



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ
ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΝΤΑΧΘΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ "18 ΑΝΩ"

ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2014
ΣΠΑΡΤΗ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ
ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΝΤΑΧΘΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ "18 ΑΝΩ"

ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγήτρια
Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια

ΜΑΡΤΙΟΣ 2014
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Θανοπούλου Κωνσταντίνα , 2014
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος: All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Θανοπούλου Κωνσταντίνα

Ευχαριστίες

Θα ήθελα πραγματικά να ευχαριστήσω το προσωπικό του Προγράμματος Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών, καθώς και τους θεραπευόμενους για την συνδρομή τους και την προθυμία τους να βοηθήσουν στην διεξαγωγή της έρευνας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω στην Επίκουρο Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, κα Ζυγά Σοφία, για την διαρκή, αμέριστη συμπαράστασή της και εποπτεία που μου παρείχε στην διάρκεια όλης της διαδικασίας. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τις καθηγήτριες, κα Τσιρώνη Μαρία και κα Τζιαφέρη Στυλιανή για την πολύτιμη βοήθεια και την στήριξη που μου παρείχαν, προκειμένου να φτάσω στην διεκπεραίωση του στόχου μου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που είναι πάντα δίπλα μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην σύγχρονη κοινωνία η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα, που αφορά τόσο τις ανεπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν καταφανώς ότι ο επιπολασμός συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό στις εξαρτήσεις από ουσίες. (Λιάππας και συνεργάτες, 2006).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες, οι οποίοι ζήτησαν βοήθεια από το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών, στα τρία στάδια της θεραπείας. Δηλαδή, όταν προσέρχονται για θεραπεία, κατά την διάρκεια της θεραπείας και κατά την διάρκεια της επανένταξης. Επιπλέον εξετάστηκε ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων, σε σχέση με το φύλο τους και την ηλικία τους.

Υλικό & Μέθοδος: Για την διεξαγωγή της έρευνας θεωρήθηκε ως καταλληλότερη η ποσοτική μέθοδος. Το δείγμα αποτέλεσαν 79 άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες και ζήτησαν βοήθεια από το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών και προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, η κλίμακα μέτρησης του άγχους του Spielberger και η κλίμακα κατάθλιψης του A.T. Beck.

Αποτελέσματα: Οι αντίστοιχες επαγωγικές αναλύσεις έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το άγχος και την κατάθλιψη των υποκειμένων σε σχέση με το φύλο τους, τις ηλικιακές ομάδες που ανήκαν, την οικογενειακή τους κατάσταση και κυρίως το στάδιο θεραπείας.

Συμπεράσματα: Φάνηκε ότι το πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών, μπορεί να αντιμετωπίσει το αίτημα του εξαρτημένου από ουσίες ατόμου, να αντιμετωπίσει τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη.

Λέξεις κλειδιά: Κατάχρηση ουσιών, Εξάρτηση, Θεραπεία της Εξάρτησης, Θεραπευτική Κοινότητα, Επανένταξη, Συννοσηρότητα.

ABSTRACT

Purpose:

In modern society the abuse of addictive substances is a serious international problem that affects both developed and developing countries on the planet. Epidemiological studies show that the prevalence noticeably emotional disorders, including depression and anxiety disorder appear largely to substance dependence.

The purpose of this research study is to investigate the levels of anxiety and depression individuals addicted to substances, which requested help from the Mental Rehabilitation 18 Upper addicts, the three stages of treatment. That is, when arriving for treatment, during treatment and during rehabilitation. Additionally examine the extent of the levels of anxiety and depression, substance-dependent individuals in relation to their gender and age.

Material & Method:

In order to conduct the research was considered appropriate quantitative method. The sample consisted of 79 individuals who are addicted to substances and requested assistance from the Mental Rehabilitation of Addicts Top 18 and come from all socioeconomic classes. For the collection of data used anonymous self-administered questionnaires record sociodemographic data, the measurement scale of the Spielberger anxiety and depression scale AT Beck.

Results:

The corresponding inductive analyzes showed statistically significant variations in stress and depression subjects in relation to gender, age group they belong to, their family situation and particular stage of treatment.

Conclusions:

It appeared that the program Mental Rehabilitation 18 Upper Addicts can meet the demand of substance-dependent person to address both anxiety and depression.

Key words: Substance Abuse, Addiction, Dependence, Treatment for Drug Addiction, Therapeutic Community, Rehabilitation, Co- morbidity.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
Εισαγωγή.....	111
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	155
Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες	155
1.1.Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών	155
1.2.Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή.....	188
1.3.Αιτιολογικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης	211
1.3.1.Βιολογικά αίτια της τοξικοεξάρτησης.....	222
1.3.2.Ψυχοκοινωνικά αίτια της εξάρτησης.....	244
1.3.3.Ψυχοπαθολογικά αίτια της τοξικοεξάρτησης	266
1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών	311
1.4.1.Παγκόσμια κατάσταση.....	311
1.4.2.Η κατάσταση στην Ευρώπη.....	344
1.4.3.Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	388
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	411
Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες	411
2.1. Πολιτικές για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών.....	411
2.1.1. Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	466
2.1.2. Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα	488
2.1.3 . Η θεραπευτική κοινότητα	500
2.2. Το θεραπευτικό σύστημα απεξάρτησης στην Ελλάδα	577
2.2.1. Η Μονάδα Ψυχικής Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ	588

2.2.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ	59
2.2.3. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνθηκαν στην Μονάδα Απεξάρτησης του 18 ΑΝΩ, το 2009.	611
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	622
Συννοσηρότητα διαταραχής χρήσης ουσιών και ψυχικής διαταραχής	622
3.1 Η σχέση ψυχοπαθολογίας και χρήσης ουσιών.....	622
3.2 Μείζονες κατηγορίες διπλής διάγνωσης	644
3.2.1. Συναισθηματικές διαταραχές (ή διαταραχές της διάθεσης).....	644
3.2.2. Αγχώδεις διαταραχές.....	666
3.2.3. Διαταραχές προσωπικότητας	688
3.2.4. Σχιζοφρένεια	700
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	711
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	722
Μεθοδολογικά ζητήματα.....	722
1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	755
1.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	755
1.3. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	766
1.4. Δομή των εργαλείων.....	766
1.4.1. Ερωτηματολόγιο 1	766
1.4.2. Ερωτηματολόγιο 2	766
Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory).	766
1.4.3. Ερωτηματολόγιο 3	777
Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI)	777
1.5. Δείγμα της έρευνας.....	777
1.6. Επεξεργασία των ερωτηματολογίων και ανάλυση των δεδομένων	79
1.7. Περιγραφή του δείγματος	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	89

Ανάλυση - Παρουσίαση Διερευνητικών Ερωτημάτων	89
2.1.Ανάλυση και παρουσίαση του πρώτου διερευνητικού ερωτήματος.....	89
2.2.Ανάλυση και παρουσίαση του δεύτερου διερευνητικού ερωτήματος.....	944
2.3.Ανάλυση και παρουσίαση του τρίτου διερευνητικού ερωτήματος.....	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	1055
Συζήτηση ευρημάτων και συμπεράσματα.....	1055
3.1. Συζήτηση ευρημάτων.....	1055
3.1.1.Σε σχέση με το πρώτο διερευνητικό ερώτημα	1055
3.1.2.Σε σχέση με το δεύτερο διερευνητικό ερώτημα	1077
3.1.3.Σε σχέση με το τρίτο διερευνητικό ερώτημα	1100
3.2. Συμπεράσματα.....	1122
3.3. Προτάσεις.....	1144
Επίλογος.....	1155
Βιβλιογραφία	1166
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	1300
Συχνότητες και εκατοστιαίες αναλογίες σε όλες τις μεταβλητές.....	1300
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	1411
Το ερωτηματολόγιο – κλίμακες της έρευνας.....	1411
ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	14949

Εισαγωγή

Από τα πανάρχαια χρόνια οι άνθρωποι σε κάθε κοινωνία σε όλους τους πολιτισμούς, έκαναν χρήση διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα ναρκωτικά, ονομάζονται ψυχοτρόποι, γιατί επιδρούν στον ψυχισμό του ανθρώπου και προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ατόμου (Μαρσέλος, 1981).

Ουσίες με δράση στον ψυχισμό του ανθρώπου, είναι γνωστές από την εποχή που οι άνθρωποι οργανώθηκαν σε κοινωνικές ομάδες. Η ανακάλυψη των «μαγικών» ιδιοτήτων των ουσιών αυτών τις μυθοποίησε και τις έκανε, σε πρώτη φάση, κτήμα των ιερέων και των μυστών των διαφόρων μυστηρίων. Πολλές φορές οι ουσίες αυτές αποτελούν χαρακτηριστικά στοιχεία αρχαίων πολιτισμών, δεμένες άρρηκτα με θεούς και τελετουργίες.

Με τα χρόνια, πέρασε η χρήση αυτή και στους «κοινούς θνητούς» των λαών αυτών. Στην αρχή στα πλαίσια κάποιων τελετουργικών, αργότερα και πέρα από αυτά. Η ανακάλυψη των νέων κόσμων και η ανταλλαγή πληθυσμών, ηθών και εθίμων ξεκίνησε μια ραγδαία εξάπλωση των ουσιών αυτών σε όλο τον κόσμο, που στις μέρες μας με την ανάπτυξη των επικοινωνιών και της τεχνολογίας έφτασε στο απόγειο της.

Ο άνθρωπος, ακούραστος αναζητητής των ελιξιρίων της «ζωής» και της «ευτυχίας», σαν μέσα από μια φυσική ανάγκη «αυτοθεραπείας», των δυσάρεστων για αυτόν συναισθημάτων έγινε πρόθυμος χρήστης οποιασδήποτε ουσίας του πρόσφερε έστω και κάποιες στιγμές φυγής από τα «βάσανα» του. Η βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση ορισμένων από αυτές τις ουσίες, όχι μόνο μείωσε το κόστος χρήσης του αλλά και του πρόσφερε τη δυνατότητα χρήσης σε οποιοδήποτε χώρο, ημέρα και ώρα. Χαρακτηριστικό παραδείγματα η ιστορία του οινοπνεύματος, που πέρασε από τα βαρέλια της ταβέρνας, στην εμφιάλωση με τις φανταχτερές ετικέτες και τα ελκυστικά ονόματα, η δε χρήση του, από τους συγκεκριμένους τόπους διασκέδασης και φαγητού, σε κάθε γωνία της σύγχρονης πόλης (Παπαγεωργίου, 2009).

Η σχέση του ανθρώπου με τις ψυχοτρόπες ουσίες αποκτά ιδιαίτερο και μοναδικό χαρακτήρα στην ιστορία της ανθρωπότητας, ακριβώς γιατί θίγει ζητήματα θεμελιώδους σημασίας για την ανθρώπινη ύπαρξη, όπως είναι η ελευθερία και εξάρτηση, το καλό και το κακό. Η βαθιά κατανόηση, λοιπόν, αυτής της σχέσης απαιτεί μια διεπιστημονική, διαπολιτισμική προσέγγιση.

Σε κάθε κοινωνία η χρήση αλλά και ο τρόπος χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών αποτελούσε συστατικό στοιχείο οργάνωσης της κοινωνικής ζωής. Είχε πάντα ένα ιδιαίτερο, κοινωνικό και πολιτιστικό νόημα, το οποίο προσδιόριζε και τον ειδικό ρόλο που έπαιζε η συγκεκριμένη ουσία στην ζωή των ανθρώπων αυτής της κοινωνίας (Goodman, 1995).

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ του κοινωνικού, πολιτιστικού περιβάλλοντος και των προβλημάτων της υγείας βρίσκει την πιο χαρακτηριστική της έκφραση στην περίπτωση των νόσων της εξάρτησης από ουσίες.

Είναι γνωστό ότι κοινωνικές συνθήκες δημιουργούν κοινωνικά προβλήματα ή καταστάσεις που οι παλαιότεροι κοινωνιολόγοι τις αποκαλούσαν κοινωνική παθολογία, όπως είναι ο αλκοολισμός και η εξάρτηση από άλλες ουσίες, μέσα από αμοιβαίους μηχανισμούς, δηλαδή μια παραπτωματική συμπεριφορά εφήβων και νεαρών ενηλίκων μπορεί να επεκταθεί στην χρήση ουσιών, ενώ από την άλλη μεριά η χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε παραπτωματική συμπεριφορά. Η αναγνώριση αυτής της σχέσης αποτελεί την ουσιαστική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό και την οργάνωση μέτρων αντιμετώπισης του προβλήματος (Μαδιανός, 2006).

Στην σύγχρονη κοινωνία η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα, που αφορά τόσο τις ανεπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη. Ο λόγος είναι ότι η χρήση/κατάχρηση των ουσιών έχει ως επακόλουθο πλήθος προβλημάτων σχετιζόμενων τόσο με την άμεση υγεία των χρηστών, όσο και τον οικογενειακό, εργασιακό και ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο (Χριστοδούλου et. al., 2002).

Το πρόβλημα των εξαρτήσεων εξακολουθεί να είναι μείζον για την χώρα μας, με αμείωτη την χρήση αλλά και τους αντίστοιχους θανάτους που καταγράφονται από την χρήση ουσιών, πράγμα που κάνει επιτακτική την ανάγκη για εξάπλωση των δράσεων κατά των ναρκωτικών και του αλκοόλ, δράσεις που στοχεύουν τόσο στην θεραπεία όσο και στην πρόληψη (Μαδιανός, 2006).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2004 και περιλάμβανε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού ηλικίας 16-64 ετών, έδειξε ότι μεταξύ 1984 και 2004 διπλασιάστηκε ο αριθμός των ατόμων που ανέφεραν χρήση παράνομων ουσιών έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή, από 4% στο 8,6%. Τα υψηλότερα ποσοστά στην διάρκεια της εικοσαετίας καταγράφηκαν, ωστόσο, το 1998 οπότε το ποσοστό της επικράτησης της χρήσης ανήλθε στο 12,2% (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

Η αναγνώριση δυο ταυτόχρονων διαταραχών σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι ένα από τα σημαντικότερα κλινικά επιτεύγματα των τελευταίων χρόνων.

Εξειδικευμένες έρευνες τεκμηρίωσαν την υψηλή συνοσηρότητα της κατάχρησης ουσιών με άλλες ψυχικές διαταραχές (Yalom, 2011).

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν καταφανώς ότι ο επιπολασμός συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό στις εξαρτήσεις από ουσίες (Λιάππας και συνεργάτες, 2006).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες

1.1.Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών

Ο εξαρτημένος από ψυχοδραστικές ουσίες, πέραν από ένα πρόσωπο με βιοψυχαναγκαστική εμμονή σε ότι αφορά τη χρήση και το εμπειρικό βίωμα του ευφορικού συμπτώματος που εξαρτάται από τις ψυχοδραστικές ιδιότητες της ουσίας, αλλά και τα προβλήματα που η έλλειψη τους ή η εξάντληση της δράσης τους προκαλούν, αποτελεί μια έννοια ασαφούς κοινωνικής, επιστημονικής, πολιτισμικής οριοθέτησης. Ο εξαρτημένος συνδυάζει μια σειρά από εκδοχές παραβίασης του γενικά αποδεκτού ως «φυσιολογικό» σε διάφορα επίπεδα τα οποία με πολλούς τρόπους διατρέχει η σχέση αυτή που αναπτύσσει με τη χρήση ουσιών.

Η παράθεση αυτών των επιπέδων αν και είναι βοηθητική για την καλύτερη κατανόηση των προβληματικών που αφορούν στη σαφήνεια του όρου δεν εξαντλείται μόνο στις πτυχές της ιατρικής, της νομικής, της ηθικής, της κοινωνικής, της οικονομικής, της αναπτυξιακής ή της κατασταλτικής της πτυχής. Ως εκ τούτου, η εξάρτηση αλλά κυρίως ο εξαρτημένος αποτελούν ένα πολυδιάστατο πεδίο το οποίο διεκδικούν πολλές επιστημονικές περιοχές. Σε κάθε περίπτωση αποτελεί μια περίπτωση που διάφορες μορφές των μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου επικεντρώνονται είτε ως προς την αιτιολογική ερμηνεία της εξάρτησης είτε ως προς τις οργανωμένες προσπάθειες αντιμετώπισής της.

Μέχρι τη δεκαετία του '80 τόσο η αιτιολογική ερμηνευτική όσο και η θεραπευτική απάντηση στην εξάρτηση συνδέθηκε με ενιαίες και ομογενείς θέσεις ως προς την αφετηρία του εκφερόμενου επιστημονικού λόγου από τον οποίο προέρχονταν. Έτσι, άλλοτε ερμηνεύτηκε ως παραβατική, εγκληματική συμπεριφορά που ενεργοποιούσε αντανακλαστικά αντιμετώπισης συνδεδεμένα με τη νομική διάσταση του φαινομένου σε όλες τις πτυχές του αλλά κυρίως την καταστολή του και την πρόληψη. Άλλοτε επίσης θεωρήθηκε ένα ιατρικό πρόβλημα αποδίδοντας στον εξαρτημένο την ιδιότητα του ασθενούς και τον ενέταξε στο πεδίο της ιατρικής παρέμβασης και της φαρμακολογίας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Σε κάθε περίπτωση τα δύο συστήματα κοινωνικού ελέγχου που προαναφέρθηκαν ορίζουν και επομένως διαχειρίζονται την προβληματική της εξάρτησης με το δικό τους κάθε φορά αυτόνομο τρόπο όχι απλώς σαν συστηματική απάντηση σε αυτήν αλλά σε μια διαδικασία διαπλοκής τους με την ίδια την εξάρτηση ως μέρος της αφού πέρα από τους

χαρακτηρισμούς που της αποδίδουν αποτέλεσαν συστήματα αναπαραγωγής στερεοτύπων επενδυμένα με επιστημονική εγκυρότητα (Κουκουτσάκη, 2002).

Ως *κατάχρηση ουσιών* εννοείται η τάση εμμονής της αναζήτησης μιας απόλαυσης ή ενός ευφορικού συμπτώματος που συνδέεται με την τεχνητή προκλητή ψυχοδραστική αλλαγή μέσω της αλλοίωσης της συνήθους κατάστασης της συνείδησης. Πρόκειται για μια ενέργεια που οδηγεί σε συγκεκριμένες αναγνωρίσιμες επιδράσεις ως αποτέλεσμα της πρόσληψης μιας ψυχοδραστικής ουσίας που έχει αποτέλεσμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Πολύ συχνά, αν και υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, στην προσπάθεια ορισμού της κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνεται και το στοιχείο της εξελικτικής βλάβης στη σωματική ή την ψυχική υγεία του ατόμου που κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και με την πρόκληση ανεπιθύμητων επιπτώσεων σε τρίτους (Pham-Kanter, 2001).

Η κατάχρηση ουσιών, σε πολλές περιπτώσεις, ταυτίζεται με την εξάρτηση από τη φαρμακολογική δράση μιας ουσίας. Τεχνικά οι δύο όροι είναι διαφορετικοί δεδομένου ότι τόσο ο τρόπος όσο και η κοινωνική περίσταση είναι δυνατό να καθορίζουν διαφορετικά πεδία ενδιαφέροντος. Στην πρώτη περίπτωση το ενδιαφέρον εστιάζεται σε μια συμπεριφορά ενώ η δεύτερη περιγράφει μια συμπτωματική κατάσταση στην οποία μπορεί να οδηγηθεί ένα άτομο που κάνει κατάχρηση ουσιών. Παρόλα αυτά, η συλλογική αναπαράσταση και συχνά η σχετική συζήτηση, συνδέεται με την κατανόηση των εννοιών με μια απλούστερη διάσταση που δημιουργεί συχνά συγχύσεις και αντιλαμβάνεται ως ταυτόσημες έννοιες τους όρους κατάχρηση ουσιών, εξάρτηση ή ακόμα και χρήση (Κουκουτσάκη, 2002, Τζανετάκη, 2006).

Η συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών χαρακτηρίζεται από ένα παγιωμένο μοντέλο στάσης που διαμορφώνεται από τη συνεχή παθολογική χρήση μιας ουσίας και δεν είναι στο πλαίσιο συγκεκριμένης προτεινόμενης φαρμακευτικής αγωγής και στην οποία συχνά αποδίδονται ως επιπτώσεις ελλειμματικές κοινωνικές δραστηριότητες που σχετίζονται με προβλήματα στην εργασία, επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, διαπροσωπικές συγκρούσεις και συχνά νομικά προβλήματα. Η ακριβής διάκριση ανάμεσα στην κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση αποτελεί μια συνεχιζόμενη συζήτηση, αλλά συχνά σε πρακτικό επίπεδο εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες εννοείται με στοιχεία που συνδέονται με συμπτώματα φυσιολογίας και συμπεριφοράς που προκαλούνται από τη χρήση της ουσίας ενώ η κατάχρηση ουσιών συνδέεται με τις κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης (Pham-Kanter, 2001).

Όπως προαναφέρθηκε η κατάχρηση ουσιών μπορεί να καταλήξει σε εξάρτηση. Με όρους φυσιολογίας η εξάρτηση απαιτεί την ανάπτυξη *ανοχής* που αποτελεί τη μείωση

της αντίδρασης του οργανισμού στη φαρμακολογική δράση της ουσίας που προσλαμβάνεται ως αποτέλεσμα της συνεχούς και παρατεταμένης χρήσης. Πρακτικά, εξαιτίας των βιολογικών μηχανισμών ανάπτυξης της ανοχής στον οργανισμό που συνδέονται με την ομοιόσταση, τις μεταβολές ιστοχημικού τύπου και το μεταβολισμό, απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας για να προκληθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή για να αποφευχθεί το σύνδρομο στέρησης. Αναλόγως των ιδιοτήτων μιας ουσίας η εξάρτηση μπορεί να εκδηλώνεται με την ανάπτυξη *ευαισθησίας* που αποτελεί την αντίστροφη ανοχή κατά την οποία όλο και μικρότερες δόσεις κατά την πρόσληψη της ουσίας εκδηλώνουν την κλινική δράση της (Λιάππας, 2003· 2004). Παράλληλα, η εξάρτηση συνδέεται με την ανάπτυξη του συνδρόμου στέρησης που αποτελεί ένα σύνολο τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών συμπτωμάτων όταν διακόπτεται η χρήση της ουσίας ή μειώνεται σημαντικά η δόση της. Το είδος, η μορφή, ο χρόνος έναρξης, η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων όπως και η εξέλιξή του συνδρόμου εξαρτώνται από την ουσία αλλά επηρεάζονται επίσης από το πρόσωπό που βιώνει το σύνδρομο στέρησης όπως και το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

Από όλα τα προηγούμενα γίνεται κατανοητό ότι η εξάρτηση σχεδόν πάντα προϋποθέτει την κατάχρηση της ουσίας, αλλά πολύ συχνά η κατάχρηση υφίσταται χωρίς να αποτελεί εξάρτηση. Με την εξάρτηση εμπλέκονται οργανικές διαδικασίες και διαδικασίες φυσιολογίας, ενώ η κατάχρηση ουσιών αντικατοπτρίζει μια συμπλοκή αλληλεπίδρασης μεταξύ του προσώπου, της ουσίας και του περιβάλλοντος στο οποίο συμβαίνει.

Έτσι, η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο για την κατάχρηση ή την εξάρτηση ορίζοντας τη χρήση ουσιών μ' έναν τρόπο εκτός των κοινωνικοπολιτισμικών συμβάσεων. Κάθε χρήση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και κάθε χρήση νομίμων ουσιών που δεν υπαγορεύεται από συμβατικές συνήθειες καταστάσεις όπως για παράδειγμα στο πλαίσιο ιατρικών συμβουλών όπου συχνά το υποκείμενο κάνει χρήση της ουσίας χωρίς να προσδοκά ένα συγκεκριμένο ευφορικό σύμπτωμα, ή στο πλαίσιο κοινωνικών κανόνων που πολύ συχνά συνδέονται με την κοινωνική χρήση, αποτελεί αυτό που συχνά αποκαλείται *προβληματική χρήση* και υποδηλώνει τη χρήση ουσιών που έχει σημαντικές προσωπικές ή και κοινωνικές επιπτώσεις, συχνά παράλληλα. Αυτή η προβληματική χρήση που περιλαμβάνει τόσο την κατάχρηση ουσιών όσο και την εξάρτηση ως περιοχές με δυσδιάκριτο όριο διαχωρισμού, είναι άλλωστε και το σημείο στο οποίο εστιάζει τόσο η κοινωνική πολιτική, όσο όμως και το κλινικό ενδιαφέρον αντιμετώπισης (EMCDDA, 2005· 2006).

1.2.Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ως διαταραχή

Η διάγνωση της εξάρτησης περιλαμβάνεται στα δύο ισχύοντα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– DSM*) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (*American Psychiatric Association – APA*) και το μέρος της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (*International Classification of the Diseases– ICD*) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (*World Health Organisation*) που επικεντρώνεται στη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς (*Classification Mental and Behavioral Disorders*).

Στις αρχές της δεκαετίας του '50, η πρώτη έκδοση του DSM ομαδοποίησε την κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών στο κεφάλαιο Ψυχοπαθολογικές Διαταραχές της Προσωπικότητας όπου υπαινισσόταν ότι αποτελούσε μια βαθύτερη ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχολογικών διαταραχών ή ηθικής έκπτωσης. Η τρίτη έκδοση του DSM το 1983 (DSM-III), για πρώτη φορά αναγνώρισε τη διάκριση μεταξύ κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και εξάρτησης σαν δύο διαφορετικά διαγνωστικά αντικείμενα περιλαμβάνοντας κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο ορισμός της εξάρτησης έδινε έμφαση στην ανοχή στις ουσίες και στο στερητικό σύνδρομο σαν δύο κομβικές συνιστώσες για τη διάγνωση όπου η κατάχρηση οριζόταν ως προβληματική χρήση με κοινωνικές και επαγγελματικές βλαπτικές δυσλειτουργίες η οποία όμως δεν συνοδεύεται από ανοχή του οργανισμού και συμπτώματα στέρησης. Το ισχύον DSM-IV (APA, 1994, 2000) ορίζει την εξάρτηση ως σύνδρομο που συνδυάζει την καταναγκαστική χρήση με ή χωρίς ανοχή και στερητικά συμπτώματα ενώ την κατάχρηση ουσιών ως προβληματική χρήση χωρίς καταναγκασμό, σημαντική ανοχή ή στερητικά συμπτώματα.

Τα βασικά στοιχεία, οι κατευθύνσεις και οι κεντρικές επιλογές δεν διαφέρουν ουσιαστικά στη δέκατη αναθεώρηση της ICD από αυτές του DSM. Στο ICD-10 γίνεται διάκριση μεταξύ επιβλαβούς χρήσης και συνδρόμου εξάρτησης. Η επιβλαβής χρήση ορίζεται ως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που προκαλεί βλάβη (σωματική ή ψυχική). Αντίθετα το σύνδρομο εξάρτησης περιγράφεται ως «*μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό*». Ως

κεντρικό χαρακτηριστικό αναφέρεται η έντονη και μερικές φορές ακατανίκητη επιθυμία για χρήση (WHO, 1992).

Οι Grant και Dawson (1999) στην ανασκόπηση και τη σύγκριση των δύο ταξινομικών συστημάτων παρουσιάζουν μια συνθετική ανάγνωση των κριτηρίων διάγνωσης της εξάρτησης και της κατάχρησης ή επιβλαβούς χρήσης. Αρχικά, σε ότι αφορά την εξάρτηση σημειώνουν ότι ως προς τις κατηγορίες που συγκροτούν τη διάγνωση της εξάρτησης υπάρχουν ελάχιστονες διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων και εντοπίζουν ότι και στα δύο συστήματα δεν περιλαμβάνονται κριτήρια που αναφέρονται στην αδυναμία εκπλήρωσης ρόλων στην επιβλαβή χρήση (Grant and Dawson, 1999).

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV και ICD-10 για την εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ψυχοδραστικές ουσίες (Προσαρμοσμένος από την κωδικοποίηση των Grant και Dawson 1999).

	DSM-IV	ICD-10
Κριτήριο αξιολόγησης	Ένα δυσπροσάρμοστο μοντέλο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική κλινική βλάβη ή καταπόνηση που εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα συγχρόνως για μια περίοδο δώδεκα μηνών.	Εκδήλωση ή βίωμα τριών ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα για ένα διάστημα τον προηγούμενο χρόνο.
Ανοχή	Ανάγκη αξιοσημείωτης αύξησης της ποσότητας της ουσίας που προκαλεί τοξίκωση ή ένα προσδοκώμενο σύμπτωμα ή αξιοσημείωτη μείωση του αποτελέσματος με συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.	Ένδειξη ανοχής, όπως να απαιτούνται αυξημένες δόσεις ώστε να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που αρχικά προκαλούνταν με χαμηλότερες δόσεις.
Στερητικό	Χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο από μια ουσία ή η χρήση μιας ουσίας (ή συγγενούς σχετικά) ώστε να απαλούνται ή αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης.	Μια φυσιολογική κατάσταση στέρησης όπου η ουσία διακόπτεται ή μειώνεται και εκδηλώνεται με χαρακτηριστικά της ουσίας (ή μιας συγγενούς σχετικά ουσίας) συμπτώματα στέρησης ή χρήση ουσίας για να αποφευχθούν ή να μειωθούν τα συμπτώματα στέρησης.

Αδυναμία ελέγχου	Διαρκής επιθυμία ή μία ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες μείωσης ή ελέγχου της χρήσης της ουσίας. Χρήση της ουσίας σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους από ότι το πρόσωπο επιδιώκει.	Δυσκολίες στον έλεγχο της χρήσης της ουσίας με όρους έναρξης, τερματισμού ή επιπέδων χρήσης.
Αμέλεια δραστηριοτήτων	Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες αναιρούνται ή μειώνονται εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.	Προοδευτική αμέλεια εναλλακτικών μορφών ευχαρίστησης ή άλλων ενδιαφερόντων για χάρη της χρήσης της ουσίας.
Αφιέρωση χρόνου	Πολύς χρόνος αφιερώνεται σε αναγκαίες δραστηριότητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματα της χρήσης.	Πολύς χρόνος αφιερώνεται σε αναγκαίες δραστηριότητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματα της χρήσης.
Συνέχεια της χρήσης παρά τα προβλήματα	Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τη γνώση ότι υπάρχει ένα μόνιμο επαναλαμβανόμενο φυσικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα το οποίο φαίνεται να προκαλείται ή να αυξάνεται από τη χρήση της ουσίας.	Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τη φανερή ένδειξη σαφούς βλάβης με φυσικές ή ψυχολογικές συνέπειες.
Καταναγκασμός		Έντονη επιθυμία ή αίσθηση καταναγκασμού για τη χρήση της ουσίας.

Πίνακας 1.2. Διαγνωστικά κριτήρια για την κατάχρηση ή την επιβλαβή χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών κατά DSM-IV και ICD-10 (Προσαρμοσμένος από την κωδικοποίηση των Grant και Dawson 1999)

DSM-IV	ICD-10
<p>Ένα δυσπροσάρμοστο μοντέλο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε σημαντική κλινική βλάβη ή καταπόνηση που εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα συγχρόνως για μια περίοδο δώδεκα μηνών:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαναλαμβανόμενη χρήση που καταλήγει σε αποτυχία επίτευξης σημαντικών υποχρεώσεων στη δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι. • Επαναλαμβανόμενη χρήση σε καταστάσεις που η χρήση ουσιών είναι επιβλαβής. • Επαναλαμβανόμενη χρήση που συνδέεται με νομικά προβλήματα. 	<p>Ένα μοντέλο χρήσης ουσιών που προκαλεί βλάβη της υγείας. βλάβη μπορεί να είναι σωματική ή ψυχική. Η διάγνωση απαιτεί ότι η πρόσφατη βλάβη προκλήθηκε στη σωματική ή την ψυχική υγεία του χρήστη.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Συνέχιση της χρήσης παρά την ύπαρξη διαρκών ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή αυξάνονται από τα αποτελέσματα της χρήσης της ουσίας. 	
Τα συμπτώματα δεν αποτελούν βάση για διάγνωση εξάρτησης για την ίδια κατηγορία ουσίας.	Δεν υφίσταται παράλληλη διάγνωση συνδρόμου εξάρτησης για την αντίστοιχη κατηγορία ουσίας.

Παράλληλα, οι Grant και Dawson εντοπίζουν τη διαφορά προσέγγισης στην οριοθέτηση της επιβλαβούς χρήσης ανάμεσα στο DSM-IV και την ICD-10 αναδεικνύοντας ότι η επιβλαβής χρήση στην ICD-10 χαρακτηρίζεται από ενεργά προβλήματα φυσιολογίας ή ψυχολογικής κατάστασης ενώ στο DSM-IV η κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνει κοινωνικές, νομικές και επαγγελματικές συνέπειες. Καταλήγουν δε ότι δεδομένου πως το πολιτισμικό πλαίσιο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την προσέγγιση για την εξάρτηση και πως έστω και αν και οι δύο ταξινομικές κατηγοριοποιήσεις επιχειρούν να αποτελέσουν μια α-θεωρητική (atheoretical) περιγραφή η οποία βασίζεται στην επικράτηση του κλινικού εμπειρισμού και τα ουδέτερα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπερβαίνουν έναν ιατροκεντρικό τρόπο αντίληψης της διάγνωσης της διαταραχής που αρνούνται την ερμηνεία της κοινωνικής μάθησης (Grant and Dawson, 1999· Στεφανής, 1993).

Πολλοί ερευνητές της συμπεριφοράς στάθηκαν κριτικά απέναντι στην ιατροκεντρική λογική των ταξινομικών συστημάτων που προαναφέρθηκαν προτείνοντας εναλλακτικές προσεγγίσεις από αυτήν της ψυχικής νόσου. Στη βάση αυτής της προσέγγισης τα προβλήματα κατάχρησης δεν περιλαμβάνονται σε μια ομογενή τάξη διαταραχών με όρους ενός επιπέδου νοσολογικής τάξης (Adesso, 1995, Pattison and Sobel, 1977). Η θεώρηση αυτή αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση ως εμπέδωση συνήθειας που προκύπτει από βιολογικούς, φαρμακολογικούς και παράγοντες προσαρμογής. Έτσι δίνεται έμφαση σε περιβαλλοντικά στοιχεία, σε συναισθηματικά ελλείμματα και σε γνωστικούς προϋπάρχοντες παράγοντες που ενδυναμώνουν τις επιπτώσεις της χρήσης. Αυτή η λειτουργική προσέγγιση θεωρεί ότι υπάρχει μια ταξινόμηση της προβληματικής χρήσης που καθορίζεται από γενικούς κανόνες και αρχές που αφορούν τη ανθρώπινη κινητοποίηση και μάθηση (Wufert, Greenway and Dougher, 1996).

1.3. Αιτιολογικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης

Για την αιτιολογία και τις διαδικασίες του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης δεν υπάρχει μια απλή ερμηνεία. Διάφοροι ερευνητές με αντίθετους προσανατολισμούς

έχουν κατά καιρούς διατυπώσει θεωρίες και απόψεις, οι οποίες στο παρελθόν προκάλεσαν έντονες διαφωνίες δεδομένου πως ο καθένας υποστήριζε τις δικές του «αιτιολογικές απόψεις», δίνοντας έμφαση σε παράγοντες γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς (Λιάππας, 1999).

Ο δρόμος που οδηγεί στην τοξικοεξάρτηση φαίνεται ότι είναι μια μακροχρόνια δυναμική διεργασία, εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Οι διαμάχες αυτές οδήγησαν σε ένα αδιέξοδο που ο Miller (1980) ονόμασε «αιτιολογικό σοβινισμό». Η κατάσταση έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, μετά την κατανόηση ότι οποιαδήποτε προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της εξάρτησης πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και να συμπεριλαμβάνει δεδομένα από πολλούς τομείς. Ο Farey (1977) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να βρούμε ένα σημείο ισορροπίας πάνω σε ένα θέμα στο οποίο φαίνεται ότι πολλαπλά και διαφορετικά επίπεδα πιθανής ερμηνείας παίζουν σημαντικό ρόλο. Το ξεκίνημα ή το σταμάτημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών είναι περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο γεγονός. Ποικίλες εσωτερικές, διαπροσωπικές και περιβαλλοντολογικές επιδράσεις φαίνεται ότι καθορίζουν την πορεία και την εξέλιξη του φαινομένου. Παρά ταύτα θα αποτολμούσαμε μια κατηγοριοποίηση των αιτιολογικών προσεγγίσεων της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες σε βιολογικές, ψυχοκοινωνικές και ψυχοπαθολογικές (Λιάππας, 1999).

1.3.1.Βιολογικά αίτια της τοξικοεξάρτησης

Μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζουν ότι ορισμένα άτομα γεννιούνται με κάποια γενετική προδιάθεση προς την τοξικομανία και τον αλκοολισμό. Ένας από τους κυριότερους βιολογικούς παράγοντες είναι η κληρονομικότητα. Αυτή επηρεάζει την ενδογενή ή έμφυτη ανοχή, την ταχύτητα ανάπτυξης της αποκτημένης ανοχής και την πιθανότητα το άτομο αυτό να βιώσει ευχάριστα την τοξίκωση. Άλλος παράγοντας είναι ο ρυθμός με τον οποίο το άτομο μεταβολίζει την ουσία.

Ο πειραματισμός με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ φαίνεται να αποτελεί μια τελετή μύησης για τους εφήβους, όμως αυτή η πρώτη γεύση για κάποιους μπορεί να έχει επιπτώσεις για όλη τους τη ζωή. Στους περισσότερους εξαρτημένους από ουσίες, η έναρξη της χρήσης μπορεί να είναι στην ηλικία των δέκα ετών, παρόλο που λίγοι από αυτούς που δοκιμάζουν καταλήγουν αλκοολικοί ή ναρκομανείς. Μέχρι να τελειώσουν το λύκειο πάνω από 90% έχουν δοκιμάσει αλκοόλ, και όμως μόνο το 14% γίνονται αλκοολικοί. Από τα εκατομμύρια των Αμερικανών που δοκίμασαν κοκαΐνη, λιγότεροι από το 5% εθίστηκαν (Goleman, 1998).

Μια πρόσφατη επιστημονική θεωρία αναφέρει ότι αυτοί που προσκολλώνται στην συνήθεια και εθίζονται όλο και περισσότερο στις ψυχοτρόπες ουσίες, χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες σαν φάρμακο, σαν ένα τρόπο για να κατευνάσουν τα συναισθήματα του άγχους, του θυμού ή της κατάθλιψης. Έτσι, από τις πολλές εκατοντάδες παιδιών του γυμνασίου που παρακολουθήθηκαν επί δυο χρόνια, αυτά που είχαν παρουσιάσει τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών διαταραχών ήταν εκείνα που στη συνέχεια επρόκειτο να κάνουν τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Tschann, 1994).

Διάφορες μελέτες ασχολήθηκαν με την έκκριση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA),- ενός νευροδιαβιβαστή που ρυθμίζει το άγχος- έχει παρατηρηθεί πειραματικά ότι χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας του GABA προκαλούν υψηλά επίπεδα έντασης. Μια μελέτη αποκάλυψε ότι οι γιοι αλκοολικών πατεράδων είχαν χαμηλά επίπεδα GABA και εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους, όταν έκαναν χρήση αλκοόλ ή άλλων καταπραυντικών ουσιών τα επίπεδα δραστηριότητας του GABA ανέβαιναν στον εγκέφαλο τους, ενώ παράλληλα υποχωρούσε το άγχος τους (Moss et. al., 1990).

Μια νευροψυχολογική μελέτη σε γιους αλκοολικών, οι οποίοι σε ηλικία δώδεκα χρόνων έδειξαν συμπτώματα άγχους, όπως ταχυκαρδίες ως αντίδραση στο στρες, καθώς και παρορμητικότητα, κατέδειξε ότι και τα αγόρια είχαν κακή λειτουργία των προμετωπιαίων λοβών. Οι προμετωπιαίοι λοβοί είναι οι περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τον κατευνασμό του άγχους και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Επιπλέον, οι προμετωπιαίοι λοβοί χειρίζονται την εργαζόμενη μνήμη η οποία τη στιγμή που το άτομο παίρνει μια απόφαση, φέρνει στο νου και τις συνέπειες των διαφόρων δράσεων. Οπότε αυτά τα παιδιά μπορεί να αγνοήσουν τις μακροχρόνιες παρενέργειες της χρήσης κάποιας ουσίας, ιδιαίτερα μιας και βρήκαν ένα άμεσο καταπραυντικό του άγχους (Harden and Pihl, 1995).

Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί ότι τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους, φυσικά τέκνα αλκοολικών γονέων, που μεγάλωσαν είτε με τους φυσικούς τους γονείς είτε με θετούς γονείς, δείχνουν μία αυξημένη γενετική επιβάρυνση προς τον αλκοολισμό και σε καμία περίπτωση απόλυτη αιτιοκρατία. Η προδιάθεση για αλκοολισμό είναι μεγαλύτερη για τους μονοζυγωτικούς σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα του αλκοολισμού σε γιους αλκοολικών- η οποία κυμαίνεται περίπου στο 18%- είναι τετραπλάσια, συγκρινόμενη με την συχνότητα σε αντίστοιχο πληθυσμό αγοριών με φυσιολογικούς γονείς, ανεξάρτητα από το αν τα παιδιά αυτά ανατράφηκαν κοντά στους φυσικούς ή στους θετούς γονείς τους (Schuchit, 1995).

Η ανάπτυξη ανοχής μπορεί να αναπαριστά μία βιολογική παράμετρο που συμβάλλει στην ανάπτυξη του αλκοολισμού. Γιοι αλκοολικών εμφανίζονται να έχουν μειωμένη ευαισθησία -δηλαδή αυξημένη ανοχή- στο αλκοόλ, όταν συγκρίνονται με συνομήλικούς τους, οι οποίοι έχουν φυσιολογικούς γονείς. Η ευαισθησία στο αλκοόλ αξιολογήθηκε με τη μέτρηση των αποτελεσμάτων δύο διαφορετικών δόσεων αιθυλικής αλκοόλης στην κινητική λειτουργία και στην υποκειμενική αίσθηση τοξίκωσης σε συνθήκες εργαστηρίου. Όταν τα άτομα αυτά επανεξεταστήκαν 10 χρόνια μετά, εκείνα που είχαν αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ ήταν αυτά στα οποία ήταν περισσότερο πιθανό να διαγνωσθεί εξάρτηση από αλκοόλ. Η παρουσία ανοχής ήταν προγνωστικός δείκτης για την ανάπτυξη αλκοολισμού και σε άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό, αλλά υπήρχαν σαφώς λιγότερα άτομα με μειωμένη ευαισθησία στο αλκοόλ στην ομάδα αυτή (Schuchit, 1999).

Οι διαφορές και οι παραλλαγές των γονιδίων που ευθύνονται για τη παραγωγή των ενζύμων που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης μπορούν να επηρεάσουν τη ροπή του ατόμου προς τον αλκοολισμό. Η αιθανόλη μεταβολίζεται διαμέσου της αλκοολικής δεϋδρογονάσης σε ακεταλδεϋδη, η οποία στη συνέχεια μεταβολίζεται -οξειδώνεται- σε οξικό οξύ από τη μιτοχονδριακή αλδεϋδική δεϋδρογονάση, γνωστή και ως ALDH2. Μία κοινή παραλλαγή στο γονίδιο που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της ALDH2 μπορεί να οδηγήσει στην παραγωγή μιας λιγότερο δραστηκής αλδεϋδικής δεϋδρογονάσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του ιδιαίτερα ενοχλητικού *συνδρόμου της ακεταλδεϋδης*, και συνεπώς τη μείωση των πιθανοτήτων να γίνει κάποιος αλκοολικός, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στους Ασιάτες. Κατά παρόμοιο τρόπο, άτομα που κληρονομούν το γονίδιο για ελλιπή μεταβολισμό της νικοτίνης, έχει βρεθεί ότι έχουν μικρή πιθανότητα να αναπτύξουν εξάρτηση από αυτή (Higuchi et. al., 1996, Pianezza et. al., 1998).

1.3.2. Ψυχοκοινωνικά αίτια της εξάρτησης

Το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που κάνει χρήση ουσιών και οι συμπεριφορές των μελών της κοινωνίας μέσα στην οποία ανήκει αυτό, αποτελούν μια παράμετρο του προβλήματος της χρήσης ουσιών. Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται η επιρροή από τον σύντροφο καθώς και τα διάφορα πρότυπα ρόλων που καλείται το άτομο να αναλάβει για να ασκήσει. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι ευκαιρίες εκπαίδευσης και η εργασιακή απασχόληση καθώς επίσης και η παρουσία διαφόρων ενισχυτών, όπως άλλες πηγές ευχαρίστησης και ψυχαγωγίας. Τέλος, η διαθεσιμότητα της ουσίας, το κόστος αυτής, αν είναι παράνομη ή νόμιμη και η ανάπτυξη εξαρτημένων ερεθισμάτων -δηλαδή

περιβαλλοντικών εναυσμάτων που συνδέονται με τις ουσίες μετά από επανειλημμένη χρήση κάτω από τις ίδιες συνθήκες- παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Η έναρξη και η συνέχιση της χρήσης μιας παράνομης ουσίας από ένα άτομο, φαίνεται ότι επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τα κοινωνικά πρότυπα και τις συνήθειες καθώς και από τις επιδράσεις των συνομηλίκων. Η χρήση ουσιών μπορεί να πάρει τη μορφή μιας αντίστασης και επανάστασης ενάντια στην εξουσία και στην αυθεντία, ενώ σε άλλες κοινωνίες οι χρήστες και οι έμποροι ουσιών μπορεί να αποτελούν πρότυπα προς μίμηση καθώς θεωρούνται επιτυχημένοι και άξιοι σεβασμού. Μπορεί επίσης να υπάρχει πρόσφορο έδαφος ελλείψει άλλων επιλογών ψυχαγωγίας και διασκέδασης. Αυτοί οι παράγοντες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί σε κοινότητες και κοινωνίες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και δυσχερείς επαγγελματικές ευκαιρίες (O'Brien, 2001).

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι 3 έως 4 φορές συχνότερη στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Σε ορισμένα έθνη και πολιτισμικές ομάδες τα ήθη και τα έθιμα διευκολύνουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Διαμορφώνουν, δηλαδή, μια στάση του ατόμου απέναντι στο αλκοόλ, αρχίζοντας από την πατρική κατοικία και φθάνοντας στο χώρο εργασίας και διασκέδασης. Την επίπτωση του αλκοολισμού σε μία χώρα επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις. Στους άντρες, η έναρξη τοποθετείται γύρω στα 20, ενώ σπάνια παρατηρείται μετά τα 45 έτη ηλικίας. Η εκδήλωση μετά τα 45 είναι αρκετά σπάνια και θα δημιουργούσε υπόνοιες ότι η χρήση του οινοπνεύματος είναι δευτεροπαθής σε έδαφος συναισθηματικής διαταραχής ή οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Αντίθετα στις γυναίκες, η έναρξη της χρήσης αλκοόλ γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι στους άνδρες. Ορισμένα άτομα λόγω του επαγγέλματός τους, είναι εκτεθειμένα στην πρόκληση της χρήσης οινοπνεύματος, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τους εργαζόμενους σε καφετερίες και εστιατόρια. Παράλληλα, έχει αναφερθεί αυξημένη επίπτωση της νόσου στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις.

Ανεξάρτητα από τους γενετικούς παράγοντες, οι αλκοολικοί, σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν γονείς ή αδέρφια αλκοολικούς. Ο μηχανισμός με τον οποίο η συνήθεια του ποτού μεταφέρεται από γενιά σε γενιά θεωρείται ότι βασίζεται στον ψυχολογικό μηχανισμό της ταύτισης. Με αυτόν, τα παιδιά υιοθετούν χαρακτηριστικά και πρότυπα συμπεριφοράς από τα άτομα του περιβάλλοντος που μεγαλώνουν (Jaffe, 1995).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ιδιαίτερα ότι οι επαγγελματικές ατυχίες, οι προσωπικές ή οικογενειακές δυσκολίες ομαλής συμβίωσης, τα οικονομικά προβλήματα και οι ατελείς διαπροσωπικές σχέσεις επιβαρύνουν μία ψυχοπαθητική προσωπικότητα, που μπορεί να αναζητήσει διέξοδο στα ναρκωτικά. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι μία κατηγορία ατόμων που κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών, χωρίς να υπάρχει ψυχική νόσος, είναι οι περιστασιακοί χρήστες, που ξεκινούν από περιέργεια ή λόγω του συγχρωτισμού με τοξικομανείς και μετατρέπονται σταδιακά σε εξαρτημένους.

1.3.3. Ψυχοπαθολογικά αίτια της τοξικοεξάρτησης

Τα ψυχιατρικά σημεία και συμπτώματα αποτελούν μία άλλη κατηγορία παραγόντων που επηρεάζουν την εξάρτηση. Αυτά, είτε σοβαρά και ευκρινή, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία, είτε ηπιότερα και δυσδιάκριτα, όπως το αίσθημα ντροπής, μπορούν να λυθούν με τη χρήση του κατάλληλου παράγοντα. Τα αποτελέσματα όμως αυτά είναι παροδικά, γεγονός που προδιαθέτει για επαναλαμβανόμενη χρήση, για ανάπτυξη ανοχής και δυνητικά για παρορμητική και εκτός ελέγχου κατάχρηση. Καθώς τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι παρόντα σχεδόν πάντοτε εκεί όπου ανευρίσκεται Διαταραχή Χρήσης Ουσιών (ΔΧΟ), χρειάζεται να γίνεται ενδελεχής έλεγχος για το ποια από αυτά προϋπήρχαν της χρήσης και ποια έπονται αυτής, καθώς οι ουσίες που χρησιμοποιούνται τείνουν να δημιουργούν περισσότερα συμπτώματα από αυτά που βελτιώνουν.

Τα φαινομενολογικά γνωρίσματα που συναντώνται συχνά στην προσωπικότητα των εξαρτημένων είναι η ανωριμότητα, η ανασφάλεια, η έλλειψη αντοχής στις ματαιώσεις. Γενικά πρόκειται για άτομα που μπορούν να περιγραφούν ως συνεσταλμένα, απομονωμένα, ανυπόμονα, ευέξαπτα, ευερέθιστα, αγχώδη, υπερευαίσθητα και σεξουαλικά καταπιεσμένα. Ορισμένες ψυχοδυναμικές θεωρίες που αφορούν τις διαταραχές της χρήσης των ουσιών έχουν επικεντρωθεί στην υπόθεση του υπερβολικά τιμωρητικού Υπερεγώ, στην καθήλωση στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και στη χρήση των ουσιών με σκοπό την καταστολή του ασυνείδητου άγχους. Το άγχος σε άτομα καθηλωμένα στο στοματικό στάδιο μπορεί να μειωθεί με τη λήψη ουσιών από το στόμα.

Η κλινική διάγνωση θα πρέπει να συνυπολογίζει την οικογενειακή ιστορία του υποκειμένου, τη διαλεκτική των διυποκειμενικών σχέσεων και τις συμβολικές ανασηματοδοτήσεις των συγκρούσεων. Η νευρωτική ή ψυχωτική δομή του υποκειμένου προσφέρει το πρωτογενές έδαφος, όπου θα αναπτυχθούν τα φαινόμενα εξάρτησης. Αυτή η κλινική αλληλουχία δεν δομείται ως σχέση αιτίου- αιτιατού, αλλά

αφήνει να διαφανεί ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα νευρωτικά ή ψυχωτικά συμπτώματα που προηγούνται και στην εξαρτητική παθολογία που έπεται, η οποία αναπτύσσεται συχνά σε βάρος εύθραυστων νευρωτικών ισορροπιών ή ασταθών ψυχωτικών αναπληρώσεων. Το αλκοόλ, για παράδειγμα, με την άρση των αναστολών και την καταστροφή των μετουσιώσεων που προκαλεί, δρα ως καταλύτης μιας μεταμόρφωσης, αποδεικνύοντας ότι αυτή δεν καθορίζεται από τις εγγενείς ιδιότητες του ως ουσία και τον βιοχημικό τους αντίκτυπο, αλλά από την προϋπάρχουσα δομή της προσωπικότητας. Έτσι, άλλο άτομο αποσύρεται στην μελαγχολία και άλλο γίνεται εξωστρεφές και αναιδές, αντιφατικές συμπεριφορές που μπορούν να παρατηρηθούν και στο ίδιο άτομο. Δεν έχει τόσο σημασία η ευαισθησία ή όχι ενός οργανισμού στο αλκοόλ, όσο έχει η υποκειμενική αξιοποίηση αυτής.

Στις αρχικές ψυχαναλυτικές θεωρίες διατυπωνόταν η θέση ότι λιβιδινικοί παράγοντες και επιθετικές ενορμήσεις οδηγούσαν στην εξάρτηση από ουσίες, πάντοτε υπό το πρίσμα του τοπογραφικού προτύπου συνειδητού και ασυνειδητού. Ο Fenichel θεωρούσε τον αλκοολισμό ως ένα δυσπροσαρμοστικό αμυντικό μηχανισμό που σκοπό είχε να επιλύσει μία νευρωτική σύγκρουση, συγκεκριμένα μεταξύ της εξάρτησης και της έκφρασης του θυμού (Fenichel, 1945). Ο Balint υποστήριξε ότι οι αλκοολικοί επιτυγχάνουν μία «εσωτερική αρμονία» διαμέσου της τοξίκωσης (Balint, 1968). Αργότερα υποστηρίχθηκε ότι η συμπεριφορά των εξαρτημένων έχει τις ρίζες της σε ανυπόφορες συγκινήσεις, σύγχυση, απουσία συναισθημάτων, αίσθημα αβοήθητου, οργής ντροπής και διαπροσωπικής απομόνωσης.

Υπάρχουν κλινικές παρατηρήσεις και μελέτες που ενισχύουν την σημαντικότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο ανθρώπινος ψυχικός πόνος στις ΔΧΟ. Αυτά τα άτομα όταν ερωτούνται για τη χρήση ουσιών απαντούν ότι αυτή τους κάνει να νοιώθουν «φυσιολογικοί», «ήρεμοι», «χαλαρωμένοι», «ζωντανοί», «γεμάτοι ενέργεια», «χωρίς άγχος». Αυτό που επισημαίνεται τόσο από τα ίδια τα άτομα όσο και από τους σύγχρονους ψυχοδυναμικούς θεωρητικούς είναι ότι η ΔΧΟ είναι μία επανορθωτική προσπάθεια του ατόμου.

Οι Wieder και Kaplan, στο τέλος της δεκαετίας του 1960, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο ότι «το επικρατούν συνειδητό κίνητρο για τη χρήση ουσιών είναι η ευχή να επιφέρουν με φαρμακολογικά μέσα μία μείωση της δυσφορίας την οποία το άτομο δεν μπορεί να επιτύχει με τις δικές του προσπάθειες». Έτσι οι ουσίες δεν επιλέγονται τυχαία και αδιάκριτα αλλά επιλέγονται για να δράσουν ως «δομικές προσθέσεις» (Wieder and Kaplan, 1969). Οι Milkman και Frosch, υποστήριξαν την άποψη ότι οι χρήστες ηρωίνης χρησιμοποιούν αυτή για τις ηρεμιστικές και καταπραυντικές της

ιδιότητες, ενώ οι χρήστες αμφεταμινών χρησιμοποιούν αυτές για τις διεγερτικές τους ιδιότητες, για να ενισχύσουν την μειωμένη αυτοπεποίθηση, να γίνουν πιο διεκδικητικοί και να αντιπαρατίθενται στο περιβάλλον τους (Milkman and Frosch, 1973). Αναφέρθηκε ότι οι ουσίες χρησιμοποιούνται από τα άτομα για να αναπληρώσουν ελλείμματα εναντίον αισθημάτων οργής, ντροπής και εγκατάλειψης (Wurmser, 1974). Έτσι, περαιτέρω επέκταση αυτών των θεωριών οδήγησε στη θεωρία της «αυτοθεραπείας», η οποία επικεντρώθηκε στη χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης ως προσπάθεια για ανακούφιση από τον συναισθηματικό πόνο. Οι απόψεις των Wieder και Kaplan συμπίπτουν με εκείνες του Khantzian, σύμφωνα με τον οποίο, οι χρήστες δεν επιλέγουν τυχαία τις ουσίες αλλά τις χρησιμοποιούν γιατί ανακαλύπτουν μία συγκεκριμένη φαρμακολογική δράση αυτών που τους επιτρέπει να ελαφρύνουν τον πόνο τους (Khantzian, 1997). Έτσι, τα οπιοειδή βοηθούν τους χρήστες να μετριάσουν ενοχλητικά συναισθήματα οργής που είναι πηγή πολλών προβλημάτων στη ζωή τους, αισθήματα που έχουν τις ρίζες τους σε προηγούμενες εμπειρίες όπου ήταν τα θύματα, οι θύτες ή και τα δύο. Τα ηρεμιστικά, μπορούν να βοηθήσουν άτομα αγχώδη, συναισθηματικά ευαίσθητα, να ανταπεξέλθουν στους φόβους τους σχετικά με την εξάρτηση, την οικειότητα και την εγγύτητα. Η κοκαΐνη, λόγω των ιδιοτήτων της χρησιμοποιείται τόσο από άτομα χαμηλής όσο και υψηλής ενεργητικότητας. Μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με χαμηλή ενεργητικότητα να ξεπεράσουν αισθήματα κούρασης και εξάντλησης σχετιζόμενα με κατάθλιψη, ενώ τα άτομα με υψηλή ενεργητικότητα μπορεί να τη χρησιμοποιούν γιατί αυξάνει την αυτοπεποίθηση ή και ενισχύει αυτό το σχήμα συμπεριφοράς.

Ο Dodes θεώρησε τις εξαρτήσεις ως υποσύνολο των καταναγκασμών και των παρορμήσεων. Η πράξη της χρήσης μιας ουσίας είναι εναλλακτική μιας πιο άμεσης δράσης, και στόχο έχει να διορθώσει το αίσθημα αβοήθητου ή την έκφραση οργής του χρήστη. Σημειώνει επίσης ότι οι παρορμήσεις μπορεί να ορισθούν, ως «έντονες ιδέες, που η παραμονή τους αναπαριστά και υποδηλώνει την ενέργεια μιας άλλης σχετικής και συνδεδεμένης παρορμητικής ιδέας που έχει αποσιωπηθεί». Αν θεωρήσουμε τη συμπεριφορά της εξάρτησης ως έκφραση μιας ιδέας η οποία πρέπει να εκτελεστεί και, παράλληλα, ως δράση η οποία πρέπει να θεωρηθεί αποτέλεσμα μετάθεσης εξαιτίας της ανάγκης να αποσιωπηθεί η απευθείας έκφραση του συναισθήματος, τότε η εξάρτηση μπορεί να γίνει κατανοητή ως μέρος των καταναγκασμών (Dodes, 1996).

Έρευνες των Shedler και Block, παρέχουν ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη της ανεπαρκούς εσωτερίκευσης των γονεϊκών λειτουργιών φροντίδας -στις αρχικές και μετέπειτα φάσεις της ανάπτυξης- ως αιτία της εξάρτησης από ουσίες (Shedler and

Block, 1990). Ο Kernberg περιέγραψε τέσσερα στάδια της ανθρώπινης ανάπτυξης που καταλήγουν στη σταθερότητα του αντικειμένου (Kernberg, 1975). Ο ίδιος πιστεύει ότι ο αλκοολικός αναπτύσσει ένα παθολογικό «μεγαλειώδη εαυτό», με αυξημένη αυτοεκτίμηση και αίσθηση δύναμης, που τροφοδοτείται από το αλκοόλ. Αυτός ο «μεγαλειώδης εαυτός» θεωρεί ότι ο εαυτός είναι τέλειος και το αντικείμενο αγαπητό και αρνείται όλες τις άλλες αισθήσεις. Οι αλκοολικοί χρησιμοποιούν τις άκαμπτες και πρωτόγονες άμυνες της διχοτόμησης του Εγώ, της άρνησης και της προβολής για να κρατήσουν μακριά από τη επίγνωσή τους τον κακό ή τον ανεπαρκή τους εαυτό, με κάθε κόστος. Οι αλκοολικοί χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να υπερνικήσουν τις άκαμπτες και υπερβολικές τους άμυνες.

Ο Kohut υποστήριξε την άποψη ότι ο χρήστης ουσιών δεν εσωτερικοποιεί τις λειτουργίες του εαυτοαντικειμένου, με αποτέλεσμα τη διάσπαση του εαυτού, ενάντια στην οποία ο χρήστης προσπαθεί να αντιδράσει με τη συμπεριφορά εξάρτησης (Kohut, 1977).

Ο Wurmser έκανε την υπόθεση ότι οι καταναγκαστικοί χρήστες ουσιών προσπαθούν να αποκαταστήσουν την παντοδύναμη θέση, όπου ο εαυτός τους είναι μεγαλειώδης και χωρίς όρια. Όταν επιβάλλονται όρια, βιώνονται τα οδυνηρά αισθήματα της οργής, ντροπής και εγκατάλειψης. Η οργή ακολουθεί την κατάρρευση του ιδανικού εαυτού και του ιδανικού κόσμου. Η ντροπή βιώνεται εξαιτίας της ανακολουθίας ανάμεσα στον περιορισμένο μέσα στα όρια και απογοητευμένο εαυτό και στον μεγαλειώδη, ιδανικό εαυτό. Τα αισθήματα εγκατάλειψης γίνονται καταστροφικά όταν τα εαυτοαντικείμενα δεν είναι τόσο δοτικά όσο αναμένονται να είναι. Η σημασία των ναρκωτικών βρίσκεται- σύμφωνα με τον Wurmser- στη δράση τους να μειώνουν ή και να εξαφανίζουν αυτά τα τρία βασικά συναισθήματα. Ο Σιφναίος με τον όρο «αλεξιθυμία» περιγράφει την κατάσταση εκείνη των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών κατά την οποία δεν μπορούν να λεκτικοποιήσουν τα αισθήματά τους. Αυτοί οι ασθενείς αδυνατούν να προσδιορίσουν πότε είναι λυπημένοι, κουρασμένοι, πεινασμένοι, άρρωστοι. Παραδόξως, αυτοί μπορούν να εμφανίσουν έντονα συναισθήματα για βραχεία περίοδο. Συμπερασματικά, η ευαλωτότητα στην ανοχή του συναισθήματος που επιδεικνύουν οι χρήστες ίσως να εμπλέκεται στις προσπάθειες να αποκλειστούν τα συναισθήματα και στην αδυναμία σύνδεσης του συναισθήματος με τα βιώματα τους (Wurmser, 1974).

Σύμφωνα με την McDougall (McDougall, 1978, 1982, 1984), οι συμπεριφορές των εξαρτημένων ατόμων διαθέτουν ποικίλες και αντιφατικές λειτουργίες και υπάρχουν ομοιότητες με τους ψυχοσωματικούς ασθενείς διότι χρησιμοποιείται ο ίδιος αμυντικός

μηχανισμός, η έννοια της «αλεξιθυμίας» που περιεγράφηκε παραπάνω. Οι εξαρτημένοι θέλουν –αμυντικά- να απορρίψουν το συναίσθημα, το οποίο βιώνουν βαθύτατα απειλητικό, λόγω των ελλειμμάτων στην οργάνωση του Εγώ. Η εκδραμάτιση, που χαρακτηρίζει τις εξαρτήσεις, είναι ιδιαίτερος τρόπος άμυνας που επιτρέπει στα άτομα να διατηρούν τη ψυχική τους ομοιοστασία όταν απειλείται η ισορροπία της ψυχικής τους οικονομίας. Το εξαρτημένο άτομο είναι το άτομο που αγωνίζεται δρώντας ενάντια στην οδύνη που ξεσπά και, ταυτόχρονα, είναι το άτομο εκείνο που νοιώθει αυτόν τον τύπο οδύνης γιατί είναι ανίκανο να χειριστεί ψυχικώς ορισμένα προβλήματα, δίνοντας λύσεις σε αυτό το επίπεδο.

Η προβληματική των εξαρτήσεων συνδέεται στενά με τα ελλείμματα των μεταβατικών φαινομένων και τις αποτυχίες της ενδοβολής που κανονικά καθίσταται δυνατή μέσω αυτών. Η McDougall – καθώς και άλλοι- θεωρεί τον αλκοολισμό ως «πράξη- σύμπτωμα» που αποκαλύπτει μια ανεπάρκεια στην ψυχική επεξεργασία και ένα έλλειμμα στη συμβολοποίηση που, και τα δύο, αντισταθμίζονται από την καταναγκαστική δράση η οποία στοχεύει στη μείωση της ψυχικής οδύνης διαμέσου της πλέον σύντομης οδού. Η κεντρική εστία της κλινικής του εξαρτημένου υποκειμένου τελικά, συμπίπτει με τη θέση ότι η εξάρτηση δεν είναι μία πρωτογενής πάθηση, αλλά μία δευτερογενής και επικαθορισμένη μορφή συμπτώματος, με την ευρύτερη έννοια του όρου. Σύμφωνα με αυτήν την τοποθέτηση, το σύμπτωμα αποτελεί ένα σχηματισμό συμβιβασμού, μία δυναμική εξισορρόπηση αντικρουόμενων ψυχικών τάσεων, που επιβάλλει σε αυτές ένα πλαίσιο συνύπαρξης, λειτουργώντας έτσι ως συγκερασμός και διαλεκτική σύνθεση ανταγωνιστικών ψυχικών απαιτήσεων. Τελικά, η McDougall θεωρεί τις εξαρτήσεις ως ανεπάρκεια του υποκειμένου να ανεχθεί την ψυχική οδύνη από την οποία προσπαθεί να προστατευθεί με την προσφυγή στα προϊόντα εξάρτησης που θα επιτρέψουν μία κάποια μορφή αποκατάστασης του ελλειμματικού μεταβατικού χώρου.

Συμπερασματικά, από ψυχοδυναμική σκοπιά, η χρήση ουσιών συνιστά μια προσπάθεια προσαρμογής για να απαλυνθεί ο ψυχικός πόνος και να βελτιωθούν τα ελλείμματα της αυτορρύθμισης και παράλληλα αναδεικνύονται οι κοινές σταθερές στη ψυχοπαθολογία του αλκοολισμού και της τοξικομανίας. Έτσι, κατά τη θεραπεία πρέπει να μην λησμονείται η ιδιαιτερότητα της κάθε διαταραχής και ακόμη περισσότερο να μην λησμονείται η ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενούς στην προσέγγιση του προβλήματός του και στόχος είναι η προσπάθεια κατανόησης των συναισθηματικών παραγόντων που βρίσκονται πίσω από την εξάρτηση και οδηγούν σε αυτή, ως επανορθωτική απάντηση. Ο στόχος αυτός καλλιεργείται από την αμοιβαία κατανόηση του πόνου του χρήστη, την

προοδευτική ανοχή και την τροποποίηση των επώδυνων συναισθημάτων με την απόκτηση ψυχολογικών δεξιοτήτων για τη φροντίδα του εαυτού του και της επαφής με την πραγματικότητα που δεν βασίζεται σε παιδικές φαντασιώσεις. Σε όλα αυτά σημαντική είναι και η συμβολή της υπαρξιακής ψυχοπαθολογίας για την οποία γίνεται όλο και λιγότερη μνεία στις μέρες μας (Ferbs, 1986, Khantzian, 1980, Rado, 1926, Rosenfeld, 1960).

1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών

1.4.1. Παγκόσμια κατάσταση

Είναι σε κάθε περίπτωση εξαιρετικά δύσκολο να απαντηθούν με βεβαιότητα ερωτήματα που σχετίζονται με το μέγεθος της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών παγκόσμια. Η ακριβής επικράτηση της χρήσης ουσιών όπως και ο πραγματικός, ακριβής, αριθμός των χρηστών και στην περίπτωση των ψυχοδραστικών - νομίμων και παρανόμων – ουσιών, όπως και σε πολλές άλλες περιπτώσεις εκτιμήσεων προβληματικών πεδίων της δημόσιας υγείας ή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αποτελούν κάτι σχεδόν αδύνατο. Ωστόσο η ανάπτυξη μεθόδων παρακολούθησης και καταγραφής όπως και η χρήση των νέων τεχνολογιών επιτρέπουν σε ένα βαθμό υψηλής αξιοπιστίας να εκτιμηθούν με μεγάλες πιθανότητες τα μεγέθη που αφορούν συγκεκριμένα φαινόμενα. Στο πλαίσιο της αδυναμίας αυτής, δύο είναι οι σημαντικές παγκόσμιες αναφορές που παρέχουν σημαντικές εκτιμήσεις και οι οποίες προέρχονται από διεθνείς οργανισμούς που υπάγονται στα Ηνωμένα Έθνη. Πρόκειται για το Γραφείο του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα στη Νέα Υόρκη και τη Διεθνή Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών που έχει έδρα στη Βιέννη.

Το Γραφείο για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα του ΟΗΕ (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC) αποτελεί ένα από τα διεθνή όργανα μελέτης των Ηνωμένων Εθνών που έχει στόχο την έγκυρη και συστηματική μελέτη του φαινομένου της κατάχρησης ουσιών στο σύνολο του. Κάθε χρόνο, αξιοποιώντας πηγές που συνδέονται με τις χώρες μέλη, εκδίδει την *Αναφορά για τα Ναρκωτικά στον Κόσμο* στην οποία επιχειρείται η εμπεριστατωμένη, σφαιρική και ισορροπημένη πληροφορία που περιλαμβάνει στοιχεία παραγωγής, διακίνησης, καταστολής αλλά κυρίως χρήσης (UNODC, 2007).

Παράλληλα, η Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board – INCB) για το 2006 κάνει, όπως

συνήθως μια γενική αναφορά για τη κατάσταση της κατάχρησης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών στον κόσμο αναφέροντας σε γενικές γραμμές τις μεταβολές που καταγράφονται σε κάθε ήπειρο. Η έκθεση αυτή αναφέρεται σε όλα σχεδόν τα πεδία που συνδέονται με το φαινόμενο της χρήσης κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνοντας τόσο στοιχεία που αφορούν την παράνομη καλλιέργεια και τη διακίνηση, όσο όμως και τη νομοθεσία τις τοπικές πολιτικές αλλά και την κατανάλωση (INCB, 2007).

Η έκθεση του 2007 που αναφέρεται στην κατάσταση της χρήσης ουσιών στον κόσμο υποστηρίζει ότι η ετήσια επικράτηση της χρήσης παρανόμων ουσιών για οποιαδήποτε ουσία ανέρχεται στο 4,8% του παγκόσμιου πληθυσμού 15-64 ετών που αντιστοιχεί σε διακόσια εκατομμύρια χρήστες. Το αντίστοιχο ποσοστό για όσους κάνουν συστηματικότερη χρήση – επικράτηση χρήσης τις τελευταίες τριάντα ημέρες – ανέρχεται στο 2,6% του παγκόσμιου πληθυσμού της ίδιας ηλικιακής ομάδας, ενώ το ποσοστό των προβληματικών χρηστών περιορίζεται στο 0,6% του παγκόσμιου πληθυσμού και αφορά περίπου εικοσιπέντε εκατομμύρια άτομα (UNODC, 2007).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) φαίνεται να συνδέονται με την προβληματικότερη εκδοχή της παράνομης χρήσης. Η ηρωίνη αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα για την Ευρώπη και την Ασία, ενώ στη Νότια Αμερική η κυρία ουσία που χρησιμοποιείται είναι η κοκαΐνη. Στην Αφρική, αντίθετα, κυριαρχεί η κάνναβη. Η κάνναβη πάντως είναι η ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο στον κόσμο αποτελώντας για περισσότερο από περίπου 165 εκατομμύρια άτομα την ουσία που χρησιμοποιεί τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Πιο συγκεκριμένα το 3,8% του παγκόσμιου πληθυσμού χρησιμοποίησε τους τελευταίους δώδεκα μήνες κάνναβη, το 0,6% αμφεταμινούχα σκευάσματα, το 0,2% έκσταση, το 0,3% κοκαΐνη, το 0,4% οπιοειδή και 0,3% ηρωίνη.

Φαίνεται ότι η κατανάλωση παρανόμων ουσιών σταθεροποιείται στη Βόρεια Αμερική και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ενώ δείχνει αυξητικές τάσεις τόσο στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όσο και στην Ασία και την Αφρική (UNODC, 2007· EMCDDA, 2006· NIDA, 2004).

Η Βόρεια Αμερική και οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης πάντως έχουν τους υψηλότερους δείκτες κατανάλωσης ηρωίνης και οπιοειδών, κάνναβης και κοκαΐνης. Εξαιρουμένων των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης όπου ο δείκτης επικράτησης ετήσιας χρήσης οπιοειδών έχει εκτιναχθεί στο 1,2%, τα οπιοειδή στη Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν ετήσια επικράτηση 0,5% την υψηλότερη από όλες τις άλλες περιοχές που συγκρίνονται (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005, EMCDDA, 2006).

Οι υψηλότεροι δείκτες ετήσιας επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης καταγράφονται στη Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης με 2,2% και 1,3% αντίστοιχα. Υψηλά, επίσης, ποσοστά αναφέρονται για τη Νότια Αμερική και την Ωκεανία που φτάνουν στο 0,8% ενώ στις υπόλοιπες περιοχές η χρήση εμφανίζεται σποραδική. Πάντως παρατηρείται μια σαφής αυξητική τάση κατανάλωσης κοκαΐνης στη Δυτική Ευρώπη και στη Νότια Αμερική ενώ αντίστοιχα στη Βόρεια Αμερική η κατανάλωση κοκαΐνης φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005· NIDA, 2004).

Η κάνναβη όπως προαναφέρθηκε είναι η σαφώς περισσότερο χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στον κόσμο. Η παραγωγή της είναι ένα φαινόμενο που αφορά περίπου όλες τις χώρες στον κόσμο αφού από το INCB και το UNODC αναφέρονται 172 χώρες που έχει επισημανθεί ως χώρες παραγωγής. Επιπλέον, η κάνναβη καταναλώνεται, με διαφορετικούς δείκτες επικράτησης, επίσης, από άτομα κάθε εθνικότητας αν και τόσο τα χαρακτηριστικά των καταναλωτών της όσο και ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων περιοχών. Η μεγαλύτερη επικράτηση ετήσιας χρήσης κάνναβης καταγράφεται στην Ωκεανία όπου το 15,8% του πληθυσμού μεταξύ 15-64 ετών χρησιμοποίησαν τον τελευταίο χρόνο κάνναβη. Αντίστοιχα στη Βόρεια Αμερική 10,7% των ατόμων 15-64 ετών χρησιμοποίησε τον τελευταίο χρόνο κάνναβη όταν στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Αφρικής καταγράφεται ένας λίγο χαμηλότερος δείκτης που φτάνει στο 7,4% (UNODC, 2007· SAMSHA, 2005· NIDA, 2004).

Οι γνώμες σχετικά με την τάση που παρατηρείται στην κατανάλωση κάνναβης δίστανται. Ενώ φαίνεται να υπάρχει μια σταθεροποίηση στους δείκτες κατανάλωσης στη Βόρεια Αμερική υπάρχει μια γενικευμένη αύξηση στις χώρες της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής. Τα στοιχεία από την Ευρώπη δείχνουν μικτές τάσεις που δεν επιτρέπουν εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων ενώ στην Ωκεανία που έχει τον υψηλότερο δείκτη επικράτησης παρατηρείται μια σαφής φθίνουσα τάση στην κατανάλωση. Ανάλογη τάση παρατηρείται στις χώρες της Ανατολικής και Νοτιοανατολικής Ασίας, ενώ αντίθετα στις χώρες της Νότιας και της Κεντρικής Ασίας παρατηρείται τάση αύξησης της χρήσης. Από την άλλη μεριά, η γενική εικόνα δείχνει ότι, τελευταία, η κατανάλωση κάνναβης ελαφρώς υποχωρεί. Αν και είναι παρακινδυνευμένο να θεωρήσει κάνει την πρόσφατη μικρή μείωση σταθερή αλλαγή τάσης, πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα σε εκτεταμένες έρευνες φαίνεται να συγκλίνουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Υπάρχουν ωστόσο πολλοί ειδικοί που υποστηρίζουν ότι η εικόνα είναι διαφορετική και ότι η

γενική αντίληψη που προκύπτει από όλη την προηγούμενη δεκαετία δεν ανατρέπεται ως τάση από μια προσωρινή, όπως την χαρακτηρίζουν, υποχώρηση. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί ότι και η νέου τύπου παραγόμενη κάνναβη, σε εσωτερικούς χώρους και με ισχυρότερη ψυχοδραστική ιδιότητα εξαιτίας της υψηλότερης περιεκτικότητας της σε τετραυδροκανναβινόλη (Δ9-tetrahydrocannabinol - THC), μπορεί να την καθιστά μεταξύ των καταναλωτών σε λιγότερο δημοφιλή ουσία αφού διαφοροποιείται ο βαθμός βαρύτητάς της (UNODC, 2007).

1.4.2.Η κατάσταση στην Ευρώπη

Υπάρχει ένα σημαντικό ενδιαφέρον σε όλες τις χώρες και κυρίως στα κεντρικά όργανα πολιτικής της Ευρώπης με αρμοδιότητα στη δημόσια υγεία στο να εκτιμήσουν τις πραγματικές ανάγκες που χρειάζεται να διαχειριστούν σχετικά με τη χρήση παρανόμων ουσιών. Κομβικό πεδίο στην προσπάθεια εκτίμησης αυτών των αναγκών είναι ο υπολογισμός της επικράτησης της παράνομης χρήσης στο γενικό πληθυσμό της κάθε χώρας αλλά και συνολικά τη Ευρώπης. Παρά το γεγονός ότι σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια σχετικά με την επικράτηση και τα πρότυπα χρήσης, είναι μικρός ο αριθμός των χωρών στις οποίες οι έρευνες αυτές γίνονται σε συστηματική βάση. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) έχει επιφορτισθεί με τη συλλογή δεδομένων από εθνικές πηγές μέσω εστιακών σημείων που τα κράτη μέλη διαθέτουν και συνθέτει μια σφαιρική εικόνα όπου παρουσιάζεται η «κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη» όπως τιτλοφορείται και η σχετική έκθεση που εκδίδεται ετησίως (ΕΚΠΙΝΤ, 2006).

Σύμφωνα με την έκθεση του ΕΚΠΙΝΤ (2010) η κάνναβη είναι η παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα στην Ευρώπη. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι - ανάλογα με τη χώρα αναφοράς - μεταξύ 2% και 31% του γενικού πληθυσμού (15 έως 64 ετών) έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Μία συνολική εκτίμηση για τον πληθυσμό της Ευρώπης θα ήταν περίπου το 22.5% του γενικού πληθυσμού, το οποίο αντιστοιχεί σε 75,5εκατομμύρια άτομα. Η χρήση κάνναβης, όπως και η χρήση άλλων παράνομων ναρκωτικών, είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των νέων και των νεαρών ενηλίκων. Μεταξύ 3% και 44% των νέων (από 15 έως 34 ετών) στην ΕΕ ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει κάνναβη. Στην ομάδα των ατόμων ηλικίας από 15 έως 24 ετών, μεταξύ 3% και 45% ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει κάνναβη, με τις περισσότερες χώρες να κυμαίνονται από 20% έως 40%. Το γεγονός ότι τα ποσοστά της

πρόσφατης (κατά το προηγούμενο έτος) ή της τρέχουσας(κατά τον τελευταίο μήνα) χρήσης, είναι σημαντικά χαμηλότερα από αυτά της χρήσης σε όλη τη ζωή, υποδηλώνει ότι η χρήση κάνναβης τείνει να είναι περιστασιακή ή ότι διακόπτεται μετά από κάποιο διάστημα.

Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση άλλων ουσιών, τα ποσοστά χρήσης κάνναβης εμφανίζονται σημαντικά μεγαλύτερα μεταξύ των ανδρών παρά μεταξύ των γυναικών. Στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα χρήσης κάνναβης έδειξαν ότι περίπου ένα στα τέσσερα άτομα (μεταξύ 19% και 33%) που ανέφεραν χρήση κάνναβης κατά τον προηγούμενο μήνα, έκαναν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση με τους περισσότερους από αυτούς να είναι νεαροί άνδρες. Σύμφωνα με μία εκτίμηση που παρουσιάστηκε στην ετήσια έκδοση του ΕΚΠΙΝΤ για το 2004 (βασισμένη σε στοιχεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από το 2000 μέχρι και το 2003 σε 8 χώρες) περίπου 3.000.000 άνθρωποι στην Ευρώπη κάνουν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης. Η εκτίμηση αυτή αφορούσε την κατώτατη εκτίμηση και ο αριθμός είναι πιθανό να είναι διαφορετικός σήμερα (ΕΚΠΙΝΤ, 2004). Παρά τις μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των ερευνών, έχει φανεί ότι η χρήση κάνναβης έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90 στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κυρίως μεταξύ των νέων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην περίπτωση του μαθητικού πληθυσμού, μεγάλη αύξηση στην επικράτηση μπορεί να παρατηρηθεί με μικρή αύξηση στην ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι η εκτίμηση της επικράτησης για μαθητές ηλικίας μεταξύ 15 και 16 ετών δεν θα πρέπει να γενικεύονται για τους μαθητές άλλων ηλικιακών ομάδων. Από το 1995 και μετά έχει παρατηρηθεί συστηματική αύξηση στις περισσότερες χώρες της ΕΕ του αριθμού των μαθητών που αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει κάνναβη.

Οι επιδημιολογικές έρευνες, επανειλημμένα, δείχνουν ότι τα αμφεταμινούχα είναι, μετά την κάνναβη, οι παράνομες ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα, μολονότι η συνολική επικράτηση της χρήσης τους είναι σαφώς χαμηλότερη από αυτήν της κάνναβης. Η εικόνα αυτή φαίνεται να αλλάζει, με το έκσταση να παίρνει τη δεύτερη θέση μετά την κάνναβη. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό (ηλικίας 15 έως 64 ετών) των χωρών μελών της ΕΕ, μεταξύ 0,1% και 5,9% αυτών ανέφερε ότι έχει δοκιμάσει αμφεταμίνη τουλάχιστον μία φορά, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία & Ουαλία) όπου το ποσοστό ανέρχεται σε 11,2%. Κατά μέσο όρο, το 3,7% των ενηλίκων Ευρωπαίων έχει κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά, δηλαδή περίπου 12 εκατομμύρια του ενήλικου πληθυσμού. Μεταξύ των νεαρών ενηλίκων (ηλικίας 15-34 ετών), η δοκιμή αμφεταμινών αναφέρεται σε ποσοστό από

0,1% έως 9,6%, με το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία& Ουαλία) να αναφέρει ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή 16,5 % (παρά το γεγονός ότι οι πρόσφατοι αριθμοί που αφορούν στη χώρα φαίνεται να συμβαδίζουν με αυτούς των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης).

Έκσταση έχει δοκιμάσει ποσοστό από 0,3% έως 7,1% όλων των ενηλίκων (ανάλογα με τη χώρα), με μέσο όρο για την ΕΕ το 3,7%(για τις ηλικίες 15-64). Μεταξύ των νεαρών ενηλίκων(ηλικίας 15 έως 34 ετών) σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 14,6%. Η χρήση έκστασης είναι κυρίως ένα φαινόμενο που αφορά τους νέους. Στην ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών, η χρήση σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 0,4% έως 18,7%, ενώ η χρήση κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,3% έως 12%. Με βάση τα στοιχεία νεότερων ερευνών, η χρήση έκστασης και αμφεταμινών, η οποία είχε παρουσιάσει αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια, μπορεί να σταθεροποιείται ή ακόμα και να μειώνεται σε κάποιες χώρες. Οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης έκστασης στο μαθητικό πληθυσμό υπερβαίνουν αυτές που αφορούν στη χρήση αμφεταμινών σε 14 από τις χώρες μέλη και τις υποψήφιες χώρες μέλη της ΕΕ, οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα ESPAD. Από το 1995 και μετά, η μεγαλύτερη αύξηση στη χρήση έκστασης σε όλη τη ζωή στο μαθητικό πληθυσμό έχει καταγραφεί στις νέες χώρες μέλη της ΕΕ της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης. Μείωση είχε παρατηρηθεί στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο πριν από το 1999 και τα ποσοστά αυτά παραμένουν από τότε σταθερά. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ESPAD το 2003 στο μαθητικό πληθυσμό, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερη από αυτή της χρήσης έκστασης σε 6 χώρες της ΕΕ, στη Νορβηγία και κάποιες υποψήφιες για ένταξη χώρες.

Με βάση διάφορες πρόσφατες έρευνες που διενεργούνται σε εθνικό επίπεδο για κάθε χώρα, ποσοστό μεταξύ 0,4% και 6% του γενικού πληθυσμού ενηλίκων αναφέρει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στην Ισπανία, την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα ποσοστά αυτά αντιστοιχούν σε περίπου 14.000.000 Ευρωπαίους, το 4,1%, δηλαδή, του πληθυσμού των ενηλίκων. Όπως και στην περίπτωση άλλων ουσιών, η χρήση κοκαΐνης επικεντρώνεται στους νεαρούς ενηλίκους, με τη δοκιμή να κυμαίνεται μεταξύ 1% και 10% και την πρόσφατη χρήση μεταξύ 0,2% και 4,8%. Η τρέχουσα(κατά τον τελευταίο μήνα) χρήση κοκαΐνης μπορεί να θεωρηθεί δείκτης πιθανής συστηματικής χρήσης. Μία εκτίμηση για τον πληθυσμό των ενηλίκων στην Ευρώπη είναι ότι 1.500.000 άνθρωποι έκαναν χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Στην περίπτωση των νεαρών ενηλίκων της Ισπανίας, του

Ηνωμένου Βασιλείου και της Βουλγαρίας τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης κυμαίνονται μεταξύ του 2% και του 4%. Εδώ και αρκετά χρόνια υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την αύξηση της χρήσης κοκαΐνης στην Ευρώπη, βάσει στοιχείων από διάφορες πηγές (π.χ. δείκτες της αγοράς, αιτήσεις για θεραπεία, θάνατοι). Παρά το γεγονός ότι ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης στην Ευρώπη σχετικά με τις τάσεις χρήσης κοκαΐνης φαίνεται να είναι αρκετά δύσκολος καθώς παραμένουν λίγες οι συστηματικές έρευνες στον τομέα αυτό, παρατηρείται σαφής τάση αύξησης της πρόσφατης χρήσης κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία κατά τη δεκαετία του 1990 και την δεκαετία 2000-2010. Οι τάσεις στις υπόλοιπες χώρες βρίσκονται υπό διαδικασία εκτίμησης και η αποσαφήνισή τους απαιτεί ευρύτερη διερεύνηση και συστηματικότερη μελέτη.

Οι εκτιμήσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που περιλαμβάνει κυρίως την ενδοφλέβια χρήση οπιοειδών κυρίως για την περίοδο 2000-2004 κυμαίνονται μεταξύ 1 και 10 περιπτώσεων ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Η επικράτηση φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών. Στις περιπτώσεις εκείνες, πάντως, όπου έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης για την ίδια χώρα, τα αποτελέσματα φαίνονται να συγκλίνουν.

Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις για τις νέες χώρες μέλη της ΕΕ δεν φανερώνουν μεγαλύτερη επικράτηση συγκριτικά με τις παλαιότερες χώρες μέλη της ΕΕ. Λίγες μόνο χώρες έχουν, άλλωστε, τη δυνατότητα να κάνουν εθνικές εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στις περιπτώσεις που τα στοιχεία αυτά είναι διαθέσιμα, συνήθως αναφέρονται σε πρόσφατη ενέσιμη χρήση. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών σε εθνικό επίπεδο κατά την περίοδο 2000-2004 κυμαίνονται από 1 έως 6 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, με εξαίρεση της Εσθονία, όπου η εκτίμηση φτάνει στις 15 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με τους χρήστες που κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών. Η αναλογία των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση και ξεκινούν θεραπεία διαφοροποιείται σημαντικά από χώρα σε χώρα τόσο σε ότι αφορά στον απόλυτο αριθμό όσο και στη επίπεδο των τάσεων που διαμορφώνονται ως προς τα ποσοστά επί του πληθυσμού που έχει ανάγκη θεραπείας. Σε κάποιες χώρες παρατηρήθηκε σημαντική μείωση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και τα χαμηλά αυτά επίπεδα διατηρούνται, αλλά αυτό δεν φαίνεται να χαρακτηρίζει τη γενική ευρωπαϊκή εικόνα. Σε αρκετές άλλες χώρες παρατηρείται μεγάλη αναλογία χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, η οποία παραμένει σχετικά σταθερή ή σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζει μικρή τάση μείωσης. Η αναλογία των χρηστών ηρωίνης που κάνουν ενέσιμη χρήση και βρίσκονται

σε θεραπεία αξιολογείται σε κάθε χώρα στο πλαίσιο των μειούμενων αριθμών χρηστών ηρωίνης που μπαίνουν σε θεραπεία για πρώτη φορά.

Η τάση στην περίπτωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών φαίνεται να παραμένει σχετικά σταθερή, με μικρές μόνο αυξομειώσεις, παρά το γεγονός ότι τα διαθέσιμα στοιχεία είναι σχετικά λίγα. Εκτιμήσεις σχετικά με την τάση της προβληματικής χρήσης δείχνουν μία γενική αύξηση από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια η τάση παραμένει σταθερή, με κάποιες χώρες να εμφανίζουν σαφή στοιχεία μείωσης και κάποιες άλλες να έχουν μία σταθερή εικόνα ή μικρές τάσεις αύξησης.

Επιπρόσθετα, πρόσφατοι, νέοι δείκτες που υιοθετήθηκαν φανερώουν μία στροφή προς μεγαλύτερη διαφοροποίηση της προβληματικής χρήσης με αύξηση της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών, τη μείωση της χρήσης ηρωίνης και την αύξηση της χρήσης διεγερτικών (π.χ. κοκαΐνης) σε πολλές χώρες. Το ΕΚΠΙΝΤ έχει ξεκινήσει τη διαφοροποίηση των οπιοειδών και των διεγερτικών στην εκτίμηση της προβληματικής χρήσης, παρά το γεγονός ότι οι εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση διεγερτικών είναι ιδιαίτερα περιορισμένες. Οι εκτιμήσεις σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο υποδηλώνουν ότι η επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ πόλεων και περιφερειών. Οι εκτιμήσεις αυτές εξαρτώνται κατά πολύ από τη διαθεσιμότητα των σχετικών στοιχείων, αλλά και από τη γεωγραφική περιοχή που εξετάζεται (ΕΚΠΙΝΤ, 2010).

1.4.3. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής έρευνας στο γενικό πληθυσμό του 2004, το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει η μία ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία. Υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρουσιάζεται στους άνδρες (13,3%, έναντι 3,9% στις γυναίκες) και στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (12,4%) και 18-24 ετών (11,9%). Πρόσφατη χρήση (δηλαδή χρήση μέσα στους 12 τελευταίους μήνες) δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,8% του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών και το 2,8% του πληθυσμού ηλικίας 25-35 ετών (ΕΠΨΥ, 2010).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας ESPAD στους μαθητές το 2003 χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή του δηλώνει ότι έχει κάνει ο ένας στους δέκα εφήβους ηλικίας 13-18 ετών, ενώ η χρήση αυξάνεται με την ηλικία. Διπλάσιος αριθμός αγοριών από ότι κοριτσιών αναφέρει εμπειρία χρήσης παράνομων ουσιών (13,3% και 6,9% αντίστοιχα) ή και συχνότερη χρήση (ΕΠΨΥ,

2010). Από τα στοιχεία της έρευνας στο γενικό πληθυσμό, η χρήση παράνομων ουσιών είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα (12,4%) σε σύγκριση με τη Θεσσαλονίκη (7,8%), ενώ ακολουθούν οι αστικές περιοχές (7,3%), με τα χαμηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (5,8%) (ΕΠΙΨΥ, 2010). Αντίστοιχα στους εφήβους, σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εφήβων ηλικίας 13-18 ετών σε Αθήνα (12,3%) αναφέρει εμπειρία χρήσης κάποιας παράνομης ουσίας από ότι στις υπόλοιπες αστικές (πόλεις άνω των 10.000 κατοίκων, 8,2%) και ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές (πόλεις κάτω των 10.000 κατοίκων, 6,7%) (ΕΠΙΨΥ, 2010).

Η περισσότερο διαδεδομένη παράνομη ουσία στον πληθυσμό είναι η κάνναβη και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες παράνομες ουσίες. Το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης ήταν το 2004 8,6% για το γενικό πληθυσμό ηλικίας 12-64 ετών (ΕΠΙΨΥ, 2010) και το 2007 9,8% για τους εφήβους ηλικίας 13-18 ετών (Κοκκέβη, 2005). Στους μαθητές ηλικίας 17-18 ετών, οι δύο στους δέκα (19,8%) αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για το ένα στα τέσσερα αγόρια αυτής της ηλικίας (26,4%). Η επικράτηση της χρήσης άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται μεταξύ 0,2% (GHB) και 2% (έκσταση). Το 2003, εισπνεόμενες ουσίες αναφέρεται ότι έχει χρησιμοποιήσει έστω και μία φορά το 13,4% των εφήβων- ηλικίας 13-18 ετών- και 7,1% μέσα στον τελευταίο χρόνο. Η χρήση εισπνεόμενων ουσιών αναφέρεται από περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια. Χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών χαπιών (χωρίς σύσταση ιατρού) αναφέρεται από το 3,9% των εφήβων, περισσότερο από τα κορίτσια, Αναβολικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1,3% των εφήβων, με τα αγόρια να υπερβαίνουν σε ποσοστό τα κορίτσια (2,2% και 0,5%, αντίστοιχα). Συγκριτικά, τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, η Ελλάδα τοποθετείται μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα ποσοστό χαμηλότερο του 9% των εφήβων μέχρι 16 ετών εμφανίζεται να έχει έστω και μια φορά εμπειρία χρήσης στη ζωή του ενώ σε χώρες όπως η Τσεχία, η Ελβετία, η Ιρλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες το αντίστοιχο ποσοστό είναι υψηλότερο από 40% (Hibel et. al., 2004). Στις χώρες της υπόλοιπης Δυτικής Ευρώπης ένας στους τρεις έφηβους εμφανίζεται να έχει χρησιμοποιήσει κάποια φορά στη ζωή του έστω και μία φορά παράνομη ουσία. Αντίστοιχα, χαμηλά ποσοστά κάθε είδους χρήσης κάνναβης (είτε πειραματική, είτε συστηματική είτε βαριά χρήση δηλαδή) καταγράφεται και στην έρευνα της WHO, στην οποία η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης (Currie et. al., 2004). Παράλληλα, όμως, και η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών, που περιλαμβάνει σύμφωνα με τον ορισμό του

EMCDDA, όσους συστηματικά κάνουν βαριά χρήση, συνήθως ενδοφλέβια οπιοειδών εμφανίζει μια μάλλον περιορισμένη επικράτηση με 3 χρήστες ανά χίλιους κατοίκους (EMCDDA, 2005). Το ποσοστό αυτό φαίνεται να συμφωνεί με την εκτίμηση του συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών που επιχειρεί να εκτιμήσει το ΕΚΤΕΠΝ στην Ελλάδα με την εφαρμογή της μεθόδου πολλαπλών εγγραφών παρακολουθώντας τα άτομα που ζητούν θεραπεία. Για το 2009 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των χρηστών ηλικίας 15-64 ετών που χρησιμοποιούν ως κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη υπολογίζεται σε λίγο λιγότερα από 20.000 άτομα (βαθμός εμπιστοσύνης 95% και ως εκ τούτου σε εύρος από 17.335 μέχρι 21.209 άτομα) εκτίμηση που αν και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με το 2008 δείχνει μια ελαφρά μείωση(ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες

2.1. Πολιτικές για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών

Οι διάφορες πολιτικές αντιμετώπισης της κατάχρησης ουσιών, αποτελούν μια χρήσιμη βάση για την κατανόηση της συγκρότησης των πολιτικών που τελικά εφαρμόζονται στην πραγματικότητα και αξίζει να γίνει μια σύντομη συνοπτική αναφορά στις γενικές τους αρχές αφού σηματοδοτούν την αφετηρία ως προς το επιστημολογικό και οντολογικό υπόβαθρο, αλλά και ως προς τις καταβολές από τις οποίες προκύπτουν οι κεντρικοί πυλώνες της σύγχρονης οργάνωσης μέτρων που αντιμετωπίζουν την κατάχρηση ουσιών.

Οι πολιτικές, έτσι, που διαμορφώνουν τη γενική στρατηγική που τελικά συγκροτείται, ευρύτερης ή εθνικής εμβέλειας, σχέδια δράσης μπορούν σε γενικές γραμμές να διακριθούν σε δύο κύριους άξονες που αποτελούν δύο αντιτιθέμενα άκρα: από τη μια μεριά η πολιτική της μηδενικής ανοχής που συνδέεται με την κάθε κόστους καταπολέμηση του συνόλου των παραμέτρων που συνθέτουν το φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών, με στρατηγικά εργαλεία τον ποινικό νόμο και την ευρεία κατασταλτική δράση. Από την άλλη μεριά η πολιτική της απόλυτης αποποινικοποίησης της χρήσης ουσιών και τη συλλήβδην νομιμοποίηση των στοιχείων που την καθορίζουν. Το μεσοδιάστημα του φάσματος, ωστόσο, καλύπτεται από ενδιάμεσες προτάσεις που για λόγους που συνδέονται με μια πραγματιστική και ρεαλιστική ανάλυση αλλά και εκκινώντας από δεοντολογικά κριτήρια διαμορφώνει μια μάλλον ανομοιογενή- ως προς τις επιμέρους πτυχές της,-οργάνωσή, αναζητώντας εναλλακτικές εκδοχές τόσο στην καθολική ποινικοποίηση όσο και στην απόλυτη αποποινικοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών (Τζαννετάκη, 2006).

Αν και ιστορικά το μοντέλο που φαίνεται να έχει κυριαρχήσει είναι αυτό των πολιτικών που συνδέονται με την κατασταλτική ποινικοποίηση εν τούτοις σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχει με μια ηπιότερη αντίληψη που συνδέεται με ενδιάμεσες πρακτικές όπου αποποινικοποιείται η χρήση και αναγνωρίζεται μια ελαφρυντική μεταχείριση των εξαρτημένων χρηστών που διαπράττουν ελάσσοнос σημασίας αδικήματα (Παρασκευόπουλος, 1997). Σε κάθε πάντως περίπτωση, ακόμα και όταν εξετάζονται μοντέλα και εφαρμοσμένες πρακτικές που μπορούν εύκολα να συνδεθούν με την πολιτική της αποποινικοποίησης της χρήσης, περισσότερο μπορεί κάποιος να ισχυρισθεί ότι πρόκειται για πολιτικές που επιλέγουν μεγαλύτερη ανοχή παρά ότι οι

εφαρμογές αυτές αποτελούν ένα πλέγμα μέτρων που αμιγώς αναφέρεται στην αποποινικοποίηση.

Στη βάση των παραπάνω, το σύνολο των – εθνικών – στρατηγικών που μπορούν να εκληφθούν και ως ένα γενικευμένο μοντέλο οργάνωσης πολιτικής συνδέεται με δύο βασικές κατευθύνσεις ως προς του στόχους των πολιτικών: τη μείωση της προσφοράς και τη μείωση της ζήτησης. Παρόλο που οι δύο αντίπαλες προσεγγίσεις που προαναφέρθηκαν αντιλαμβάνονται και σηματοδοτούν με διαφορετικό τρόπο τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς φαίνεται να συμφωνούν ότι αποτελούν δύο πεδία τα οποία οφείλει να συμπεριλαμβάνει οποιοδήποτε σχέδιο οργάνωσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών.

Ως μείωση της προσφοράς νοείται το σύνολο των μέτρων που προσπαθούν να επηρεάσουν τη διαθεσιμότητα των ουσιών. Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν πολλές επιμέρους οργανωμένες προσπάθειες όπως, περιορισμό της παραγωγής αλλά και των πύργων ουσιών, έλεγχο της διακίνησης των χημικών πρόσθετων που είναι απαραίτητα για την παραγωγή του τελικού προϊόντος που καταναλώνεται, την οργάνωση των συνοριακών ελέγχων, την αστυνόμευση, τον ποινικό μηχανισμό δίωξης.

Από την άλλη μεριά, ως μείωση της ζήτησης νοούνται οι εφαρμογές και τα μέτρα που στοχεύουν στη μείωση της ελκυστικότητας της χρήσης ουσιών και συνδέονται με πρακτικές που περιλαμβάνουν τα προγράμματα πρόληψης, της θεραπείας και της επανένταξης. Στο πλαίσιο αυτό, σε ότι αφορά την πρόληψη, η έμφαση δίνεται στα πεδία της αποφυγής ή της καθυστέρησης της χρήσης απαγορευμένων και νομίμων ψυχοδραστικών ουσιών με προγράμματα εκπαίδευσης, αγωγής υγείας, κοινοτικές παρεμβάσεις και με ομάδες στόχους κυρίως παιδιά ή έφηβους, συνήθως μαθητές, αλλά και εκπαιδευτικούς, γονείς ή άλλα εκ του ρόλου τους σημαντικά πρόσωπα όπως είναι οι γυμναστές, οι προπονητές και οι αθλητικοί παράγοντες. Υπάρχουν επιπλέον δράσεις που απευθύνονται σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι νέοι με παραβατική συμπεριφορά, ειδικές επαγγελματικές ομάδες ή και μειονοτικές ομάδες που η επιδημιολογία έχει δείξει ότι αποτελούν δυνάμει ευάλωτες ομάδες για κατάχρηση ουσιών.

Στο ίδιο πλέγμα πολιτικών μείωσης της ζήτησης περιλαμβάνονται επίσης τα προγράμματα θεραπείας και επανένταξης που πλέον απευθύνονται σε όσους ανέπτυξαν μια προβληματική χρήση με τις ψυχοδραστικές ουσίες. Το ευρύ πεδίο τυπολογίας θεραπευτικών παρεμβάσεων ποικίλει από προγράμματα που στοχεύουν απλώς στη μείωση της βλάβης από τη χρήση μέχρι και την ολιστική υποστήριξη για την οριστική διακοπή της χρήσης και την αποχή από τη χρήση ουσιών και την πλήρη τους

επανεένταξη. Παρόλο που η συστηματική παρουσίαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων θα αναλυθεί στη συνέχεια είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι τα προγράμματα μείωσης της ζήτησης θεραπευτικού χαρακτήρα γενικά διακρίνονται σε προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης, προγράμματα χαμηλών προσδοκιών μείωσης της βλάβης, προγράμματα αποτοξίνωσης, προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής –υποκατάστασης, ανταγωνιστών ή και συντήρησης – προγράμματα απεξάρτησης ημερήσιας παρακολούθησης ή διαμονής χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, προγράμματα που λειτουργούν στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος, προγράμματα επανεένταξης.

Οι πολιτικές μείωσης της ζήτησης περιλαμβάνουν επίσης μέτρα θεσμικού χαρακτήρα που προσπαθούν να ενισχύσουν τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης. Έτσι συχνά η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτήσεων υποστηρίζεται μέσω ευεργετημάτων που οι απεξαρτημένοι δικαιούχοι μπορούν να αξιοποιήσουν. Τέτοιου τύπου ευεργετήματα, συνήθως συνδέονται με διευκολύνσεις για την εκπαίδευση ή την επαγγελματική κατάρτιση των πρώην εξαρτημένων, την ευνοϊκότερη αντιμετώπισή τους από το ποινικό σύστημα, ή και με μέτρα που πριμοδοτούν την απασχόλησή τους είτε με ενίσχυση των εργοδοτών είτε με απευθείας ενισχυτικά επιδόματα για ανάπτυξη της ατομικής επιχειρηματικότητας.

Σε γενικές πάντως γραμμές από πολύ νωρίς έχει γίνει αποδεκτό, ότι ανεξάρτητα από το ποια προσέγγιση θα κυριαρχήσει ως προς τη θεωρητική αφετηρία οργάνωσης της πολιτικής που θα κυριαρχήσει σε εθνικό επίπεδο, η πρακτική αντιλαμβάνεται την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ως μια διεθνή, παγκόσμια υπόθεση που απαιτεί συνεργασία, συναίνεση και συντονισμένη δράση.

Στο πλαίσιο αυτό πολλές είναι οι διεθνείς συμβάσεις που από νωρίς έρχονται να συμβάλλουν σε μια κατά το δυνατό οργάνωση ενός κοινού τόπου για την ανάπτυξη συντονισμένης διεθνούς πρακτικής. Μερικές από τις σημαντικότερες είναι η Ενιαία Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά, του 1961 οποία και τροποποιήθηκε με το Πρωτόκολλο του 1972, η Σύμβαση για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες (1971) και η Σύμβαση κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών (1988), οι οποίες αποτελούν σημαντικότερες νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Εξάλλου, η Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά, του 1998, επιβεβαίωσε τη σκοπιμότητα της ολοκληρωμένης και ισόρροπης προσέγγισης, στα πλαίσια της οποίας η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης συνιστούν αλληλοεπηρεαζόμενα στοιχεία της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών.

Βασισμένη στα προηγούμενα, η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά για την οκταετία 2005 – 2012 που εγκρίθηκε από το Συμβούλιο της ΕΕ το Νοέμβριο του 2004, επικεντρώνεται σε δύο τομείς πολιτικής, τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς, καθώς και σε δύο εγκάρσια θέματα, τη διεθνή συνεργασία και την έρευνα, την πληροφόρηση και την αξιολόγηση (Συμβούλιο της ΕΕ, 2004). Ήδη από το προοίμιο του σημειώματος που αφορά τη στρατηγική διατυπώνεται η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, συντονισμού των επιμέρους εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης και ο υπερεθνικός χαρακτήρας που οφείλει να έχει η στρατηγική πλαίσιο της ΕΕ. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι αν και τα ναρκωτικά είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζεται κατά πρώτο λόγο σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, συνιστούν σε κάθε περίπτωση παγκόσμιο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται με διακρατικό πλαίσιο.

Οι άξονες στους οποίους βασίζονται οι θεματικές της πολιτικής όπως προκύπτει από τη στρατηγική της ΕΕ περιλαμβάνουν κατά πρώτο τον τομέα τη δημόσιας υγείας όπου τονίζεται ότι Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για το μετριασμό των βλαβερών συνεπειών των ναρκωτικών για την υγεία, μεταξύ άλλων μέσω της πληροφόρησης και της πρόληψης. Κατά δεύτερον αναφέρεται στις πύργους χημικές ουσίες, οι οποίες μπορούν να εκτραπούν και να χρησιμοποιηθούν για την παρασκευή παράνομων ναρκωτικών, η νομοθεσία της ΕΚ προβλέπει ένα πλαίσιο για τον έλεγχο του εμπορίου προδρόμων ουσιών στο εσωτερικό της Κοινότητας καθώς και με τρίτες χώρες. Όσον αφορά, κατά τρίτο, το ξέπλυμα χρημάτων, η κοινοτική νομοθεσία θεσπίζει σειρά μέτρων και για την πρόληψη του ξέπλυματος των εσόδων από ναρκωτικά. Το τέταρτο σημείο αφορά τη δικαιοσύνη και τις εσωτερικές υποθέσεις, τη συνεργασία μεταξύ αστυνομικών, τελωνειακών και δικαστικών αρχών και τονίζεται ότι είναι ένα βασικό στοιχείο για την πρόληψη και την καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών. Έτσι κρίνει ως μείζον βήμα την έκδοση της απόφασης πλαισίου σχετικά με τη διακίνηση ναρκωτικών για τη θέσπιση στοιχειωδών διατάξεων όσον αφορά τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων, καθώς και των ποινών που επιβάλλονται στον τομέα της διακίνησης ναρκωτικών. Τέλος, στον τομέα των εξωτερικών σχέσεων αναφέρεται ότι η ΕΕ αναλαμβάνει διεθνή δράση με συνδυασμό πολιτικών πρωτοβουλιών, όπως τα σχέδια δράσης και ο διάλογος σχετικά με τα ναρκωτικά με διάφορες περιοχές παγκοσμίως, καθώς και η παροχή βοήθειας μέσω προγραμμάτων ανάπτυξης (Συμβούλιο της ΕΕ, 2004).

Η στρατηγική αυτή προβλέπει συνεργασία με φορείς διακρατικούς που μπορούν να συμβάλλουν στη διατύπωση του Σχεδίου Δράσης της Ευρώπης που επί της ουσίας

αποτελείται από τα επιμέρους Εθνικά Σχέδια Δράσης η εφαρμογή των οποίων θα αξιολογείται και το πλαίσιο των οποίων οφείλει να ορίζεται από κοινά κριτήρια. Συγκεκριμένα αναφέρεται από το Συμβούλιο ότι αφού μελετήθηκε αφενός η σημερινή κατάσταση όσον αφορά τα ναρκωτικά σε καθένα από τα 25 κράτη μέλη και αφετέρου οι διαφορές της κατάστασης αυτής στις διάφορες περιοχές, κράτη μέλη και ομάδες κρατών μελών, χρειάζεται να σχεδιασθούν παρεμβάσεις που θα περιληφθούν στα σχέδια δράσης με βάση πέντε κριτήρια: (1) Οι ενέργειες στο επίπεδο της ΕΕ πρέπει να προσφέρουν σαφή προστιθέμενη αξία και τα αποτελέσματά τους πρέπει να μπορούν να σταθμισθούν και να είναι ρεαλιστικά. Θα πρέπει να δηλώνεται εκ προοιμίου ποια είναι τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. (2) Στα σχέδια δράσης πρέπει να δηλώνεται ρητά το χρονικό πλαίσιο εντός του οποίου θα πρέπει να υλοποιηθούν οι δράσεις (κατά προτίμηση κατά τη χρονική διάρκεια του σχεδίου δράσης), καθώς και οι αρμόδιοι για την εφαρμογή τους και για τη σχετική με τις δράσεις έκθεση προόδου. (3) Οι δραστηριότητες πρέπει να συμβάλλουν άμεσα στην επίτευξη ενός τουλάχιστον των στόχων ή προτεραιοτήτων που ορίζονται από τη Στρατηγική. (4) Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι οικονομικά αποδοτικές. (5) Σε κάθε τομέα, ο αριθμός παρεμβάσεων ή δραστηριοτήτων πρέπει να είναι περιορισμένος.

Επιπλέον, στη Στρατηγική αυτή κατονομάζονται οι ειδικοί στόχοι που περιλαμβάνει στον τομέα της μείωσης της ζήτησης και συγκεκριμένα γίνεται λόγος για: λήψη μέτρων ώστε να μην αρχίζουν οι άνθρωποι να χρησιμοποιούν ναρκωτικά, λήψη μέτρων ώστε να μην καταστεί συνήθεια η δοκιμή ναρκωτικών για λόγους απόκτησης εμπειριών, έγκαιρη παρέμβαση για να αποτραπούν επικίνδυνες συνήθειες κατανάλωσης, πρόβλεψη προγραμμάτων θεραπείας, πρόβλεψη προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, μείωση υγειονομικών και κοινωνικών βλαβερών συνεπειών που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Όλα αυτά τα μέτρα θεωρούνται στο πνεύμα της στρατηγικής συμπληρωματικά και θα πρέπει να παρέχονται κατά τρόπο ολοκληρωμένο και να συμβάλλουν τελικά στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εξάρτησης καθώς και στη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών συνεπειών που συνδέονται με τα ναρκωτικά.

Στο πλαίσιο αυτό, σχεδόν στο σύνολο των χωρών μελών έχουν εκπονηθεί Εθνικά Σχέδια Δράσης. Στην Ελλάδα η Εθνική Στρατηγική και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης που από το 2006 έχουν ανακοινωθεί, εναρμονίζονται με τις βασικές αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής.

Πιο συγκεκριμένα η Εθνική Στρατηγική περιλαμβάνει άξονες που σχετίζονται με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων στη μείωση της ζήτησης με αύξηση

της προσβασιμότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες και με βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών που περιλαμβάνει ισόρροπη ανάπτυξη προγραμμάτων. Επιπλέον, καθιερώνει επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης για ειδικές ομάδες στόχους. Υιοθετεί την ανάγκη συστηματικής αξιολόγησης των θεραπευτικών ομάδων. Συστήνει την επέκταση υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και παρεμβάσεων στο δρόμο. Διατυπώνει την ανάγκη επέκτασης των προγραμμάτων για την πρόληψη της διάδοσης HIV, της ηπατίτιδας C και άλλων αιματογενών λοιμώξεων ή νόσων. Επιδιώκει τη μείωση της θνησιμότητας που συνδέεται έμμεσα με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Προτρέπει για σχεδιασμό μέτρων που μειώνουν τη δημόσια παρενόχληση και στο πλαίσιο αυτό, συστήνει ότι πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα ώστε να αναπτυχθεί συνεργασία των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων και την κοινωνία των πολιτών. Επισημαίνει την ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης εναλλακτικών μέτρων στην ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων και ενίσχυση των προγραμμάτων υποστήριξης στα σωφρονιστικά καταστήματα. Και, τέλος, συστήνει τον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Από την άλλη μεριά το Εθνικό Σχέδιο Δράσης εξειδικεύει τους στόχους της στρατηγικής αυτής με συγκεκριμένα μέτρα και χρονοδιάγραμμα. Οι βασικοί άξονες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι πέντε: ο συντονισμός, η μείωση της ζήτησης, η μείωση της προσφοράς, η διεθνής συνεργασία, και η εκπαίδευση, η έρευνα και η αξιολόγηση (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Παρόλο που το Εθνικό Σχέδιο Δράσης είχε εξαγγελθεί το 2006, το 2007 το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης τετραετές επικεντρώνοντας κυρίως σε ζητήματα που αφορούν στον τομέα της μείωσης της ζήτησης όπου προτείνονται οργανωτικές αλλαγές στο χάρτη υπηρεσιών απεξάρτησης και πρόληψης και μια στροφή σε περισσότερο ολιστική αντίληψη της οργάνωσης των υπηρεσιών που στοχεύει στην εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας (ΥΥΚΑ, 2007).

2.1.1. Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Ο τρόπος με τον οποίο συγκροτείται η θεώρηση της αιτιολογίας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες καθορίζει και την προσέγγιση που οργανώνει την προσπάθεια αντιμετώπισής της. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι άξονες προσέγγισης, ανεξάρτητα από τις επιμέρους υποκατηγορίες που διακρίνονται στην καθεμία είναι δύο ειδών. Από τη μία μεριά είναι η ιατροκεντρική προσέγγιση, που συνδέει την εξάρτηση με βιολογικούς κυρίως παράγοντες και εν πολλοίς αναγνωρίζει την εξάρτηση ως νόσο, και

από την άλλη η ψυχοκοινωνική, που αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως ένα σύμπτωμα σημαντικών πεδίων δυσλειτουργίας.

Η ιατροκεντρική προσέγγιση ορίζει την εξάρτηση ως «υποτροπιάζουσα αυτοπροκαλούμενη νόσο του εγκεφάλου» και επικεντρώνει τη μελέτη στη βιοχημική λειτουργία των συνάψεων των νευροδιαβιβαστών καθορίζοντας ανάλογα και το πεδίο της παρέμβασης. Αν και η ψυχολογική υποστήριξη είναι απολύτως αποδεκτή για τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το βασικό εργαλείο το οποίο προσπαθεί να εξελίξει είναι η φαρμακευτική παρέμβαση με στόχο την αντιμετώπιση τόσο της αυξάνουσας επιθυμίας για τη λήψη της ουσίας όσο και των συμπτωμάτων που συνδέονται με τη διακοπή της λήψης της. Η ανάπτυξη των νευροεπιστημών σε συνδυασμό με την κατανόηση της λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών στο ευφορικό σύμπτωμα που προκαλεί η κάθε ψυχοδραστική ουσία έκανε δυνατή την έρευνα σε φαρμακευτικές ουσίες που μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως υποκατάστατα είτε ως ανταγωνιστές του συμπτώματος. Έτσι, τα υποκατάστατα παράγουν συμπτώματα ανάλογα με αυτά της ψυχοδραστικής ουσίας αλλά εξαιτίας του τρόπου χρήσης, του στόχου και του περιβάλλοντος στο οποίο χρησιμοποιούνται, οι επιπτώσεις αφορούν μόνον την αλλοίωση της συνείδησης ή της διάθεσης χωρίς να συνδέονται με τις πολλές συχνά επώδυνες και σοβαρές συνέπειες που προκαλεί η χρόνια χρήση απαγορευμένων ψυχοτρόπων ουσιών. Οι ανταγωνιστές από την άλλη μεριά αποτελούν ουσίες που έχουν την ιδιότητα να απενεργοποιούν την ικανότητα μεταβίβασης ικανού μηνύματος των νευροδιαβιβαστών και ως εκ τούτου η ψυχοτρόπος δράση της ουσίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα ακυρώνεται και το ευφορικό σύμπτωμα αδρανοποιείται. Ιδιαίτερα για τα οπιοειδή η μεθαδόνη αρχικά, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη αργότερα αποτέλεσαν σημαντικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση της εξάρτησης.

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως γενικευμένη βιοψυχοκοινωνική δυσλειτουργία. Είναι δηλαδή το σύμπτωμα του συνδυασμού βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών που συμπίπτουν σε μια χρονική περίοδο και οδηγούν το άτομο στην υπερκατανάλωση μιας ουσίας και τελικά στην εξάρτηση από αυτή. Για την αντιμετώπιση της εξάρτησης η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση προτείνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων που ενισχύει το άτομο σε μια διαδικασία αλλαγής, ώστε να επιλέξει συμπεριφορές που αποκλείουν τη χρήση ουσιών για την αντιμετώπιση των μειζόνων προβλημάτων που βιώνει. Αντιλαμβανόμενη τη χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση ως μια δυναμική διαδικασία στην οποία σταδιακά περνά ο εξαρτημένος χωρίς απαραίτητα να πρέπει να διατρέξει το σύνολο αυτής της πορείας, η συγκεκριμένη προσέγγιση συνδέει την απεξάρτηση με μια

ανάλογη πορεία κατά την οποία ο εξαρτημένος καλείται να υιοθετήσει αλλαγές νοηματοδοτώντας τόσο τη χρήση όσο και την αποχή σε μια προοπτική προσωπικής ανάπτυξης και δημιουργικότητας. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση θεωρεί ότι η αποτοξίνωση, η διακοπή δηλαδή της χρήσης κάποιας ουσίας και η εξάλειψη της οργανικής ανάγκης για λήψη της ουσίας, αποτελεί μόνο μια πρώτη φάση στη διαδικασία απεξάρτησης που χρειάζεται να συμπληρωθεί από τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, την αντιμετώπιση δηλαδή των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτίων που την επιβάλλουν.

Οι δύο προσεγγίσεις φαίνεται να διαφέρουν ως προς τον τελικό στόχο, δεδομένου ότι η πρώτη ακολουθεί μια συντηρητική αγωγή που βασίζεται στη μακρόχρονη λήψη του φαρμάκου από τον ασθενή-εξαρτημένο, ενώ η δεύτερη συνδέεται με μια ενσυνείδητη αναγνώριση της συμπεριφοράς κατάχρησης και την αντιμετώπισή της ως προς την ουσία της επιλογής του ατόμου.

Αν και οι δύο προσεγγίσεις φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά, ιδιαίτερα στον τρόπο με τον οποίο συγκροτούν την κλινική πρακτική, στην οργάνωση των θεραπευτικών στόχων που υπηρετούν συνδέονται σε αρκετά κοινά πεδία. Κατ' αρχάς για τα προγράμματα που αντιμετωπίζουν την προβληματική χρήση και την εξάρτηση ένας πρώτος μείζων στόχος είναι η μείωση ή και η αποχή από την χρήση ψυχοδραστικών απαγορευμένων ουσιών. Ένας δεύτερος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που απορρέουν από τη χρήση και αφορούν την υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ενεργοποίηση των προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, ένας τρίτος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που συνδέουν την χρήση και κατάχρηση ουσιών με αντικοινωνική συμπεριφορά η οποία επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό, εγκλεισμό και απομόνωση (Πουλόπουλος, 2005).

Η έρευνα άλλωστε έχει αποδείξει ότι η μείωση του συνόλου των επιπτώσεων από την κατάχρηση ουσιών, ανεξάρτητα από την προσέγγιση που συγκροτεί την κάθε υποστηρικτική προσπάθεια, είναι πολύ μεγαλύτερη για όσους συμμετείχαν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση από όσους δεν συμμετείχαν (McLellan, 2000· 2002).

2.1.2. Ανοικτά Θεραπευτικά Προγράμματα

Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 αναπτύχθηκαν προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή, επιχειρώντας να συνδυάσουν διάφορα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο διαφορετικών τύπων θεραπευτικών παρεμβάσεων και προσεγγίσεων: από πολύ

εντατικά καθημερινά προγράμματα που προσομοιάζουν με θεραπευτική κοινότητα μέχρι ολιγόωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις που αξιοποιούνται για υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία. Στις τεχνικές που χρησιμοποιούν συμπεριλαμβάνονται συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, οικογενειακή υποστήριξη ή θεραπεία. Στο μεγαλύτερο, πάντως, μέρος τους παρέχουν υποστηρικτική συμβουλευτική μια ή δυο φορές τη βδομάδα για ένα διάστημα μερικών μηνών και καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, αν και παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές στη φιλοσοφία της θεραπείας, στις θεραπευτικές μεθόδους και στο προσωπικό που απασχολούν. Οι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών είναι συνήθως χρήστες που κάνουν ελαφρύτερη χρήση, με μικρότερη εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Η συχνότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα ποικίλει και εξαρτάται από τον τρόπο που είναι οργανωμένη η παρέμβαση, από την προσέγγιση των ανοικτών προγραμμάτων και από τους διαθέσιμους πόρους. Πάντως μπορεί να εξαντλείται σε μία επίσκεψη την εβδομάδα για ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική ή να φθάνει και ως την καθημερινή παρακολούθηση διαφορετικών θεραπευτικών, εκπαιδευτικών και άλλων δραστηριοτήτων.

Στα ανοικτά προγράμματα θα πρέπει να ενταχθούν και οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ) και των Ανώνυμων Нарκομανών (ΑΝ) που προσφέρουν επίσης σημαντική βοήθεια σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης (Ζαφειρίδης, 2001). Οι ομάδες αυτοβοήθειας έχουν στόχο μια σταδιακή πρόοδο που βασίζεται σε δώδεκα βήματα και επιχειρεί να υποστηρίξει εξαρτημένα άτομα ή άτομα που έκαναν χρήση ουσιών στο παρελθόν. Αν και δεν έχουν αξιολογηθεί επαρκώς, δεδομένου ότι δεν εντάσσονται στο επίσημο σύστημα υγείας πρόνοιας κάθε χώρας και συνήθως δεν προβαίνουν σε καταγραφή των συμμετεχόντων και των διαδικασιών του κλινικού πρωτοκόλλου που ακολουθούνται, θεωρούνται σημαντικοί υποστηρικτικοί μηχανισμοί στη μεταθεραπευτική υποστήριξη εξαιτίας του στενού δικτύου αλληλεγγύης που παρέχουν. Πολλά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης αξιοποιούν τις ομάδες αυτοβοήθειας στη διάρκεια της θεραπείας ή και μετά, αλλά διαφέρουν σημαντικά από το μοντέλο αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών και των Ανώνυμων Нарκομανών. Για πολλά άτομα η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας στη διάρκεια της θεραπείας ή μετά είναι συχνά βοηθητική για τη διατήρηση της αποχής από τη χρήση ουσιών.

2.1.3 . Η θεραπευτική κοινότητα

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα μοντέλα των προγραμμάτων απεξάρτησης από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Τόσο στην κατηγοριοποίηση που προτείνει το Pompidou Group του Συμβουλίου της Ευρώπης (Hendrics, 1999) για την ταξινόμηση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης το 1994 (Hartnoll, 1994), όσο και στις μεγάλες έρευνες αποτελεσματικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hubbard et. al., 1989·1984· Simpson & Sells, 1983· Simpson and Curry, 1997) τη δεκαετία του '70 και στην Ευρώπη (Gossop et. al., 1997) περισσότερο από μια δεκαετία αργότερα, οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών.

Οι ρίζες της θεραπευτικής κοινότητας είναι μακρές παρόλο που ιστορικά η σύγχρονη της εκδοχή τοποθετείται μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο καταρχάς στη Βρετανία στα μέσα της δεκαετίας του '40, και αργότερα, στο τέλος της δεκαετίας του '50, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι μελετητές συμφωνούν ότι η θεραπευτική κοινότητα για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης συνθέτει δύο σημαντικά μοντέλα οργάνωσης της παρέμβασης που αναπτύσσονται σχεδόν παράλληλα στην Αγγλία (τη δεκαετία του '40) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (στα μέσα της δεκαετίας του '30): την ψυχιατρικού τύπου θεραπευτική κοινότητα και τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (*Alcoholic Anonymous, AA*).

Έχει αναφερθεί ότι στον όρο θεραπευτική κοινότητα συχνά υπερτονίζεται το «*θεραπευτική*» σε βάρος του «*κοινότητα*» (Brook & Whitehead, 1980). Ο όρος «*θεραπευτική*» αφορά το αντικείμενο και το στόχο, ενώ μέσω του όρου «*κοινότητα*» περιγράφεται η διαδικασία και η μέθοδος. Η *θεραπευτική κοινότητα* σε κάθε περίπτωση εκλαμβάνεται ως ενιαίου νοήματος όρος στον οποίο περιλαμβάνεται τόσο η διαδικασία και η μέθοδος όσο και το μοντέλο της οργανωμένης παρέμβασης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (De Leon, 1997·1994). Αν και ο όρος *θεραπευτική κοινότητα* σήμερα τείνει να προσανατολίζει σχεδόν αποκλειστικά σε ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών, για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τη νεωτεριστική θεραπευτική πρακτική του ψυχιατρικού νοσοκομείου Northfield Psychiatric Hospital στην Αγγλία (Main, 1946), πρακτική που κατ' αρχάς φαίνεται να υιοθετήθηκε στο Νοσοκομείο Belmont Hospital, που αργότερα ονομάστηκε Henderson (De Leon, 2000) από τον M. Jones και την ομάδα του (Poulopoulos, 1998).

Σε μια μακρά πορεία όπου εντοπίζονται πολλές απόπειρες κριτικής των προσεγγίσεων, της πρακτικής και της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, ήδη από τη

συγκρότηση της ψυχιατρικής ως επιστήμης το 19ο αιώνα, η θεραπευτική κοινότητα για ψυχικά ασθενείς –ή καλύτερα στο πλαίσιο ιδρυμάτων που αντιμετωπίζουν τη ψυχική νόσο– φαίνεται να αποτελεί στα μέσα της δεκαετίας του ‘40 το τελευταίο και συστηματικότερα οργανωμένο μοντέλο εφαρμογής που διαπνέεται από τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Παρόλο που οι απόπειρες αυτές παρακολουθούν τη διαδρομή της ψυχιατρικής πρακτικής σε διάστημα περίπου ενάμιση αιώνα, εφαρμόζονται στο πλαίσιο της θεσμικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα. Αποτελούν σε μεγάλο βαθμό την απόληξη προσπαθειών τύπου «ηθικής θεραπείας» όπως εμφανίστηκε στην Αγγλία από τους Quaker (18ος αιώνας) και συνεχίστηκε μισό αιώνα αργότερα από τον J. Conolly με βασικό στόχο τον εξανθρωπισμό της φροντίδας που παρέχεται στα ψυχιατρικά άσυλα επισπεύδοντας την έξοδο του ασθενούς από αυτά. Υποστηρίζεται ότι οι απόπειρες αυτές αποτελούν μια σημαντική βάση για την ολοκλήρωση της θεσμοποίησης της ψυχοθεραπείας η οποία δίνει έμφαση σε κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική διαταραχή, σε αντίθεση με την ιατροκεντρική ψυχιατρική προσέγγιση που ταξινομεί την ψυχική νόσο βάσει του συμπτώματος και περιορίζει την παρέμβαση στο σωματικό – οργανικό πεδίο (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Ο όρος, όπως χρησιμοποιήθηκε από τον Main, περιέγραφε τη θεραπευτική μέθοδο που μετέφερε το κέντρο βάρους της κλινικής ευθύνης από το θεραπευτή, που λειτουργούσε ατομικά, στη θεραπευτική διεργασία της ομάδας, στην οποία συμμετείχε ως ισότιμο μέλος. Τα νοσοκομεία που υιοθέτησαν αυτή την πρακτική αναφέρονται από τον Rapaport (1960) ως χώροι οι οποίοι οργανώνονται σε κοινότητα και όπου όλα αναμένεται να συμβάλουν στην επίτευξη του κοινού στόχου, της διαμόρφωσης, δηλαδή, μιας κοινωνικής οργάνωσης που έχει θεραπευτικές ιδιότητες. Ο Rapaport αποδίδει τέσσερα χαρακτηριστικά στις θεραπευτικές κοινότητες που αναπτύχθηκαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αγγλίας: **Δημοκρατικότητα**, όλα τα μέλη έχουν από μία ισότιμη ψήφο. **Επιτρεπτικότητα**, τα μέλη της ομάδας χρειάζεται να διαχειρίζονται και να ανέχονται την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, όχι μόνον να την αντιμετωπίζουν ή να την τιμωρούν. **Κοινοτικότητα**, το να μοιράζονται σκέψεις είναι σημαντικό εκτός από αναγκαίο. **Αντιπαράθεση**, είναι αναμενόμενο να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των μελών και να διαχειρίζονται τις ερμηνείες που κάνουν άλλα μέλη σ’ αυτά τα προβλήματα (Clark, 1965· Brook and Whitehead, 1980· Pouloupoulos, 1998· Μπαϊρακτάρης, 1994). Οι Salasnek και Amini (1971) προσθέτουν ακόμη: την *παραγωγική δουλειά* εκ μέρους της ομάδας και τη *γρήγορη επιστροφή στην κοινωνία*, τη *χρήση εκπαιδευτικών τεχνικών* και την *πίσημη από τους ομότιμους* με δημιουργικούς

στόχους, τη *διάχυση της εξουσίας (Authority)* από το προσωπικό προς τους θεραπευόμενους και την *ταυτοποίηση* όλης της κοινότητας σε ότι αφορά στόχους, επιτυχίες και αποτυχίες και, τέλος, την *εγκατάσταση ανοικτής αμφίδρομης επικοινωνίας* μεταξύ των μελών στα οποία συμπεριλαμβάνονται ασθενείς και θεράποντες (Salasnek and Amini, 1971).

Ο Jones (1968α) διακρίνει στη θεραπευτική κοινότητα για ψυχιατρικούς ασθενείς σημαντικά στοιχεία στην οργάνωση και τη λειτουργία της: *ελεύθερη και ανοικτή επικοινωνία, μοίρασμα συναισθημάτων και εμπειριών, προσανατολισμό στην παραγωγική δουλειά, μεταφορά εξουσίας* από το προσωπικό στους ασθενείς, παρουσία ενός *χαρισματικού ηγέτη, ύπαρξη ομάδας με αρκετό χρόνο διαμονής* ικανής να αναλάβει μεγαλύτερη ευθύνη για την ένταξη των νέων μελών μέσα στη κοινότητα (Jones, 1968α· 1968β).

Η ψυχιατρικού τύπου θεραπευτική κοινότητα συχνά αναφέρεται ως μέρος της τρίτης επανάστασης στην ψυχιατρική η οποία μετακινείται από την ατομική παρέμβαση των κλινικών στην προσέγγιση της κοινωνικής ψυχιατρικής που ωθεί την πολυπρόσωπη εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, ευνοεί τη χρήση ομαδικών μεθόδων, δίνει βάρος στο περιβάλλον, ενισχύει την αλληλεπίδραση και την αμοιβαία εμπλοκή μεταξύ κλινικών και ασθενών, περιορίζοντας την ισχύ και την εξουσία των κλινικών, και διευκολύνει τους ασθενείς στο να εμπλακούν σε ένα ευρύ φάσμα αποφάσεων (Kennard, 1983).

Ο De Leon στην πιο πρόσφατη μελέτη στην οποία αναλύει διεξοδικά τη θεωρία και το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας (2000) καταλήγει στη συστηματική ταξινόμηση των χαρακτηριστικών των θεραπευτικών κοινοτήτων ψυχιατρικού τύπου που προκύπτουν από την προσέγγιση του M. Jones (1953), προσαρμόζοντας από τον Kennard (1983) τις ακόλουθες βασικές αρχές που οργανώνουν τη λειτουργία της νέας μεθόδου στο πλαίσιο των ψυχιατρικών κλινικών: όλη η οργάνωση επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η κοινωνική οργάνωση είναι χρήσιμη στο να δημιουργεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον που μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και δεν αποτελεί μόνον το διοικητικό υπόβαθρο όπου παρέχεται η θεραπεία, κεφαλαιώδες στοιχείο είναι *ο εκδημοκρατισμός*: το κοινωνικό περιβάλλον παρέχει ευκαιρίες για τους ασθενείς να παίρνουν ενεργό μέρος στις υποθέσεις του θεσμού. Οι σχέσεις στο σύνολό τους είναι δυνάμει θεραπευτικές και η ποιοτική ατμόσφαιρα στο κοινωνικό περιβάλλον είναι θεραπευτική, αφού εξισορροπείται μεταξύ αποδοχής, ελέγχου και ανοχής για διασπαστικές ενέργειες. Μεγάλη αξία έχει *η επικοινωνία*, μέσω της οποίας η ομάδα έχει προσανατολισμό στην παραγωγική εργασία και τη σύντομη επιστροφή στην κοινωνία.

Τεχνικές εκπαίδευσης και ομαδική πίεση χρησιμοποιούνται για δημιουργικούς σκοπούς και υπάρχει διάχυση της εξουσίας από το προσωπικό προς τους εξυπηρετούμενους.

Οι Gerstein και Harwood (1990) περιγράφουν τη θεραπευτική κοινότητα διαμονής για την απεξάρτηση ως έναν τρόπο να ορίσουμε τη φύση των ατομικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών τόσο σαν θεραπευτική προσέγγιση για την επανένταξη όσο και πιο συχνά για την ένταξη των εξαρτημένων από ψυχοτρόπες ουσίες ατόμων. Αυτή η αντίληψη χαρακτηρίζει την προσέγγιση των θεραπευτικών κοινοτήτων πολύμορφη και εντατική. Σύμφωνα με τους μελετητές οι θεραπευτικές κοινότητες δημιουργήθηκαν για να απαντήσουν στο ίδιο πρόβλημα που τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη προσπάθησαν επίσης να αντιμετωπίσουν: το σκληρό, εξαρτημένο από ηρωίνη εγκληματία (Gerstein and Harwood, 1990).

Η θεραπευτική κοινότητα διαμονής, ωστόσο, έχει μία ευρύτερη διάσταση: Υποστηρίζει θεραπευτικά, άτομα που είναι σοβαρά εξαρτημένα από κάποια ουσία ή από συνδυασμό ουσιών. Σημαντικές δυσλειτουργίες της κοινωνικής ζωής του ατόμου που συνδέονται με την εξάρτηση και διαμορφώνουν έναν τρόπο ζωής αποτελούν ένα όλον που έρχεται να αντιμετωπίσει η θεραπευτική κοινότητα, στοχεύοντας σε μια πλήρη ένταξη που περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές ως επίπτωση των ηθικών ρήξεων που το άτομο καλείται να κάνει. Σε αυτό το πλαίσιο, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αντιπροσωπεύει περισσότερο μία κοινωνιολογική πραγματικότητα παρά μία φαρμακολογική εδραίωση που απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Ως εκ τούτου, η ουσία αυτή καθαυτή έχει μικρότερη σημασία για τη θεραπευτική κοινότητα. Το σημαντικό είναι ότι το νόημα που παίρνει η χρήση της σε μια διαδικασία αποδόμησης του ατόμου που επιφέρει σημαντικές, ανεπιθύμητες και για το ίδιο επιπτώσεις: κοινωνικό αποκλεισμό, αδυναμία σύναψης κοινωνικών σχέσεων, αποκλεισμό από την αγορά εργασίας, ψυχολογικά και ιατρικά προβλήματα, παραβατική συμπεριφορά που το εκθέτει στο ποινικό σύστημα. Έτσι, στη δεκαετία του '80 η εξάρτηση από την κοκαΐνη έχει ξεπεράσει την ηρωίνη στον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων στη θεραπευτική κοινότητα στις ΗΠΑ με ένα συνολικά διαφορετικό προφίλ από των εξαρτημένων από την ηρωίνη που κυριαρχούσε στις αρχές της δεκαετίας του '70 (Hubbard et. al., 1989).

Η θεραπευτική κοινότητα ως μέθοδος απεξάρτησης βασίζεται στην ομαδική δουλειά σε ένα κοινωνικό περιβάλλον αλληλεξάρτησης και ασφάλειας το οποίο συνδέεται άμεσα με μία συγκεκριμένη ιστορική θεμελίωση. Η οργάνωση της καθημερινότητας περιλαμβάνει τα εξής: συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς δια μέσου μίας ευρείας σειράς αρχών και προδιαγραφών κοινής διαβίωσης: ομαδική, προσανατολισμένη και

ατομική ψυχοθεραπεία, που επεκτείνεται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες και εστιάζεται είτε σε τρέχοντα καθημερινά θέματα ή σε πιο βαθιά εδραιωμένα συναισθηματικά προβλήματα: ένα σύστημα από σαφώς προσδιορισμένες ανταμοιβές και περιορισμούς μέσα σε μία κοινοτική οικονομία συντήρησης τόσο του χώρου διαμονής όσο και την υιοθέτηση και διαχείριση όλων των άλλων απαιτούμενων ρόλων που καλούνται οι διαμένοντες να αναλάβουν μία σειρά ευθυνών που κατανέμονται ιεραρχικά, προνομίων, και εκτίμησης που αποκτά το κάθε μέλος στη βάση μιας σταδιακής ανάπτυξης που συνδέεται με τη θεραπευτική του πορεία.

Οι βασικές αυτές αρχές, τις οποίες ο De Leon επιχείρησε να κωδικοποιήσει, ισχύουν για το σύνολο των θεραπευτικών κοινοτήτων, ωστόσο, η θεραπευτική αγωγή δεν είναι ίδια σε όλες. Υπάρχει ουσιαστική κλινική διαφοροποίηση όσον αφορά στην προτεινόμενη διάρκεια παραμονής, την επαγγελματική διαφοροποίηση του προσωπικού και την αναλογία του προς τους εξυπηρετούμενους. Αυτές οι διαφορές, οι οποίες καθορίζονται από ιστορικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στην αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπευτικής κοινότητας.

Η θεραπευτική κοινότητα αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών ως σύμπτωμα μίας συνολικής αποκλίνουσας συμπεριφοράς, η οποία αντικατοπτρίζει ένα εμπόδιο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα χρόνιες ελλείψεις και αδυναμίες σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο. Η αντιμετώπιση μιας κατάστασης αδυναμίας που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών δεν είναι ένα στατικό, ύστερο φαινόμενο αλλά μια δυναμική διεργασία στην οποία συναντιούνται το άτομο ως βιοψυχοκοινωνικός οργανισμός, το κοινωνικό περιβάλλον και οι ουσίες (De Leon, 1986).

Με αυτή την έννοια, η σωματική εξάρτηση είναι δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με την ευρεία σειρά επιρροών που ελέγχουν τη συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου. Ομοίως, τα προβλήματα και οι καταστάσεις που συνδέονται με κάποια ενόχληση ή ταλαιπωρία αποτελούν συνηθισμένα σημάδια που στρέφουν στη χρήση ουσιών. Κάτω από αυτό το πρίσμα, δεν είναι η ουσία στο κέντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης αλλά η στάση των ατόμων που υιοθετούν τη συμπεριφορά της χρήσης ουσιών ως διαμεσολαβητικό μηχανισμό στην αντιμετώπιση σημαντικών προσωπικών προβλημάτων η οποία όμως γεννά νέα προβλήματα. Η θεραπευτική κοινότητα αντιλαμβάνεται τη θεραπεία ως μια προσπάθεια σφαιρικής κοινωνικής ένταξης.

Για τον Sugarman (1986) η θεραπευτική κοινότητα απομīmείται ένα πλαίσιο οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο ο εξυπηρετούμενος θα έπρεπε να είχε βιώσει

στα κρίσιμα προεφηβικά και εφηβικά χρόνια κατά τα οποία διαμορφώνεται. Η θεραπευτική κοινότητα, με αυτή τη βιωματική προσομοίωση που επιχειρεί, προσπαθεί να καλύψει το κενό των χαμένων χρόνων προσωπικής ανάπτυξης μέσα σε ένα εντατικό και σχετικά μικρό χρονικό διάστημα –περίπου 6 έως 12 μήνες εσωτερικής διαμονής και 6 έως 12 μήνες επιπλέον, σταδιακής επανένταξης στην κοινότητα. Παράλληλα υπάρχει μια συνεχής ενθάρρυνση και για εμπλοκή των πρώην χρηστών στην καθημερινότητα της ζωής στη θεραπευτική κοινότητα ώστε να υιοθετούν πρότυπα ρόλων που συμβάλλουν στην εκπαίδευση τους ως προς τις δεξιότητες που απαιτούνται για την κοινωνική τους ένταξη.

Σε γενικές γραμμές η θεραπευτική κοινότητα είναι μια εντατική, συστηματοποιημένη και ολιστική θεραπευτική πρόταση που αναπτύχθηκε στο περιθώριο των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, όταν η επιδημία της εξάρτησης βρήκε απροετοίμαστο τον επίσημο μηχανισμό δημόσιας υγείας. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 η θεραπευτική κοινότητα ανέλαβε να αντιμετωπίσει την εξάρτηση, όταν τόσο η κλασική ιατρική όσο και η ψυχιατρική απέφευγαν ή αδυνατούσαν να την αντιμετωπίσουν. Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα, το Synanon, είναι δημιουργία πρώην εξαρτημένων από αλκοόλ που συμμετείχαν σε προγράμματα των Ανωύμων Αλκοολικών, στην Καλιφόρνια. Η προσπάθεια του Synanon συγκεντρώθηκε στο να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον ως προς τον αποκλεισμό των ουσιών για την υποστήριξη πρώην ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ χρησιμοποιώντας τόσο τις αρχές της παρέμβασης των Ανωύμων Αλκοολικών όσο και το μοντέλο της κοινωνικής μάθησης (De Leon, 1995).

Ο βασικός στόχος των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι η προώθηση ενός περισσότερο ολιστικού τρόπου ζωής εντοπίζοντας περιοχές που απαιτούν αλλαγή, όπως οι αρνητικές κοινωνικές, ψυχολογικές ή συναισθηματικές συμπεριφορές που προϋποθέτει ή στις οποίες καταλήγει η χρόνια κατάχρηση ουσιών. Τα μέλη σε μια θεραπευτική κοινότητα συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία αυτών των αλλαγών σε μια διαδραστική λειτουργία εκπαίδευσης και μάθησης την οποία μοιράζονται με το σύνολο των ατόμων που διαβιούν στην κοινότητα: τα άλλα μέλη, το προσωπικό ή άλλοι ρόλοι μοντέλα που συμβιώνουν.

Εξαιτίας του πλέγματος των αυστηρών συμβολαίων, των κανόνων και των επιπτώσεων της παραβίασής τους οι θεραπευτικές κοινότητες δέχθηκαν αυστηρή κριτική από νωρίς και με δυσκολία απέκτησαν την αποδοχή που σήμερα χαίρει το σύστημα. Οι θεραπευτικές κοινότητες βεβαίως στη διάρκεια των ετών εξελίχθηκαν σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν με όρους αποτελεσματικούς τις ανάγκες των

εξαρτημένων. Παρόλο που πάντα η πίεση των ομότιμων εξακολουθεί να αποτελεί μια σημαντική τεχνική σήμερα υπάρχουν πολλών τύπων θεραπευτικές κοινότητες ζήτημα που κάνει σαφές ότι δεν υπάρχει ένα μοντέλο που να τις περιγράφει όλες.

Το μοντέλο θεραπείας της θεραπευτικής κοινότητας αλλάζοντας έχει συμπεριλάβει μια ποικιλία από υπηρεσίες που δεν εξαντλούνται μόνον στην ιατρική ή την ψυχιατρική φροντίδα αλλά περιλαμβάνει σημαντικά προγράμματα ενίσχυσης τόσο σε ότι αφορά την επίσημη εκπαιδευτική διαδικασία όσο και τη στοχευμένη επαγγελματική κατάρτιση με στόχο την αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη ή επανένταξη των μελών της. Το προσωπικό των θεραπευτικών κοινοτήτων αποτελείται από διεπιστημονική ομάδα στην οποία συνήθως συμμετέχουν και επαγγελματίες που στο παρελθόν υπήρξαν μέλη θεραπευτικής κοινότητας. Η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, Νοσηλευτές, ψυχιάτρους, γιατρούς, εκπαιδευτικούς αλλά και πολλούς άλλους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν συνήθως εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες.

Ως ψυχοκοινωνική μορφή θεραπείας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, οι θεραπευτικές κοινότητες στον κόσμο αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν πληθυσμούς με σοβαρότατα προβλήματα για τους οποίους ενδείκνυται φροντίδα μακράς διάρκειας. Στη θεραπευτική κοινότητα εντοπίζονται δυο μοναδικά χαρακτηριστικά (CSAT, 1999): Η αξιοποίηση της ίδιας της κοινότητας ως βασικού θεραπευτή και δασκάλου στη θεραπευτική διαδικασία και μια σημαντικά σαφής δομή με σταδιακή και συνεχή προοπτική όπου ο κλινικός σχεδιασμός συνδέεται με προσωπικές επιλογές, χρόνους και στόχους σε μια προγραμματική αυτοπραγμάτωση.

Αν και η τυπολογία των θεραπευτικών κοινοτήτων ή των μοντέλων οργάνωσης της θεραπευτικής παρέμβασης που αξιοποιεί τη μέθοδο της θεραπευτική κοινότητας παρουσιάζει πλέον σημαντική ποικιλία, οι θεραπευτικές κοινότητες διαμονής παρέχουν θεραπευτική υποστήριξη σε ένα πλαίσιο εικοσιτετράωρης βάσης, που εφτά μέρες τη βδομάδα λειτουργεί με δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων και ευθυνών. Παρόλο που η διάρκεια της θεραπείας επίσης ποικίλει, βασικά υπάρχουν πλέον δύο τύποι θεραπευτικών κοινοτήτων: της σύντομης διάρκειας (τριών μηνών) και της μακράς διάρκειας (από έξι μέχρι και δώδεκα μήνες). Σε κάθε περίπτωση, η θεραπεία δομείται σε τρία στάδια: την εισαγωγική φάση, την κύρια θεραπευτική παρέμβαση και την προετοιμασία για την επανένταξη (De Leon, 1994).

Η θεραπευτική κοινότητα στην Ελλάδα αποτέλεσε το πρώτο μοντέλο που εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Παρόλο που αναπτύχθηκε σε διαφορετικό πλαίσιο και κάτω από συνθήκες που τη διαφοροποιούσαν από την

ιστορική εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, διατηρώντας αρκετά από τα στοιχεία του μοντέλου, γρήγορα εξελίχθηκε σ' ένα τύπο θεραπευτικής παρέμβασης που προσαρμόστηκε στην ελληνική πραγματικότητα. Βασικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα είναι η προσπάθεια συνεχούς αλληλεπίδρασης με την κοινωνία και η εμπλοκή της δεύτερης τόσο στη λειτουργία της κοινότητας όσο και στο φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών γενικότερα. Επίσης, από πολύ νωρίς εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία η οικογένεια, ως θεραπευτικός σύμμαχος αλλά και ως πεδίο συστηματικής αλλαγής της ίδιας της οικογένειας η οποία συνδέεται με τους θεραπευτικούς στόχους του άμεσα εξυπηρετούμενου.

2.2. Το θεραπευτικό σύστημα απεξάρτησης στην Ελλάδα

Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής(ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης(ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, γενικά δημόσια νοσοκομεία(σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το σωματείο ΘΗΣΕΑΣ του Δήμου Καλλιθέας, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης(φυλακές Ελαιώνα).

Οι βασικοί τύποι θεραπείας που παρέχονται στην Ελλάδα, καταγράφηκαν στο «ερωτηματολόγιο για την Θεραπεία» του ΕΚΤΕΠΙΝ για το έτος 2009. Πρόκειται για 64 θεραπευτικές μονάδες απεξάρτησης οι οποίες διακρίνονται στους ακόλουθους τύπους:

- 22 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης. Επτά (7) από αυτές τις μονάδες έχουν ως κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη, ενώ δεκαπέντε(15) τη βουπρενορφίνη.
- 42 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για έντεκα(11) προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, δεκαέξι(16) εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και δεκαπέντε(15) εξωτερικής παραμονής εφήβων.

Στο σύνολο των θεραπευτικών μονάδων η δηλωθείσα δυναμικότητα σε θέσεις για το 2009 ήταν 6.143 άτομα (2 από τα 64 προγράμματα δεν έδωσαν στοιχεία για την δυναμικότητα). Όσον αφορά το σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν την κυρίως θεραπευτική φάση κατά το έτος αναφοράς, πρόκειται για 7.720 άτομα, εκ των οποίων 4.599 άτομα βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία στις υπάρχουσες δομές με την έναρξη του έτους, ενώ 3.121 εξαρτημένοι εισήχθησαν για θεραπεία κατά τη διάρκεια του 2009.

Ως κύρια ουσία κατάχρησης από τους θεραπευόμενους αναφέρονται τα οπιούχα(6.888), ενώ από μικρότερο αριθμό θεραπευμένων αναφέρονται η κάνναβη(466) και η κοκαΐνη (179 άτομα, στοιχεία για 61 από τις 64 δομές). Ενέσιμη χρήση πριν από την έναρξη του προγράμματος δήλωσαν 3.727 άτομα σε θεραπεία κατά την διάρκεια του έτους αναφοράς(στοιχεία για τις 59 από τις 64 δομές). Από το σύνολο των ατόμων σε θεραπεία, 2.322(30,1%) είναι άνω των 40 ετών(στοιχεία για τις 62 από τις 64 δομές) (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

2.2.1. Η Μονάδα Ψυχικής Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ

Το 18 ΑΝΩ έχει τη ιστορία του, την ιστορία της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, της μιας από τις δυο Μονάδες Απεξάρτησης ολόκληρου του Εθνικού Συστήματος Υγείας- η δεύτερη βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη. Στο πλαίσιο του 18 ΑΝΩ υλοποιούνται διάφορα προγράμματα απεξάρτησης, πολλών τύπων, για ενήλικους και εφήβους, για άτομα διπλής διάγνωσης, ειδικά για γυναίκες, για ζευγάρια, για οικογένειες εξαρτημένων ατόμων, προγράμματα εσωτερικής διαμονής και άλλα εξωτερικής παρακολούθησης. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις του 18 ΑΝΩ στον χώρο των εξαρτήσεων από ουσίες (πρόληψη, θεραπεία, κοινωνική επανένταξη, εκπαίδευση και έρευνα) διαπνέονται από μια ανθρωποκεντρική φιλοσοφία, ανοιχτή σε νεοτερισμούς, με σεβασμό στις αρχές της επιστήμης και της ηθικής, Στο όνομα 18 ΑΝΩ εμπεριέχεται ολόκληρη η ιστορία αυτής της μονάδας.

18 άνω ονομαζόταν ο άνω όροφος του περιπτέρου 18, μέσα στο Δαφνί, οπού στεγαζόταν, από τη δεκαετία του 1970, η κλινική αλκοολικών και τοξικομανών. Στο ισόγειο αυτού του περιπτέρου, το λεγόμενο 18 κάτω, λειτουργούσε μια ψυχιατρική κλινική, οπού νοσηλεύονταν ψυχωτικές, βασικά, γυναίκες. Με αρχικό πυρήνα το 18 ΑΝΩ μια ολιγομελής θεραπευτική ομάδα, στα τέλη της δεκαετίας του 80, ήρθε σε σύγκρουση με τις κυρίαρχες μέχρι τότε αντιλήψεις για τα ναρκωτικά, υλοποιώντας ένα πρόγραμμα απεξάρτησης, πρωτοποριακό για τον Ελληνικό χώρο. Το 18 ΑΝΩ τότε ήταν η μόνη Μονάδα Απεξάρτησης του ΕΣΥ, δεν ήταν όμως θεσμοθετημένη ως πρόγραμμα, αφού μόνο η « Ιθάκη» και αργότερα το «ΚΕΘΕΑ» αναγνωριζόταν επίσημα από τις Αρχές ως θεραπευτική δυνατότητα απεξάρτησης. Στα χρόνια που πέρασαν από τότε το έργο του 18 ΑΝΩ επεκτάθηκε και εκτός ψυχιατρείου, καταλαμβάνοντας στον χώρο των εξαρτήσεων την κεντρική θέση που κατέχει σήμερα, μιας μάχιμης Μονάδας, που διαμορφώνει μια διακριτή θέση και μια επαναστατική πολιτική στο επιστημονικό και κοινωνικό πεδίο (Μάτσα, 2001).

2.2.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Ανω

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που απευθύνονται σε όλους τους χρήστες και είναι οι ακόλουθες:

- Συμβουλευτικός Σταθμός

Λειτουργεί από τον Ιούνιο 1989.

Εδώ γίνεται η πρώτη επαφή του εξαρτημένου με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Στο Συμβουλευτικό Σταθμό :

Δίνονται πληροφορίες στα εξαρτημένο άτομα για θέματα που τους αφορούν.

Ενημερώνονται τα εξαρτημένα άτομα με κάθε λεπτομέρεια για το θεραπευτικό Πρόγραμμα, τις δυσκολίες που πιθανώς θα αντιμετωπίσουν αλλά και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να τις ξεπεράσουν.

Πραγματοποιούνται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημα του, η σταθεροποίηση της απόφασης του, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξη του στο θεραπευτικό Πρόγραμμα, μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες στήριξης, ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες έκφρασης.

Δίνονται πληροφορίες σε άτομα, ομάδες και φορείς της Ψυχικής Υγείας, σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών.

Λειτουργούν προγράμματα συμβουλευτικής γονέων και θεραπείας οικογένειας.

- Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 Άνω - Ψ.Ν.Α.
- 2ο Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 Άνω - Ψ.Ν.Α.
- 3ο Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 Άνω - Ψ.Ν.Α.

Πρόκειται για 3 προγράμματα εσωτερικής διαμονής(ανδρών), τα οποία έχουν διάρκεια 6 μηνών.

Εδώ πραγματοποιείται η 'B φάση του προγράμματος κατά την οποία το εξαρτημένο άτομο μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, θεραπεία μέσω της τέχνης) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που τον οδήγησαν στην εξάρτηση, να ανασυγκροτηθεί ως προσωπικότητα και να αναζητήσει νέους τρόπους ζωής.

- Πρόγραμμα Ατόμων Διπλής Διάγνωσης

Λειτουργεί από τον Ιούνιο 1989, είναι εξωτερικής διαμονής και απευθύνεται σε εξαρτημένους στους οποίους συνυπάρχει ανοικτή ψυχιατρική διαταραχή. Πραγματοποιούνται ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες υποδοχής, έκφρασης κ.α.

- Τμήμα Εφήβων Νέων

Το Τμήμα Εφήβων και Νέων ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1993, συντελείται στο Συμβουλευτικό Σταθμό του Τμήματος Εφήβων και Νέων και στο Κέντρο Ημέρας και απευθύνεται σε έφηβους και νέους ενήλικες χρήστες ουσιών έως 22 ετών.

Αποσκοπεί στην σωματική και ψυχική απεξάρτηση του νέου από ουσίες που μεταβάλλουν την διάθεσή του (σε αυτές περιλαμβάνονται όλες οι παράνομες τοξικές ουσίες, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται χωρίς ιατρική συνταγή καθώς και το αλκοόλ). Η θεραπευτική διαδικασία ενέχει δύο φάσεις:

A) Υποδοχή

B) Ψυχική Απεξάρτηση

- Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών

Λειτουργεί από το Δεκέμβριο 2003 και απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες που έχουν πρόβλημα με τη χρήση ουσιών και στις οικογένειες τους.

Στο Κέντρο Υποδοχής παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα.

- Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών

Λειτουργεί από το 1997, είναι εσωτερικής διαμονής και έχει διάρκεια 6 μηνών. Εδώ, οι εξαρτημένες- από ψυχοτρόπους ουσίες- γυναίκες προσπαθούν να συνειδητοποιήσουν τους λόγους που τις οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσουν νέους τρόπους ζωής μέσα από διάφορες ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες (ατομικές, ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης).

- Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες & τα παιδιά τους

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ, ευαισθητοποιημένη στα ιδιαίτερα προβλήματα της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού, απαντά στα πολλαπλά της αιτήματα, συμπεριλαμβάνοντας στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τη σχέση της με το παιδί.

Έτσι από το 2006 διαμορφώθηκε το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα παιδιά τους, που λειτουργεί στην Ελλάδα, στα πλαίσια του ΕΣΥ.

- Τμήμα κοινωνικής επανένταξης

Πρόκειται για την Γ' φάση του προγράμματος, όπου προετοιμάζεται η επάνοδος κι ένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία οι θεραπευόμενες καλούνται να συμμετέχουν σε ομάδες θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας, κα.

Για τις μητέρες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαμονής λειτουργεί κοινωνικός ξενώνας .

Η μητέρα στηρίζεται, ώστε να αναλάβει πλέον την ευθύνη ανατροφής του παιδιού καθώς και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών του (φροντίδα, υγειονομική περίθαλψη).

2.2.3. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνθηκαν στην Μονάδα Απεξάρτησης του 18 ΑΝΩ, το 2009.

- Ζήτησαν για πρώτη φορά βοήθεια στο 18 ΑΝΩ σε ποσοστό 81,4% , ενώ το 63,4 % εξ αυτών είχε κάνει προσπάθεια απεξάρτησης στο παρελθόν σε κάποιο άλλο κέντρο.
- Πηγή παραπομπής ήταν οι φίλοι κατά 25,58%, η οικογένεια κατά 14,75%, η δε αυτόβουλη προσέλευση ανήλθε σε ποσοστό 25,83%.
- Ως προς το φύλο, το 82,2% ήταν άνδρες και το 17,8% γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 30,6 έτη.
- Σχετικά με τη διαμονή, το 52,67% ζούσε με τη γονεϊκή οικογένεια, το 94,83% σε σταθερή στέγη.
- Ως προς την υπηκοότητα το 92% ήταν Έλληνες, άνεργοι το 61% και όσο αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο το 43,67% ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 18,83% απόφοιτοι Γυμνασίου.
- Η κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη σε ποσοστό 80%.
- Η μέση διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας 8,85 έτη και ο μέσος όρος ηλικίας της έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας τα 20,37 έτη.
- Η παράνομη χρήση ουσιών ξεκίνησε κατά μέσο, όρο στα 16,77 έτη και η ουσία έναρξης ήταν κατά 80,67% η ινδική κάνναβη.
- Ως προς την ηπατίτιδα, το 48,75% είχε υποβληθεί σε τεστ το οποίο ήταν αρνητικό και το 22,92% βρέθηκε θετικό.
- Ως προς το HIV το 68,42% ήταν αρνητικό και το 0,67% θετικό(ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Συννοσηρότητα διαταραχής χρήσης ουσιών και ψυχικής διαταραχής

3.1 Η σχέση ψυχοπαθολογίας και χρήσης ουσιών

Το φαινόμενο της *συννοσηρότητας* της συνύπαρξης δηλαδή ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης από ουσίες, της λεγόμενης «διπλής διάγνωσης» προσελκύει τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον όλων, ειδικών και μη.

Με τον χρόνο έχουμε μάθει πως διαφορετικές διαταραχές σχετίζονται με ποικίλους τρόπους. Για παράδειγμα:

- Μια ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μιας διαταραχής χρήσης ουσιών ή να επιταχύνει την υποτροπή μιας διαταραχής χρήσης ουσιών.
- Μια διαταραχή χρήσης ουσιών μπορεί να επιταχύνει την υποτροπή μιας ψυχιατρικής διαταραχής(για παράδειγμα η τοξίκωση από κάνναβη μπορεί να επιδεινώσει μια σχιζοφρενική διαταραχή).
- Η συνύπαρξη δυο διαταραχών δύναται να χαρακτηρίζεται από μικρή έως μεγάλη ή και ανύπαρκτη αλληλεπίδραση(για παράδειγμα οι απλές φοβίες και η εξάρτηση από το αλκοόλ).
- Μια χρόνια διαταραχή χρήσης ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικά συμπτώματα που θα επιμείνουν, ακόμη και μετά την διακοπή της χρήσης. (Yalom, 2011).

Σύμφωνα με τον Meyer θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τις σχέσεις ψυχοπαθολογίας της χρήσης ουσιών σε έξι κατηγορίες:

1. Η ψυχοπαθολογία μπορεί να προηγείται της χρήσης ουσιών λειτουργώντας ως παράγοντας κινδύνου.
2. Οι ψυχιατρικές διαταραχές και η εξάρτηση από ουσίες μπορεί να συνυπάρχουν και απλώς να επηρεάζει η μια την εικόνα της άλλης.
3. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να αναπτύσσονται στο πλαίσιο μιας χρόνιας τοξίκωσης.
4. Η μακροχρόνια χρήση ουσιών μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών που, σε αυτήν την περίπτωση, δεν υποχωρούν γρήγορα.
5. Η χρήση ουσιών και η ψυχοπαθολογία μπορεί να συνδέονται διαμέσου της σημασίας που αποκτά η μια για την άλλη.

6. Η ψυχιατρική διαταραχή και η εξάρτηση μπορεί να μην συσχετίζονται αιτιολογικά αλλά να είναι ανεξάρτητες η μια από την άλλη.

Η σχέση ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης, όπως φαίνεται, είναι πολύπλοκη. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η ψυχοπαθολογία γίνεται σε πολλές περιπτώσεις το έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί να εγκατασταθεί η τοξικομανία. Από μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που αφορούσε 4.778 νέους 18-30 ετών διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος κατάχρησης ουσιών είναι διπλάσιος όταν έχει προηγηθεί της χρήσης κάποιο επεισόδιο αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής (Christie et. al., 1988).

Από την κλινική μας εμπειρία επιβεβαιώνεται ότι μεγάλο ποσοστό των τοξικομανών που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα έχουν ιστορικό κατάθλιψης. Κατά τον Hendriks(Hendriks, 1990) το ποσοστό αυτό φτάνει το 50%. Κατά τους Στεφανή και Κοκκέβη (kokkevi and Stefanis, 1995) το 25% των τοξικομανών εμφανίζει στη ζωή του κάποια διαταραχή συναισθηματικού τύπου. Τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για τους εφήβους. Αναφέρονται καταθλιπτικά συμπτώματα στο 47% των εφήβων τοξικομανών, αυτοκτονικός ιδεασμός στο 18% και κρίσεις πανικού στο 43% (Chatlos, 1989).

Αναφέρεται επίσης μια ισχυρή συσχέτιση τοξικομανίας με αντικοινωνική προσωπικότητα. Μέσα από μια μεταανάλυση του Schubert σαράντα μελετών επιβεβαιώνεται θετικά η σύνδεση αλκοολισμού- τοξικομανίας και αντικοινωνικής προσωπικότητας(Schubert, 1988). Η χρήση ουσιών είναι επίσης συχνότερη στη οριακή διαταραχή προσωπικότητας από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό(Graig, 1988, Malow, 1989).

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι από τις συνηθέστερες διαταραχές που απαντώνται στη ψυχιατρική, με συνολικό επιπολασμό κατά τη διάρκεια της ζωής που κυμαίνεται από 17% έως 27% περίπου. Επιπρόσθετα, πολλές άλλες ψυχιατρικές παθήσεις είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός -κατά τη διάρκεια της ζωής- της κατάθλιψης και των αγχώδων διαταραχών κυμαίνεται περίπου στα επίπεδα του 5-17% και του 25% αντίστοιχα. Ο επιπολασμός για όλες γενικά τις ψυχιατρικές παθήσεις κατά τη διάρκεια της ζωής – εκτός των διαταραχών χρήσης ουσιών(ΔΧΟ)- είναι περίπου 23-48% (Kessler et. al., 1994). Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, ακόμα και αν δεν υπήρχε συσχέτιση σε ότι αφορά στη γενεσιουργό αιτία των δύο κατηγοριών διαταραχών, στατιστικά θα ήταν πολύ πιθανό να ανευρίσκονται αυτές την ίδια χρονική περίοδο σε κάποιους ασθενείς λόγω καθαρής τύχης, δυσχεραίνοντας έτσι τη θεραπεία και τη πρόγνωση τους.

Μία σειρά μεγάλων κοινοτικών μελετών έχει καταδείξει ότι τα άτομα με διαταραχές της χρήσης του αλκοόλ έχουν ποσοστά συννοσηρότητας ψυχιατρικών διαταραχών που υπερβαίνουν κατά πολύ τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού και αντίστροφα, τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές έχουν ποσοστά διαταραχής της χρήσης του αλκοόλ υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Η Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study διαπίστωσε ότι, μεταξύ των πασχόντων από διαταραχή της χρήσης του αλκοόλ, το 36.6% έπασχαν τουλάχιστον από άλλη μία ψυχιατρική διαταραχή (Regier et. al., 1990). Η National Comorbidity Survey (NCS) διαπίστωσε ότι τα περισσότερα άτομα με διαταραχή της χρήσης αλκοόλ είχαν συννοσηρότητα με άλλη ψυχιατρική διαταραχή (Kessler et. al., 1997). Η National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) διαπίστωσε ότι, μεταξύ των συμμετεχόντων που είχαν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης κατά το τελευταίο έτος, το 21.4% ανταποκρινόταν στα κριτήρια για διαταραχή της χρήσης αλκοόλ (Grant, 1995). Σε άλλη έρευνα, ο επιπολασμός της διαταραχής χρήσης αλκοόλ -εξάρτηση και κατάχρηση- κατά τη διάρκεια της ζωής και τους προηγούμενους 12 μήνες διαπιστώθηκε να είναι 30.3% και 8.5% αντιστοίχως.

Τα χαρακτηριστικά που συσχετίστηκαν με τη διαταραχή στη χρήση ήταν το ανδρικό φύλο, η λευκή φυλή, το νεαρό της ηλικίας, το χαμηλό εισόδημα και τέλος το ότι αυτά τα άτομα ήταν άγαμοι ενήλικες.

3.2 Μείζονες κατηγορίες διπλής διάγνωσης

Κάθε ψυχιατρική διαταραχή δύναται να συνυπάρχει με μια διαταραχή χρήσης ουσιών. Πολλές διαταραχές όμως, έχουν πολλή μεγάλη πιθανότητα να συνυπάρχουν με την διαταραχή χρήσης ουσιών. Ανάμεσα σε αυτές είναι οι *συναισθηματικές διαταραχές*, οι *αγχώδεις διαταραχές*, οι *διαταραχές προσωπικότητας* και η *σχιζοφρένεια*. Η έγκυρη διάγνωση και οι συμπληρωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, είναι σημαντικές στην έκβαση της θεραπείας του εξαρτημένου.

3.2.1. Συναισθηματικές διαταραχές (ή διαταραχές της διάθεσης)

Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από σημαντική διαταραχή της διάθεσης. Η μείζων κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή(μανιοκατάθλιψη) είναι οι δυο πιο σοβαρές μορφές τους.

Ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης παρουσιάζουν σε ποσοστό περίπου 32% συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης ουσιών (ΔΧΟ). Σε ασθενείς με *μείζονα κατάθλιψη*, περίπου το 16.5% εμφανίζει Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ και το 18% Διαταραχή Χρήσης Ουσιών εκτός του αλκοόλ. Κατάθλιψη και δυσθυμία φαίνονται να έχουν περίπου την ίδια κατανομή ως πρωτογενείς ή δευτερογενείς διαταραχές αναφορικά με την έναρξη της ΔΧΟ, αν και περισσότερο συχνά έπονται της έναρξης αυτής. Έχει διαπιστωθεί ότι ο επιπολασμός των συναισθηματικών διαταραχών σε ουσιοεξαρτημένους καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους κυμαίνεται περίπου στο 35% και ιδιαίτερα για τη μείζονα κατάθλιψη γύρω στο 24%. Η μείζονα κατάθλιψη προηγείται της έναρξης των ουσιοεξαρτήσεων, εκτός του αλκοολισμού, στο 51.6% των περιπτώσεων, ενώ ακολουθεί στο 34% αυτών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι οι συνηθέστερα συνυπάρχουσες που συνδέονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ. Από την NLAES διαπιστώνεται ότι, μεταξύ ατόμων με παρούσα ή πρότερη διαταραχή της χρήσης αλκοόλ, το 9.6% εμφάνιζε μείζονα κατάθλιψη, ποσοστό συννοσηρότητας σημαντικά μεγαλύτερο από το 3.3% του γενικού πληθυσμού (Regier et. al., 1990, Kessler et. al., 1997, Grant, 1995).

Στον Ελληνικό χώρο, σε ότι αφορά στον επιπολασμό των συναισθηματικών διαταραχών σε άτομα με ΔΧΟ, αυτές διαπιστώνονται στο 25% περίπου των περιπτώσεων καθόλη τη διάρκεια της ζωής και περίπου το 18% πληροί τα κριτήρια της μονοπολικής μείζονος κατάθλιψης. Η έναρξη της εξάρτησης από ουσίες βρέθηκε στην ίδια αναλογία τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη του πρώτου επεισοδίου της συναισθηματικής διαταραχής, ενώ σε ένα ποσοστό περίπου 15% οι δύο διαταραχές εμφανίζονται ταυτόχρονα (Stefanis and Kokkevi, 1992).

Έως και το 98% των ατόμων που προσέρχονται για θεραπεία για ΔΧΟ έχουν συμπτώματα κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό, μία εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς πολύ νωρίς ίσως οδηγήσει σε βεβαιωμένη και εσφαλμένη διάγνωση και σε μη απαραίτητη θεραπεία (Jaffe and Ciraulo, 1986). Η παρουσία ή όχι συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης πριν από την έναρξη της χρήσης ουσιών, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού για διαταραχές της διάθεσης, ύφεση των συμπτωμάτων της κατά τις περιόδους αποχής στο παρελθόν, είναι από τα πολύ χρήσιμα στοιχεία για το θεραπευτικό σχεδιασμό.

Στην προσπάθεια να ερμηνευθούν τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τις διαταραχές της διάθεσης έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι το φαινόμενο αυτό ίσως να είναι αποτέλεσμα κοινού παθογενετικού μηχανισμού, κάποιας δηλαδή κοινής διαταραχής στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα και στη μετασυναπτική διαβίβαση του

ερεθίσματος ή ακόμη και κάποια κοινή γενετική προδιάθεση (Dilsaver, 1987, Luthar et. al., 1993). Επιπρόσθετα έγινε προσπάθεια συσχετισμού της συννοσηρότητας με τη φύση των συμπτωμάτων της μανίας, καθώς κατά τη διάρκεια της τελευταίας ο ασθενής εμπλέκεται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως υπερβολικά έξοδα και χρήση ουσιών. Πολλοί ασθενείς καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια των μανιακών τους επεισοδίων, παρότι συνήθως δεν κάνουν χρήση αλκοόλ στις περιόδους ευφορίας τους (Liskow et. al., 1982). Μία άλλη ερμηνεία του φαινομένου είναι αυτή, σύμφωνα με την οποία κάποιος που έχει δύο ή περισσότερες διαταραχές είναι πιθανότερο να αναζητήσει βοήθεια και, καθώς οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται σε πληθυσμούς νοσηλευόμενων τριτοβάθμιας φροντίδας ή πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, έτσι ίσως σε αυτούς το ποσοστό συννοσηρότητας υπερεκτιμάται (Berkson, 1946). Τέλος, έχει προταθεί και η υπόθεση της «αυτοθεραπείας», της προσπάθειας δηλαδή του ασθενή να θεραπευθεί ή να καλύψει μόνος του τα συμπτώματα της διαταραχής, χρησιμοποιώντας για παράδειγμα αλκοόλ για να ελέγξει τα συμπτώματα της μανίας ή κοκαΐνη και άλλα διεγερτικά του νευρικού συστήματος για να ανεβάσει τη διάθεσή του κατά τα επεισόδια κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα όμως των ερευνών που εξετάζουν αυτήν την υπόθεση είναι αντιφατικά (Reich et. al., 1974, Strakowski et. al., 1998, Winokur et. al., 1995).

3.2.2. Αγχώδεις διαταραχές

Οι *αγχώδεις διαταραχές* είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό, με επιπολασμό σε όλη τη διάρκεια της ζωής που φθάνει έως και το 25%. Οι πιο συχνές από αυτές είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, οι φοβίες -απλή, κοινωνική, αγοραφοβία-, η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες -οξεία, υποξεία, χρόνια. Ένα ποσοστό που αγγίζει περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με κάποια αγχώδη διαταραχή εμφανίζει και ΔΧΟ (Kessler et. al., 1994). Οι αγχώδεις διαταραχές γενικά και ειδικά και η διαταραχή πανικού, εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα με ΔΧΟ που υπερβαίνει αισθητά εκείνη που απαντάται στο γενικό πληθυσμό. Οι φοβίες, οι οποίες κατά πλειοψηφία εμφανίζονται στην παιδική και στην πρώιμη εφηβική ηλικία, προηγούνται της εμφάνισης ΔΧΟ σε ποσοστό έως και 90% στις περιπτώσεις όπου υπάρχει συννοσηρότητα. Αντίθετα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή φαίνεται ότι εμφανίζεται κυρίως ως δευτερογενής διαταραχή.

Πολλές αναφορές της διεθνούς βιβλιογραφίας συσχετίζουν την εξάρτηση και την κατάχρηση ουσιών με τις αγχώδεις διαταραχές. Έρευνες σε ασθενείς που προσέρχονται

για θεραπεία ΔΧΟ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αγχώδων διαταραχών, αλλά και αντίστροφα, μελέτες σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά ΔΧΟ (Galanter et. al., 1988, Kranzler and Liebowitz, 1988). Υψηλή συννοσηρότητα παρατηρείται επίσης και στο γενικό πληθυσμό, όπου οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΔΧΟ. Οι ασθενείς με ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και εκείνοι με διαταραχή πανικού εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης ΔΧΟ είναι από 2,5 έως και 4,5 φορές μεγαλύτερη εκείνης του γενικού πληθυσμού, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την ουσία που χρησιμοποιούν. Περίπου το 20% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και το 28% εκείνων με διαταραχή χρήσης άλλων ουσιών εκτός του αλκοόλ εμφανίζουν συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές (Regier et. al., 1990, Kessler et. al., 1997).

Τα στοιχεία της ECA παρουσίασαν ότι το 12.2% του πληθυσμού με εξάρτηση από αλκοόλ εμφανίζει συννοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή, ενώ η NCS διαπίστωσε ότι το 35.8% των ανδρών και το 60.7% των γυναικών με τη διάγνωση της εξάρτησης από αλκοόλ ανταποκρίνονταν στα κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή. Σε κλινικές μελέτες κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι, διαπιστώθηκαν επίσης υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. (Regier et. al., 1990, Kessler et. al., 1997). Ένα σημαντικό μεθοδολογικό πρόβλημα κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μελετών σε άτομα με διαταραχές της χρήσης αλκοόλ και συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές είναι ότι η απόσυρση από το αλκοόλ ίσως να επηρεάσει την παρουσία και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων άγχους.

Παρόμοιες υποθέσεις που διατυπώθηκαν και για τις άλλες διαταραχές έχουν προταθεί και για την ερμηνεία της σχέσης των αγχώδων διαταραχών με τις ΔΧΟ. Σύμφωνα με τη θεωρία της «αυτοθεραπείας», τα άτομα καταφεύγουν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών για να απαλλαγούν από δυσφορικές για αυτούς καταστάσεις. Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει τους εκλυτικούς παράγοντες του άγχους και, όταν το τελευταίο βιώνεται έντονα, κάνει ότι είναι δυνατόν για να το καταστείλει. Έτσι, συχνά καταφεύγει στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και, παρά την παροδική ανακούφιση που προκαλούν αυτές στα συμπτώματα του, κατά κανόνα οδηγείται σε διαταραχή της χρήσης αυτών και σε μεγαλύτερη επιδείνωση της κατάστασής του (Khantzian, 1985). Με βάση τις παρατηρήσεις που έχουν γίνει σε οικογένειες και λόγω του υψηλού συσχετισμού των δύο αυτών κατηγοριών διαταραχών μεταξύ τους, υποστηρίζεται η άποψη ότι οι τελευταίες έχουν κοινό γενετικό αιτιολογικό παράγοντα. Συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία διατρέχουν τρεις

φορές υψηλότερο κίνδυνο για αλκοολισμό συγκρινόμενοι με οικογένειες στις οποίες δεν εμφανίζονται αυτές οι διαταραχές (Kushner et. al., 1990, Merikangas et. al., 1996). Τέλος, η ομοιότητα των συμπτωμάτων των αγχωδών διαταραχών με εκείνα που προκαλούνται από την τοξίκωση, την απόσυρση και τη στέρηση από τις ουσίες έχουν οδηγήσει στην υπόθεση της ύπαρξης κοινού νευροβιολογικού μηχανισμού. Κεντρικά νοραδρενεργικά συστήματα ενεργοποιούνται τόσο κατά τον πανικό όσο και κατά την απόσυρση από ουσίες. Πολλά σύνδρομα στέρησης από ουσίες σχετίζονται με αυξημένη ένταση του άγχους και αντιμετωπίζονται με αγχολυτικά φάρμακα ή β-αποκλειστές. Ασθενείς με ΔΧΟ αναπτύσσουν δευτερογενώς συμπτώματα άγχους και πανικού ενώ η τοξίκωση από διεγερτικές ουσίες προκαλεί αξιοσημείωτο άγχος καθώς επίσης και έντονη επιθυμία για χρήση (Brown et. al., 1991, Swift and Stout, 1992).

3.2.3. Διαταραχές προσωπικότητας

Είναι πολύ συχνή η συνύπαρξη των ΔΧΟ με τις *διαταραχές προσωπικότητας* και κυρίως με αυτή της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (Α.Δ.Π.) και της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Μ.Δ.Π.), τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε υπό θεραπεία για ΔΧΟ ασθενείς, νοσηλευόμενους ή εξωτερικούς. Αυτές οι δύο διαταραχές και κυρίως η Α.Δ.Π., εμφανίζονται να έχουν υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τις ΔΧΟ από τις διαταραχές του Άξονα Ι κατά το DSM-IV και σχετίζονται κυρίως με αλκοολισμό. Η συνύπαρξη της Α.Δ.Π. και του αλκοολισμού υπερβαίνει εκείνη του αλκοολισμού με οποιαδήποτε άλλη από τις διαταραχές του Άξονα Ι, καθώς και της συνύπαρξης που εμφανίζει ο αλκοολισμός με τις υπόλοιπες ουσίες. Σε πληθυσμό υπό θεραπεία για ΔΧΟ, τα ποσοστά συννοσηρότητας με διαταραχές προσωπικότητας κυμαίνονται από 56% έως και 91%, με αυτή της Α.Δ.Π. να είναι η επικρατούσα (Kessler et. al., 1997, Helzer and Pryzbeck, 1988, Dejong et. al., 1993, Nace et. al., 1991).

Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 76% των ασθενών με Μ.Δ.Π. και το 95% των ασθενών με Α.Δ.Π. αναφέρουν κατάχρηση μιας ή περισσοτέρων ουσιών. Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν όχι τόσο στη κατάχρηση αλκοόλ όσο σε εκείνη άλλων ουσιών, όπως βενζοδιαζεπινών, αντιχολινεργικών, κάνναβης και οπιοειδών. Τα άτομα με Α.Δ.Π. διαπιστώθηκε να κάνουν χρήση των ανωτέρω ουσιών σε διπλάσια συχνότητα από εκείνα με Μ.Δ.Π., να έχουν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες κατάχρησης περισσοτέρων της μίας ουσίας και τέλος να έχουν έκδηλα συμπτώματα άγχους κατά την εξέταση (Hatzitaskos et. al., 1999). Αυτή η συσχέτιση των συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με ΔΧΟ εξηγεί – τουλάχιστον σε μεγάλο ποσοστό- και την

υψηλή παραβατικότητα που εμφανίζουν αυτά. Τα ποσοστά των συλλήψεων και των καταδικαστικών αποφάσεων είναι υψηλά σε πληθυσμούς τέτοιων ασθενών.

Είναι γνωστό ότι οι ΔΧΟ έπονται της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας σε ποσοστό έως και 90% στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχει συννοσηρότητα και αυτό κυρίως οφείλεται στο γεγονός ότι για να τεθεί η διάγνωση της Α.Δ.Π. προϋποτίθεται έναρξη κατά τη πρώιμη εφηβική ηλικία. Επιπρόσθετα, αν στην Α.Δ.Π. συνυπολογιστούν και συναφείς διαταραχές που αφορούν ένα ευρύτερο φάσμα ηλικιών, όπως είναι η Διαταραχή της Διαγωγής, θα διαπιστωθεί επίσης ότι στη μεγάλη πλειοψηφία οι αντικοινωνικές συμπεριφορές προηγούνται της έναρξης των ΔΧΟ (Compton et. al., 2000).

Η Α.Δ.Π. και η Μ.Δ.Π., είναι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από παρορμητική συμπεριφορά και έχουν σημαντική επικάλυψη στα διαγνωστικά κριτήρια με τις ΔΧΟ. Πρέπει να τονιστεί ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μέσα στα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της Μ.Δ.Π., ενώ πολλά από τα κριτήρια για τη διάγνωση της Α.Δ.Π. μπορεί να είναι άμεσες συνέπειες των ΔΧΟ, όπως οι συλλήψεις, η ανευθυνότητα, η αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού και των άλλων. Ακόμα όμως και όταν εφαρμόζονται κριτήρια που αποκλείουν συμπεριφορές που μπορεί να εμφανίζονται σε σχέση με τις ουσίες για τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας, το ποσοστό συννοσηρότητας παραμένει υψηλό για την Α.Δ.Π και τη Μ.Δ.Π. (Nace et. al., 1991, Haselbrock et. al., 1985, Kranzler et. al., 1994). Συνήθως οι ασθενείς με ΔΧΟ περιγράφονται ως άτομα με ευερέθιστο, ασταθή, παρορμητικό και ονειροπόλο χαρακτήρα, με ψυχρότητα του συναισθηματικού τους κόσμου, που εμφανίζουν επιθετικότητα και αντικοινωνική τοποθέτηση. Πιστεύεται ότι οι χρήστες ουσιών δεν είναι όλοι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες και ότι οι ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διαφορετικούς λόγους από το ίδιο ή από διαφορετικά άτομα, ακόμα και σε διαφορετικά στάδια της χρήσης.

Στην κλινική πράξη οι ΔΧΟ και οι διαταραχές προσωπικότητας αλληλοεπιδρούν η μία με την άλλη κατά ένα τέτοιο τρόπο που δεν μπορεί να γίνει λόγος για ένα ξεκάθαρο πρότυπο αιτίου- αιτιατού. Φαίνεται πάντως ότι οι διαταραχές προσωπικότητας στους ασθενείς με ΔΧΟ αντιπροσωπεύουν ένα σταθερό πρότυπο ύπαρξης προβλημάτων της συμπεριφοράς μέσα στη πορεία του χρόνου, και δεν είναι συνέπεια της δράσης των ουσιών, τουλάχιστον σε ότι αφορά στην Α.Δ.Π., στη Μ.Δ.Π. και στην Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Μελέτες σε νοσηλευόμενους χρήστες κοκαΐνης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των διαταραχών προσωπικότητας είναι εμφανής τόσο κατά τη χρήση ουσιών όσο και κατά την αποχή από αυτές και μόνο στο 8% αυτών παρατηρούνταν

μόνο κατά τις περιόδους χρήσης (Morgenstern et. al., 1997, Weiss et. al., 1993). Για τις διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από κοινωνική και διαπροσωπική απόσυρση δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για αλληλεπίδραση τους με τις ΔΧΟ.

3.2.4. Σχιζοφρένεια

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι σχιζοφρενείς διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΧΟ, περίπου 4 έως 5 φορές μεγαλύτερο από εκείνον του γενικού πληθυσμού. Επίσης, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εκδηλώνουν ΔΧΟ σε μεγαλύτερη συχνότητα συγκρινόμενοι με άλλες ομάδες ψυχικών διαταραχών, εκτός από την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας και τη Διπολική Διαταραχή τύπου I (Kessler et. al., 1994, Regier et. al., 1990, Hasin and Nunes, 1998). Τα στοιχεία της μελέτης ECA έδειξαν ότι η σχιζοφρένεια διαπιστώνεται στο 3.8% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ, σε σύγκριση με το 1.2% που διαπιστώνεται στα άτομα χωρίς διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Αντίστροφα, ο επιπολασμός μιας διαταραχής της χρήσης του αλκοόλ μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι 34%. Αναφέρεται επίσης ότι άτομα με σχιζοφρένεια κάνουν χρήση διεγερτικών δύο έως πέντε φορές περισσότερο από ότι ο γενικός πληθυσμός (Mueser et. al., 1990).

Για την ερμηνεία της υψηλής συννοσηρότητας που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες. Έτσι, πιστεύεται ότι αυτοί οι ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν ουσίες για την θετική ενίσχυση της ίδιας της ουσίας, όπως για παράδειγμα την ανύψωση της διάθεσης. Σε αυτούς, η χρήση μιας ουσίας μπορεί να επιφέρει την μείωση των αρνητικών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, να καταπολεμά τα έντονα παραγωγικά συμπτώματα ή να εξαλείφει τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων, όπως τη δυσφορία, την ακαθυσία, την καταστολή καθώς επίσης και τα άλλα εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Τέλος, έχει υποστηριχθεί και η άποψη ότι η συννοσηρότητα εμφανίζεται λόγω κοινής παθοφυσιολογίας των δύο καταστάσεων (Dixon et. al., 1991, Duke et. al., 1994, Lieberman et. al., 1997).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Μεθοδολογικά ζητήματα

Πρόθεση μας αποτελεί αρχικά η ενδεικτική παρουσίαση κάποιων ερευνητικών δεδομένων που θα στηρίζουν την άποψη του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος που έχει η μέτρηση των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες.

Σε κάθε είδους έρευνα το κύριο μέλημα του ερευνητή είναι να καθορίσει την ερευνητική στρατηγική που θα ακολουθήσει για τη μελέτη του θέματος (Παρασκευόπουλος, 1993α). Μια επιστημονική μέθοδος που μπορεί να συμβάλει στην αποσαφήνιση του συγκεκριμένου θέματος, είναι και η έρευνα επισκόπησης.

Σύμφωνα με τους Cohen και Manion, (1994) στις επισκοπήσεις συλλέγονται δεδομένα αποσκοπώντας να περιγραφεί η φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να προσδιοριστούν οι σχέσεις που ενυπάρχουν ανάμεσα στα γεγονότα. Κατά την εκπόνηση μιας έρευνας επισκόπησης ο ερευνητής πρέπει να γνωρίζει καλά τη διαδικασία και τα στάδια τα οποία οφείλει να ακολουθεί στο πλαίσιο ενός κατάλληλου σχεδιασμού. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο διερευνητικό βήμα έγινε στο γενικότερο χώρο της υγείας, με σκοπό τον εντοπισμό της θεματικής και τον καθορισμό του θέματος της συγκεκριμένης μελέτης.

Στο δεύτερο στάδιο απαιτείται μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για άντληση πληροφοριών σχετικά με το θέμα μας. Η βιβλιογραφική επισκόπηση θα συμβάλει θετικά στη θεωρητική δόμηση της έρευνας διότι είναι σαφές πως κάθε έρευνα εντάσσεται σ' ένα θεωρητικό πλαίσιο, βάσει του οποίου προσλαμβάνει επιστημονικά συγκρίσιμη υπόσταση, μπορεί δηλαδή να αξιολογηθεί. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στηρίχτηκε κατά κύριο λόγο σε έρευνες, έντυπες αλλά και σε ηλεκτρονικές, που έχουν γίνει στο πεδίο της μελέτης των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες. Επίσης μελετήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές που προέρχονται από το αρχείο του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες.

Στη συνέχεια, μελετήθηκαν οι αντίστοιχες θεωρίες που αφορούν την μελέτη των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες με σκοπό να δημιουργηθεί το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο αποτέλεσε τη βάση στήριξης του όλου εγχειρήματος της διερεύνησης των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες.

Στο τρίτο στάδιο, ο ερευνητής οφείλει να επιλέξει τη μέθοδο και την τεχνική της διερεύνησης. Η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογικής προσέγγισης είναι καθοριστική για την πορεία της έρευνας. Ο ερευνητής θα κατασκευάσει το εργαλείο έρευνας το οποίο θα ερμηνεύσει και θα αιτιολογήσει την αναγκαιότητα επιλογής του, επιλογή που τεκμηριωμένα θεωρείται ως η πλέον ιδανική για την εξαγωγή αξιόπιστων ερευνητικών συμπερασμάτων. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, μεταξύ των ερευνητικών διαδικασιών, της ποιοτικής και της ποσοτικής προσέγγισης, επιλέχθηκε ως καταλληλότερη να ακολουθηθεί αυτή της ποσοτικής. Η ποσοτική ερευνητική μέθοδος παράγει αριθμητικά δεδομένα που μπορούν να οδηγήσουν σε στατιστικές αναλύσεις (Παρασκευόπουλος, 1993β· Ρούσος και Τσαούσης, 2002), και μπορεί να προσφέρει πλούσια δεδομένα σε σύντομο χρονικό διάστημα με δυνατότητα γενίκευσης σε μεγάλο δείγμα ανθρώπων (Bird et. al., 1999).

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στις ποσοτικές έρευνες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την επεξεργασία των δεδομένων τους με στατιστικές μεθόδους και την αριθμητική παρουσίαση των αποτελεσμάτων τους με τη μορφή πινάκων, διαγραμμάτων κ.α. Σύμφωνα με την Κυριαζή, οι ποσοτικές έρευνες έχουν σταθερή και δύσκαμπτη δομή. Ο σχεδιασμός της ποσοτικής έρευνας δεν επιδέχεται εύκολα αλλαγές. Ένα ακόμη από τα βασικά χαρακτηριστικά της γνωρίσματα είναι ότι «επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα» (Κυριαζή, 2005).

Σύμφωνα με τον σκοπό της έρευνας και με κύριο μέλημα την απάντηση των προαναφερθέντων ερευνητικών ερωτημάτων, προχωρήσαμε στο σχεδιασμό και στη συνέχεια στην υλοποίησή της, ακολουθώντας όλα τα βήματα που απαιτούνταν, από μεθοδολογικής πλευράς, για την διεκπεραίωσή της, αλλά και τους κανόνες δεοντολογίας που επιβάλλεται να τηρεί ένας ερευνητής, προκειμένου να διασφαλίσει το σεβασμό προς το πρόσωπο των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτή. Με τον τρόπο αυτό, καταλήξαμε στην ολοκλήρωση μιας οργανωμένης και σκόπιμης προσπάθειας για εξαγωγή συμπερασμάτων, χρησιμοποιώντας έγκυρες και αξιόπιστες τεχνικές, προκειμένου αυτά να χρησιμοποιηθούν με ακρίβεια, ευαισθησία και επιστημονική αμεροληψία για την παραγωγή νέας γνώσης.

Θεωρήθηκε λοιπόν η ποσοτική μέθοδος, κατάλληλη για τη διεξαγωγή της έρευνας, αφενός διότι εξυπηρετεί το σκοπό και τους στόχους που διερευνώνται και αφετέρου για πρακτικούς λόγους.

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας παρουσιάστηκαν μία σειρά από παράγοντες οι οποίοι αποτέλεσαν εμπόδια και συντέλεσαν στην καθυστέρηση της

ολοκλήρωσής της. Το βασικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν η προσπάθεια ανεύρεσης άλλων εμπειρικών ερευνών.

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία καθώς δεν υπάρχουν στα ελληνικά δεδομένα αντίστοιχα πορίσματα για τη μελέτη των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες και για το λόγο αυτό τα ποσοτικά στοιχεία, τα οποία θα εξαχθούν από την έρευνα, επιδιώκουμε να αποτελέσουν στοιχεία για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος καθώς τα τελευταία χρόνια η τοξικοεξάρτηση είναι σε διεθνές επίπεδο αντικείμενο αρκετών ερευνών.

Η πιο διαδομένη μορφή ποσοτικής/εμπειρικής έρευνας είναι η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης.

Για την εκπόνηση της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η επισκόπηση, η οποία αποτελεί μία περιγραφική μέθοδο της εκπαιδευτικής έρευνας. Σύμφωνα με τους Cohen και Manion «Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα» (L. Cohen & L. Manion, 2008).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επισκόπηση θεωρήθηκε αναγκαία καθώς είχε το πλεονέκτημα του μικρού κόστους και τη δυνατότητα στατιστικών αναλύσεων καθότι η συγκεκριμένη μέθοδος προσφέρει αυτή τη δυνατότητα.

Κατά τη μέθοδο της επισκόπησης, δύο είναι τα μεθοδολογικά εργαλεία που μπορεί ένας ερευνητής να επιλέξει για τη διεξαγωγή της έρευνάς του: το ερωτηματολόγιο και η συνέντευξη. Το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο συναντάται αρκετά συχνά στην εκπαιδευτική έρευνα και όταν είναι σωστά κατασκευασμένο μπορεί να εξυπηρετήσει στο μέγιστο βαθμό τους σκοπούς της μελέτης. Στην παρούσα έρευνα και αφού λάβαμε υπόψη μας τον τύπο των αναγκαίων πληροφοριών που επιθυμούμε να συλλέξουμε, θεωρήσαμε ότι το καταλληλότερο μεθοδολογικό εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο, του οποίου η διαδικασία κατασκευής και η δομή θα αποτυπωθούν σε επόμενη ενότητα.

Στο τέταρτο στάδιο, ο ερευνητής συγκεντρώνει και επεξεργάζεται όλα τα εμπειρικά δεδομένα με κάποιο στατιστικό πακέτο H/Y. Η επεξεργασία θα οδηγήσει στην εξαγωγή ποιοτικών ή ποσοτικών δεικτών, κάποιων αποτελεσμάτων τα οποία στο πέμπτο στάδιο ο ερευνητής οφείλει να σχολιάσει προβαίνοντας σε συγκρίσεις με τα ερευνητικά στοιχεία που επικαλέστηκε και παρέθεσε στο θεωρητικό του πλαίσιο. Ο ερευνητής οδηγείται πλέον στην εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς του και μεριμνά για τη διατύπωσή τους με όρους επιστημονικούς. Έτσι, τα συμπεράσματα θα είναι απολύτως

κατανοητά, έτοιμα να συνδεθούν με συγκεκριμένες προτάσεις αντιμετώπισης κάθε ενδεχόμενου προβλήματος που προτείνει ο ίδιος ο ερευνητής.

Τέλος στο έκτο στάδιο, ο ερευνητής μεριμνά για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνάς του (Cohen,& Manion, 1994).

1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση:

- α) των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, όταν προσέρχονται για θεραπεία,
- β) των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες κατά την διάρκεια της θεραπείας,
- γ) των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες κατά την διάρκεια της επανένταξης,
- δ) της επίδρασης της θεραπευτικής διαδικασίας στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες.

1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Σε σχέση με το σκοπό της ερευνητικής μελέτης τα αντίστοιχα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

- α) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας;
 - κατά την έναρξη της θεραπείας
 - κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας
 - κατά την διάρκεια της επανένταξης
- β) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το φύλο τους;
- γ) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με την ηλικία τους;

1.3. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας θεωρήθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν μια σειρά από εργαλεία για τη συλλογή των δεδομένων.

Το πρώτο στάδιο σε μια έρευνα είναι η επιλογή του θέματος. Κριτήρια για αυτή την επιλογή είναι τα ενδιαφέροντα των ερευνητών, η σημαντικότητα του θέματος, η πρωτοτυπία και κατά πόσον το θέμα έρευνας είναι πραγματοποιήσιμο (Παπαναστασίου και συν., 2005` Cohen, Manion & Morisson, 2008).

Με δεδομένο το γεγονός ότι ζούμε σε μια εποχή όπου η γνώση αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την οικονομική ανάπτυξη αλλά και για την κοινωνική και ατομική ανάπτυξη, ο σύγχρονος άνθρωπος έρχεται καθημερινά μπροστά σε όλο και μεγαλύτερες απαιτήσεις και προκειμένου να ανταπεξέλθει σε αυτές έχει ανάγκη από ποικίλα και αλληλοσυνδεδεμένα προσόντα τα οποία θα ανανεώνονται συνεχώς.

1.4. Δομή των εργαλείων

1.4.1. Ερωτηματολόγιο 1

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε (7) συνολικά ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων.

Το δεύτερο μέρος αποτελούσαν δύο έγκυρα και έγκριτα ψυχομετρικά εργαλεία - κλίμακες τα εξής:

1.4.2. Ερωτηματολόγιο 2

Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberg (State- Trait Anxiety Inventory).

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 συνολικά θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας, κατά τον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ). Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται κανείς την στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα (21 – 40) απαντώνται με βάση το πώς αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας).

Έτσι, στο Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (STAI I, II) διαχωρίζεται το άγχος ως κατάσταση (State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου αυτοαναφερόμενου άγχους.

1.4.3.Ερωτηματολόγιο 3

Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Η κλίμακα περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία, ανάλογα με την σοβαρότητα του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Τα θέματα αφορούν θλίψη (λύπη), απαισιοδοξία, αποθάρρυνση, αίσθημα αποτυχίας, έλλειψη ικανοποίησης, ενοχή, προσδοκία τιμωρίας, απέχθεια προς τον εαυτό, αυτομορφή, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα του σώματος, εργασιακή επιβράδυνση, αϋπνία, εύκολη κούραση, ανορεξία, απώλεια βάρους, σωματική ενασχόληση, απώλεια της λίμπιντο (Σταλίκας et. al., 2002).

1.5. Δείγμα της έρευνας

Η ποιότητα μιας έρευνας δεν ενισχύεται ή αποδυναμώνεται μόνο από την καταλληλότητα της μεθοδολογίας και των ερευνητικών εργαλείων αλλά και από την καταλληλότητα της στρατηγικής δειγματοληψίας (Cohen et. al., 2008). Κατά τη διαδικασία επιλογής της στρατηγικής δειγματοληψίας, σύμφωνα με τους Cohen κ.α. (2008) θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις αναφορικά με τέσσερις τομείς-κλειδιά της δειγματοληψίας:

1. το είδος δειγματοληψίας
2. η πρόσβαση στο δείγμα
3. η αντιπροσωπευτικότητα και οι διάφορες παράμετροι του δείγματος
4. το μέγεθος του δείγματος

Καθώς δεν είναι δυνατόν ο ερευνητής να μελετήσει κάθε άτομο στον υπό μελέτη πληθυσμό, είναι αναγκασμένος να επιλέξει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού αυτού. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα είναι απαραίτητο στην ποσοτική έρευνα για να μπορέσει να οδηγηθεί σε έγκυρα αποτελέσματα. Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα επιτρέπει στον ερευνητή να γενικεύσει τα συμπεράσματά του. Η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος και κάθε άτομο στον πληθυσμό έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα. Συνήθως γίνεται μέσα από κάποιο κατάλογο όπου επιλέγονται τυχαία τα άτομα που θα αποτελέσουν το δείγμα. Για τις

ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, χρησιμοποιήσαμε την απλή τυχαία δειγματοληψία (Bell, 1997).

Για τον καθορισμό του μεγέθους του δείγματος έχουν ληφθεί υπόψη παράγοντες όπως το κόστος συλλογής των στοιχείων, ο διαθέσιμος χώρος και χρόνος, η πιθανότητα διακύμανσης των απαντήσεων μέσα στον πληθυσμό και η δυνατότητα ακρίβειας κατά την επεξεργασία των πληροφοριών (Duverger, 1990).

Με στόχους τη συλλογή περισσότερων δεδομένων, αλλά και την προσωπική επαφή και επικοινωνία, θεωρήσαμε αναγκαίο το ερωτηματολόγιο να χορηγηθεί στο δείγμα μας από την ίδια την ερευνήτρια. Η επιλογή αυτή, όμως, δε σημαίνει ότι παραλείφθηκε η συνοδευτική επιστολή του ερωτηματολογίου, της οποίας σκοπός είναι να γνωστοποιήσει το στόχο της έρευνας, να δώσει στους ερωτώμενους να κατανοήσουν τη σημασία της και να τους δώσει διαβεβαιώσεις εμπιστευτικότητας (Cohen & Manion, 1994).

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν άτομα εξαρτημένα από ουσίες που έχουν ζητήσει βοήθεια από το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών και προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Κριτήρια επιλογής δείγματος

- Ηλικία από 18-55 ετών.
- Οι ασθενείς να είναι ικανοί να γράφουν, να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.
- Οι ασθενείς να είναι ικανοί να διαβάσουν και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης.
- Οι ασθενείς να είναι προσανατολισμένοι ως προς το χρόνο και το χώρο.
- Ασθενείς με διάγνωση τοξικοεξάρτησης.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς με γνωστικές διαταραχές.
- Ασθενείς με προβλήματα όρασης ή ακοής.

Συγχυτικοί παράγοντες

- Δυσκολία στην κατανόηση της ορολογίας στα ερευνητικά εργαλεία.
- Παρεμβολές από εξωγενείς παράγοντες (διακοπές από άλλους, θερμοκρασία δωματίου, θόρυβος, κόπωση των συμμετεχόντων).

Γενικότερα, η διεξαγωγή της έρευνας εξελίχθηκε ομαλά και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, αφού ο αρχικός σχεδιασμός και ο συντονισμός ήταν προσεκτικός. Θα πρέπει να επισημάνουμε την ευγενική συμπεριφορά, αλλά και την άμεση ανταπόκριση των υποκειμένων με τους οποίους ήρθε σε επαφή η ερευνήτρια, για να διανεμίει τα ερωτηματολόγια.

1.6. Επεξεργασία των ερωτηματολογίων και ανάλυση των δεδομένων

Έπειτα από τη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων στο δείγμα μας και τη συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε η επιμέλεια των ερωτηματολογίων. Με τον όρο επιμέλεια των ερωτηματολογίων εννοούμε τον έλεγχο που γίνεται σε αυτά, ο οποίος αποσκοπεί στον εντοπισμό των σφαλμάτων των απαντούντων. Σύμφωνα με τους Moser και Kalton κατά την ανωτέρω διαδικασία τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να ελεγχθούν ως προς την πληρότητά, την ακρίβεια και την ομοιομορφία τους (Cohen & Manion, 2008).

Στην παρούσα έρευνα, η επιμέλεια των ερωτηματολογίων δεν έγινε τη χρονική στιγμή που τα παραλαμβάναμε από κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα, αλλά πριν την κωδικοποίησή τους. Αυτό συνέβη γιατί ήταν χρονικά και πρακτικά αδύνατο να ελεγχθούν την ώρα που παραδίδονταν ιδιοχείρως, καθότι το περιθώριο που είχαμε στη διάθεσή μας ήταν περιορισμένο. Δεν πρέπει να παραλείψουμε, όμως, και το σκεπτικό ότι αφεθήκαμε στην καλή διάθεση και συνεργασία των ερωτηθέντων.

1.7. Περιγραφή του δείγματος

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου συμπεριλάβαμε ερωτήσεις μέσα από τις οποίες παρουσιάζονται τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων.

Με το πρώτο ερώτημα μας ενδιέφερε η ηλικία των υποκειμένων με σκοπό να δούμε σε πιο φάσμα ηλικιών μπορούμε να μετρήσουμε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, όταν προσέρχονται για θεραπεία.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα των πινάκων (1- 3) που ακολουθούν η ηλικία των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία κυμαίνεται μεταξύ 21 έως 54 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκεται μεταξύ 31 έως 40 ετών. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα (έως 30 ετών) η οποία αντιπροσωπεύεται με ποσοστό 26,6% και

η αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα (41 και άνω) η οποία αντιπροσωπεύεται με μικρό ποσοστό της τάξης του 5,1%.

Πίνακας 1
1. Έτος γέννησης:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1960	1	1,3	1,3	1,3
1968	1	1,3	1,3	2,5
1971	1	1,3	1,3	3,8
1972	1	1,3	1,3	5,1
1974	3	3,8	3,8	8,9
1975	1	1,3	1,3	10,1
1976	4	5,1	5,1	15,2
1977	5	6,3	6,3	21,5
1978	6	7,6	7,6	29,1
1979	10	12,7	12,7	41,8
1980	4	5,1	5,1	46,8
1981	12	15,2	15,2	62,0
1982	5	6,3	6,3	68,4
1983	4	5,1	5,1	73,4
1984	6	7,6	7,6	81,0
1985	3	3,8	3,8	84,8
1986	4	5,1	5,1	89,9
1987	1	1,3	1,3	91,1
1988	1	1,3	1,3	92,4
1989	2	2,5	2,5	94,9
1990	1	1,3	1,3	96,2
1992	1	1,3	1,3	97,5
1993	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Πίνακας 2
1. Ηλικία (σήμερα)

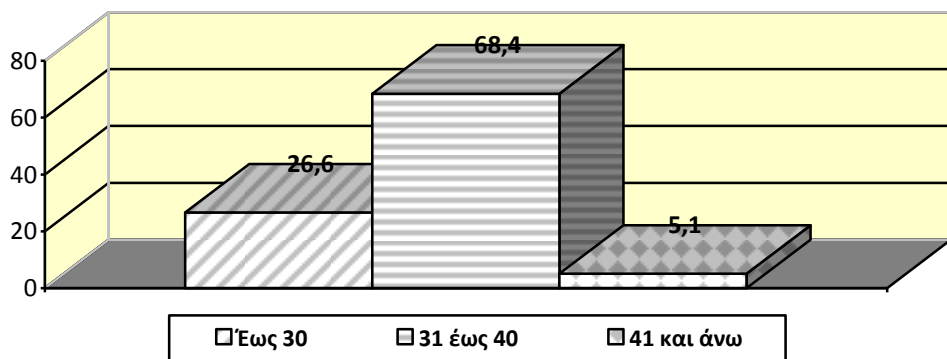
	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
21	2	2,5	2,5	2,5
22	1	1,3	1,3	3,8
24	1	1,3	1,3	5,1
25	2	2,5	2,5	7,6
26	1	1,3	1,3	8,9

27	1	1,3	1,3	10,1
28	4	5,1	5,1	15,2
29	3	3,8	3,8	19,0
30	6	7,6	7,6	26,6
31	4	5,1	5,1	31,6
32	5	6,3	6,3	38,0
33	12	15,2	15,2	53,2
34	4	5,1	5,1	58,2
35	10	12,7	12,7	70,9
36	6	7,6	7,6	78,5
37	5	6,3	6,3	84,8
38	4	5,1	5,1	89,9
39	1	1,3	1,3	91,1
40	3	3,8	3,8	94,9
42	1	1,3	1,3	96,2
43	1	1,3	1,3	97,5
46	1	1,3	1,3	98,7
54	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Πίνακας 3
1.Ηλικία (σήμερα)

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έως 30	21	26,6	26,6	26,6
31 έως 40	54	68,4	68,4	94,9
41 και άνω	4	5,1	5,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

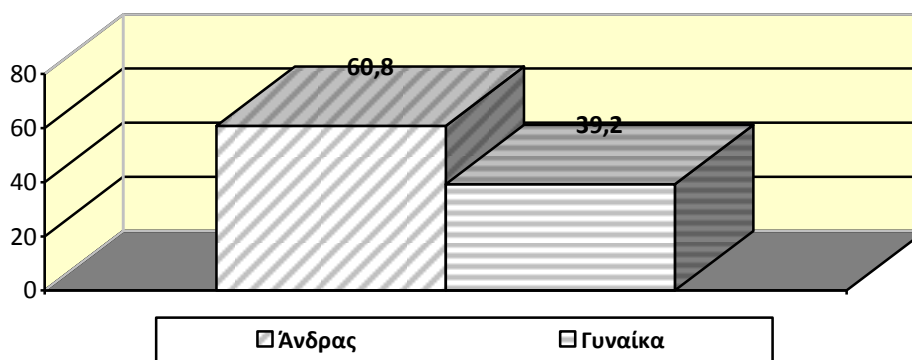


Ως προς το φύλο των υποκειμένων, σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας οι 31 ήταν γυναίκες και οι 48 άνδρες.

Πίνακας
2. Φύλο:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	48	60,8	60,8	60,8
Γυναίκα	31	39,2	39,2	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



Από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, δήλωσαν ως τόπο κατοικίας τους, την ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Τονίζεται, ότι το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα.

Πίνακας
3. Τόπος κατοικίας:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αττική	79	100,0	100,0	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

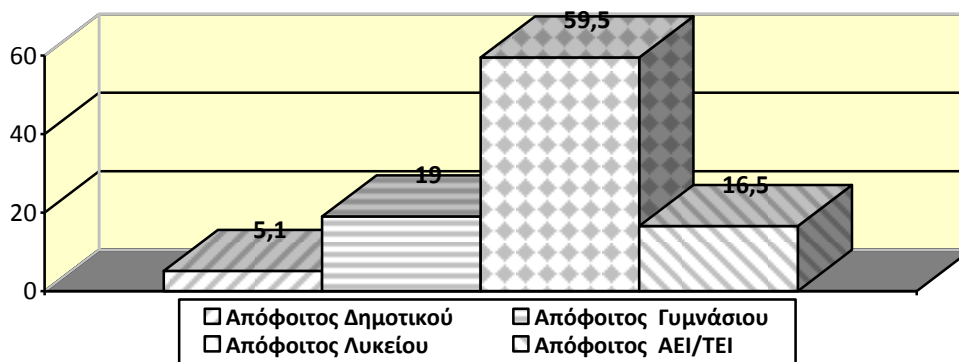
Από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, δήλωσαν ως το μορφωτικό τους επίπεδο, ότι μόνο το 16,5% έχουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ). Σημειώνεται ότι, από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, έχουν σπουδές σε ποσοστό 83,5% μέχρι το Λύκειο.

Πίνακας

4. Ποιές είναι οι μέχρι σήμερα σπουδές σας:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος Δημοτικού	4	5,1	5,1	5,1
Απόφοιτος Γυμνάσιου	15	19,0	19,0	24,1
Απόφοιτος Λυκείου	47	59,5	59,5	83,5
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	13	16,5	16,5	100,0
Μεταπτυχιακά				
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



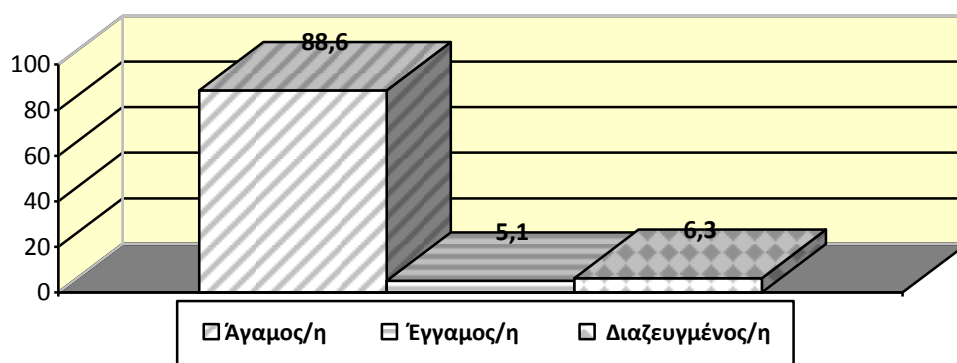
Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 88,6% ότι είναι άγαμοι. Επίσης ποσοστό 5,1% δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι και σε ποσοστό 6,3% ότι είναι διαζευγμένοι.

Πίνακας

5.Οικογενειακή κατάσταση;

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος/η	70	88,6	88,6	88,6
Έγγαμος/η	4	5,1	5,1	93,7
Διαζευγμένος/η	5	6,3	6,3	100,0
Χήρος/α				
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



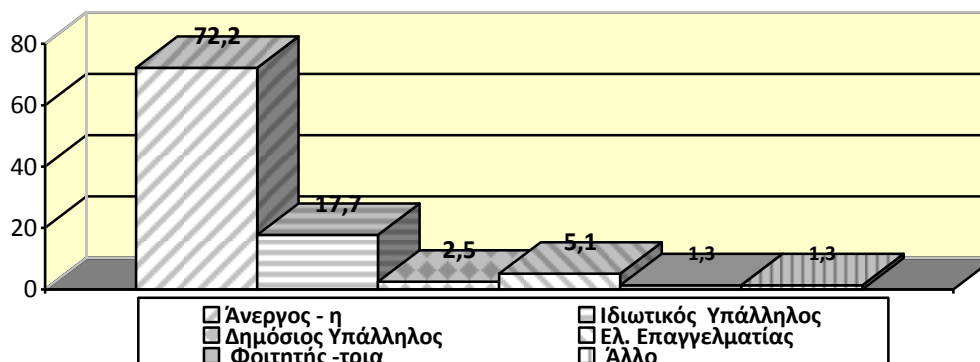
Ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 77,2% ότι είναι άνεργοι. Από τους υπόλοιπους ποσοστό 17,7% δήλωσαν ότι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ποσοστό 2,5% δήλωσαν ότι εργάζονται στον δημόσιο τομέα και ποσοστό 5,1% ότι είναι Ελ. Επαγγελματίες.

Πίνακας

6.Επαγγελματική απασχόληση;

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνεργος - η	57	72,2	72,2	72,2
Ιδιωτικός Υπάλληλος	14	17,7	17,7	89,9
Δημόσιος Υπάλληλος	2	2,5	2,5	92,4
Ελ. Επαγγελματίας	4	5,1	5,1	97,5
Οικιακά				
Συνταξιούχος				
Φοιτητής -τρια	1	1,3	1,3	98,7
Άλλο	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



Τέλος ζητήθηκε από τα υποκείμενα να μας δηλώσουν σε ποιο στάδιο θεραπείας βρίσκονται.

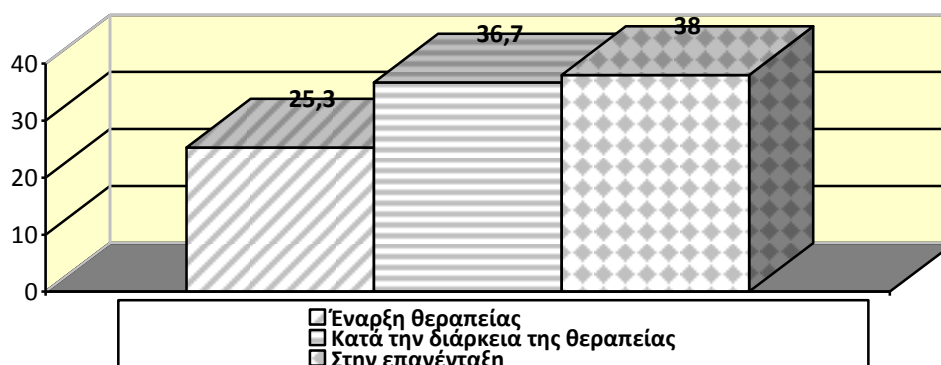
Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 38,0% δήλωσαν ότι βρίσκονται στη φάση της επανένταξης. Από τους υπόλοιπους ποσοστό 36,7% δήλωσαν ότι βρίσκονται στη φάση της διάρκειας της θεραπείας και ποσοστό 25,3% δήλωσαν ότι βρίσκονται στην έναρξη της θεραπείας.

Πίνακας

7. Σε ποιο στάδιο θεραπείας βρίσκεστε:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έναρξη θεραπείας	20	25,3	25,3	25,3
Κατά την διάρκεια της θεραπείας	29	36,7	36,7	62,0
Στην επανένταξη	30	38,0	38,0	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



Ως προς το πρώτο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% ότι είναι σε «αρχή κατάθλιψης», και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% ότι είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Ας σημειωθεί ότι η κλίμακα περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία, ανάλογα με την σοβαρότητα του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Τα θέματα αφορούν θλίψη (λύπη), απαισιοδοξία, αποθάρρυνση, αίσθημα αποτυχίας, έλλειψη ικανοποίησης, ενοχή, προσδοκία τιμωρίας, απέχθεια προς τον εαυτό, αυτομορφή, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα του σώματος, εργασιακή επιβράδυνση, αϋπνία, εύκολη κούραση, ανορεξία, απώλεια βάρους, σωματική ενασχόληση, απώλεια της λίμπιντο (Σταλίκας et. al., 2002). Οι επιμέρους συχνότητες

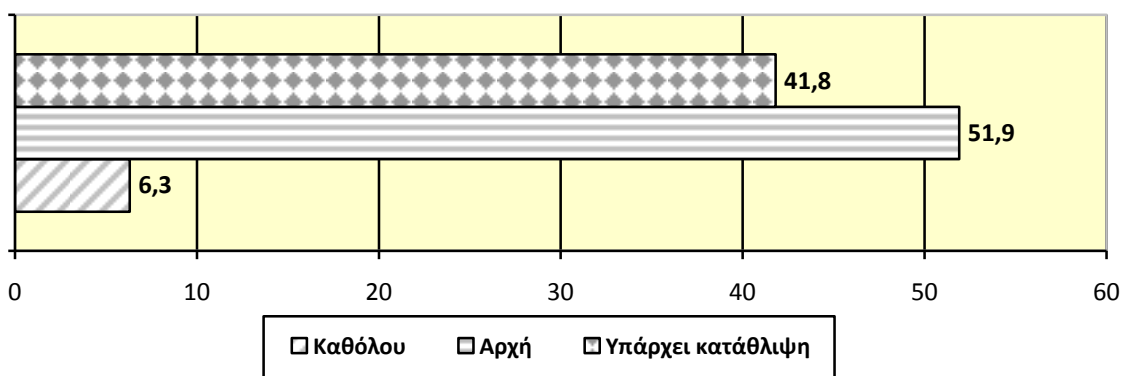
και εκατοστιαίες αναλογίες για όλες τις επιμέρους μεταβλητές παρουσιάζονται στο παράρτημα 1.

Πίνακας

Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI),

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου κατάθλιψη	5	6,3	6,3	6,3
Αρχή κατάθλιψης	41	51,9	51,9	58,2
Υπάρχει κατάθλιψη	33	41,8	41,8	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



Ως προς το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

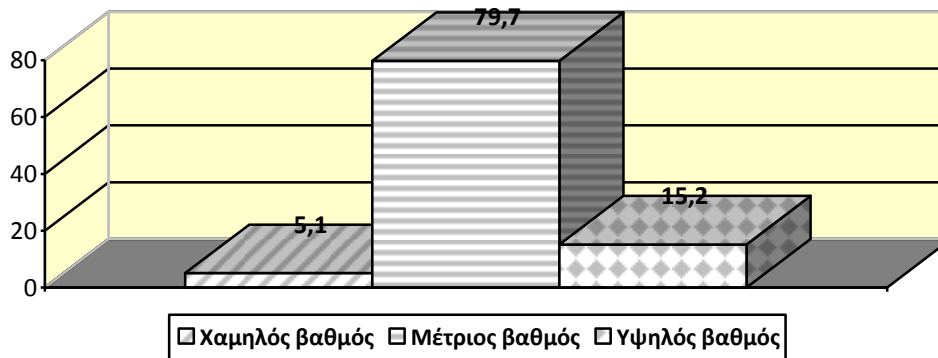
Πίνακας

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

1. Το άγχος ως κατάσταση (State)

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χαμηλός βαθμός	4	5,1	5,1	5,1
Μέτριος βαθμός	63	79,7	79,7	84,8
Υψηλός βαθμός	12	15,2	15,2	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



Επίσης φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,9% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Ας σημειωθεί, ότι πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 συνολικά θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας, κατά τον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ).

Έτσι, στο Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (STAI I, II) διαχωρίζεται το άγχος ως κατάσταση (State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετραβάθμια κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου αυτοαναφερόμενου άγχους.

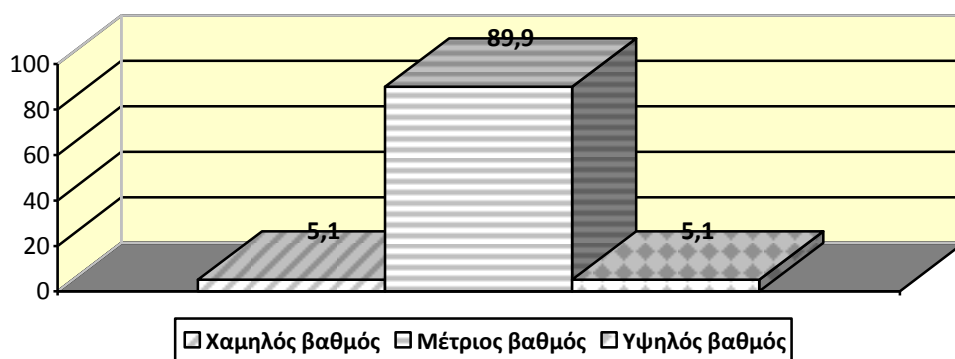
Πίνακας

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

2. Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait).

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χαμηλός βαθμός	4	5,1	5,1	5,1
Μέτριος βαθμός	71	89,9	89,9	94,9
Υψηλός βαθμός	4	5,1	5,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ανάλυση - Παρουσίαση Διερευνητικών Ερωτημάτων

2.1. Ανάλυση και παρουσίαση του πρώτου διερευνητικού ερωτήματος

α) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας;

- κατά την έναρξη της θεραπείας
- κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας
- κατά την διάρκεια της επανένταξης

Είδαμε σε σχέση με το πρώτο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% ότι είναι σε «αρχή κατάθλιψης», και ένα

επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% ότι είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το πρώτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης», τα έξι σε ποσοστό 14,6% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα δέκα έξι σε ποσοστό 39,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα δεκαεννέα σε ποσοστό 46,3% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «κατάθλιψη», τα 14 σε ποσοστό 42,4% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 12 σε ποσοστό 36,4% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 7 σε ποσοστό 21,2% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη», κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, το 1 σε ποσοστό 20,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 4 σε ποσοστό 80,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Πίνακας

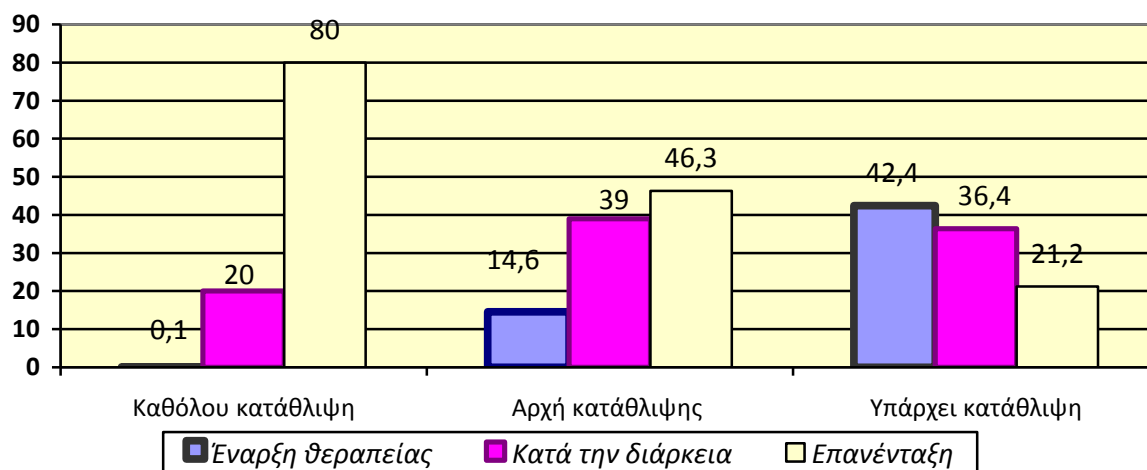
**Ερώτημα (7) Στάδιο θεραπείας των υποκειμένων σε σχέση με:
Τελική βαθμολογία στην κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck - (Beck Depression Inventory, BDI)**

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανένταξη			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Καθόλου κατάθλιψη	-	-	-	1	20	3,4	4	80	13,3	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	6	14,6	30	16	39	55,2	19	46,3	63,3	41	100	51,9
Υπάρχει κατάθλιψη	14	42,4	70	12	36,4	41,4	7	21,2	23,3	33	100	41,8
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 12,8 - DF = 4 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το πρώτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 17 σε ποσοστό 27,0% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 20 σε ποσοστό 31,7% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 26 σε ποσοστό 41,3% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 3 σε ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην αρχή

της θεραπείας, τα 7 σε ποσοστό 58,3% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 2 σε ποσοστό 16,7% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 2 σε ποσοστό 50,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 2 σε ποσοστό 50,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Πίνακας

Ερώτημα (7) Στάδιο θεραπείας των υποκειμένων σε σχέση με:

Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

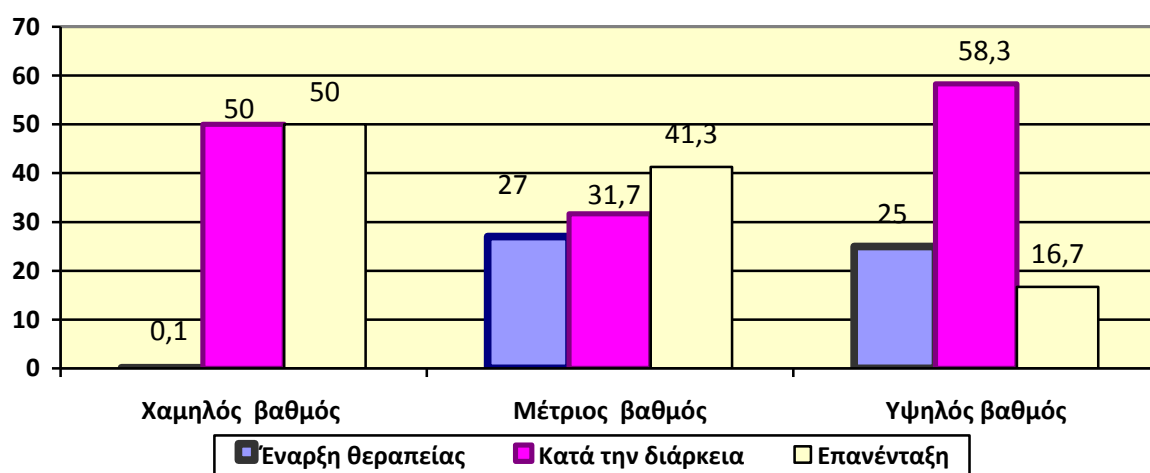
1. Το άγχος ως κατάσταση (State)

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανένταξη			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	-	-	-	2	50	6,9	2	50	6,7	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	17	27	85	20	31,7	69	26	41,3	86,7	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	3	25	15	7	58,3	24,1	2	16,7	6,7	12	100	15,2
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 4,9 - DF = 4 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το πρώτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 19 σε ποσοστό 26,8% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 25 σε ποσοστό 35,2% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 27 σε ποσοστό 38,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, το 1 σε ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 2 σε ποσοστό 50,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 1 σε ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας, τα 2 σε ποσοστό 50,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα 2 σε ποσοστό 50,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Πίνακας

Ερώτημα (7) Στάδιο θεραπείας των υποκειμένων σε σχέση με:

Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

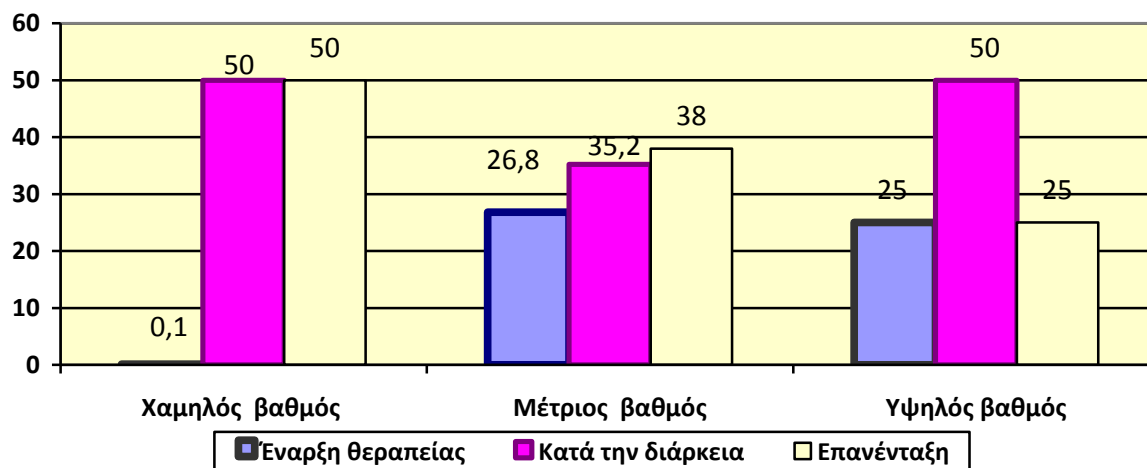
2. Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait).

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανάταξη			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	-	-	-	2	50	6,9	2	50	6,7	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	19	26,8	95	25	35,2	86,2	27	38	90	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	1	25	5	2	50	6,9	1	25	3,3	4	100	5,1
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 1,8 - DF = 4 - P > 0,05$

Γραφική παράσταση



2.2. Ανάλυση και παρουσίαση του δεύτερου διερευνητικού ερωτήματος

β) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το φύλο τους;

Είδαμε σε σχέση με το πρώτο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της

έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% ότι είναι σε «αρχή κατάθλιψης», και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% ότι είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης», τα 27 σε ποσοστό 65,9% ήταν άνδρες και τα 14 σε ποσοστό 34,1% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «κατάθλιψη», τα 18 σε ποσοστό 54,5% είναι άνδρες και τα 15 σε ποσοστό 45,5% γυναίκες.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη», 3 από αυτά σε ποσοστό 60,0% ήταν άνδρες και 2 σε ποσοστό 20,0% γυναίκες.

Πίνακας

Ερώτημα (2) φύλο υποκειμένων σε σχέση με:

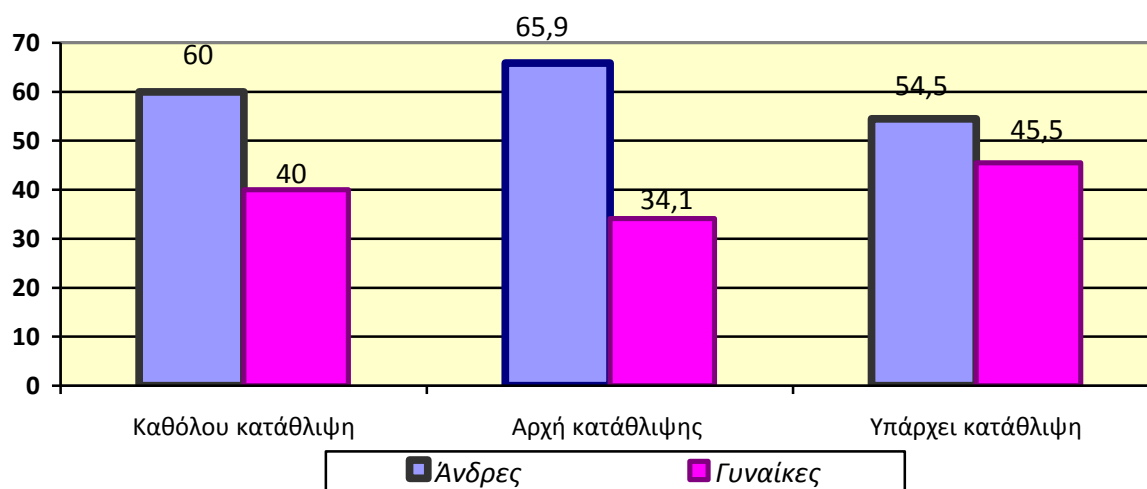
Τελική βαθμολογία στην κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck - (Beck Depression Inventory, BDI)

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Καθόλου κατάθλιψη	3	60	6,3	2	40	6,5	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	27	65,9	56,3	14	34,1	45,2	41	100	51,9
Υπάρχει κατάθλιψη	18	54,5	37,5	15	45,5	48,4	33	100	41,8
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = ,9 - DF = 2 - P > 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 38 σε ποσοστό 60,3% ήταν άνδρες και τα 25 σε ποσοστό 39,7% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 15,2% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 6 σε ποσοστό 50,0% ήταν άνδρες και τα 6 σε ποσοστό 50,0% ήταν γυναίκες.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, 4 από αυτά σε ποσοστό 100% ήταν άνδρες και κανένα από αυτά γυναίκες.

Πίνακας

Ερώτημα (2) φύλο υποκειμένων σε σχέση με:

Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

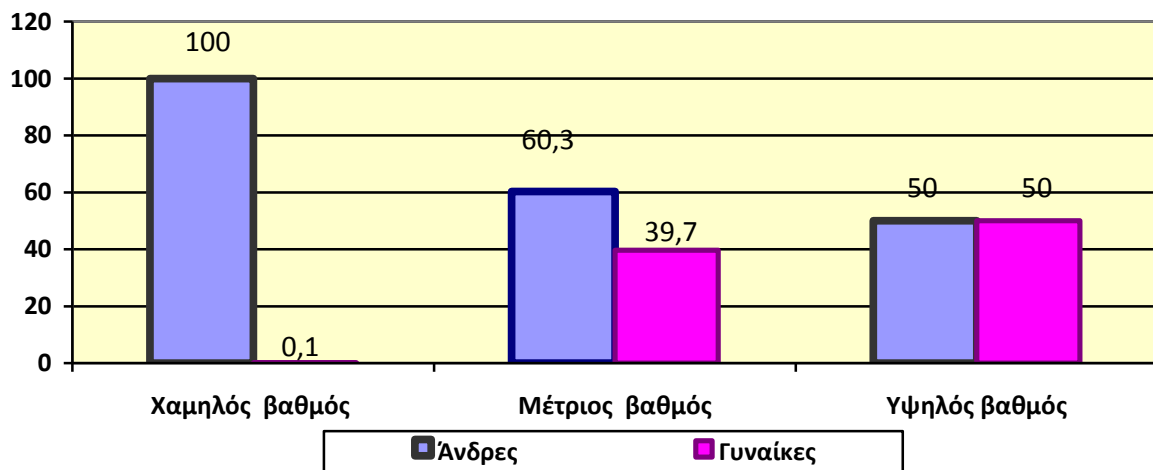
1. Το άγχος ως κατάσταση (State)

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	4	100	8,3	-	-	-	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	38	60,3	79,2	25	39,7	80,6	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	6	50	12,5	6	50	19,4	12	100	15,2
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 3,1 - DF = 2 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 42 σε ποσοστό 59,2% ήταν άνδρες και τα 29 σε ποσοστό 40,8% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 2 σε ποσοστό 50,0% ήταν άνδρες και τα 2 σε ποσοστό 50,0% ήταν γυναίκες.

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, 4 από αυτά σε ποσοστό 100% ήταν άνδρες και κανένα από αυτά γυναίκες.

Πίνακας

Ερώτημα (2) φύλο υποκειμένων σε σχέση με:

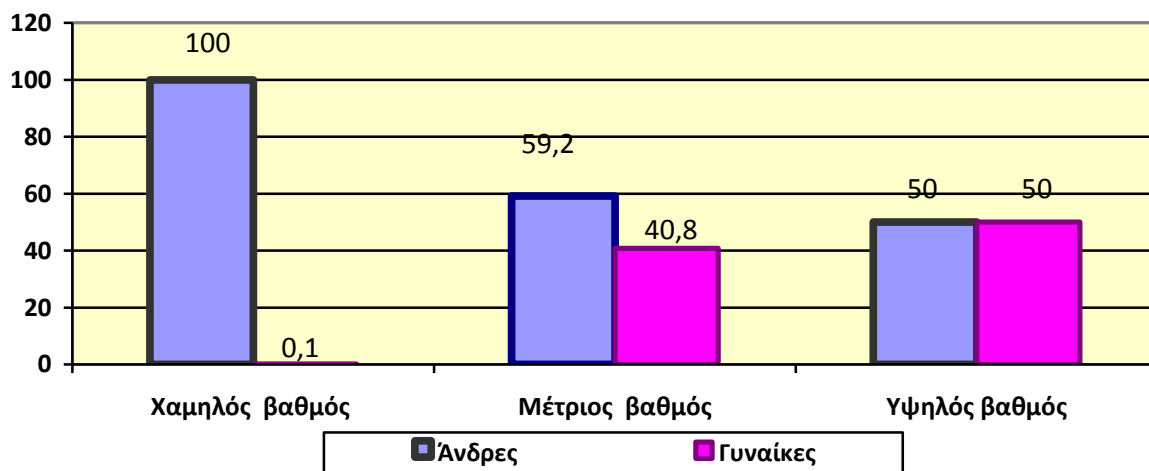
Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

2. Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait).

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	4	100	8,3	-	-	-	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	42	59,2	87,5	29	40,8	93,5	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	2	50	4,2	2	50	6,5	4	100	5,1
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2 = 2,8 - DF = 2 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



2.3. Ανάλυση και παρουσίαση του τρίτου διερευνητικού ερωτήματος

γ) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με την ηλικία τους;

Είδαμε σε σχέση με το πρώτο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% ότι είναι σε «αρχή κατάθλιψης», και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% ότι είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το τρίτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης», τα 9 σε ποσοστό 22,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», τα 30 σε ποσοστό

73,2% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και τα 2 σε ποσοστό 4,9% είχαν ηλικία « 41 ετών και άνω».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «κατάθλιψη», τα 9 σε ποσοστό 27,3% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», τα 12 σε ποσοστό 66,7% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και τα 2 σε ποσοστό 6,1% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη», τα 3 σε ποσοστό 60,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», και τα 2 σε ποσοστό 40,0% είχαν ηλικία «έως 31 - 40 ετών». Επίσης κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Πίνακας

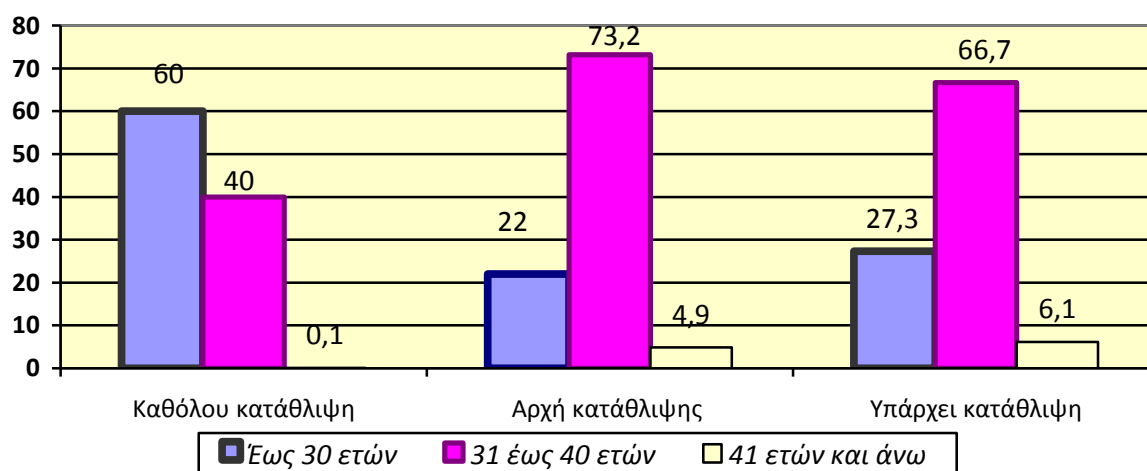
**Ερώτημα (1) Ηλικία (σήμερα) των υποκειμένων σε σχέση με:
Τελική βαθμολογία στην κλίμακα Κατάθλιψης του Α.Τ. Beck - (Beck Depression Inventory, BDI)**

	Έως 30 ετών			31 έως 40 ετών			41 ετών και άνω			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Καθόλου κατάθλιψη	3	60	14,3	2	40	3,7	-	-	-	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	9	22	42,9	30	73,2	55,6	2	4,9	50	41	100	51,9
Υπάρχει κατάθλιψη	9	27,3	42,9	22	66,7	40,7	2	6,1	50	33	100	41,8
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 3,4 - DF = 4 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το τρίτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 15 σε ποσοστό 23,8% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», τα 45 σε ποσοστό 71,4% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και τα 3 σε ποσοστό 4,8% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 15,2% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 3 σε ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», τα 9 σε ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και κανένα σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 40 ετών».

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», τα 3 σε ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», και μόνο 1 σε ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Πίνακας

Ερώτημα (1) Ηλικία (σήμερα) των υποκειμένων σε σχέση με:

Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

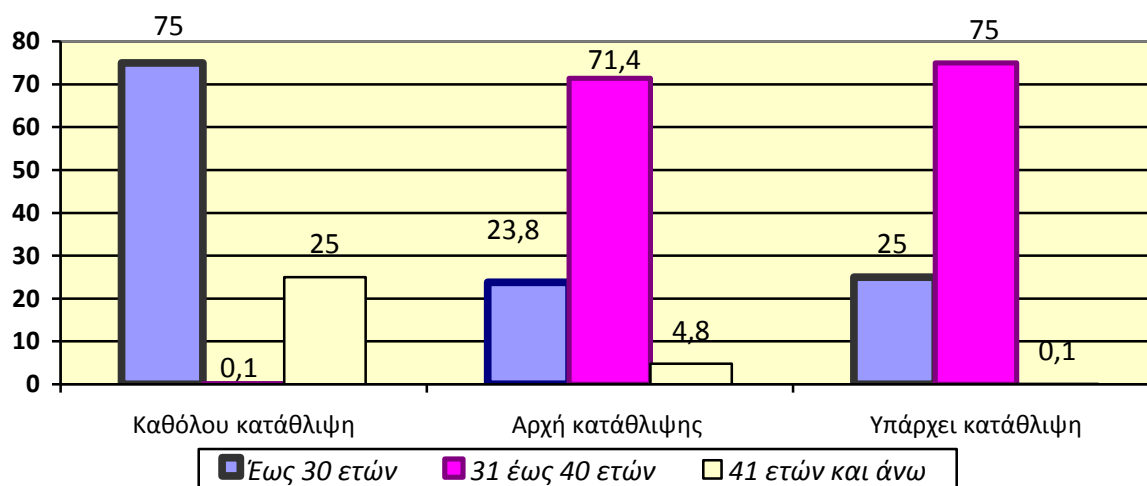
1. Το άγχος ως κατάσταση (State)

	Έως 30 ετών			31 έως 40 ετών			41 ετών και άνω			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	3	75	14,3	-	-	-	1	25	25	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	15	23,8	71,4	45	71,4	83,3	3	4,8	75	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	3	25	14,3	9	75	16,7	-	-	-	12	100	15,2
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 10,3 - DF = 4 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



Είδαμε σε σχέση με το δεύτερο από τα δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων, στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το τρίτο μας ερευνητικό ερώτημα.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους, τα 17 σε ποσοστό 23,9% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», τα 51 σε ποσοστό 71,8% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και τα 3 σε ποσοστό 4,2% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους, το 1 σε ποσοστό 25,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών», τα 3 σε ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και κανένα σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 40 ετών».

Σε αντίθεση από τα παραπάνω φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους, κανένα από αυτά σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», τα 3 σε ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», και μόνο 1 σε ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Πίνακας

Ερώτημα (1) Ηλικία (σήμερα) των υποκειμένων σε σχέση με:

Τελική βαθμολογία ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory)

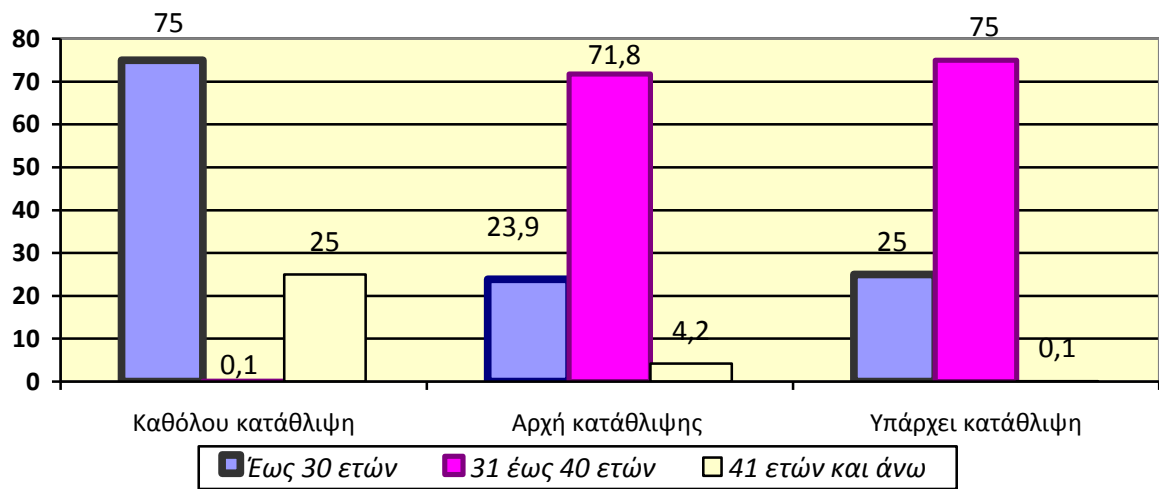
2. Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait).

	Έως 30 ετών			31 έως 40 ετών			41 ετών και άνω			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Χαμηλός βαθμός	3	75	14,3	-	-	-	1	25	25	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	17	23,9	81	51	71,8	94,4	3	4,2	75	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	1	25	4,8	3	75	5,6	-	-	-	4	100	5,1
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 10,0 - DF = 4 - P < 0,05$

Γραφική παράσταση



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Συζήτηση ευρημάτων και συμπεράσματα

3.1. Συζήτηση ευρημάτων

3.1.1. Σε σχέση με το πρώτο διερευνητικό ερώτημα

α) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας;

- κατά την έναρξη της θεραπείας
- κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας
- κατά την διάρκεια της επανένταξης

Ως προς το πρώτο ψυχομετρικό εργαλείο, την Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), είδαμε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% είναι σε «αρχή κατάθλιψης» και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Τα αποτελέσματα σε σχέση με το στάδιο θεραπείας των υποκειμένων στοιχείο το οποίο αποτέλεσε και το πρώτο μας ερευνητικό ερώτημα έχουν ως εξής:

Φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης»:

- ποσοστό 14,6% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 39,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 46,3% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και βρίσκονται σε «κατάθλιψη»:

- ποσοστό 42,4% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 36,4% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 21,2% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη»:

- μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 20,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 80,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Ως προς το δεύτερο ψυχομετρικό εργαλείο, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberg (State- Trait Anxiety Inventory), είδαμε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 27,0% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 31,7% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 41,3% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους,

- ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 58,3% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 16,7% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- σε μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 50,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 50,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Ως προς τη δεύτερη παράμετρο της Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Φάνηκε, λοιπόν, ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 26,8% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 35,2% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 38,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Επίσης από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- ποσοστό 50,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 25,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

Τέλος, φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- σε μηδενικό ποσοστό βρίσκονταν στην αρχή της θεραπείας,
- σε ποσοστό 50,0% βρίσκονταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και
- ποσοστό 50,0% βρίσκονταν στην φάση της επανένταξης.

3.1.2. Σε σχέση με το δεύτερο διερευνητικό ερώτημα

β) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με το φύλο τους;

Τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων έχουν συνοπτικά ως εξής:

Φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης»:

- ποσοστό 65,9% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 34,1% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία βρίσκονται σε «κατάθλιψη»:

- ποσοστό 54,5% είναι άνδρες και
- ποσοστό 45,5% γυναίκες.

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη»:

- ποσοστό 60,0% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 20,0% γυναίκες.

Ως προς την πρώτη παράμετρο του δεύτερου ψυχομετρικού εργαλείου, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberg (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Τα αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων έχουν συνοπτικά ως εξής:

Φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 60,3% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 39,7% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 15,2% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 50,0% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 50,0% ήταν γυναίκες.

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 100% ήταν άνδρες και
- κανένα από αυτά γυναίκες.

Ως προς τη δεύτερη παράμετρο του δεύτερου από τα ψυχομετρικά εργαλεία, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα δεδομένα φάνηκε ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 59,2% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 40,8% γυναίκες.

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους :

- ποσοστό 50,0% ήταν άνδρες και
- ποσοστό 50,0% ήταν γυναίκες.

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 100% ήταν άνδρες και
- κανένα από αυτά γυναίκες.

3.1.3. Σε σχέση με το τρίτο διερευνητικό ερώτημα

γ) Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε σχέση με την ηλικία τους;

Σε σχέση με το πρώτο ψυχομετρικό εργαλείο, την Κλίμακα Κατάθλιψης του Α.Τ. Beck (Beck Depression Inventory, BDI), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51,9% είναι σε «αρχή κατάθλιψης» και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 41,8% ότι είναι ήδη σε «κατάθλιψη». Αντίθετα μόνο το 6,3% φάνηκε να μην εμφανίζει «καθόλου κατάθλιψη».

Σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων φάνηκε ότι από το ποσοστό 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία βρίσκονται σε «αρχή κατάθλιψης»:

- ποσοστό 22,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 73,2% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και
- ποσοστό 4,9% είχαν ηλικία «41 ετών και άνω».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 41,8% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και βρίσκονται σε «κατάθλιψη»:

- ποσοστό 27,3% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 66,7% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και
- ποσοστό 6,1% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 6,3% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία δεν εμφανίζουν «κατάθλιψη»:

- ποσοστό 60,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 40,0% είχαν ηλικία «έως 31 - 40 ετών»
- μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Σε σχέση με την πρώτη παράμετρο του δεύτερου εργαλείου, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία, η πλειοψηφία σε ποσοστό 79,7% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε μέτριο βαθμό, και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15,2% βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε υψηλό

βαθμό, Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως κατάσταση (State) σε χαμηλό βαθμό.

Σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων φάνηκε ότι από το ποσοστό 79,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 23,8% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 71,4% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και
- ποσοστό 4,8% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 15,2% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και
- μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 40 ετών».

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών»
- ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών» και.
- ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Ως προς την δεύτερη παράμετρο του δεύτερου εργαλείου, την Κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State- Trait Anxiety Inventory), φάνηκε ότι από τα 79 άτομα με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία, η πλειοψηφία σε ποσοστό 89,7% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε μέτριο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 5,1% βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε υψηλό βαθμό. Αντίθετα μόνο το 5,1% φάνηκε να βιώνουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) σε χαμηλό βαθμό.

Σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων φάνηκε ότι από το ποσοστό 89,7% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «Μέτριο βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 23,9% είχαν ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 71,8% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών» και

- ποσοστό 4,2% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

Επίσης φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «υψηλό βαθμό» άγχους:

- ποσοστό 25,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών»,
- ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών», και
- μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «άνω των 40 ετών».

Τέλος φάνηκε ότι από το ποσοστό 5,1% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, τα οποία προσήλθαν για θεραπεία και παρουσιάζουν «χαμηλό βαθμό» άγχους:

- σε μηδενικό ποσοστό είχαν ηλικία «31 έως 40 ετών»
- ποσοστό 75,0% είχαν ηλικία «έως 30 ετών», και
- ποσοστό 25,0% είχαν ηλικία «άνω των 41 ετών».

3.2. Συμπεράσματα

Κανένα μέρος της ψυχικής ζωής δεν είναι σημαντικότερο, για την ποιότητα και τη σημασία της ύπαρξης μας, από τα συναισθήματα. Αυτά δίνουν στη ζωή αξία και νόημα.

Τι είναι όμως τα συναισθήματα; Θα μπορούσε να πει κάποιος πως είναι το σύνολο των καταστάσεων που "χρωματίζουν" τα αντικείμενα, τους ανθρώπους, τις εμπειρίες κάνοντάς τα ευπρόσδεκτα ή μη, ευχάριστα ή δυσάρεστα, επιθυμητά ή ανεπιθύμητα. Τα συναισθήματα είναι αισθήματα που βιώνονται πολύ έντονα για σύντομο χρονικό διάστημα π.χ. φόβος, θυμός, χαρά κ.τ.λ.

Η ποιότητα των συναισθημάτων και των αισθημάτων καθορίζεται από μια διαρκή ψυχική κατάσταση, μια εσωτερική διάθεση η οποία κατευθύνει την ψυχική δραστηριότητα του ανθρώπου. Η ζωή κάθε ανθρώπου, αν και με σημαντικές ατομικές μεταβολές, χαρακτηρίζεται στο επίπεδο των γενικών αισθημάτων και συναισθημάτων, από συνεχείς και περιοδικές μεταβολές της διάθεσης, από την ευθυμία στην μελαγχολία, περνώντας από το στάδιο της αδιαφορίας. Αν αυτές οι μεταβολές ξεφύγουν από το φυσιολογικό και επιμείνει το στάδιο της μελαγχολίας τότε μπορούμε να πούμε ότι το άτομο πάσχει από κατάθλιψη.

Όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας έχει βρεθεί πως κάποιες ουσίες, οι νευροδιαβιβαστές, σχετίζονται άμεσα με την ψυχική υγεία. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί είναι η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη.

Η σεροτονίνη έχει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση του θυμού, της επιθετικότητας, της όρεξης, της διάθεσης, του ύπνου και της σεξουαλικότητας. Χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με διάφορες διαταραχές όπως αύξηση της επιθετικότητας και του θυμού, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή κ.α. Η νοραδρεναλίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής σημαντικός στη ρύθμιση της προσοχής, των συναισθημάτων, του ύπνου, της μάθησης. Η νοραδρεναλίνη επηρεάζει τα μέρη του εγκεφάλου όπου ελέγχεται ο κύκλος ύπνου - εγρήγορσης, η προσοχή και οι αντιδράσεις, εκκρίνεται σε καταστάσεις άγχους. Όταν η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη δεν βρίσκονται σε ισορροπία αλλά παρατηρείται μείωση τους τότε εμφανίζεται αλλαγή στη διάθεση, τη σεξουαλικότητα, την κινητικότητα καθώς και αλλαγές στην όρεξη.

Η μείωση αυτή είναι ένας από τους λόγους εμφάνισης της κατάθλιψης.

Για το λόγο αυτό άλλωστε οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται ευρέως στην θεραπεία της κατάθλιψης, στη δημιουργία συγχρόνων φαρμάκων.

Παρ' όλη όμως την πρόοδο της ψυχιατρικής αλλά και της φαρμακολογίας, οι οποίες κατάφεραν να ελέγξουν τα συμπτώματα των ασθενών αλλά και να τους προσφέρουν καλύτερες συνθήκες ζωής, η κοινωνία εξακολουθεί να τους βάζει στο περιθώριο. Έτσι οι ψυχικά ασθενείς καθώς και τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες εκτός από τη «νόσο» τους καλούνται να αντιμετωπίσουν και τον κοινωνικό στιγματισμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι κρατούν τους ανθρώπους αυτούς σε απόσταση ασφαλείας φοβούμενοι μήπως "μολυνθούν" και οι ίδιοι. Είναι όμως και αυτοί άνθρωποι που τους συναντούμε καθημερινά στη δουλειά, στο δρόμο, στη γειτονιά ακόμα και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Κανείς άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνά πως δεν είναι θωρακισμένος απέναντι στην ψυχική ασθένεια, μπορεί κάποια στιγμή να νοσήσει ο ίδιος ή κάποιο στενό του πρόσωπο και τότε να βρεθεί αντιμέτωπος με όλα όσα κάποτε είχε βάλει στο περιθώριο.

3.3. Προτάσεις

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι η κατάθλιψη είναι μια νόσος που εμφανίζεται στα άτομα με εξάρτηση από ουσίες με μεγάλη συχνότητα, άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε πως χαρακτηρίζεται ως «νόσος της εποχής μας».

Θα πρέπει, λοιπόν, να συνειδητοποιηθεί το μέγεθος του προβλήματος και να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει και να παρέμβει και ο/η νοσηλευτής ως μέλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η ενημέρωση της κοινωνίας, μέσα στην οποία ανήκει και της οικογένειας, σχετικά με τα συμπτώματα, την πιθανή εξέλιξη και του τί είναι η κατάθλιψη, μπορεί να βοηθήσει στην πρόιμη αναγνώριση αυτής και στην άμεση αντιμετώπισή της στα άτομα με εξάρτηση από ουσίες.

Πρέπει να ενθαρρύνονται τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να συναναστρέφονται με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Άλλωστε σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα και τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες. Έτσι το άτομο ξεφεύγει από τη μοναξιά και αποβάλλει τις άσχημες σκέψεις που τυχόν υπάρχουν (αναξιότητα, υποτίμηση του ΕΓΩ).

Εν κατακλείδι, η στήριξη της οικογένειας (ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση) είναι πολύ σημαντική, έτσι ώστε να είναι σε θέση να στηρίζει και τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες ψυχολογικά και να μην τα τοποθετήσει στο περιθώριο. Είναι ουσιαστικό για τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να νιώθουν χρήσιμα και ότι δεν είναι βάρος για τους δικούς του.

Επίλογος

Η ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των στιγμών ευτυχίας, μερικές ώρες ή εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια - την κατάθλιψη.

Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή «μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο». Χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πιο έντονη από τη λύπη και πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αναξιότητας και απάθειας. Έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό βαθμό. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές λειτουργίες του ατόμου όπως τον ύπνο, τη διατροφή και την σκέψη.

Από την έρευνά μας, προκύπτει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες . Επίσης, φαίνεται πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σημεία καταθλιπτικής νόσου σε αντίθεση με τους νεότερους οι οποίοι εμφανίζουν σημεία της νόσου.

Από την προσωπική μας επαφή με τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα τα οποία ζήτησαν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας, διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι από αυτούς δεν είχαν την αναμενόμενη στήριξη από το άμεσο κοινωνικό τους περιβάλλον. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια την ενίσχυση των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων που δημιουργούνται στα άτομα αυτά (αίσθημα ανικανότητας για προσφορά, κοινωνικός παραγκωνισμός, μείωση αυτοεκτίμησης κ τ λ.).

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο των περισσότερων και με το μορφωτικό τους επίπεδο, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης σοβαρής μορφής καταθλιπτικής νόσου.

Βιβλιογραφία

- Adesso, U.J. (1995). Cognitive factors in alcohol and drug use. In Galizio and A. Maisto (eds) Determinants of substance abuse: Biological, psychological and environmental factors. New York Plenum Press, pp 179-208.
- American Psychiatric Association-APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association-APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anna kokkevi and Costas Stefanis, (1990). Drug abuse and psychiatric comorbidity, Comprehensive Psychiatry, Vol. 36, No 5, pp. 329-337.
- Balint M. The basic fault: therapeutic aspects of regression. New York: Brunnel Mazel 1968.
- Bell, J. (2001). Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. Biometr Bull. 1946; 2: 47-53.
- Brook, R.C. (1980). Whitehead P.C. Drug-free Therapeutic Community. New York: HumanScience Press.
- Brown SA, Irwin M, Schuckit MA. Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. J Stud Alcohol. 1991; 52: 55-61.
- Chatlos, J. (1989). Adolescent Dual Diagnosis: A 12 Step Transformational Model, Journal of Psychoactive Drugs, 21,2, 189-201.
- Clark, J.A. (1965). Opiate addiction. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58, 412- 414.
- Cohen, L., Manion, L. (1980). Research Methods in Education. London: Croom Helm Ltd. (Μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα με τον τίτλο: Cohen, L., Manion, L. (1997). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Μητσοπούλου, Χ. Φιλονούλου, Μ. (μτφ.), Αθήνα: εκδ.' Εκφραση.
- Compton WM, Cottler LB, Phelps DL, Abdallah AB, Spitznagel EL. Psychiatric Disorders among Drug Dependent Subjects: Are They Primary or Secondary? The American Journal on Addictions. 2000; 9: 126-134.

- Cristie, K et al. (1988). Epidemiologic Evidence for Early Onset of Mental Disorders and High Risk of Drug Abuse in Young Adults, *American Journal of Psychiatry*, 145, 971-975.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. and Barnekow-Rasussen, V. (2004). *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 4. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Daugirdas, J. & Todd, S. (1988). *Handbook of Dialysis*. Boston, Toronto: Little Brown.
- De Leon, G. (1985). The therapeutic community status and evaluation. *International Journal of the Addictions*, 20, 823-84.
- De Leon, G. (1986). The therapeutic community for substance abuse: Perspective and approach. In F. De Leon and J. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 5-19.
- De Leon, G. (1994). *The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model*. In Tims, F.M., De Leon, G. and Jainchill, N. (Eds.) *Therapeutic Community: Advances in research and Applications: National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph Series 144 (NIH Publication No 94-3633)*. Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community. Theory, Model, and Method*, New York, Springer Publishing Company.
- De Leon, G. (1997). *Community as method. Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- DeJong CA, Van den Brink W, Harteveld FM, Van de Wielen EG. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry*. 1993; 34: 87-94.
- Diaz-Buxo, J. A., Lowrie, E. G., Lew, N. L., Zhang, H. & Lazarus, J. M. (2000). Quality-of-life evaluation using Short Form 36: Comparison in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*. 35: 293-300.
- Dilsaver S. The pathophysiologies of substance abuse and affective disorders: an integrative model? *J Clin Psychopharmacol*. 1987; 7: 1-10.
- Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 224-230.
- Dodes LM. Compulsion and addiction. *J Am Psychoanal Assoc*. 1996; 44: 815-836.

- Duke PJ, Pantelis C, Barnes TRE. South Westminster schizophrenia survey: alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry*. 1994; 64: 630-636.
- Elliott, T, Shewchuk, R, & Richards, J.S. (2001). Family caregiver problem solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 223-232.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2006). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2006, Lisbon
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2005). Annual Report on the State of Drugs Problem in the European Union in the year 2005, Lisbon.
- Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: WW Norton 1945.
- Ferbs C, Magoudi A. Approchepsychanalytique des toxicomanies. Paris: PUF 1986.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S., Sitzoglou, K. et al. (2001). Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*. 1: 1-10.
- Galanter M, Castaneda R, Ferman J. Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis and treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1988; 14: 211-235.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, O. & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84: 371-378.
- Gerstein, D.R. and Harwood, H.J. (1990). *Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*. Volume 1. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Ginieri - Coccossis, M. & Theofilou P. (2007). *Quality of Life and Health Locus of Control in Renal Disease: Comparison of Haemodialysis versus Peritoneal Dialysis Patients*. Διεθνές συνέδριο που διοργάνωσε η ISOQOL (International Society of Quality of Life) - «Conference on Patient Reported Outcomes in Clinical Practice», Βουδαπέστη, Ουγγαρία.
- Ginieri - Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V. & Soldatos, C. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and

- peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology*. 9: 1-9.
- Gokal, R. (1993). Quality of life in patients undergoing renal, replacement therapy. *Kidney Int.* 43 (Suppl 40): 823-827.
- Gokal, R. (2002). Health - related quality of life in end stage renal failure. *Ελληνική Νεφρολογία*. 14 (συμπληρωματικό τεύχος 1): 170-173.
- Gokcakan, Z. (1991). The effectiveness of psychological counselling for long-term haemodialysis patients. *Dial Transplant*. 20: 26-29.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goleman, D. (1995). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Goodman, J. et al., (1995). *Consuming Habits. Drugs in History and Anthropology*, Routledge, 12-15.
- Goodman, J. et al., (1995). *Consuming Habits. Drugs in History and Anthropology*, Routledge, 12-15.
- Graig, R. (1988). A Psychometric Study of the Prevalence of DSM III Personality Disorders among Treated Opiate addicts, *The International Journal of the Addictions*, 23,2, 765,767.
- Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend.* 1995, 39:197-206.
- Grant, B.F. and Dawson, D. A. (1999). Alcohol and Drug Use, Abuse and Dependence: Classification, Prevalence and Comorbidity. In McGrady, B.S. and Epstein, E.E. (eds) *Addictions, A comprehensive guidebook*. Oxford University Press, New York/Oxford.
- Griffin, K. W. (1994). Comparison of quality of life in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. In R. Khanna (Ed.), *Advances in peritoneal dialysis* (pp. 104-108). Toronto: Peritoneal Dialysis Publications.
- Hann, D., Winter, K. & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of Psychosomatic Research*. 46: 437-443.
- Harden, P. and Pihl R. (1995). Cognitive Function, Cardiovascular Reactivity and behavior in boys at high risk for Alcoholism, *Journal of Abnormal Psychology*, 104.

- Hartnoll, R. (1994). Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator: Definitive Protocol, Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group.
- Hasin DS, Nunes EV. Comorbidity of alcohol, drug, and psychiatric disorders: epidemiology. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ, eds. Dual Diagnosis and Treatment. New York: Marcel Dekker 1998: 1-30.
- Hatzitaskos P, Soldatos C, Kokkevi A, Stefanis C. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1999; 40 (4): 278-282.
- Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*. 1988; 49: 219-224.
- Hendriks, V. (1990). Psychiatric Disorders in a Dutch Addict Population: Rates and Correlates of DSM III Diagnosis, *J. CL. Psychol*, June 1990, 56, 3, pp 393-398.
- Hendriks, V. (1999). Evaluating Drug Abuse Treatment: Current and Future Perspectives. In Baker, O. and Monterey, J. (eds) *Evaluating The Treatment Of Drug Abuse in the European Union*, EMCDDA, Scientific Monograph Series No 3..
- Hesselbrock MN, Meyer R, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42: 1050-1055.
- Hibell, B.; Anderson, B. Bjarnason, T.; Ahlstrom, S.; Kokkevi, A. and Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003 – Alcohol and Other Drug Use among
- Higuchi S, Matsushita S, Muramatsu T, Murayama M, Hayashida M. Alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes and drinking behavior in Japanese. *Alcohol ClinExp Res*. 1996; 20: 493-497.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R. and Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: A National study of effectiveness. Chapel Hill. University of North Carolina Press.
- Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Craddock, S.G. and Cavanaugh, ER (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviours before, during and after treatment. In Tims, F., and Ludford, J. (eds.) *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects*. Research analysis Utilization System, Research Monograph Series 31. Rockville: NIDA.
- Jaffe JH, Ciraulo KA. Alcoholism and depression. In: Meyer RE, ed. *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guilford 1986: 293-320.

- Jaffe JH. Substance- related disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th Edition. Baltimore: Williams & Wilkins 1995: 755-887.
- Javeau, C. (1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Jones, M. (1968a). *Social Psychiatry in Practice*. Harmondsworth: Penguin.
- Jones, M. (1968b). *Beyond the therapeutic community*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Karamanidou, C., Theofilou, P., Ginieri - Coccossis, M., Synodinou, C. & Papadimitriou, G. (2009). Anxiety, depression and health beliefs in end - stage renal disease (ESRD) patients. 17th European Congress of Psychiatry, European Psychiatric Association.
- Kennard, D. (1983). *An introduction to therapeutic communities*. London: Rutledge and Kegan Paul.
- Kennedy S. H. (1989). Major depression in renal dialysis patients: an open trial of antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry*. 50: 20-28.
- Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson 1975.
- Kessler RC, Crum RC, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 313-321.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
- Khantzian EJ. An ego/self-theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective. In: Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW, eds. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary perspectives*. Washington: US Government Printing Office 1980: 84-96.
- Khantzian EJ. The self- medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*. 1985; 142: 1259- 1264.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997; 4: 231-244.

- Khantzian, E.,(1987). *Psychiatric and Psychodynamic Factors in Cocaine Addiction*, στο Arnold Washton& Marc Gold., *Cocaine: A Clinician's Handbook*. New York: Guilford Press.
- Kimmel, P., Peterson, A. A. & Weihs, K. I. (1995). Aspects of quality of life in haemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 6: 1418-1425.
- Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press 1977.
- Kokkevi, A and Stefanis, C., (1995). *Drug Abuse and Psychiatric Comorbidity*, *Comprehensive Psychiatry*, 36(5): 329-337.
- Kranzler HR, Liebowitz NR. Anxiety and depression in substance abuse. *Med Clin North Am*. 1988; 72: 867-885.
- Kranzler HR, Satel S, Apter A. Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*. 1994; 35: 335-340.
- Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 685- 695.
- Kutner, N. G., Zhang, R., Barnhart, H. & Collins, A. J. (2005). Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 20: 2159-2167.
- Lieberman JA, Sheitman BB, Kinon BJ. Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology*. 1997; 17: 205-229.
- Liskow B, Mayfield D, Thiele J. Alcohol and affective disorder: assessment and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1982; 43: 144-147.
- Luthar SS, Merikangas KR, Rounsaville BJ. Parental psychopathology and disorders in offspring: a study of relatives of drug abusers. *J NervMent Dis*. 1993; 181: 351-357.
- Main, T. (1946). The hospital as therapeutic institution. *Bulletin of the Meninger Clinic*, Vol.10, 16-17.
- Malow, R and West, J. (1989). Personality Disorders. Classification and Symptoms in Cocaine and Opioid Addicts, *journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 6, pp 765-767.
- McDougall J *Théâtre du Je*. Paris: Gallimard 1982.
- McDougall J. *Plaidoyer pour unecertaineanormalité*. Paris: Gallimard 1978.
- McDougall J. The «disaffected» patients, reflections on affect pathology. *Psychoanal Q*. 1984; 53: 386-409

- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-25
- Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70: 712-724.
- Merikangas KA, Stevens D, Fenton B. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Res World*. 1996; 20: 100-105.
- Milkman H, Frosch WA. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *J NervMentDisord*. 1973; 156: 242-248.
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol*. 1997, 106: 74-84.
- Moss, H et al. (1990). Plasma GABA-like Activity in response to Ethanol Challenge in Men at High Risk for Alcoholism, *Journal of Biological Psychiatry*, 27,6.
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bull*. 1990; 16: 31-56.
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 118-120.
- National Institute on Drug Abuse NIDA (2007). Understanding Drug Abuse and addiction, NIDA InfoFacts, April. <http://www.Nida.nih.gov/Infofacts/understand.html>.
- O'Brien C. Drug addiction and drug abuse. In: Hardman JG, Limbird LE, Goodman Gilman A eds. *The pharmacological basis of therapeutics*. 10th Edition. Mc Graw-Hill Companies Inc 2001: 621-642.
- Patison, E.M., Sobel, M.B. and Sobel, L.C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.
- Pham-Kanter, G. (2001). Substance abuse and dependence. In Longe, J.L. (ed), *The Gale Encyclopedia of Medicine (2nd Edition)*. Farmington Hills, MI: Gale Group.
- Pianezza ML, Sellers EM, Tyndale RF. Nicotine metabolism defect reduces smoking. *Nature*. 1998; 393: 750.
- Poulopoulos, C. (1998). Dropout from Therapeutic Communities For Substance Abusers in Greece. Ph.D dissertation, University of Bradford, Department of Applied Social Studies, Bradford, U.K.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1: 385-401.
- Rado S. The psychic effect of intoxication: attempt at a psychoanalytic theory of drug addiction. *Int. J. Psychoanal*. 1926; 7: 396.

- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Diaz-Corte, C., Navascues, R. A. & Naves, M. (1998). Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Geriatric Nephrology and Urology*. 8: 85-94.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264 (19): 2511-2518.
- Regier, D. et al., (1990). *Co morbidity of Mental Disorders with alcohol and other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, Journal of the American Medical Association*, 264.
- Reich LH, Davies RK, Himmelhoch JM Jr. Excessive alcohol use in manic- depressive illness. *Am J Psychiatry*. 1974; 131: 83-86.
- Rosenfeld HA. On drug addiction. *Int. J. Psychoanal*. 1960; 41: 467-475.
- Salasnek, S., and Amini, F. (1971). The heroin addict in a therapeutic community for adolescents: A cultural «rip-off». *Journal of Psychedelic Drugs*, 4, 138-144.
- SAMSHA (2007) Services Research Outcome Study (SROS), SAMSHA, Office of Applied studies.
- Schuckit MA. New findings in the genetics of alcoholism. *JAMA*. 1999; 281: 1875-1876.
- Schuckit, M.A. (1995) *Educating Yourself about Alcohol and Drugs: A People Primer*. NewYork/London: PlenumTrade.
- Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health. *Am Psychol*. 1990; 45: 612-630
- Shewchuk, R., Richards, J. S., & Elliott, T. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17, 125-129.
- Simpson, D.D. and Currie, S.J. (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 1, No. 4.
- Simpson, D.D. and Sells, S. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research programme. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Soldatos, C. R., Allaert, F. A., Ohta, T. & Dikeos, D. G. (2005). How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Medicine*. 6: 5-13.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, G. O., Gorush, R. I. & Lushene, R. E. (1970). *The State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stefanis C, Kokkevi A. Comorbidity of depression and substance abuse. *European Neuropsychopharmacology*. 1992; 2 (3): 206-207.
- Strakowski SM, Sax KW, Mc Elroy SL, Keck PE Jr, Hawkins JM, West SA. Course of psychiatric and substance abuse syndromes co- occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59: 465-471.
- Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm: The Pompidou Group at the Council of Europe.
- Swift RM, Stout RL. Relationship between craving and anxiety in opioid withdrawal. *J Substance Abuse*. 1992; 4: 19-26.
- Tschann, J. (1994). *Initiation of Substance Abuse in Early Adolescence*, *Health Psychology*, 4.
- United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. (2007) *Annual Report 2007 Making the world safer from crime, drugs and terrorism*. UN, New York.
- United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. (2007) *Annual Report 2007 Making the world safer from crime, drugs and terrorism*. UN, New York.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44. 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*. 6: 160-170.
- Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Gunderson JG, Hufford C. Personality disorders in cocaine dependence. *Compr Psychiatry*. 1993; 34: 145-149.
- WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*. 13: 299-310.
- Wieder H, Kaplan EH. Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanal Stud Child*. 1969; 24: 399-431.

- Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, Masser JD, Keller MB, Endicott J, et al. Alcoholism in manic- depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness and the primary- secondary distinction. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 365-372.
- World Health Organization-WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders.
- Wu, A. W., Fink, N. E., Marsh - Manzi, J. V., Meyer, K. B., Finkelstein, F. O., Chapman, M. M. & Powe, N. R. (2004). Changes in quality of life during haemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures. *Journal of American Society of Nephrology*. 15: 743-753.
- Wulfert, E., Greenway, D.E. and Dougher, M.J. (1996). A logical functional analysis of reinforcement-based disorders: alcoholism and pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1140-1115.
- Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *JAmPsychoanalAssoc*. 1974; 22: 820-843.
- Yalom, I. (2011). Το ιστορικό πλαίσιο: οι κοινωνικές ρίζες των κλινικών προβλημάτων. Στο I.Yalom (Επιμ.), *Αλκοόλ. Από την εξάρτηση στην θεραπεία*. Αθήνα: ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, 24-26.
- Yucedal, C., Olmez, N., Gezen, G., Celik, F., Altindag, A., Yilmaz, M. E. & Kara, I. H. (2003). Κατάθλιψη στους ασθενείς εξωνεφρικής κάθαρσης. *EDTNA ERCA Journal*. 29: 160-164, Greek edition.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία –ΕΚΤΕΠΙΝ (2006) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΙΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά, (2009). *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά, (2010). *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ
- Ελληνικού, Μ. Ι. & Ζήση, Α. (2002). Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια. *Ιατρική*. 82: 124-131.
- Ζαφειρίδης, Φ. (2001). Ψυχική Υγεία και αυτοβοήθεια: το παράδειγμα των ανωνύμων ναρκομανών (ΝΑ) και αλκοολικών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τχ. 73, σ. 22-29.

- Θεοφίλου, Π. (2008). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Dialysis Living*. 21: 42-50.
- Θεοφίλου, Π., Συνοδινού, Κ. & Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. (2006). Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά & τις Πολιτικές Υγείας. ΕΣΔΥ - Τομέας Οικονομικών Υγείας, Αθήνα.
- Κουκουτσάκη, Α. (2002). Χρήση Ναρκωτικών, Ομοφυλοφιλία. Συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*. 21: 71-76.
- Λιάππας, Α.Γ. (2003). Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση. Εκδοσεις Πατάκη, Ε΄ έκδοση, Αθήνα.
- Λιάππας, Ι. (1999). Ναρκωτικά, Εθιστικές Ουσίες και Κλινικά Προβλήματα- Αντιμετώπιση. Αθήνα, Εκδόσεις: Πατάκη.
- Λιάππας, Ι. (2004). Εξαρτησιογόνες ουσίες – χρήσιμοι ορισμοί. Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνη Βαλλέρια (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- Λιάππας, Ι. ,Μέλλος, Ε. , Πομίνη, Β. (2006). Κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα, Αθήνα, Παραγωγή-διάθεση: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαϊκών Επαγγελματιών του χώρου της ουσιοεξάρτησης) Ελληνικό τμήμα
- Μαδιανός, Μ. (2006). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα: Καστανιώτης
- Μαρσέλος, Μ. (1981). Ναρκωτικά, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*, Αθήνα : Άγρα.
- Μοσχοπούλου, Ε. & Σαββιδάκη, Ε. (2003). Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Προσέγγιση - Παρέμβαση. *Dialysis Living*. 7: 1-5.
- Μπαϊρακτάρης , Κ. (1994). Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές. Εναλλακτικές Εκδόσεις / Αντιπαραθέσεις, Αθήνα.
- Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ. & Χατζηδημητρίου, Χ. (2005). Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living*. 14: 22-32.
- Παπαγεωργίου, Ε. (2009). Ψυχιατρική(2η έκδοση), Αθήνα, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993 α). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος 1ος, Αθήνα: Εκδόσεις του ιδίου.

- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993β). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος 2ος, Αθήνα: Εκδόσεις του ιδίου.
- Παρασκευόπουλος, Ν. (2003). Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Ρούσος, Π. και Τσαούσης, Γ. (2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α. et al., (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ».
- Στεφανής, Κ. (1993) Πρόλογος στην Ελληνική Έκδοση του World Health Organization-WHO (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic disorders. Ελληνική Μετάφραση: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. και Μαυρέας, Β. (ΕΠΨΥ) Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004). Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2005-2012. 22 Νοεμ. 2004, 10574/04, Βρυξέλλες.
- Τζαννετάκη, Τ. (2006). Ο νεοσυντηρητισμός και η πολιτική της μηδενικής ανοχής. Μια κριτική θεώρηση των θέσεων του James Q. Wilson. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2003). Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). Το Εθνικό σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών 2007-2009, Αθήνα
- Φίλιας, Β. (γενική εποπτεία). Συνεργασία: Σπουδαστήριο Κοινωνιολογίας ΠΑΣΠΕ, ΕΚΚΕ. Αθήνα: εκδ. Gutenberg.
- Χριστοδούλου, Γ. et al., (2002). Προληπτική Ψυχιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Χριστοδούλου, Γ. et al.,(2002). *Προληπτική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Συχνότητες και εκατοστιαίες αναλογίες σε όλες τις μεταβλητές

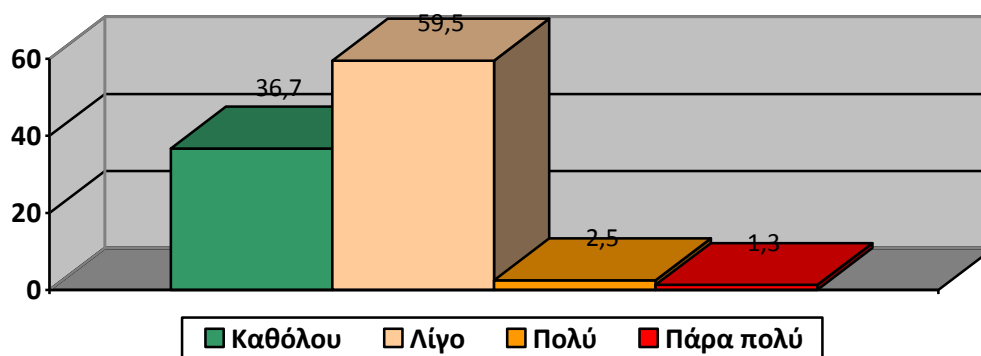
Κλίμακα Κατάθλιψης του Α.Τ. Beck - (Beck Depression Inventory, BDI)

Πίνακας

Α. Συναισθήματα

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	29	36,7	36,7	36,7
Λίγο	47	59,5	59,5	96,2
Πολύ	2	2,5	2,5	98,7
Πάρα πολύ	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

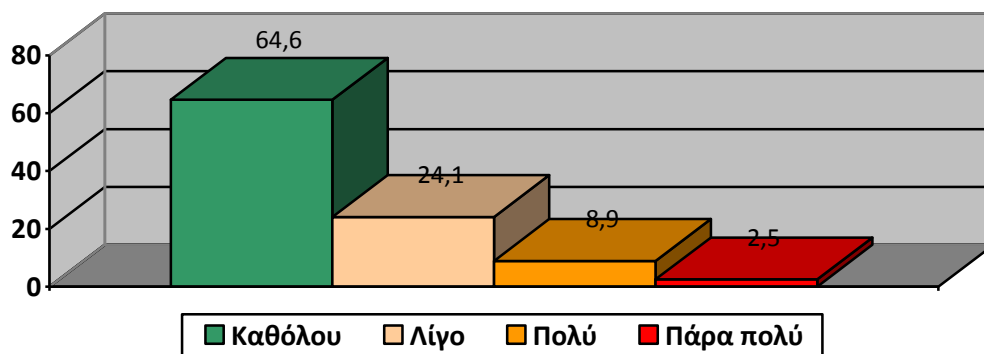


Πίνακας

Β. Απαισιοδοξία

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	51	64,6	64,6	64,6
Λίγο	19	24,1	24,1	88,6
Πολύ	7	8,9	8,9	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

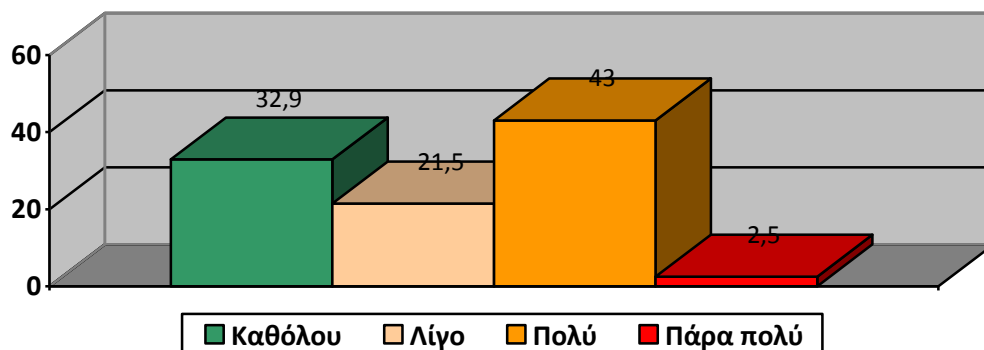
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Γ. Αίσθημα αποτυχίας

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	26	32,9	32,9	32,9
Λίγο	17	21,5	21,5	54,4
Πολύ	34	43,0	43,0	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

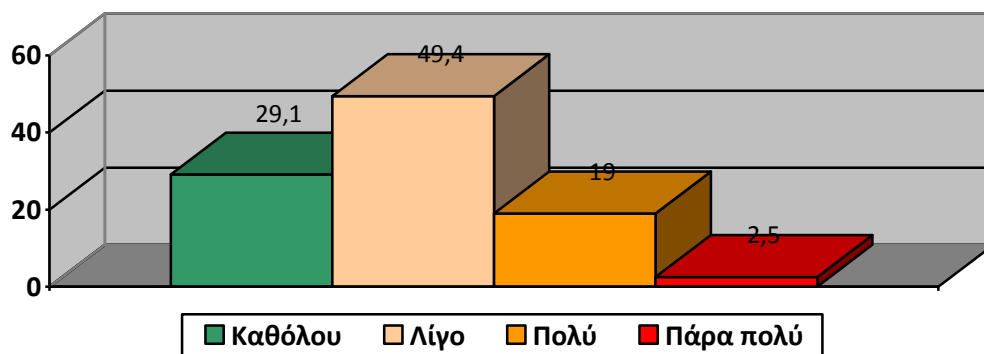
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Δ. Αίσθημα ικανοποίησης

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	23	29,1	29,1	29,1
Λίγο	39	49,4	49,4	78,5
Πολύ	15	19,0	19,0	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

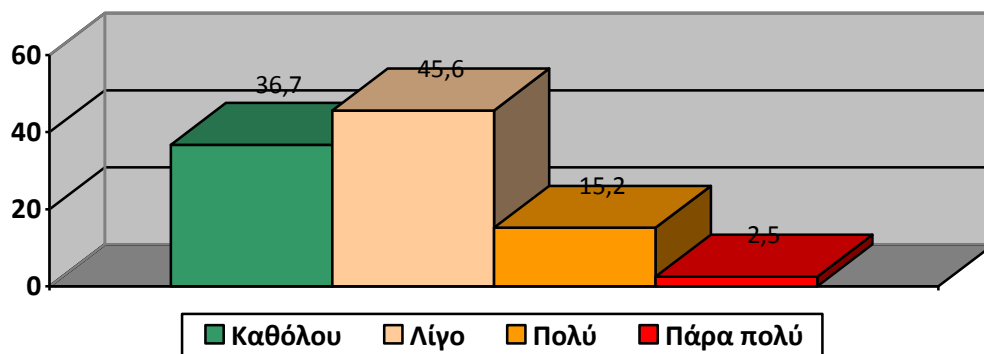
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Ε. Αίσθημα ενοχής

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	29	36,7	36,7	36,7
Λίγο	36	45,6	45,6	82,3
Πολύ	12	15,2	15,2	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

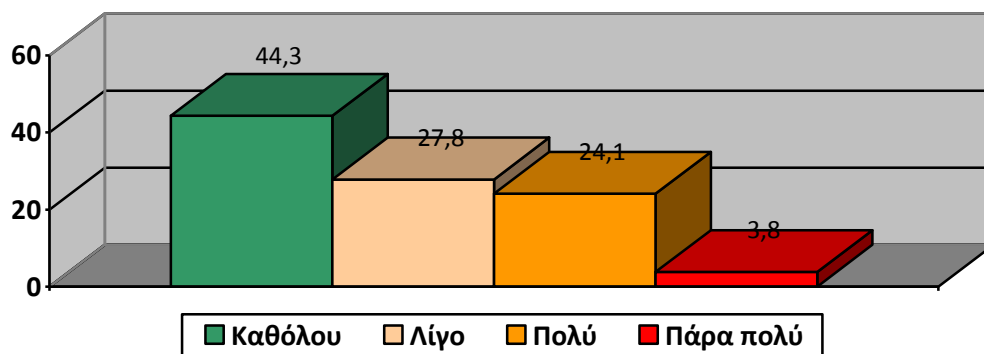
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Στ. Αίσθημα τιμωρίας

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	35	44,3	44,3	44,3
Λίγο	22	27,8	27,8	72,2
Πολύ	19	24,1	24,1	96,2
Πάρα πολύ	3	3,8	3,8	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

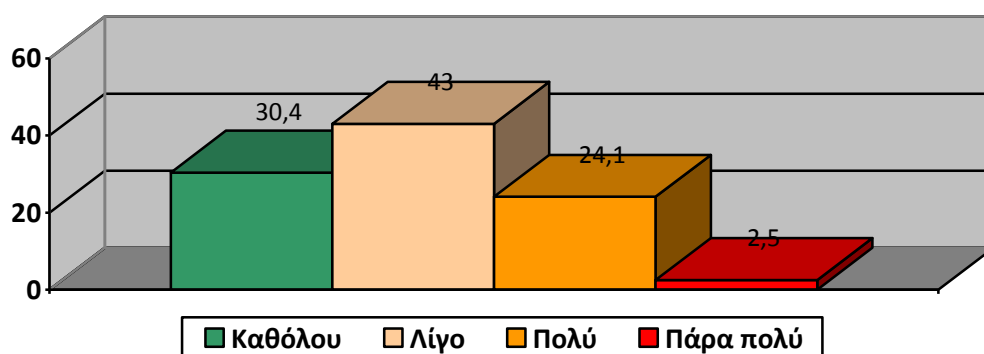
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Z. Μίσος για τον εαυτό

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	24	30,4	30,4	30,4
Λίγο	34	43,0	43,0	73,4
Πολύ	19	24,1	24,1	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

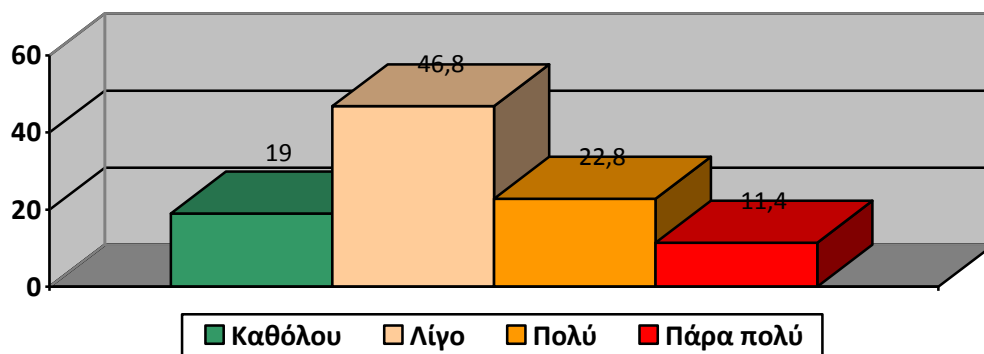
Γραφική παράσταση



Πίνακας
H. Αυτομορφή

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	15	19,0	19,0	19,0
Λίγο	37	46,8	46,8	65,8
Πολύ	18	22,8	22,8	88,6
Πάρα πολύ	9	11,4	11,4	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

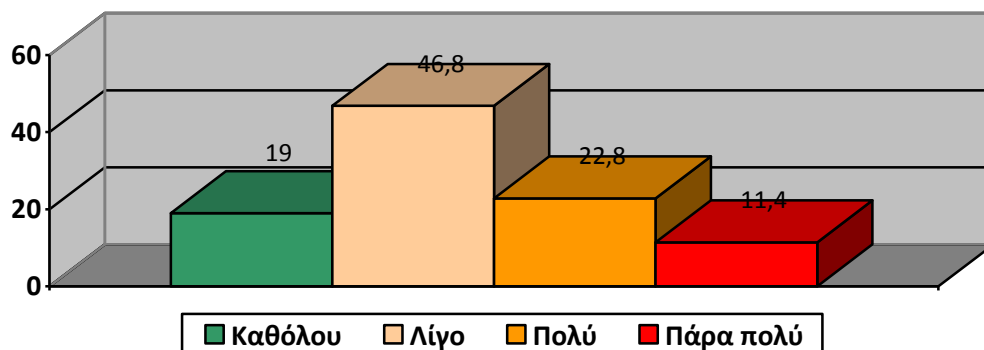
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Θ. Ευχές αυτοτιμωρίας

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	39	49,4	49,4	49,4
Λίγο	26	32,9	32,9	82,3
Πολύ	6	7,6	7,6	89,9
Πάρα πολύ	8	10,1	10,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

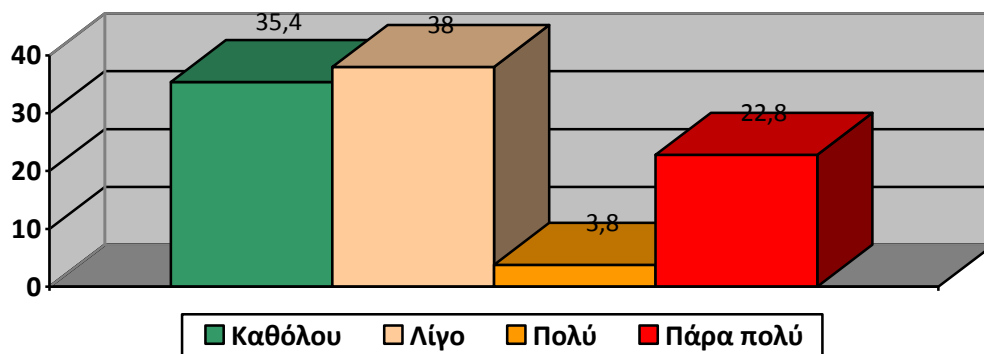
Γραφική παράσταση



Πίνακας
I. Κλάμα

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	28	35,4	35,4	35,4
Λίγο	30	38,0	38,0	73,4
Πολύ	3	3,8	3,8	77,2
Πάρα πολύ	18	22,8	22,8	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

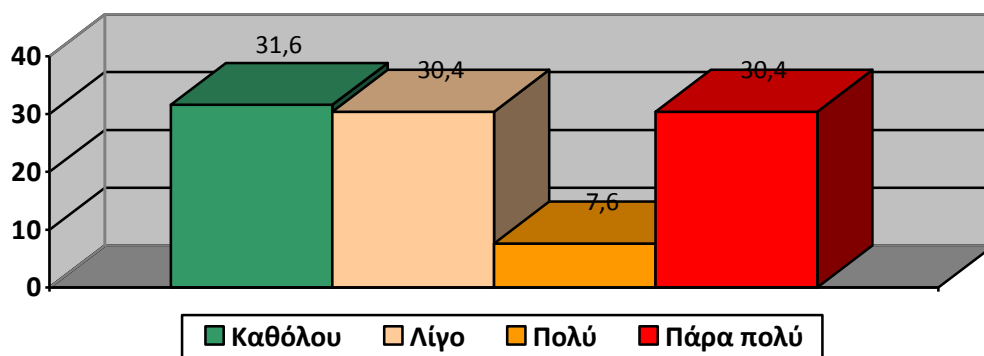
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Κ. Ευερεθιστότητα

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	25	31,6	31,6	31,6
Λίγο	24	30,4	30,4	62,0
Πολύ	6	7,6	7,6	69,6
Πάρα πολύ	24	30,4	30,4	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

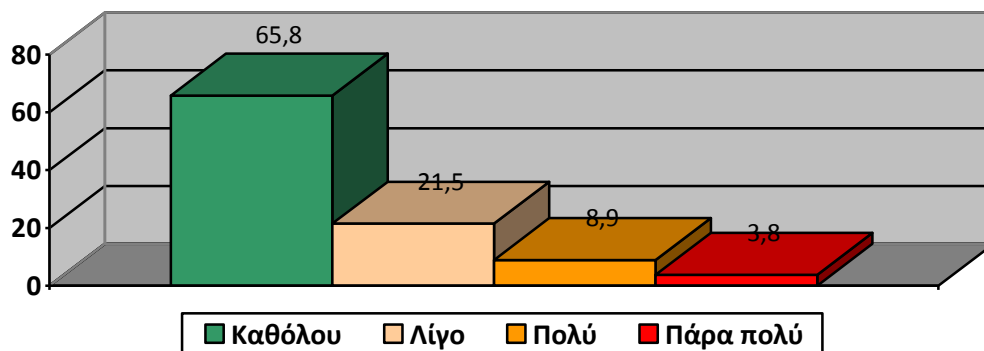
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Α. Κοινωνική απόσυρση

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	52	65,8	65,8	65,8
Λίγο	17	21,5	21,5	87,3
Πολύ	7	8,9	8,9	96,2
Πάρα πολύ	3	3,8	3,8	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

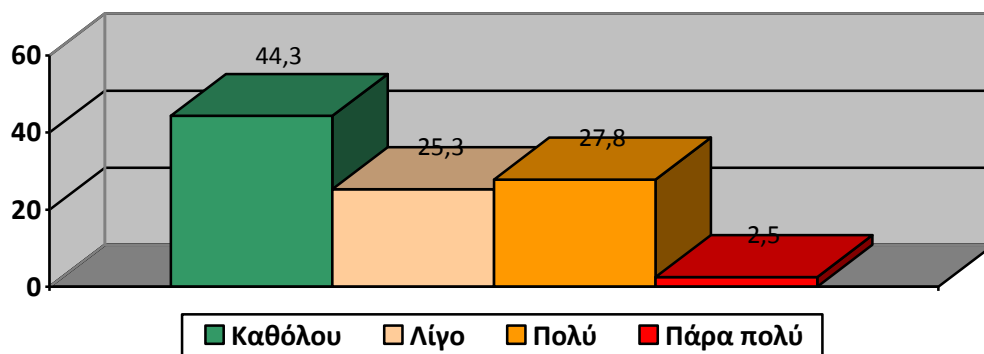
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Μ. Αναποφασιστικότητα

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	35	44,3	44,3	44,3
Λίγο	20	25,3	25,3	69,6
Πολύ	22	27,8	27,8	97,5
Πάρα πολύ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

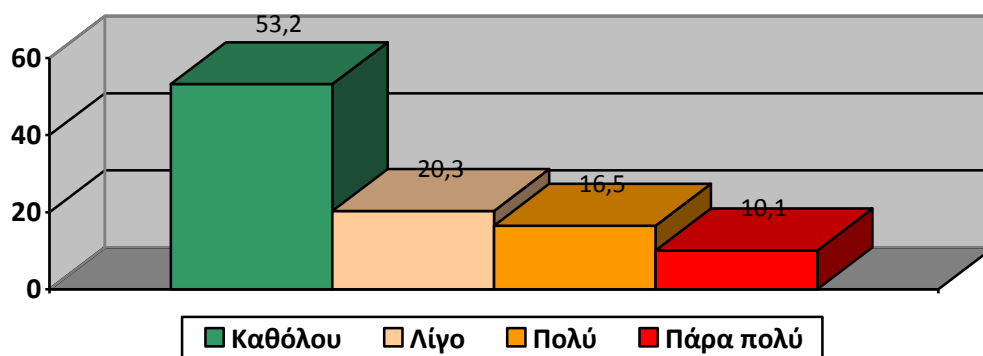
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Ν. Σωματικό εγώ

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	42	53,2	53,2	53,2
Λίγο	16	20,3	20,3	73,4
Πολύ	13	16,5	16,5	89,9
Πάρα πολύ	8	10,1	10,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

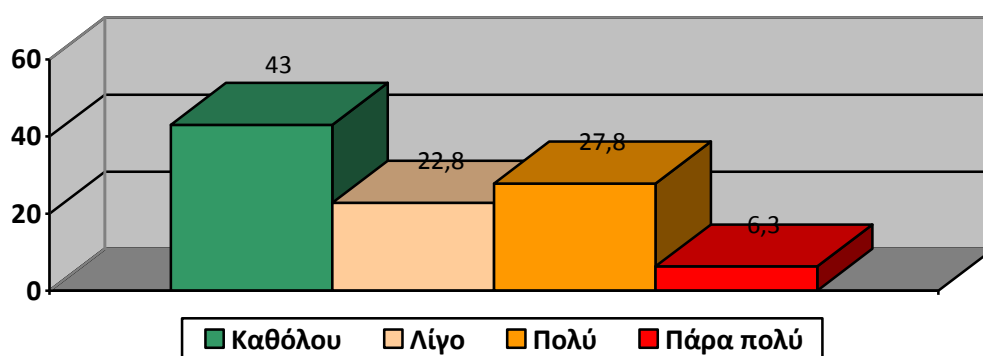


Πίνακας

Ξ. Μείωση παραγωγικότητας

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	34	43,0	43,0	43,0
Λίγο	18	22,8	22,8	65,8
Πολύ	22	27,8	27,8	93,7
Πάρα πολύ	5	6,3	6,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

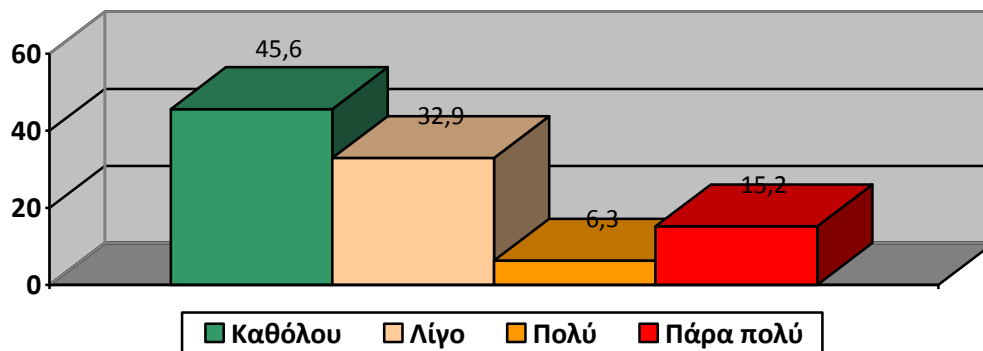


Πίνακας

Ο. Διαταραχές ύπνου

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	36	45,6	45,6	45,6
Λίγο	26	32,9	32,9	78,5
Πολύ	5	6,3	6,3	84,8
Πάρα πολύ	12	15,2	15,2	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

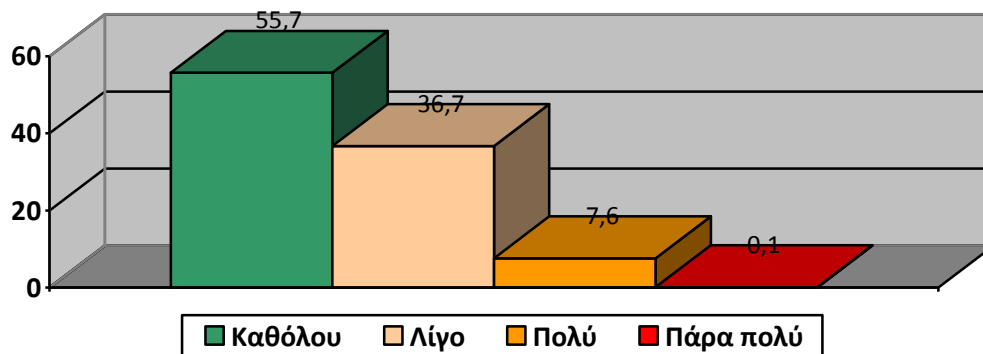
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Π. Εύκολη κόπωση

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	44	55,7	55,7	55,7
Λίγο	29	36,7	36,7	92,4
Πολύ	6	7,6	7,6	100,0
Πάρα πολύ				
Σύνολο	79	100,0	100,0	

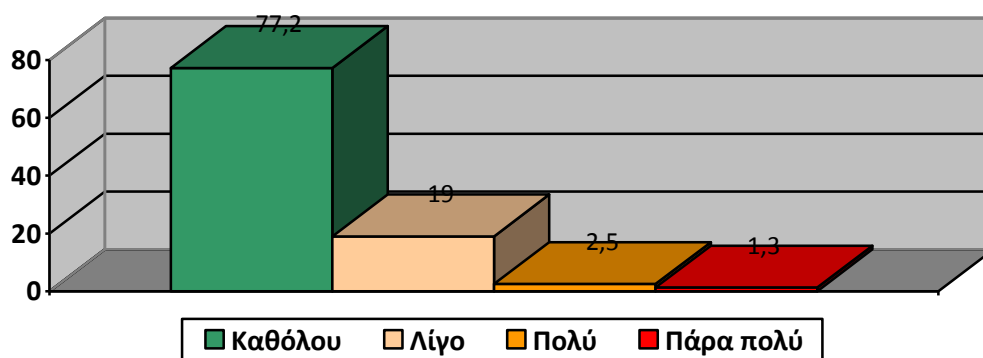
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Ρ. Απώλεια όρεξης

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	61	77,2	77,2	77,2
Λίγο	15	19,0	19,0	96,2
Πολύ	2	2,5	2,5	98,7
Πάρα πολύ	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

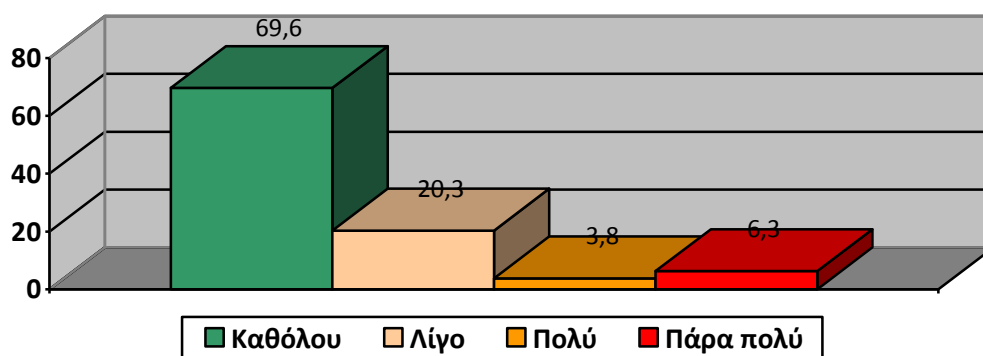
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Σ. Απώλεια βάρους

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	55	69,6	69,6	69,6
Λίγο	16	20,3	20,3	89,9
Πολύ	3	3,8	3,8	93,7
Πάρα πολύ	5	6,3	6,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

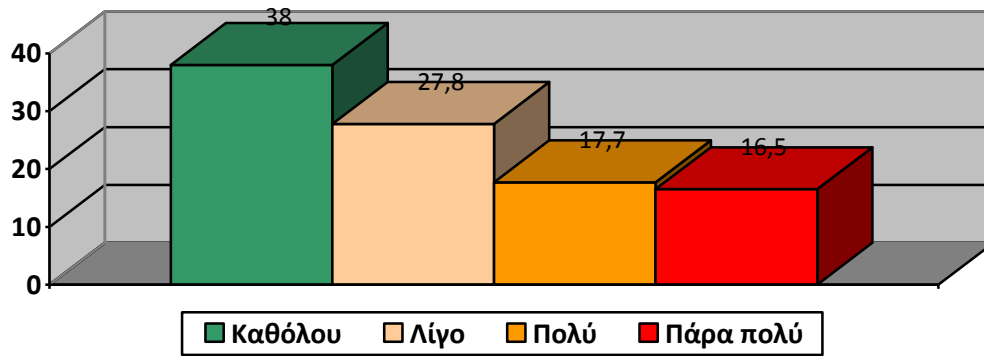
Πίνακας
Γραφική παράσταση



Τ. Υποχονδριακές ενοχλήσεις

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	30	38,0	38,0	38,0
Λίγο	22	27,8	27,8	65,8
Πολύ	14	17,7	17,7	83,5
Πάρα πολύ	13	16,5	16,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

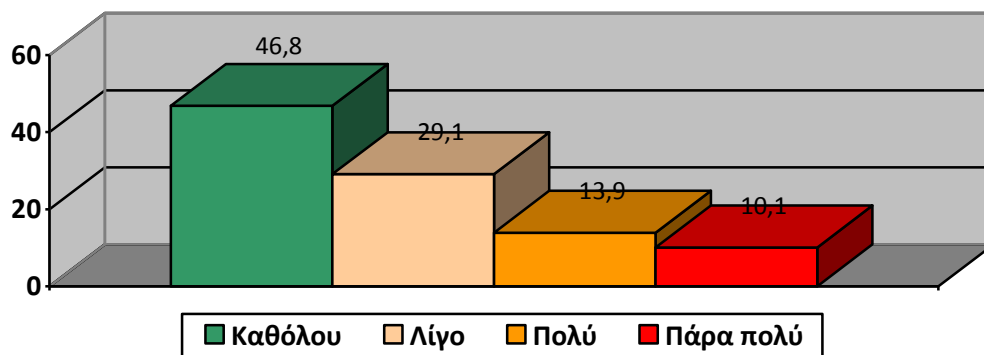
Γραφική παράσταση



Πίνακας
Υ. Απώλεια της libido

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	37	46,8	46,8	46,8
Λίγο	23	29,1	29,1	75,9
Πολύ	11	13,9	13,9	89,9
Πάρα πολύ	8	10,1	10,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Το ερωτηματολόγιο – κλίμακες της έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι Ανώνυμη και θα διαφυλαχθεί το Απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται. Είναι σαφές ότι δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και επιπλέον κανείς δεν γνωρίζει τους συμμετέχοντες εκτός από τους ερευνητές.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

	Μη γράφεις εδώ
1. Έτος γέννησης:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τόπος κατοικίας:	<input type="checkbox"/>
4. Ποιές είναι οι μέχρι σήμερα σπουδές σας:	
Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/>	
Απόφοιτος Γυμνάσιου <input type="checkbox"/>	
Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/>	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	
Μεταπτυχιακά <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Οικογενειακή κατάσταση;	
Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Επαγγελματική απασχόληση;	
Άνεργος - η <input type="checkbox"/>	
Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/>	
Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/>	
Ελ. Επαγγελματίας <input type="checkbox"/>	
Οικιακά <input type="checkbox"/>	
Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>	
Φοιτητής -τρια <input type="checkbox"/>	
Άλλο <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Σε ποιο στάδιο θεραπείας βρίσκεστε;

Έναρξη θεραπείας Κατά την διάρκεια της θεραπείας Στην επανένταξη

Δελτίο Συγκατάθεσης

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση άγχους και κατάθλιψης ατόμων με εξάρτηση από ουσίες που έχουν ενταχθεί στο Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "18 Άνω"

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Θανοπούλου Κωνσταντίνα, Νοσηλεύτρια ΤΕ

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Καταννώ ότι θα πάρω μέρος στην ερευνητική μελέτη, η οποία θα εστιάσει στην διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης σε εξαρτημένους από ουσίες στο στάδιο έναρξης της θεραπείας, κατά την διάρκεια της θεραπείας και στο στάδιο της επανένταξης. Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στον προσδιορισμό των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και την διερεύνηση της επίδραση που έχει η θεραπευτική διαδικασία στην διαμόρφωσή τους.

Καταννώ ότι θα ζητηθούν :

- Προσωπικά στοιχεία
- Σκέψεις
- Συναισθήματα
- Η λήψη των στοιχείων θα γίνει από την ίδια την ερευνήτρια.

Καταννώ ότι η επιλογή μου να συμμετέχω σ' αυτή τη μελέτη έγινε γιατί ζήτησα βοήθεια από το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του 18 Άνω Τοξικομανών, του ΨΝΑ. Αποδέχτηκα ελεύθερα να συμμετάσχω στην έρευνα.

Ενημερώθηκα ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι εθελοντική.

Επίσης ενημερώθηκα ότι τα στοιχεία δεν θα δοθούν σε κανέναν που δεν σχετίζεται άμεσα με την μελέτη και ότι δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητα μου με κανένα τρόπο.

Τα πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας είναι ότι θα συμβάλλω με τη συμμετοχή μου στην διερεύνηση της επίδρασης της θεραπευτικής διαδικασίας στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ατόμων με τοξικοεξάρτηση.

Υπογραφή του συμμετέχοντος (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ):.....

Ημερομηνία :

**Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger
(State- Trait Anxiety Inventory)**

Οδηγίες: ακολουθεί ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και επιλέξτε βάζοντας ένα (☑) στο κουτάκι δεξιά της πρότασης, που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολύ ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πιο καλά το πώς αισθάνεστε.

		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1	Αισθάνομαι ήρεμα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Αισθάνομαι ασφαλής	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Έχω αγωνία	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	Αισθάνομαι άνετα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Αισθάνομαι αναστάτωση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	Αισθάνομαι αναπαυμένος- η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9	Αισθάνομαι άγχος	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10	Αισθάνομαι βολικά	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12	Αισθάνομαι νευρικότητα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13	Αισθάνομαι ήσυχος – η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14	Βρίσκομαι σε διέγερση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15	Είμαι χαλαρωμένος – η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16	Αισθάνομαι ικανοποίηση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17	Ανησυχώ	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19	Αισθάνομαι υπερένταση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20	Αισθάνομαι ευχάριστα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21	Αισθάνομαι ευχάριστα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22	Κουράζομαι εύκολα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23	Βρίσκομαι σε συνεχή αγώνα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η, όσο οι άλλοι	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25	Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
26	Αισθάνομαι αναπαυμένος	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27	Αισθάνομαι ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος - η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
29	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
30	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
31	Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
32	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
33	Αισθάνομαι ασφαλής	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
34	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας δυσκολίας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
35	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
36	Είμαι ικανοποιημένος/η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
37	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
40	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

**Κλίμακα Κατάθλιψης του A.T. Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)**

Οδηγίες: Ακολουθούνε κάποια θέματα τα οποία αποτελούνται το κάθε ένα από τέσσερις προτάσεις αυτοαξιολόγησης.

Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και επιλέξτε βάζοντας ένα (☑) στο κουτάκι δεξιά της πρότασης, που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

A. Συναισθήματα

- Δεν αισθάνομαι λυπημένος ₁
- Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός τις περισσότερες στιγμές ₂
- Είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς ₃
- Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω ₄

B. Απαισιοδοξία

- Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρημένος για το μέλλον ₁
- Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον ₂
- Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον ₃
- Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν ₄

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

- Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος ₁
- Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους ₂
- Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες ₃
- Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο ₄

Δ. Αίσθημα ικανοποίησης

- Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα ₁
- Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα ₂
- Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα ₃
- Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι ₄

Ε. Αίσθημα ενοχής

- Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου ₁
- Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία ₂
- Αισθάνομαι πολύ ένοχος ₃
- Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος ₄

Στ. Αίσθημα τιμωρίας

- Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι 1
- Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ 2
- Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ 3
- Θέλω να τιμωρηθώ 4

Ζ. Μίσος για τον εαυτό

- Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου 1
- Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου 2
- Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου 3
- Σιχαίνομαι τον εαυτό μου 4

Η. Αυτομορφή

- Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους 1
- Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου 2
- Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου 3
- Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει 4

Θ. Ευχές αυτοτιμωρίας

- Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου 1
- Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο 2
- Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα 3
- Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα 4

Ι. Κλάμα

- Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο 1
- Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2
- Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω 3
- Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω 4

Κ. Ευερεθιστότητα

- Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ό,τι συνήθως 1
- Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2

- Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος 3
- Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευριάζανε συνήθως 4

Λ. Κοινωνική απόσυρση

- Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους 1
- Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό τι παλαιότερα 2
- Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει 3
- Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς 4

Μ. Αναποφασιστικότητα

- Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα 1
- Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις 2
- Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις 3
- Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση 4

Ν. Σωματικό εγώ

- Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ 1
- Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός 2
- Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός 3
- Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός 4

Ξ. Μείωση παραγωγικότητας

- Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα 1
- Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα 2
- Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι 3
- Μου είναι αδύνατο να εργαστώ 4

Ο. Διαταραχές ύπνου

- Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως 1
- Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε 2
- Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ 3
- Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο 4

Π. Εύκολη κόπωση

- Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως ₁
- Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα ₂
- Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω ₃
- Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα ₄

Ρ. Απώλεια όρεξης

- Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε ₁
- Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε ₂
- Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα ₃
- Δεν έχω πια καθόλου όρεξη ₄

Σ. Απώλεια βάρους

- Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό ₁
- Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά ₂
- Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά ₃
- Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά ₄

Τ. Υποχονδριακές ενοχλήσεις

- Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε ₁
- Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα ₂
- Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο ₃
- Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι ₄

Υ. Απώλεια της libido

- Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ ₁
- Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ότι συνήθως ₂
- Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ ₃
- Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ ₄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.Πε. Πειραιώς και Αιγαίου
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



Χαϊδάρι 10/9/2013

ΑΠΟΦΑΣΗ Ε. Σ.
ΑΡ. 9/29.8.2013

- ΘΕΜΑ : Έγκριση για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης της υπαλλήλου του Ψ.Ν.Α. κ. Κων/νας Θανοπούλου.
- ΣΧΕΤ.:1) Το αρ. πρωτ. 25411/19.8.2013 αίτημα της υπαλλήλου κ. Κων/νας Θανοπούλου.
- 2) Η αρ. 3/29.8.2013 απόφαση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην αρ. 9 / 29-8-2013 συνεδρίασή του και αφού έλαβε υπόψη του τα παραπάνω σχετικά :

- 1) Το σχετικό αίτημα της υπαλλήλου του Ψ.Ν.Α κ. Κων/νας Θανοπούλου κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών του 18 Ανω Αλκοολικών, για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης, με θέμα: «Διερεύνηση άγχους σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. 18 Ανω Τοξικομανών».
- 2) Την ομόφωνη απόφαση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας για την πραγματοποίηση της έρευνας.
- 3) Τα επισυναπτόμενα έγγραφα του φακέλου μελέτης:
 - A) Το ερωτηματολόγιο που θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.
 - B) Το έντυπο συγκατάθεσης που θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα
 - Γ) Βεβαίωση του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου ότι η κ. Κων/να Θανοπούλου είναι εγγεγραμμένη στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών.

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ:

Εγκρίνει :

Την διεξαγωγή έρευνας με θέμα: «Διερεύνηση του άγχους σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. 18 Ανω Τοξικομανών, που θα διεξαχθεί από την ίδια με την χρήση ερωτηματολογίου σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Απεξάρτησης,

Με την προϋπόθεση :

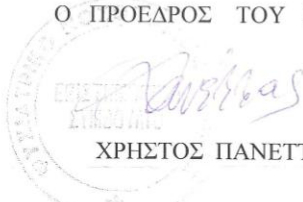
- Της διαφύλαξης του προσωπικού απορρήτου των συμμετεχόντων
- Της υποχρέωσης να δοθούν τα αποτελέσματα της έρευνας στο Επιστημονικό Συμβούλιο και να αποτελούν επιστημονικό υλικό, το οποίο θα δύναται να χρησιμοποιήσουν όποιοι ενδιαφερόμενοι στη βιβλιογραφία τους.

Η σύνθεση του Επιστημονικού Συμβουλίου κατά την συνεδρίαση της 29-8-13 ήταν :

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Χ. Πανέττας | Δ / ντής Ψυχίατρος - Πρόεδρος |
| 2. Δ. Παπαϊωαννίδης | Συντ. Δ/ντής Παθολογικού Τμήματος – Μέλος |
| 3. Ι. Παπαδόπουλος | Δ / ντής Ψυχίατρος – Μέλος |
| 4. Α. Πανέ | Δ/ντρια Ψυχίατρος - Μέλος |
| 5. Ε. Μόλαρη | Επιμελήτρια Β' - Αναπλ. Μέλος |
| 6. Μ. Σφακιανός | ΤΕ Νοσηλευτών - Μέλος |
| 7. Σ. Αποστολάκου | ΠΕ Διαιτολόγος - Μέλος |

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε. Σ .


ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΝΕΤΤΑΣ

Λεωφόρος Αθηνών 374 , Τ. Κ. 12462 Χαϊδάρι
Πληροφορίες : Ε . Παπακωνσταντίνου Τηλ. 213-2054156