.Όχι 8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

**46. (α) Αν όχι, έχεις;**

1. Αναβολή 8. Δεν αφορά

2. Απαλλαγή 9. Άγνωστο

**(β) Για ποιους λόγους;**

1. Δόγιοι σωματικής υγείας 2. Δόγιοι ψυχικής υγείας

3. Χρήση ουσιών 4. Σπουδές

8. Δεν αφορά 9. Άγνωστο

**Θ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ****47. Αντίληψη ερωτήσεων Α.****Β.**

Α. 1. Πολύ καλή 2. Καλή 3. Μέτρια 4. Κακή

Β. 1. Κατανόηση γλώσσας 2. Επίρεια 3. Ψυχοπαθολογία

4. Μορφ. επίπεδο 5. Νοημοσύνη 8. Δεν αφορά

**48. Συνεργασία****Α.****Β.**

Α. 1. Πολύ καλή 2. Καλή 3. Μέτρια 4. Κακή

Β. 1. Κατανόηση γλώσσας 2. Επίρεια 3. Ψυχοπαθολογία

4. Μορφ. επίπεδο 5. Νοημοσύνη 8. Δεν αφορά

**49. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ****50. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ****51. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ****ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ / ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

Διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Παρατίθεται κατόπιν άδειας από το (ΚΕΘΕΑ).