



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ ΜΑΥΡΕΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ - ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ
ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

ΖΛΑΤΑΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2004



ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200202



A
Αρ. εισι... 6.09... 2005

Σ' αυτούς που με δίδαξαν...

269

Με όλη μου την αγάπη
στους γιους μου
Νίκο και Μάριο για το «αγωνίζεσθαι»,
στη σύζυγό μου,
στη μητέρα μου.

Στη μνήμη του πατέρα μου



Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.
Νόμος 5343/32 αρθρ. 202 § 2.



Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής: Ε. Τσιάνος, Καθηγητής Παθολογίας

Ημερομηνία αίτησης: 22-11-2001

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Επιτροπής: Γ.Σ. 461 α/19-2-2002

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής:

1. Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Επιβλέπων
2. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος
3. Γκιουζέπας Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 19-2-2002

Ημερομηνία κατάθεσης Διατριβής: 18-10-2004

Βαθμός Διδακτορικής Διατριβής: “Άριστα”

Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1. Μαρσέλος Μάριος, Καθηγητής Φαρμακολογίας, Μέλος
2. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος
3. Γκιουζέπας Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος
4. Λιάππας Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος
5. Αλαμάνος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Μέλος
6. Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Επιβλέπων
7. Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Μέλος

Η Γραμματέας της Σχολής

Ε. Τσαγγαλά



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	11
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
2.1 Διευκρίνιση των Όρων	16
3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	22
3.1. Εισαγωγή	
3.2. Επιλογή ουσίας κατάχρησης και προσωπικότητα.	27
3.3. Προσωπικότητα και συννοσηρότητα.	29
3.4, Συννοσηρότητα – διαταραχή της διάθεσης – αυτοκτονία.	32
3.5. Δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά – ανασκόπηση επιστημονικών αναφορών	35
3.6. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα και Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές Ουσίες.	36
3.7. Μοντέλα Θεραπευτικών Παρεμβάσεων στην Εξάρτηση	40
3.8. Θεραπευτικός σχεδιασμός και θεραπευτική τακτική	44
3.9. Οικογένεια και εξάρτηση	46
3.10. Χώρος εργασίας, χρήση και κατάχρηση ουσιών	47
3.11. Κυκλώματα ανταμοιβής (Βιοψυχολογικές προσεγγίσεις)	49
3.12. Διάκριση των εξαρτημένων ως προς τον παράγοντα προσωπικότητα, με τη δοκιμασία MMPI και άλλες δοκιμασίες	52
3.13. Διερεύνηση της κινητοποίησης και παραμονής στη θεραπεία.	55
3.14. Το MMPI ως προγνωστικό εργαλείο ολοκλήρωσης ή εγκατάλειψης (drop-out) της θεραπείας	57
3.15. Εκτίμηση και επανεκτίμηση (follow-up) της θεραπευτικής τακτικής	61
3.16. Σύνοψη των βιβλιογραφικών αναφορών	65

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	68
5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ ΣΤΟΥΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	78
5.1. Εισαγωγή	78
5.2. Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης	82
5.3. Στελέχωση και Λειτουργία	82
5.4. Ιδεολογία του Τμήματος – Επιστημονική / Θεραπευτική Προσέγγιση	84
5.5. Ενδεικτικά Στατιστικά Μεγέθη 1991-2001	85

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	93
6.1. Υλικό της μελέτης	93
6.2. Μεθοδολογία	96
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	118
7.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	118
7.2. Ψυχομετρική δοκιμασία MMPI	125
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	153
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	168
10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	171
11. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	172
12. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	173
13. SUMMARY	176
14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	179



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

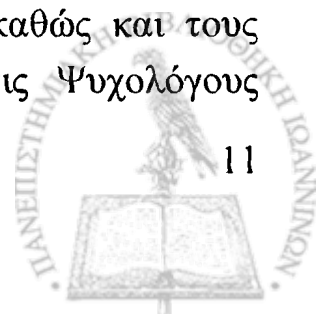
Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη καταγραφή και διερεύνηση της εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, μέσω της μελέτης ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας των εξαρτημένων από τις εν λόγω ουσίες ατόμων. Για το σκοπό αυτό, εκτός από τη χρήση γενικών παραμέτρων, που είναι κυρίως κοινωνικο-δημογραφικές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία MMPI για την ανίχνευση ψυχολογικών συντελεστών.

Η μελέτη διενεργήθηκε σε άτομα που απευθύνθηκαν στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και παρουσίασαν ως κυρίαρχο πρόβλημα την εξάρτηση λόγω χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Η μελέτη των χαρακτηριστικών στοιχείων της προσωπικότητάς τους και της πιθανής υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, θα μπορούσε να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος της εξάρτησης. Αυτό, σε σχέση με το ότι δεν έχει ακόμη διερευνηθεί, ιδιαίτερα στη Ελλάδα, σε σημαντικό βαθμό η εξάρτηση από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες με τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας, τέτοιου είδους μελέτες θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης απ' όπου προέρχεται το υλικό της μελέτης και είναι προϊόν της εργασίας όλων, καθώς και τον Δ/ντή του τμήματος Δρ. Ρογκότη Χρήστο για την ενθάρρυνση και τις διευκολύνσεις που μου παρείχε, στη συλλογή του ερευνητικού υλικού.

Ευχαριστώ επίσης τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, Δαμίγο Δημήτριο Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας, Μαυρέα Βενετσάνο Καθηγητή Ψυχιατρικής, Γκιουζέπα Ιωάννη Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την ενθάρρυνση και τις θετικές υποδείξεις για τη συνέχιση της προσπάθειάς μου.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον Δρ. Γαρυφαλλο Γεώργιο Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ ΒΔ Τομέα Θεσσαλονίκης για τις εύστοχες και χρήσιμες παρατηρήσεις και υποδείξεις του, σ' όλη την πορεία της προσπάθειάς μου, καθώς και τους συναδέλφους και φίλους, Λαζαρίδη Βύρωνα Ψυχίατρο, τις Ψυχολόγους



Μολυβδά Σουζάνα, Χαλικιά Ειρήνη και Καραγεωργίου Ελένη, καθώς και την Επιστήμονα Βιοϊατρικής Sonja Phillips, που συνέβαλαν στην συλλογή και αξιοποίηση των βιβλιογραφικών πηγών.

Ιδιαίτερη μνεία οφείλω στον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Θωμά Υφαντή, για την συμβολή του στην στατιστική επεξεργασία, μέσω της οποίας αναδείχθηκε η υψηλή στατιστική σημαντικότητα των ερευνητικών δεδομένων της μελέτης.

Θεωρώ ιδιαίτερη τιμή την υποβολή της ερευνητικής μου μελέτης στην κρίση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ως συνέχεια στην επιστημονική μου εξέλιξη του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική.



2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*Θα πρέπει να βρούμε
ένα σημείο ισορροπίας πάνω σ' ένα θέμα,
στο οποίο φαίνεται ότι πολλαπλά και διαφορετικά επίπεδα πιθανής ερμηνείας,
παίζουν σημαντικό ρόλο.*

C. Farey

Το θέμα της εξάρτησης από παράνομες κυρίως εξαρτησιογόνες ουσίες, αποτελεί τα τελευταία τριάντα χρόνια ένα πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η διεθνής επιστημονική κοινότητα με τη συμμετοχή τόσων επιστημονικών κλάδων με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο -που σπάνια συναντά κανείς- να ασχολούνται με μία και μοναδική διάσταση, αυτή της ανθρώπινης δραστηριότητας και συμπεριφοράς.

Η προσπάθεια για την επίτευξη κάποιας ισορροπίας πάνω στο θέμα, σύμφωνα με τον Farey (1977), δίνει μια πρώτη γεύση των αντίθετων και συχνά αντικρουόμενων απόψεων, της πολυπαραγοντικής φύσης της αιτιολογίας του προβλήματος, που επιβεβαιώνεται και συμπληρώνεται και από νεώτερες επιστημονικές απόψεις.

Έτσι, όταν αντικρίζει κανείς το θέμα από καθαρά επιστημονικό επίπεδο, η πολύπλευρη και πολυδιάστατη φύση του προβλήματος φέρνει σε άμεση επαφή, συνεργασία και αλληλοσυμπλήρωση, επιστημονικούς κλάδους με εντελώς διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο (Λογοθέτης Κ. 1990).

Σήμερα, έχουμε τη δυνατότητα να διαπιστώσουμε την ισχύ των απόψεων αυτών, κάνοντας περιήγηση στις βιβλιογραφικές πηγές των επιστημονικών εργασιών, που βλέπουν το φως της δημοσιότητας.

Η πολυπαραγοντική φύση του θέματος, που εκτός από την ιατροβιολογική και ψυχοκοινωνική διάσταση, εμπλέκει και τη νομική, την ανθρωπολογική, την ηθική και θρησκευτική, την οικονομική, την ιστορική, αλλά και την αρχαιολογική οπτική, γεννά την ανάγκη για συνεργασία των αντίστοιχων επιστημονικών κλάδων και συνεπώς την καθιέρωση μιας κοινής γλώσσας επικοινωνίας, αναφορικά με την ορολογία που αναφέρεται στα «ναρκωτικά».

2.1. Διευκρίνιση των Όρων

Συνηθίζεται στην αρχή κάθε σχετικής μελέτης να παρατίθεται ένα κεφάλαιο με τη διευκρίνιση των όρων. Η ανάγκη αυτή προκύπτει, από τη συνεχή χρήση των όρων από ειδικούς και μη ειδικούς στο θέμα και από τη σύγχυση που προκαλεί στο μέσο αναγνώστη η καθημερινή και κατά κόρον παράθεση των όρων αυτών.

Στην παρούσα μελέτη αποφεύγεται η χρήση των όρων "τοξικομανής" και "τοξικομανία" (addiction) καθώς και η έννοια "ναρκωτικά" και στη θέση τους χρησιμοποιούνται οι όροι "εξαρτημένος", "εξάρτηση" και "παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες" ή "ψυχοδραστικές ουσίες", που επικρατούν στη διεθνή βιβλιογραφία, ως πλέον εύηχοι και μετριοπαθείς και φαρμακολογικά και επιστημονικά ορθότερες, χωρίς τον κίνδυνο απόδοσης αρνητικής στάσης απέναντι στο πρόβλημα και το άτομο.

Η χρήση, η κατάχρηση και η εξάρτηση είναι έννοιες διαφορετικές μεταξύ τους και συνεπώς όχι ταυτόσημες. Μπορούν να συνυπάρχουν, αλλά οπωσδήποτε δεν συμπίπτουν (Μαρσέλος 1986, 1998).

Ψυχοδραστική Ουσία ονομάζεται κάθε ουσία που, όταν χρησιμοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο και εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω οποιασδήποτε οδού, προκαλεί κυρίως, αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία, το επίπεδο αντίληψης, την κριτική ικανότητα και τη συναισθηματική διάθεση του χρήστη (Fingl – Woodbury 1975). Επίσης, σύμφωνα με το ICD – 10 (WHO 1992), οι ψυχοδραστικές ουσίες χαρακτηρίζονται εκ του αποτελέσματος και των συνεπειών τους στον χρήστη, περιλαμβάνοντας διαταραχές, από την απλή τοξίκωση και την επιβλαβή χρήση, έως τις διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς και τις ψυχωτικές διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών.

Χρήση (drug use) ουσιών είναι η απλή δοκιμαστική και περιστασιακή λήψη ή και από περιέργεια ή απόλαυση, ακόμη και εκδήλωση αντίστασης στο κατεστημένο στους έφηβους, διαφόρων ουσιών και δεν συνεπάγεται σίγουρα εξελικτική πορεία που οδηγεί τον χρήστη στην κατάχρηση ή την εξάρτηση και διαφέρει από την επιβλαβή κατά ICD-10 (WHO 1992) και την παθολογική κατά DSM-IV (APA 1994) χρήση, που συνδέεται με την κοινωνικά και πολιτι-



σμικά κατακριτέα συμπεριφορά που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη.

Κατάχρηση (drug abuse) σύμφωνα με τον Jaffe (1980), είναι η υπερβολική σε ποσότητα, είτε συνεχής είτε κατά διαστήματα, χρήση της ουσίας, σε βαθμό που να υπερβαίνει το αποδεκτό της χρήσης από την ιατρική ή την κοινωνική πλευρά.

Κατά το DSM-IV (APA 1994) είναι η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά της χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας, σε άτομα που δεν πληρούν τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης. Στην κατάσταση αυτή υπάρχει υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση και συνοδεύεται από την επίγνωση του χρήστη ότι η εν λόγω συμπεριφορά, προκαλεί προβλήματα στον επαγγελματικό, οικογενειακό, κοινωνικό, νομικό, ψυχολογικό ή/και σωματικό τομέα. Τίθεται επίσης το χρονικό διάστημα των δώδεκα μηνών συνεχούς εμφάνισης της συμπεριφοράς, χωρίς να παρατηρείται το φαινόμενο της ανοχής, των στερητικών συμπτωμάτων ή της καταναγκαστικής χρήσης, που διακρίνουν την κατάσταση της Εξάρτησης.

Φαρμακευτική εξάρτηση. Η διεθνής διάσκεψη για την 9^η αναθεώρηση της διεθνούς ταξινόμησης των νοσημάτων που συγκλήθηκε το 1975 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), διατύπωσε τον παρακάτω ορισμό που δέχθηκε η ΠΟΥ το 1976: "Φαρμακευτική εξάρτηση" είναι η ψυχική ή σωματική κατάσταση που προκύπτει από τη λήψη της ουσίας και χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συμπεριφοράς και άλλες αντιδράσεις που πάντοτε περιλαμβάνουν παρόρμηση για τη λήψη της φαρμακευτικής ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση. Με τη λήψη της ουσίας επιδιώκεται ψυχική και σωματική ευεξία και άλλες φορές η αποφυγή της δυσανεξίας, που προέρχεται από την απουσία της.

Εξάρτηση (drug dependence). Κατά το DSM-III-R (APA 1987), στην εξάρτηση πρέπει να υπάρχουν τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

1. Χρήση της ουσίας σε μεγάλες ποσότητες ή για μεγάλες χρονικές περιόδους, παρά την αντίθετη πρόθεση του χρήστη.
2. Ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου ή διακοπής της χρήσης της ουσίας από μέρους του χρήστη.

3. Σημαντική δαπάνη χρόνου του χρήστη σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την εξεύρεση και απόκτηση της ουσίας.
4. Συχνές καταστάσεις τοξίκωσης από χρήση ή εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων, και παραμέληση των υποχρεώσεων του ατόμου στην εργασία, την οικογένεια ή η χρήση μπορεί να είναι δυνητικά επικίνδυνη για τη σωματική ακεραιότητα.
5. Συνεχής χρήση της ουσίας, παρόλο που σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή και ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται λόγω της χρήσης της ουσίας.
6. Ο χρήστης συνεχίζει τη χρήση της ουσίας, παρόλο ότι υποκειμενικά αναγνωρίζει ότι αντιμετωπίζει ένα σοβαρό και επίμονο κοινωνικό, ψυχολογικό ή σωματικό πρόβλημα που προκαλείται ή επιδεινώνεται από τη χρήση της ουσίας.
7. Εκσεσημασμένη ανάπτυξη ανοχής στην ουσία και ανάγκη για χρήση συνεχώς μεγαλύτερων ποσοτήτων ουσίας, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή ελαττωμένο αποτέλεσμα με τη χρήση των ιδίων ποσοτήτων της ουσίας.
8. Ανάπτυξη χαρακτηριστικών στερητικών συμπτωμάτων στην περίπτωση απότομης μείωσης ή διακοπής της χρήσης της ουσίας.
9. Συχνή χρήση της ουσίας με σκοπό την αποφυγή ή ανακούφιση από τα στερητικά σωματικά συμπτώματα που αποτελούν το στερητικό σύνδρομο.

Κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) και το ICD-10 (1992), το "σύνδρομο της εξάρτησης" είναι μία δέσμη φυσιολογικών και ψυχικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό. Κεντρικό περιγραφικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης είναι η επιθυμία (συχνά έντονη και πολλές φορές ακατανίκητη) για τη λήψη ουσιών.

Διάγνωση τίθεται εφόσον τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα συνυπήρχαν σε κάποια χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους.



1. Έντονη επιθυμία ή επιτακτική ανάγκη λήψης της ουσίας.
2. Δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης της ουσίας σε σχέση με την έναρξη και την διακοπή της ή το βαθμό χρήσης.
3. Η φυσιολογική κατάσταση απόσυρσης όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας ή όταν ελαττωθεί η δοσολογία της, όπως εκδηλώνεται με το σύνδρομο στέρησης.
4. Ανοχή στην ουσία με αποτέλεσμα τις αυξημένες δόσεις για το ίδιο αποτέλεσμα.
5. Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αύξηση προοδευτικά του χρόνου που διατίθεται για την απόκτηση και λήψη ουσίας.
6. Επιμονή στη χρήση της ουσίας παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών οργανικών, συναισθηματικών ή νοητικών βλαπτικών συνεπειών (ICD-10 απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας 1993).

Σύμφωνα με το DSM-IV (ταξινόμηση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας APA 1994), το κύριο χαρακτηριστικό της Εξάρτησης από Ουσίες είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει την χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της. Στην παρούσα ταξινόμηση δίδεται μεγαλύτερη σημασία στην ανάπτυξη ανοχής από το άτομο, εμφάνιση στερητικών σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και καταναγκαστικής συμπεριφοράς για τη λήψη της ουσίας, ενώ στην προηγούμενη ταξινόμηση DSM-III-R (APA 1987), στη διάγνωση της Εξάρτησης, περιλαμβάνεται η ανοχή και το στερητικό σύνδρομο, αλλά δεν στηρίζεται η διάγνωση σ' αυτά.

Διάγνωση τίθεται εφόσον υπάρχουν τρία από τα παρακάτω, που συμβαίνουν σε οποιαδήποτε περίοδο μέσα στους προηγούμενους 12 μήνες. Σημασία επίσης έχει, η κλινικά σημαντική έκπτωση του ατόμου λόγω της χρήσης, καθώς και η υποκειμενική ενόχληση.

1. Ανοχή, όπως ορίζεται με κάποιο από τα δύο που ακολουθούν:
 - α. έντονη ανάγκη του ατόμου για αύξηση της ποσότητας της ουσίας για επίτευξη τοξίκωσης ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.
 - β. έντονα μειωμένο αποτέλεσμα από τη συνεχή χρήση ίδιας ποσότητας της ουσίας

2. Στερητικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με κάποιο από τα δύο που ακολουθούν:
 - α. χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα ανάλογα με την ουσία εξάρτησης.
 - β. η ουσία ή κάποια υποκατάστατη λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή των στερητικών συμπτωμάτων.
3. Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι το ίδιο το άτομο είχε σκοπό.
4. Επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας είναι συχνές.
5. Σημαντική δαπάνη του χρόνου του χρήστη σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την εξεύρεση της ουσίας.
6. Παραμέληση ή εγκατάλειψη σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.
7. Ο χρήστης συνεχίζει τη χρήση της ουσίας, παρόλο ότι υποκειμενικά αναγνωρίζει ότι αντιμετωπίζει ένα σοβαρό και επίμονο, κοινωνικό, ψυχολογικό ή σωματικό πρόβλημα που προκαλείται ή επιδεινώνεται από τη χρήση της ουσίας.

Από καθαρά φαρμακολογική και τοξικολογική άποψη η φαρμακευτική εξάρτηση διακρίνεται σε ψυχολογική και σωματική ή φυσική.

Ψυχολογική εξάρτηση: Θεωρείται υποκειμενική κατάσταση που είναι αδύνατο να προσδιορισθεί αντικειμενικά και ποσοτικά, διότι τα δυσάρεστα επακόλουθα αφορούν και επηρεάζουν μόνον το εξαρτημένο άτομο. Τα σημαντικότερα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την κατάσταση, είναι: α) επιθυμία συνεχούς χρήσης και κατάχρησης β) απουσία ή μικρή τάση για αύξηση της δόσης και γ) ψυχική μόνο εξάρτηση με σκοπό την ευχαρίστηση ή αποφυγή της δυσφορίας που προκαλείται από τη στέρηση (Fingl – Woodbury 1975, Madden 1979)

Σωματική εξάρτηση: Εκφράζεται με την παρουσία σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, κάθε φορά που διακόπτεται απότομα ή μειώνεται σημαντικά η ποσότητα ή και η συχνότητα της χρήσης της ουσίας. Χαρακτηρίζεται η κατάσταση αυτή από ψυχαναγκαστική επιθυμία για την εξεύρεση και χρήση της ουσίας και τάση για συνεχή αύξηση της δόσης, με



στόχο την αντιμετώπιση των δυσάρεστων σωματικών συμπτωμάτων. Τα δυσάρεστα επακόλουθα που εκδηλώνονται εξαιτίας της στέρησης της ουσίας, αφορούν τόσο τον εξαρτημένο όσο και τον περίγυρό του, σε αντίθεση με την κατάσταση της ψυχολογικής εξάρτησης που αποτελεί καθαρά υποκειμενική ενόχληση. Τα εμφανιζόμενα σωματικά στερητικά συμπτώματα, είναι χαρακτηριστικά για κάθε κατηγορία ουσίας, ανάλογα με τη φαρμακολογική της δράση (Keleman K. 1987) και φαίνεται ότι νευροχημικοί μηχανισμοί, παίζουν τον κυριότερο ρόλο στην έκλυσή τους (Raistrick και Davidson 1985).

Ανοχή (Tolerance): Είναι η ανάγκη για συνεχή αύξηση της δόσης με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή η ελάττωση του αποτελέσματος με χρήση μιας σταθερής δόσης. Η ερμηνεία του φαινομένου αποδίδεται από τις έρευνες της νευροχημείας (Λιάππας 1992), οι οποίες είναι τόσο εντυπωσιακές που τείνουν να αποδείξουν ότι και το όλο πρόβλημα των εξαρτήσεων έχει αποκλειστικά νευροχημικό υπόβαθρο. Έτσι, ως βιολογικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων αναπτύσσεται το φαινόμενο της ανοχής αναφέρονται μηχανισμοί ομοιόστασης, μεταβολές ιστοχημικού τύπου στα κύτταρα του νευρικού ιστού και μεταβολικού τύπου μηχανισμοί (Schuchit 1979).

Διασταυρούμενη ανοχή: Φαινόμενο που παρατηρούμε συχνά στους χρήστες όπου, η ανάπτυξη ανοχής σε κάποια ουσία έχει σαν συνέπεια την επέκτασή της και σε άλλες ουσίες με παρόμοια φαρμακολογική ή χημική σύνθεση (οπιούχα, βενζοδιαζεπίνες κ.λ.π) (Madden 1979, Jaffe 1980).

Σύνδρομο στέρησης: Πρόκειται για το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και συνεπειών που εμφανίζονται, όταν διακόπτεται απότομα ή μειώνεται σημαντικά, η δοσολογία και συχνότητα της χρήσης μιας ουσίας στην οποία έχει εθιστεί το άτομο. Ο χρόνος εμφάνισης των στερητικών συμπτωμάτων εξαρτάται, από την ημιπερίοδο ζωής της ουσίας και τον βαθμό μεταβολισμού της στον οργανισμό του χρήστη. Είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων, συνήθως αντίθετων με αυτά που προκαλεί η χρήση. Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι σημαντική είναι η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων, όπως η προσωπικότητα του χρήστη (Kleber 1981, Phillips G.T. και συν. 1986) και κάποιοι άλλοι δέχονται την επίδραση μαθησιακών παραγόντων (Siegel 1979).

3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

3.1. Εισαγωγή

Πολλές θεωρητικές απόψεις έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν για την ερμηνεία του όρου "τοξικομανία". Μέχρι σήμερα όμως δεν υπάρχει μια και μοναδική ερμηνεία. Οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί και όσοι στις μέρες μας ασχολούνται με τον προσδιορισμό συγκεκριμένων αιτιολογικών παραγόντων της ουσιοεξάρτησης, συνήθως καθοδηγούνται από το θεωρητικό ή το επιστημονικό τους υπόβαθρο. Συνήθως όμως, οι ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών, συγκλίνουν και υπογραμμίζουν δύο βασικά σημεία.

- α) Την πολυπαραγοντική φύση των αιτιολογικών συντελεστών της εξάρτησης, που δρουν εκλυτικά και περιλαμβάνουν προσωπικούς – ατομικούς παράγοντες (Plant 1980, Gurling και συν. 1981, Λιάππας 1992).
- β) Την ιδιαίτερη σημασία που έχει το κοινωνικό πλαίσιο όπου αναπτύσσεται το άτομο και την επίδρασή του στη διαμόρφωση της προσωπικότητας (Madden 1979, Bukstein και συν. 1989, Gerstley και συν. 1990, Μενούτης 1991, Nace και συν. 1991).

Οι Platt και Labate (1976) επιχειρούν ορισμένες ερμηνείες στηριζόμενοι σε κοινωνικές και ψυχοκοινωνικές θεωρίες, σε θεωρίες της εξαρτημένης αντίδρασης και της ανεπάρκειας του μεταβολισμού.

Οι θεωρητικοί της Κοινωνικής Μάθησης συμφωνούν με την αρχή ότι το φαινόμενο της εξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς, που διαμορφώνεται μέσα από πολλαπλές διαδικασίες κλασσικής και ενεργητικής μάθησης με τη συμμετοχή και γνωστικού τύπου λειτουργιών (Hodgson-Stockwell 1983, Hodgson 1984).

Οι Magoudi και Ferbos (1986) τονίζουν, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική κατεύθυνση, ως κύριο χαρακτηριστικό του εξαρτημένου χρήστη την μεταιχμιακή και ναρκισσιστική δομή της προσωπικότητάς του.

Οι Mendelson και Mello (1979) δέχονται την περίπτωση καθοριστικών γενετικών παραγόντων που επιδρούν στην εξάρτηση και, όπως επίσης και ο



Mirfin και οι συνεργάτες του (1976, 1984, 1991), σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-III, βρήκαν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών τόσο στους γονείς όσο και σε αδέρφια εξαρτημένων ατόμων. Τα ευρήματά τους σε αναλογία ως προς το φύλο των συγγενών, δείχνει μεγαλύτερη τάση κατάχρησης αλκοόλης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στους άρρενες, ενώ μεγαλύτερο ποσοστό εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών ή και πανικού στις θήλεις συγγενείς.

Οι Pihl και Spiers (1978) τονίζουν την συμμετοχή και επίδραση των πολιτιστικών και κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση.

Ο Cox (1979) αναλύοντας ιδιαίτερα την κατάχρηση αλκοόλ, αναφέρεται σε άτομα παθητικά και ανεπαρκή, που επιζητούν τη δύναμη μέσα από την κατάχρηση.

Ο Fort (1961) υπογραμμίζει ότι "η χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών λειτουργεί ως βαρόμετρο της ανθρώπινης κοινωνίας. Η εξάρτηση αντανακλά τη φτώχεια, την πείνα, τη θρησκευτική και φυλετική διάκριση, το πυρηνικό πρόβλημα, τη διαφθορά, την έλλειψη εκπαίδευσης, τον κυνισμό, την απάθεια, την μονοτονία, την ανία, τη λαιμαργία, την άγνοια και την ανωριμότητα που μαστίζει τον άνθρωπο".

Ο Penk (1981) αρνείται να παραδεχθεί ότι οι "τοξικομανείς", είναι όλοι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες και όπως και ο Fordyce (1979), σημειώνει ότι, "διαφορετικοί άνθρωποι με διαφορετικές οργανώσεις προσωπικότητας είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά". Ο Penk (1981) συνεχίζοντας τονίζει ότι, "υπάρχουν πολλοί τύποι τοξικομανών και ότι τα ναρκωτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για διαφορετικούς λόγους από το ίδιο ή διαφορετικά άτομα, ακόμα και σε διαφορετικά στάδια της τοξικομανίας".

Αυτό έχει σχέση, με το ότι οι φαρμακολογικές ιδιότητες του ναρκωτικού διαφέρουν. Εφόσον η ηρωίνη είναι αναλγητικό - κατασταλτικό, είναι φυσικό να το χρησιμοποιούν άτομα με φυσικό πόνο ή ψυχολογική υπερένταση. Εφόσον οι αμφεταμίνες είναι διεγερτικά, τότε τα άτομα που είναι παθητικά, τις προτιμούν σαν μέσο για να εξουδετερώσουν την παθητικότητά τους. Αν το αλκοόλ υποβαθμίζει τον έλεγχο του Υπερεγώ και μειώνει τις αναστολές, τότε είναι εξηγήσιμη η χρησιμοποίησή του από άτομα κοινωνικά καταπιεσμένα και αποξενωμένα, στην προσπάθειά τους για κοινωνικοποίηση".

Οι "τοξικομανείς" στα κλασσικά παλαιά συγγράμματα ψυχιατρικής συνήθως περιγράφονται, ως άτομα με χαρακτήρα παρορμητικό, φανατικό, ονειροπόλο, ευερέθιστο και ασταθή. Χαρακτηρίζονται ακόμη, ως άτομα κοινωνιοπαθητικά και δυσπροσάρμοστα, με ηθική έκπτωση, ψυχρότητα συναισθηματικού κόσμου, αναπτυγμένη επιθετικότητα και αντικοινωνική τοποθέτηση (Φιλιππόπουλος 1981).

Οι Raistrick και Davidson (1985) αναφέρουν ότι τα κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που συναντούμε συνήθως στα εξαρτημένα από ουσίες άτομα όπως, το άγχος, η έντονη ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η δυσκολία ή αδυναμία στη συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η κατάθλιψη, η αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, η επιθετικότητα ή η έντονη αμυντικότητα, η υποχονδρίαση και η έλλειψη ανοχής στη ματαίωση, είναι περισσότερο χρήσιμα στη μελέτη του προβλήματος. Αυτή η άποψη έρχεται να στηρίξει την άποψη του Hofman (1983), ο οποίος δηλώνει, ότι δεν βοηθάει ιδιαίτερα στην κατανόηση του προβλήματος ο καθορισμός ενός "εθιστικού τύπου προσωπικότητας".

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Olievenstein (1987), για την αιτιολογία της εξαρτητικής συμπεριφοράς, υποστηρίζει ότι: «η τοξικομανία είναι το αποτέλεσμα της συνάντησης μιας προσωπικότητας με μια (εξαρτησιογόνο) ουσία σε μια δεδομένη κοινωνικο-πολιτισμική στιγμή». Με την έννοια «κοινωνικο-πολιτισμική στιγμή» εννοεί, τις κοινωνικές πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν, κατά τη συνάντηση του ατόμου – προσωπικότητας με την εξαρτησιογόνο ουσία.

Ο Στεφανής (1980) δέχεται ακόμη ότι, η εξάρτηση είναι συχνά σύμπτωμα μιας άλλης ψυχικής νόσου, όπως είναι η ψύχωση ή η νεύρωση.

Ο Λογοθέτης (1976) αναφέρει ότι, λανθάνουσα και λαθραία εξελισσόμενη ψυχωσική διεργασία δυνατόν να υποκρύπτεται στη φαρμακευτική εξάρτηση.

Ο Bukstein (1989) υποστηρίζει ότι η προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία, παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς.

Ο Steer (1989) αναφέρεται πιο συγκεκριμένα και καθορίζει τα ψυχιατρικά προβλήματα που εμφανίζονται κυρίως στους εξαρτημένους χρήστες, σε Αγχώδεις, Καταθλιπτικές και Παρανοϊκού τύπου διαταραχές.



Στις ψυχοπαθολογικές περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, η ψυχοπαθητική ή νευρωσική ή ψυχωσική προσωπικότητα δημιουργεί, εμπνέει ή εμπνέεται ή συνυπάρχει με καταστάσεις, όπως ατελείς διαπροσωπικές σχέσεις, επαγγελματικές ατυχίες, προσωπικές ή οικογενειακές δυσκολίες ομαλής συμβίωσης, οικονομικά προβλήματα.

Εκτός όμως από την παραπάνω τοποθέτηση απέναντι στην εξάρτηση, οφείλει κανείς να αναγνωρίσει και άλλες κατηγορίες ατόμων που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, χωρίς να νοσούν αρχικά από κάποια ψυχική νόσο. Τέτοια άτομα είναι οι περιστασιακοί χρήστες, που ξεκινώντας από περιέργεια ή λόγω συναναστροφής με άλλους χρήστες, εξαρτημένους όμως από κάποια συγκεκριμένη ουσία, μετατρέπονται και οι ίδιοι σε εξαρτημένους και αποτελούν σημαντικό ποσοστό (Kleinman και συν. 1986, Petersen 1987, London και Ghodse 1989, Swadi 1990).

Σε όλες αυτές τις θέσεις έρχονται να προστεθούν οι νευροβιολογικές γνώσεις των τελευταίων χρόνων, σχετικά με τα οπιούχα και τους υποδοχείς του οπίου και με βεβαιότητα πλέον, κάνουν πολυπαραγοντική την απόπειρα αιτιολογίας της εξάρτησης (Maurer και συν. 1983, Goldstein 1983, Goodman και Gilman 1990, Παραδέλης 1992).

Στην πολυδιάστατη φύση της αιτιολογίας της χρήσης και εξάρτησης από διάφορες παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες δεν θα μπορούσε να μην λαμβάνει θέση και η οικογένεια ή το οικογενειακό περιβάλλον, όπου ζει και αναπτύσσεται το άτομο. Σύμφωνα με διάφορες απόψεις που έχουν εκφραστεί τα τελευταία χρόνια, η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη γέννηση, τη συντήρηση και τη θεραπεία του προβλήματος της εξάρτησης (Glynn και Haenlein 1988, Stanton 1979, Stanton και συν. 1982, Ζλατάνος και συν. 1994). Το εξαρτημένο "συμπτωματικό" άτομο λαμβάνει και παίζει έναν ρόλο σταθεροποιητή στην οικογένεια, δηλαδή λειτουργεί με τρόπο που διατηρείται η ομοιόσταση του οικογενειακού συστήματος (Glynn και Haenlein 1988, Menicussi και Wermuth 1989, Textor 1987), καθώς επίσης και ένα μέσον επικοινωνίας των μελών της οικογένειας, που επικοινωνούν πλέον περισσότερο μεταξύ τους, στη διαδικασία να θεραπεύσουν ή να σώσουν το εξαρτημένο μέλος της οικογένειας (Ausloos 1981).

Ο Klimentko (1968) συνοψίζει τη θέση λέγοντας ότι: "Τώρα έχουμε αρκετές αποδείξεις, ότι οι διαταραχές της οικογένειας έχουν σημαντική επίδραση στη ζωή του χρήστη".

Ο Dell Ortho (1974) δηλώνει ότι, «η οικογένεια είναι σημαντική για την ανάπτυξη του προβλήματος και ως εκ τούτου, σημαντική για την αντιμετώπισή του».

Ο Huberty (1975) σχολιάζοντας τη σχέση της οικογένειας με την εμφάνιση και συντήρηση του προβλήματος της εξάρτησης, με έναν ιδιαίτερο τρόπο διατυπώνει το εξής: «αν δεν είσαι ένα μέρος της λύσης, τότε είσαι ένα μέρος του προβλήματος».

Οι Levy και Joff (1973), διαπιστώνουν, μετά από μια πενταετή μεταθεραπευτική παρακολούθηση χρηστών (follow-up), ότι "τα άτομα που επιτυχώς ξεπέρασαν την εξάρτηση, είχαν την συμπαράσταση της οικογένειάς τους".

Υπάρχουν επίσης έρευνες, που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ψυχολογικών δοκιμασιών (tests) προσωπικότητας, όπου εμφανίζεται ως αποτέλεσμα, σημαντικά αυξημένη ψυχοπαθολογία στους εξαρτημένους χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. (Hill και συν. 1962, Bergins 1974, Ζλατάνος 2001).

Η ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας και καθώς το θέμα της κατάχρησης και εξάρτησης από διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες συνεχίζει να υφίσταται σε παγκόσμια κλίμακα, δείχνει ότι επικρατεί μια τάση προς την κατεύθυνση της διερεύνησης παραγόντων που ενισχύουν και συντηρούν το πρόβλημα και συμβάλλουν αρνητικά στην αντιμετώπισή του. Έτσι, βλέπουμε κυρίως ερευνητικές επιστημονικές εργασίες που στοχεύουν στη διερεύνηση της επίδρασης παραγόντων όπως, τα στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η συννοσηρότητα και οι παράγοντες κινδύνου (μολυσματικές ασθένειες, Ηπατίτιδες, AIDS, ατυχήματα, απόπειρες αυτοκτονίας, υπερβολική δόση), που συνδέονται με την δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εξαρτημένου χρήστη, που σχετίζεται επίσης με τη δομή της προσωπικότητας ή και την ψυχοπαθολογία. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια με τη χρήση διάφορων ψυχομετρικών ή κλινικών – θεραπευτικών μεθόδων, με σκοπό την κατηγοριοποίηση των εξαρτημένων ανάλογα με την ουσία επιλογής, την προσω-



πικότητα, ή άλλες κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους, την πρόγνωση της θεραπευτικής επιλογής και αντιμετώπισης, και της επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών διαδικασιών.

3.2. Επιλογή ουσίας κατάχρησης και προσωπικότητα

Υπάρχουν επιστημονικές μελέτες που επιχειρούν να καθορίσουν την θεραπευτική επιλογή σύμφωνα με την ψυχοδραστική ουσία που χρησιμοποιείται ως κύρια ουσία κατάχρησης, σε συνδυασμό με στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του χρήστη.

Ο Ladd (1998), μελέτησε τα χαρακτηριστικά της κλίμακας, της συχνότητας ψυχοπαθολογίας F(p) της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, σε δείγμα ασθενών που απευθύνθηκαν για ενδονοσοκομειακή θεραπεία λόγω εξάρτησης από χημικές ψυχοδραστικές ουσίες. Η κλίμακα F(p) σχεδιάστηκε με σκοπό την ανίχνευση των ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών και έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί ένα εργαλείο που διαθέτει υψηλή εγκυρότητα σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι συγκρίσεις των κλιμάκων F(p) και Fb στους δείκτες της ψυχοπαθολογίας, υποστηρίζουν και ενισχύουν την εγκυρότητα της κλίμακας F(p) στους πληθυσμούς των χημικά εξαρτώμενων ασθενών, με ή χωρίς ψυχιατρική συμπτωματολογία.

Οι Craig και Olson (1992), μελέτησαν τα διαγράμματα προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, 104 εξαρτημένων από κοκαΐνη που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα θεραπείας απεξάρτησης. Από την ιεραρχική ανάλυση και ομαδοποίηση των διαγραμμάτων προσωπικότητας, προέκυψαν δύο τύποι διαγραμμάτων προσωπικότητας. Στον πρώτο τύπο προσωπικότητας ήταν ανυψωμένη η κλίμακα Pd (Ψυχοπαθητικότητα) και ακολουθούσε η κλίμακα Hyp (Υπομανία), που απεικονίζει ένα άτομο επαναστατικό, με δραματικού τύπου χαρακτηρολογικές διαταραχές και ναρκισσιστικά στοιχεία προσωπικότητας. Στο δεύτερο τύπο προσωπικότητας εμφανίζονταν ανυψωμένες οι κλίμακες F (Αξιοπιστία), Sc (Σχιζοφρένεια), Dep (Κατάθλιψη), Pt (Ψυχασθένεια), Pd (Ψυχοπαθητικότητα), και Pa (Παρανοϊκότητα), που απεικονίζει ένα άτομο που είναι ψυχιατρικός ασθενής και ταυτόχρονα εμφανίζει εξάρτηση από κοκαΐνη.

Ο Schweizer και συν. (1998), μελέτησαν την επίδραση των ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, στην διαδικασία της πορείας σταδιακής μείωσης της δοσολογίας βενζοδιαζεπινών, σε άτομα εξαρτημένα από τις εν λόγω φαρμακευτικές ουσίες. Η μελέτη περιελάμβανε δείγμα αποτελούμενο από 171 άτομα που είχαν ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης από βενζοδιαζεπίνες με τη μέθοδο της σταδιακής μείωσης της δοσολογίας, για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων.

Η εκτίμηση της προσωπικότητας έγινε με τη χρήση των ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας MMPI, EPI (Eysenck) και TPQ. Στο MMPI εμφανίστηκαν υψηλές τιμές στις κλίμακες της παθητικότητας και της εξάρτησης, στο EPI υψηλές τιμές στις νευρωσικές κλίμακες, ενώ στο TPQ υψηλές τιμές στην κλίμακα αποφυγής της βλάβης (πόνου), γεγονός που λειτούργησε ως μέσον πρόβλεψης της απάντησης των ατόμων στην σταδιακή μείωση της δοσολογίας και τη βαρύτητα των υποκειμενικών αντιδράσεων στη ρύθμιση της αγωγής στην πορεία της θεραπείας.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι δεν αρκεί η σταδιακή μείωση της δοσολογίας, από μόνη της, στην θεραπεία απεξάρτησης από βενζοδιαζεπίνες, αλλά είναι σημαντική η επίδραση των στοιχείων της δομής της προσωπικότητας, η πιθανότητα ύπαρξης ψυχοπαθολογίας, που πρέπει να συνυπολογίζονται με τον καθορισμό της αγωγής και τη διάρκεια της σταδιακής μείωσης των φαρμακευτικών ουσιών.

Ο Sanchez Huesca και συν. (2002), μελέτησαν την δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων από κοκαΐνη ατόμων, με στόχο τον σχεδιασμό και την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής. Η διερεύνηση και εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων, που αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης, έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (Multistage Personality Inventory). Το δείγμα της μελέτης απετέλεσαν 30 άτομα που ήταν εξαρτημένοι από κοκαΐνη και 26 άτομα που ήταν εξαρτημένοι από διάφορες άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης δεν έδειξαν κάποια σημαντική διαφορά ως προς τα στοιχεία της δομής της προσωπικότητας των ατόμων. Οι κλίμακες που ήταν ανυψωμένες ήταν οι 8-4-2, που αντιστοιχούν στην αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας με καταθλιπτικά και σχιζοειδή γνωρίσματα.



Το συμπέρασμα που προέκυψε από την μελέτη είναι, ότι υπάρχουν κάποια κοινά εξαρτητικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας στους χρήστες ουσιών και όχι κάποια ειδικά γνωρίσματα που σχετίζονται με την επιλογή της ουσίας κατάχρησης. Αυτό σημαίνει ότι η επιλογή της θεραπευτικής τακτικής, δεν μπορεί να βασιστεί στην ουσία κατάχρησης.

3.3. Προσωπικότητα και συννοσηρότητα

Μεγάλο πλήθος επιστημονικών εργασιών, οι οποίες αναφέρονται εκτενέστερα στη συνέχεια, ασχολούνται με διάφορους παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και συμβάλλουν στο τραγικό αποτέλεσμα του θανάτου του χρήστη.

Τους παράγοντες κινδύνου αποτελούν κυρίως, η συννοσηρότητα και η δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του χρήστη, οι οποίοι θεωρούνται ότι είναι άμεσα σχετιζόμενοι με την δομή της προσωπικότητας του ατόμου.

Η συννοσηρότητα που αφορά ψυχιατρική συμπτωματολογία, αποτελεί παράγοντα κινδύνου, που συνήθως σχετίζεται σύμφωνα με τις διάφορες επιστημονικές αναφορές και με τους άλλους παράγοντες κινδύνου (AIDS, Ηπατίτιδες, υπερβολική δόση).

Ο McMahon και συν. (2001), προσδιορίζουν τις υποομάδες προσωπικότητας των εξαρτημένων από πολλές ουσίες χρηστών, με βάση τη δοκιμασία προσωπικότητας MMPI-2. Οι υποομάδες συγκρίνονται μεταξύ τους όσον αφορά στις παραμέτρους που σχετίζονται με την ψυχιατρική συμπτωματολογία στη διάρκεια της ζωής και την παρούσα, καθώς και τις θέσεις και τη συμπεριφορά τους, ως προς τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του AIDS. Οι υποομάδες διακρίνονταν ως προς την ψυχοπαθολογία σε υψηλή και ήπια, καθώς και στην υποομάδα των υποκλινικών χαρακτηριστικών του MMPI. Η υποομάδα υψηλής ψυχοπαθολογίας εμφανίζει μεγαλύτερη αναλογία χρόνιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (ASI), υψηλότερα επίπεδα τρεχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (SCL-90) και χαμηλότερα επίπεδα κρίσης για ασφαλή χειρισμό των σεξουαλικών τους δραστηριοτήτων, από την υποομάδα των υποκλινικών χαρακτηριστικών. Επίσης, κάποιες διαφορές εμφανίστηκαν στη σύγκριση μεταξύ των υποομάδων υψηλής και ήπιας παθολογίας, όπως και μεταξύ ήπιας

παθολογίας και υποκλινικών χαρακτηριστικών. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η υποομάδα που εμφανίζει υψηλή ψυχοπαθολογία, χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση για τα χρόνια και σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κρίση και τους περιορισμούς στη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων τους, δραστηριότητες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό του AIDS.

Οι Ward και Perry (1998), μελέτησαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si), της κλίμακας της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής (SOD) και των υποκλιμάκων της κλίμακας Si (Si1, Si2, Si3) της δοκιμασίας MMPI, σε κλινικό δείγμα 122 ψυχιατρικών ασθενών και 399 ασθενών με διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Ο συνδυασμός μεταξύ της Si1 (Συστολή / Αυτοσυνείδηση) και Si2 (Κοινωνική Αποφυγή), εμφανίζουν υψηλή συσχέτιση με την κλίμακα SOD και αποτελούν τα στοιχεία της κατασκευής της κλίμακας Si3 (Απομόνωση) που αποτελεί τον κύριο παράγοντα μέτρησης της Δυσπροσαρμογής στις κλίμακες του MMPI-2. Επιπλέον, μετρήσεις αξιολόγησης και συσχέτισης των στοιχείων (items) των υποκλιμάκων της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si) και της Δυσπροσαρμογής στο δείγμα της μελέτης, έδειξε συνάφεια των αποτελεσμάτων.

Ο Nadeau και συν. (1999), μελέτησαν την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας, σε 255 ασθενείς που απευθύνθηκαν για θεραπεία απεξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών και με κλινικό δείγμα ασθενών που εμφάνιζαν διαταραχές του Άξονα I. Στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών στοιχείων της προσωπικότητας χρησιμοποιήθηκε το Κλινικό Πολυαξονικό Ερωτηματολόγιο (Millon Clinical Multiaxial Inventory). Μόνον το 11,8% των υποκειμένων δεν ξεπέρασε την τιμή 84 σε κάποια από τις 11 κλίμακες του Άξονα II. Περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος βαθμολογήθηκαν τουλάχιστον με την τιμή 84 ή και περισσότερο, στις κλίμακες της Παθητικής – Επιθετικής και Εξαρτημένης Προσωπικότητας, ενώ η μέση τιμή των κλιμάκων που βαθμολογήθηκαν με τιμές 84+ ήταν 2,68. Το συμπέρασμα της μελέτης δείχνει ότι, το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού εμφανίζει σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας στις περισσότερες περιπτώσεις.

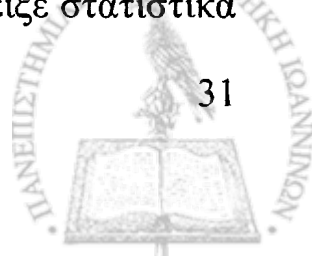


Οι Skinstad και Swain (2001), μελέτησαν τη συννοσηρότητα 125 ανδρών εξαρτημένων από ουσίες, που απευθύνθηκαν σ' ένα από τα δύο Κέντρα Απεξάρτησης της Αϊόβα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στη δομημένη διαγνωστική κλινική συνέντευξη (Diagnostic Interview Schedule DIS), για τη διερεύνηση ύπαρξης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (άξονας I), διαταραχής προσωπικότητας (άξονας II) κατά DSM-III-R, καθώς και τη διερεύνηση που αφορά το ιστορικό της κατάχρησης ουσιών. Οι περισσότερες διαγνώσεις του άξονα I αφορούν τις αγχώδεις και τις συναισθηματικές διαταραχές, ενώ στον άξονα II συναντώνται πιο συχνά η Μετ αιχμιακή και η Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (από την ομάδα Β), ακολουθούν (από την ομάδα Γ) η Αποφευκτική, η Παθητική - Επιθετική και η Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική και (από την ομάδα Α) η Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας. Οι ασθενείς με διάγνωση Μετ αιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, εμφάνιζαν μεγάλο ποσοστό συννοσηρότητας του άξονα I, που περιελάμβανε διαγνώσεις όπως, της Γενικευμένης Αγχώδους διαταραχής, της Μείζονος Κατάθλιψης, της Εξάρτησης από Κοκαΐνη ή Εισπνεόμενων Ουσιών.

Οι ασθενείς με διάγνωση Αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας η εμφάνιση συννοσηρότητας του άξονα I, αφορούσε τη Διπολική διαταραχή. Τα άτομα που είχαν διαταραχή ή στοιχεία Σχιζοειδούς προσωπικότητας, ήταν λιγότερο πιθανόν να εμφανίζουν διαταραχή στον άξονα I. Μεγάλο επίσης ήταν το ποσοστό στο δείγμα της μελέτης, με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας γενικότερα (άξονας II).

Οι χρήστες πολλαπλών ουσιών εμφάνιζαν πιο συχνά συννοσηρότητα του άξονα I, με Αγχώδεις και Διπολικές διαταραχές, ενώ οι άνδρες εξ αυτών συννοσηρότητα και στον άξονα II σε ποσοστό 56%, με συχνότερη εμφάνιση της Μετ αιχμιακής και Δραματικής διαταραχής προσωπικότητας.

Ο Kendall και συν. (1995), μελέτησαν την ψυχιατρική συννοσηρότητα σε 94 χρήστες πολλαπλών ουσιών, που ήταν ενταγμένοι σε εξωνοσοκομειακό θεραπευτικό πρόγραμμα σωματικής απεξάρτησης. Η διαγνωστική εκτίμηση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας έγινε με την ψυχομετρική δοκιμασία Symptom Check List 90R (SCL-90R). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων της δοκιμασίας συγκρίθηκαν με δημογραφικά δεδομένα (φυλή, φύλο και ηλικία) των υποκειμένων της μελέτης. Η σύγκριση ως προς το φύλο έδειξε στατιστικά



σημαντικές διαφορές στη συννοσηρότητα. Οι λευκοί εμφάνιζαν σοβαρότερη ψυχιατρική συμπτωματολογία από τους μαύρους εξαρτημένους χρήστες, στις 9 από τις 12 κλίμακες της ψυχομετρικής δοκιμασίας. Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η φυλή που ανήκει ο ασθενής, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό και την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής.

Οι Kelley και Petry (2000), μελέτησαν την επίδραση της Αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας ως παράγοντα κινδύνου, που μπορεί να συμβάλλει στην προσβολή από τον ιό του AIDS. Η μελέτη περιελάμβανε 91 χρήστες ουσιών που δεν ήταν ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Στους 42 εξ αυτών διεγνώσθη η Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Η σύγκριση μεταξύ των δύο υποομάδων που προέκυψαν, αφορούσε την συμπεριφορά τους σχετικά με την ενδοφλέβια χρήση και τις συνθήκες χρήσης, καθώς και την ασφαλή ή όχι συμπεριφορά τους στις σεξουαλικές τους δραστηριότητες. Δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφορά όσον αφορά τις γνώσεις τους σχετικά με την μόλυνση από τον ιό του AIDS.

Η υποομάδα που είχε τη διάγνωση της διαταραχής προσωπικότητας, εμφανιζόταν να έχει περισσότερες και συχνότερες δραστηριότητες υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό. Οι δραστηριότητες αυτές ήταν, η μεγαλύτερη συχνότητα κοινής και ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών και η μικρότερη συχνότητα απολύμανσης των βελονών.

Επίσης, στη σεξουαλική τους δραστηριότητα ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό εναλλαγών ερωτικών συντρόφων και πρωκτικών σεξουαλικών επαφών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης προτείνουν οι συγγραφείς, να γίνεται διερεύνηση της συγκεκριμένης διαταραχής προσωπικότητας στους χρήστες που απευθύνονται στα προγράμματα για θεραπεία, με στόχο να γίνονται θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις με την έναρξη της θεραπείας, για τη μείωση του κινδύνου που διατρέχουν από την συμπεριφορά τους.

3.4. Συννοσηρότητα – διαταραχή της διάθεσης – αυτοκτονία

Η συννοσηρότητα που αφορά διαταραχή της διάθεσης, ευθύνεται για αυτοκτονία ή απόπειρες αυτοκτονίας στους εξαρτημένους χρήστες ουσιών. Ο Bolognini και συν. (2002) σε έρευνα που συμμετείχαν 228 έφηβοι και νέοι

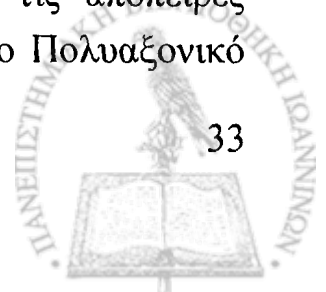


ενήλικες, ηλικίας 14-25 ετών, εκ των οποίων οι 107 ήταν χρήστες ουσιών ενώ οι 121 αποτελούσαν το δείγμα ελέγχου, διαπίστωσαν ότι 31,5% των ανδρών και 41,2% των γυναικών εξαρτημένων χρηστών είχαν κάνει μια ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Η διάγνωση κατά DSM-IV για τους άνδρες είναι η συναισθηματική διαταραχή, ενώ για τις γυναίκες η αναζήτηση της εμπειρίας.

Μελέτη επανεκτίμησης σε χρονικό διάστημα 5 ετών (follow-up) των Johnsson και Fridell (1997) έδειξε, ότι το 45% δείγματος 125 πρώην εξαρτημένων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, που είχε ιστορικό μιας ή περισσότερων αποπειρών αυτοκτονίας, εμφάνιζε περισσότερο καταθλιπτική διάθεση και περισσότερο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα από τα άτομα που δεν ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Επιπλέον, τα άτομα που ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας, ανέφεραν συχνότερα ότι είχαν λάβει ψυχιατρική φροντίδα κατά την παιδική τους ηλικία, όπως και ότι είχαν την εμπειρία απώλειας σημαντικού ατόμου κατά την ίδια περίοδο ζωής.

Οι O'Boyle και Brandon (1998), σε έρευνα που συμμετείχαν 103 άτομα θεραπευτικού προγράμματος για κατάχρηση ουσιών, μελέτησαν την προσωπικότητα των ατόμων σε συνδυασμό με την κατάχρηση ουσιών και την απόπειρα αυτοκτονίας. Είκοσι (20) εκ των ατόμων του δείγματος ανέφεραν ότι είχαν κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας. Η διαγνωστική εκτίμηση σύμφωνα με το DSM-III-R και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenck, και η σύγκριση των αποτελεσμάτων των μετρήσεων, μεταξύ των ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας με αυτούς που δεν έκαναν, έδειξε ότι τα άτομα που πραγματοποίησαν τις απόπειρες αυτοκτονίας, είχαν διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής και μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, περισσότερο υψηλές τιμές στην εξάρτηση και κατάχρηση περισσότερων ουσιών και αλκοόλης.

Οι Ravndal και Vaglum (1999) σε μεταθεραπευτική (follow-up) έρευνα 5 ετών στη Νορβηγία, με τη συμμετοχή διακοσίων (200) ατόμων, μελέτησαν την συσχέτιση της συχνότητας της χρήσης οπιούχων ουσιών και της παραμονής κάποιων μηνών στην θεραπεία, με την υπερβολική δόση, ενώ η μεταιχμιακή δομή προσωπικότητας και η κατάθλιψη συσχετίστηκαν με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Η διαγνωστική εκτίμηση των ατόμων έγινε με το Πολυαξονικό



Κλινικό Ερωτηματολόγιο του Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory) και το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (Symptom Checklist – 90). Σκοπός της έρευνας ήταν η καλύτερη κατανόηση των παραπάνω συσχετίσεων, με στόχο την πρόβλεψη και αποφυγή της θανατηφόρας υπερβολικής δόσης και της επιτυχημένης αυτοκτονίας.

Οι Darke και Ross (2001), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της απόπειρας αυτοκτονίας και της μη θανατηφόρας υπερβολικής δόσης ηρωίνης, σε 223 ασθενείς που ήταν ενταγμένοι σε θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη.

Το 40% των ατόμων του δείγματος ανέφερε μια τουλάχιστον απόπειρα αυτοκτονίας, με υπεροχή των γυναικών (50% vs 31%) και το επανέλαβαν περισσότερες της μιας φορές έναντι των ανδρών (28% vs 15%). Οι γυναίκες επίσης, έκαναν την πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας 6 έτη νωρίτερα από τους άνδρες (18,3 vs 24,7 έτη) και είχαν αποπειραθεί και πριν από την έναρξη της χρήσης ηρωίνης (69% vs 11%). Η υπερβολική δόση αναφέρθηκε στο δείγμα σε ποσοστό 66% ανεξάρτητα από το φύλο, παρόλα αυτά η επιλογή της απόπειρας αυτοκτονίας έγινε με την υπερβολική δόση άλλης ουσίας, μη οπιούχου 21%, και με κοψίματα των καρπών (χαράκωμα) 20%. Σκόπιμη απόπειρα αυτοκτονίας με ηρωίνη αναφέρθηκε από ποσοστό 10% του δείγματος, ενώ το 92% των υπερβολικών δόσεων αναφέρεται ως τυχαίο γεγονός.

Συμπερασματικά, οι συγγραφείς διαχωρίζουν πλήρως την απόπειρα αυτοκτονίας από την υπερβολική θανατηφόρα δόση ηρωίνης, ως δύο διαφορετικά κλινικά προβλήματα.

Θα μπορούσαμε όμως να σχολιάσουμε ότι, στο δείγμα της μελέτης δεν έχουμε την άποψη των αποθανόντων από υπερβολική θανατηφόρα δόση ηρωίνης.

Όσον αφορά στην ύπαρξη διαταραχής της διάθεσης και της απόπειρας αυτοκτονίας, υπάρχει πρόσφατη αναφορά της Dalton και συν. (2003), σε δείγμα εξαρτημένων ατόμων, εκ των οποίων 40% που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας είχαν διάγνωση διπολικής διαταραχής, σε σχέση με 24% αυτών που δεν υπήρχε συννοσηρότητα.



3.5. Δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά – ανασκόπηση επιστημονικών αναφορών

Κάποιες έρευνες αναφέρονται στον κίνδυνο που διατρέχουν οι εξαρτημένοι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών εξαιτίας της χρήσης και των συνεπειών της (υπερβολική δόση, AIDS, Ηπατίτιδες, ατυχήματα, αυτοκτονίες κ.λ.π), λαμβάνοντας υπόψη διάφορες παραμέτρους σύγκρισης της θνησιμότητας.

Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη είναι:

- α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η θνησιμότητα αναφέρεται σε ποσοστιαίες αναλογίες ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, την εργασία κ.λ.π. Συγκρίνεται δε, με τη θνησιμότητα που εμφανίζει αντίστοιχο δείγμα πληθυσμού υγιών ατόμων, με προηγούμενες χρονικές περιόδους ή ακόμη και με τις αντίστοιχες αιτίες θανάτου με άλλα δείγματα πληθυσμού προς σύγκριση.
- β) Η ύπαρξη ή η απουσία κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης, σε πρόγραμμα νοσηλείας ή σε κάποιο πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατων ουσιών και σύγκριση μεταξύ των αντίστοιχων θεραπευτικών παρεμβάσεων ή της απουσίας θεραπευτικής παρέμβασης, σε σχέση με τη θνησιμότητα.
- γ) Χαρακτηριστικά που αναφέρονται στην κατάχρηση ουσιών και αφορούν τις ουσίες κατάχρησης, τους τρόπους χρήσης και τους συνδυασμούς των ουσιών μεταξύ τους, την επιβάρυνση της φυσικής υγείας του χρήστη, καθώς και του κινδύνου μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών εξαιτίας του τρόπου χρήσης, που μπορεί να θεωρηθούν ως αιτία θανάτου του χρήστη.
- δ) Ποσοστά κατά κατηγορία αιτίας θανάτου, αλλαγή των ποσοστών αυτών στη διάρκεια του χρόνου στην περιοχή ή σύγκριση των ποσοστών κατά κατηγορία αιτιολογίας με άλλη ή άλλες γεωγραφικές περιοχές.
- ε) Μελέτες που στηρίζονται σε εργαστηριακές ιστοχημικές εξετάσεις, συνήθως νεκροτομικού υλικού, που αποφαίνονται εκ των υστέρων για την αιτία θανάτου ή κάποιες άλλες οργανικές διαταραχές που προϋπήρχαν ή επηρέασαν αρνητικά τη ζωή του εξαρτημένου χρήστη.
- στ) Μελέτες που συγκρίνουν την θνησιμότητα μεταξύ νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών και το κόστος από τη χρήση των ουσιών και τις οικονομικές επιβαρύνσεις στην οικονομία.

Η αναφορά σχετικά με την επικινδυνότητα της εξαρτητικής συμπεριφοράς, περιορίζεται σε κάποιες στατιστικού τύπου αναλογίες και συγκρίσεις, καθώς και μελέτες επανεκτίμησης (follow-up), που περιορίζονται σε συγκρίσεις χρονικών περιόδων με αποκλειστικά στατιστικό επιστημονικό ενδιαφέρον και συνήθως χωρίς την υποβολή προτάσεων για την αντιμετώπιση της κατάστασης (Dressler και Roberts 1989, Jeanmonod και Fryc 1990, Puschel 1993, Robertson και συν. 1994, Rossow 1994, Darke και Zador 1996, Bargagli και συν. 2001, Darke και συν. 2000, Quaglio και συν. 2001, Frischer και συν. 1997, Zador και Sunjic 2000, McGinnis και Foege 1999).

3.6. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα και Εξάρτηση από Ψυχοδραστικές Ουσίες

Τις απόψεις περί προϋπάρχουσας ή λανθάνουσας διαταραχής ή την ύπαρξη συννοσηρότητας με την εξάρτηση από ουσίες, έρχονται να επιβεβαιώσουν νεότερα ερευνητικά – επιστημονικά δεδομένα, που αναφέρονται σε αγχώδεις, συναισθηματικές, ψυχωσικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στους εξαρτημένους χρήστες.

Ειδικότερα, ο Nace και συν. (1991), διεξήγαγαν έρευνα στην οποία συμμετείχαν εθελοντικά 100 εξαρτημένοι χρήστες ουσιών, που νοσηλεύονταν σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, με στόχο τη διερεύνηση ύπαρξης συννοσηρότητας στη κατάχρηση ουσιών με διάγνωση στον Άξονα II, σύμφωνα με το DSM-III-R. Στους 57 υπήρξε διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ενώ στους 43 δεν διεγνώσθη διαταραχή στον Άξονα II. Χρησιμοποιήθηκε η δομημένη κλινική συνέντευξη ανίχνευσης διαταραχής προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-III-R και οι ψυχομετρικές δοκιμασίες MMPI, Ερωτηματολόγιο Χρήσης Αλκοόλ και το Ερωτηματολόγιο Υγείας και Καθημερινής Διαβίωσης. Τα άτομα στα οποία διεγνώσθη διαταραχή προσωπικότητας διέφεραν σημαντικά στους τομείς όπως: μεγαλύτερη εμπλοκή με παράνομες ουσίες, διαφορετικά πρότυπα χρήσης αλκοόλ, σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, λιγότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους, παρορμητικότητα, απομόνωση και κατάθλιψη. Οι παραπάνω διαφορές συνηγορούν στην ποικιλία της θεραπευτικής αντιμετώπισης.



Οι Kokkevi και Stefanis (1995), σε δείγμα μελέτης 176 εξαρτημένων από οπιούχες ουσίες ανδρών, διερεύνησαν την εμφάνιση ψυχιατρικής συννοσηρότητας με τη χρήση της διαγνωστικής συνέντευξης (Diagnostic Interview Schedule DIS). Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι 71,5% των ατόμων εμφάνιζε καταθλιπτική συμπτωματολογία εκ των οποίων 27,4% ανέφερε κάποια απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ στο 26,8% των ατόμων υπήρχε ανάγκη ενδονοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι ψυχιατρικές διαταραχές φάνηκε ότι προηγούνται της κατάχρησης ουσιών.

Ο Khantzian (1997), εντόπισε την ύπαρξη συννοσηρότητας με την κατάχρηση ουσιών σε άτομα που υπέφεραν από αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και σχιζοφρενική διαταραχή. Η κατάχρηση ουσιών στην παρούσα μελέτη αναφέρεται, ως προσπάθεια των ατόμων να απαλλαγούν ή να μετριάσουν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους και να φροντίσουν τον εαυτό τους στα πλαίσια της προσπάθειας αυτοϊασης.

Σχολιάζοντας ο Frances (1997) την προηγούμενη αναφορά (Khantzian 1997) σχετικά με τη συννοσηρότητα και την προσπάθεια αυτοϊασης, επισημαίνει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, καθώς και την προσπάθεια εντοπισμού, από τη μεριά των κλινικών, της διαταραχής που προηγείται και της αιτιολογίας από την πλευρά του εξαρτημένου της εξαρτητικής συμπεριφοράς του με σκοπό την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Οι Bradizza και Stastewitz (1997), αναφέρονται στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία ατόμων που νοσηλεύονται για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλης. Οι πληροφορίες σχετικά με την κατάχρηση ουσιών προέρχονται από το ιστορικό του ασθενή, την ατομική συνέντευξη και τις πληροφορίες που μπορεί να δώσει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή. Η αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών προσανατολίζεται στην προσπάθεια επανεκπαίδευσης των ατόμων σε γενικές κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και στην αλλαγή της συμπεριφοράς απέναντι στη χρήση ουσιών και τις συνέπειές τους, μέσω ομαδικών θεραπευτικών διαδικασιών.

Ο Τουλούμης και συν. (1999) σε έρευνα που έλαβε χώρα στο τετράμηνο μεταξύ των μηνών 6/97 έως 10/97 και με δείγμα πληθυσμού 227 ατόμων που εισήχθησαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, είτε ως νέοι ασθενείς είτε ως



επανερχόμενοι, αναφέρουν την ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας σε 57 (25%) άτομα, με αναλογία ως προς το φύλο 4:1. Στους άνδρες ψυχιατρικούς ασθενείς, οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών (εκτός αλκοόλ) εμφανίζονται σε ποσοστό 33%, σε σχέση με τους μη χρήστες άνδρες ψυχιατρικούς ασθενείς με ποσοστό 67%. Επίσης, σε ποσοστό 78% των χρηστών ψυχιατρικών ασθενών, η έναρξη της χρήσης ουσιών προηγείται της εμφάνισης της ψυχιατρικής διαταραχής.

Ο Serper και συν. (1995), μελέτησαν την επίδραση της πρόσφατης χρήσης της κοκαΐνης σε σχιζοφρενικούς ασθενείς, υποθέτοντας ότι η ουσία θα μπορούσε να επιδράσει στην φαινομενολογία και τη νευροβιολογία της σχιζοφρένειας. Για το σκοπό αυτόν μελέτησαν δύο ομάδες ασθενών που απευθύνθηκαν στη μονάδα οξέων περιστατικών του νοσοκομείου. Οι ομάδες που συγκρίθηκαν μεταξύ τους αποτελούνταν από 15 ασθενείς που έκαναν προσφάτως χρήση κοκαΐνης και 22 ασθενείς που απείχαν από τη χρήση. Η διαγνωστική εκτίμηση έγινε με δομημένη κλινική συνέντευξη, σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών DSM-III-R. Η εκτίμηση έγινε σε δύο χρονικές περιόδους, με την άφιξη στο νοσοκομείο και μετά παρέλευση 4 εβδομάδων νοσηλείας. Το σύνολο των ασθενών αξιολογήθηκαν και στις δύο περιόδους με τις κλίμακες της Βραχείας Ψυχιατρικής Εκτίμησης (Brief Psychiatric Rating Scale) της Εκτίμησης των Θετικών Συμπτωμάτων (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) και της Εκτίμησης των Αρνητικών Συμπτωμάτων (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Οι ασθενείς της πρώτης ομάδας (15) εμφάνιζαν λιγότερα αρνητικά συμπτώματα κατά την πρώτη εκτίμηση και περισσότερα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα από την ομάδα των απεχόντων από τη χρήση σχιζοφρενικών ασθενών. Στην επανεκτίμηση δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα συμπτώματα της ασθένειας και τα συμπτώματα της διάθεσης στις δύο ομάδες των ασθενών, ενώ, η δριμύτητα των θετικών συμπτωμάτων ήταν ίδια και στις δύο εκτιμήσεις.

Ο Williams και συν. (1996), μελέτησαν την επίδραση της χρήσης κάνναβης σε δείγμα υγιούς πληθυσμού, σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικής συμπτωματολογίας. Θεωρούν ότι η χρήση της κάνναβης σε συνδυασμό με την υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διερεύνησης της Σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας, αποτελούν προγνωστικό δείκτη



ανάπτυξης κλινικής ψυχωσικής συμπτωματολογίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 221 υγιείς ενήλικες στους οποίους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας. Τα άτομα που έκαναν χρήση κάνναβης βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στις κλίμακες της Σχιζότυπης και Μετ αιχμιακής προσωπικότητας, καθώς και στην κλίμακα του Ψυχωτισμού, από εκείνους που δεν έκαναν ποτέ χρήση κάνναβης. Συμπερασματικά αναφέρουν ότι, η χρήση της κάνναβης σε σχέση με τις διαστάσεις της προσωπικότητας, αποτελούν δείκτες της ροπής των υγιών ατόμων προς την ψύχωση.

Ο Mass και συν. (2001), σε αντίστοιχη μελέτη, διερευνούν την σχέση της χρήσης κάνναβης με τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά. Δείγμα της μελέτης αποτελούν 20 άνδρες χρήστες κάνναβης και 20 άνδρες ως δείγμα ελέγχου, όλοι φοιτητές του Πανεπιστημίου του Αμβούργου. Υπόβλήθηκαν στις δοκιμασίες της Αντιληπτικής Παρέκκλισης (Perceptual Aberration Scale) και Ερωτηματολόγιο Σχιζότυπης Προσωπικότητας (Schizotypal Personality Questionnaire), καθώς και αναλύσεις ούρων για την ανίχνευση της ουσίας. Οι χρήστες της κάνναβης εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στη κλίμακα της Σχιζότυπης προσωπικότητας και ψυχοσωματικά εξασθενημένοι, αποκλειστικά οι χρήστες, σε διάφορες νευροψυχολογικές παραμέτρους, σε σχέση με τους μη χρήστες. Συμπερασματικά αναφέρουν ότι οι χρήστες κάνναβης εμφανίζουν σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ότι χρησιμοποιούν την κάνναβη σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τον γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα οδηγούν στην άποψη, ότι η χρήση της κάνναβης, αποτελεί προγνωστικό δείκτη ευπάθειας της Σχιζοφρένειας.

Ο Skosnik και συν. (2001), μελέτησαν και εκτίμησαν την υπόθεση της επιδείνωσης των γνωστικών λειτουργιών και των εκδηλώσεων της προσωπικότητας λόγω χρήσης κάνναβης, στο βαθμό που παρατηρήθηκε στους σχιζοφρενικούς ασθενείς. Δείγμα της έρευνας απετέλεσαν 15 χρήστες κάνναβης, 15 μη χρήστες και 10 πρώην χρήστες κάνναβης και εκτιμήθηκαν στην αναστολή της προσοχής, την χωρική λειτουργική μνήμη, τον οσφρητικό προσδιορισμό και τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Οι χρήστες κάνναβης εμφάνισαν ελλείψεις στην προσοχή, μειωμένο χρόνο αντίδρασης και σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στα σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας,

από τις δύο άλλες κατηγορίες, οι οποίες δεν εμφάνισαν διαφορές στατιστικά σημαντικές στις μεταξύ τους συγκρίσεις.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η χρήση κάνναβης, μπορεί να μιμηθεί τα ελλείμματα προσοχής, όμοια με αυτά που παρατηρούνται στην οξεία σχιζοφρένεια και συνδεδεμένη με τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, μπορεί να θέσει τις προϋποθέσεις για ένα πρότυπο διαταραχής, “κανναβινοειδούς σχιζοφρένειας”.

Υπάρχουν παρόμοιες μελέτες, που διερευνούν τη συσχέτιση της χρήσης της κάνναβης με τα χαρακτηριστικά της σχιζότυπης προσωπικότητας. Ο συνδυασμός των δύο παραγόντων αναφέρεται ως προγνωστικός δείκτης εκδήλωσης ψυχωσικής συμπτωματολογίας και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας (Nunn και συν. 2001, Dumas και συν. 2002).

3.7. Μοντέλα Θεραπευτικών Παρεμβάσεων στην Εξάρτηση

Πολλές θεραπευτικές προτάσεις έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς και πολλές θεραπευτικές μέθοδοι έχουν εφαρμοσθεί και συνεχίζουν να υφίστανται, με σκοπό την καλύτερη και πληρέστερη δυνατή απάντηση στη θεραπεία της εξάρτησης.

Ο Shaffer (1997), ξεκινώντας πολύ πριν από τη διαδικασία της θεραπείας, θεωρεί ότι το πεδίο της έρευνας και της θεραπείας της εξάρτησης, παραμένει στο στάδιο του εννοιολογικού χάους, διότι στερείται εννοιολογικής σαφήνειας. Προτείνει λοιπόν, τη δημιουργία βελτιωμένων ορισμών για τη χρήση ουσιών, την κατάχρηση, την εξάρτηση και τον εθισμό. Κάνει σαφή αναφορά ότι, η χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών δε συνδέεται άμεσα με τον εθισμό. Ως παράδειγμα, αναφέρει τους εξαρτημένους από τα τυχερά παιχνίδια οι οποίοι εμφανίζουν χαρακτηριστικά συμπτώματα εθισμού, συμπεριλαμβανομένης της ανοχής και του στερητικού συνδρόμου, χωρίς να έχουν την εμπειρία χρήσης κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας.

Συνδέει λοιπόν την υποκειμενική εμπειρία του εθισμού, με νευροβιολογικού τύπου ερμηνείες της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Καταλήγει ότι είναι σφάλμα να θεωρούμε ότι μόνον οι ψυχοδραστικές ουσίες οδηγούν σε φαινόμενα εθισμού και προτείνει τη δημιουργία πληρέστερων και πιο



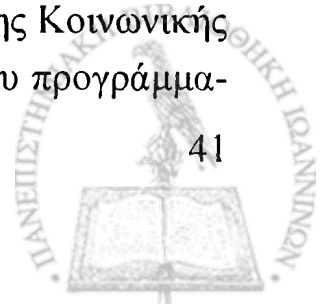
λειτουργικών ορισμών για το φαινόμενο του εθισμού, που θα ήταν πιο χρήσιμοι στην έρευνα και θεραπεία της εξάρτησης.

Ο Epstein και συν. (2003), συνδύασαν τη μέθοδο Διαχείρισης της Εξάρτησης με τη Γνωστική - Συμπεριφορική Θεραπεία, στην εφαρμογή θεραπευτικής τακτικής εξαρτημένων από κοκαΐνη. Το δείγμα της μελέτης ήταν 193 χρήστες κοκαΐνης ενταγμένοι σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Διαπίστωσαν ότι, ή μέθοδος διαχείρισης της εξάρτησης είχε άμεσα αλλά βραχύβια αποτελέσματα στη μείωση της χρήσης, ενώ η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία είχε θετικά αποτελέσματα διαρκείας, μετά από παρέλευση κάποιων μηνών. Εφήρμοσαν συνδυασμό των δύο μεθόδων σε ομαδικού τύπου θεραπευτικές συνεδρίες και επανεκτίμησαν την πορεία της θεραπείας στον 3^ο, 6^ο και 12^ο μήνα της θεραπείας. Οι διαφορές που προέκυψαν από τις συγκρίσεις, στις διαδοχικές μετρήσεις, οι πλέον σημαντικές ήταν μεταξύ του 3^{ου} και 12^{ου} μήνα της θεραπείας. Ο συνδυασμός των θεραπευτικών μεθόδων έφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ο Smith και συν. (2001), περιγράφουν την θεραπευτική τακτική της Κοινωνικής Ενίσχυσης εμπλουτισμένη με στοιχεία της Γνωστικής – Συμπεριφορικής προσέγγισης, για την θεραπεία ατόμων που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Η βάση της θεραπείας είναι η θετική επιρροή από το κοινωνικό περιβάλλον και οι ενισχύσεις που λαμβάνει ο χρήστης, σε συνδυασμό με την ανάλογη νοητική διεργασία των ανταμοιβών που προέρχονται από την αποχή, αποσβένει και αντικαθιστά σταδιακά τις βλαβερές συνέπειες της κατάχρησης.

Ο Meyers και συν. (1998), μελέτησαν και εκθέτουν την αποτελεσματικότητα της Προσέγγισης της Κοινωνικής Ενίσχυσης και Οικογενειακής Θεραπείας, που αναφέρεται στην προσπάθεια κινητοποίησης για θεραπεία των εξαρτημένων που δεν αποδέχονται κανενός είδους θεραπευτική παρέμβαση.

Στη συγκεκριμένη μέθοδο συμμετέχουν τα μέλη της οικογένειας του χρήστη, που εκπαιδεύονται σε συμπεριφορές και τεχνικές κοινωνικής ενίσχυσης, με σκοπό να τροποποιήσουν θετικά την συμπεριφορά του χρήστη προς την κατεύθυνση της αποφυγής της χρήσης. Από τους συγγενείς που εντάχθηκαν και συμμετείχαν, 87% έλαβαν θεραπεία του τύπου της Κοινωνικής Ενίσχυσης για διάστημα 6 μηνών. Στην ολοκλήρωση του 6μηνου προγράμματος-



τος, το 74% πέτυχαν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά του χρήστη, προς την αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, καθώς και προς την κατεύθυνση της ένταξης σε κάποια θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες συγγενείς του προγράμματος, εμφάνισαν σημαντική μείωση σε αγχώδη, καταθλιπτικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα, σε τιμές που έφθαναν στα φυσιολογικά όρια, ως όφελος της συμμετοχής τους ώστε να βοηθηθούν οι χρήστες- μέλη των οικογενειών τους.

Ο Meyers και συν. (2003), αναφέρονται σε δύο άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις για άτομα που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Οι θέσεις αυτές είναι η Προσέγγιση της Κοινωνικής Ενίσχυσης και η Προσέγγιση Κοινωνικής Ενίσχυσης και Οικογενειακής Θεραπείας. Βασίζονται στην ιδέα ότι η αποκατάσταση ενός ατόμου στηρίζεται στο εγγύς κοινωνικό του περιβάλλον, από το οποίο θα λάβει τις κοινωνικές ενισχύσεις, σε ποιότητα και ποσότητα που θα αντικαταστήσουν τις ενισχύσεις που λάμβανε από την κατάχρηση των ουσιών. Η δεύτερη εκ των προσεγγίσεων έχει ως στόχο την ενίσχυση δια μέσου της οικογένειας του χρήστη, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις εκείνες των εξαρτημένων που αρνούνται κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση.

Ο Okraqu (1986) (ψυχαναλυτικά προσανατολισμένος θεραπευτής) σχεδίασε ένα πρόγραμμα ψυχοθεραπείας, που απευθυνόταν σε εξαρτημένους από οπιούχες ουσίες, με σκοπό να εξετάσει την υπόθεση του, εάν με την προσθήκη της υποστηρικτικής ή της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας στη συνήθη συμβουλευτική παρέμβαση στους εξαρτημένους, θα μπορούσε να προσθέσει ουσιαστικά οφέλη στη θεραπεία τους. Πράγματι, τα αποτελέσματα της πειραματικής εφαρμογής έδειξαν ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα με εκπαιδευμένους ψυχοθεραπευτές, είχαν πολύ καλύτερη θεραπευτική έκβαση από τους ασθενείς που συμμετείχαν στις συνηθισμένες ενημερωτικές συνεδρίες για τα ναρκωτικά.

Μετά από τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της πειραματικής εφαρμογής της μεθόδου, την προτείνει ο συγγραφέας ως μια θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να εφαρμοστεί και σε εξαρτημένους από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένης και της αλκοόλης.



Ο Messina και συν. (2003), συνέκριναν την αποτελεσματικότητα δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία εξαρτημένων από κοκαΐνη, που βρίσκονταν σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Η σύγκριση αφορούσε την αποτελεσματικότητα σε άτομα με ή χωρίς αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Οι 108 ασθενείς χωρίστηκαν σε τέσσερις (4) τυχαίες υποομάδες, που αντιστοιχούσαν στις θεραπευτικές παρεμβάσεις:

- α) γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία
- β) διαχείριση της εξάρτησης
- γ) γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία και διαχείριση της εξάρτησης
- δ) μόνο υποστήριξη με μεθαδόνη

Υποβλήθηκαν στη δομημένη κλινική συνέντευξη, σύμφωνα με το DSM-IV (SCID-IV), για την εκτίμηση της ύπαρξης ή όχι της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Η διπλής κατεύθυνσης στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας είναι περισσότερο πιθανό να απέχουν από τη χρήση κοκαΐνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, διότι η επίδραση της θεραπείας ισχυροποιείται συνδυασμένη με την διαχείριση της εξάρτησης. Επίσης, η αναδρομική ανάλυση αποδεικνύει τη σημαντική θετική συσχέτιση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας με την ανταπόκριση στη διαχείριση της εξάρτησης, καθώς περιορίζει άλλους παράγοντες.

Αντίστοιχη έρευνα των Rawson και συν. (2002) σε δείγμα μελέτης 120 εξαρτημένων από κοκαΐνη και δείγμα ελέγχου 30 εξαρτημένων, σε πρόγραμμα υποστήριξης με μεθαδόνη και εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων (γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία και διαχείριση της εξάρτησης), με μετρήσεις επανεκτίμησης (follow-up) σε ατομικές συνεντεύξεις και ελέγχους ούρων. Στις συνεδρίες επανεκτίμησης τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της επίδρασης της διαχείρισης της εξάρτησης στη διάρκεια της θεραπείας, ενώ της γνωστικο-συμπεριφορικής μεθόδου θεραπείας μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μετά την θεραπεία.

3.8. Θεραπευτικός σχεδιασμός και θεραπευτική τακτική

Σημαντικό ποσοστό των ερευνητικών επιστημονικών μελετών αναφέρονται στην προσπάθεια της πρόβλεψης, με διάφορες μεθόδους, της επιλογής της κατάλληλης θεραπευτικής τακτικής, ανάλογα με τα στοιχεία της δομής της προσωπικότητας των εξαρτημένων, ή της ύπαρξης συννοσηρότητας.

Ο Donovan και συν. (1998) σε ανασκόπηση επιστημονικών ερευνών προσωπικότητας των τελευταίων 20 χρόνων με κύριο εργαλείο ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας το MMPI, όπου μελετάται η δομή της προσωπικότητας του χρήστη σε σχέση με την ουσία ή τις ουσίες επιλογής, κατέληξαν στα συμπεράσματα που αναφέρονται στη συνέχεια.

Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει μέχρι πρόσφατα ότι οι εξαρτημένοι χρήστες ουσιών κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις ομάδες ανάλογα με την ψυχοδραστική ουσία της επιλογής τους. Οι διαφορετικές ομάδες των εξαρτημένων περιλαμβάνουν τους χρήστες αλκοόλης, ηρωίνης, κοκαΐνης και αυτούς που κάνουν κατάχρηση πολλαπλών ουσιών. Ανεξάρτητα από την ομάδα μελέτης που ανήκουν οι χρήστες, εμφανίζουν συνήθως μέσο διάγραμμα προσωπικότητας του τύπου 4-2/2-4 (Ψυχοπαθητικότητα – Κατάθλιψη) ή 4-8/8-4 (Ψυχοπαθητικότητα – Διαταραχή της Σκέψης), και ότι υπάρχει διαφορά ως προς τη βαρύτητα της διαταραχής προσωπικότητας, ανάλογα με την ουσίας επιλογής, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στους χρήστες πολλαπλών ουσιών, τους χρήστες αλκοόλης που εμφανίζουν ηπιότερης βαρύτητας στοιχεία προσωπικότητας, ενώ κάπου ενδιάμεσα, όσον αφορά την παθολογία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, εντάσσονται οι χρήστες ηρωίνης ή κοκαΐνης. Ο Donovan και οι συνεργάτες του, προχώρησαν την προσπάθεια διερεύνησης των διαφορών των χαρακτηριστικών προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών, με τη μέθοδο της διακριτικής λειτουργικής ανάλυσης. Οι διαφορές έγιναν περισσότερο σαφείς και διακριτές, γεγονός που χρησιμεύει στην κατανόηση των διαφορετικών αποτελεσμάτων της θεραπευτικής τακτικής και των θεραπευτικών επιλογών.

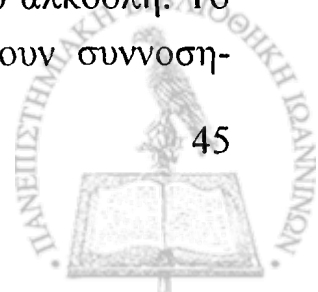
Ο Patalano (1998), σε αναδρομική μελέτη ανάλυσης διαγραμμάτων προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, 160 χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών της δεκαετίας του '70, αναφέρει ότι, 54% των ατόμων



εμφανίζουν χαρακτηριστικές διαταραχές, 32% διαταραχές της σκέψης και 9% συναισθηματικές διαταραχές, ενώ 4% των διαγραμμάτων ήταν χωρίς κάποιας μορφής συμπτωματολογία. Τα συμπεράσματα αυτά τα δημοσιεύει ο συγγραφέας, για να δείξει την ευρεία ποικιλία της ψυχοπαθολογίας στους χρήστες ουσιών της δεκαετίας του '70 και για χρήση και σύγκριση των στοιχείων αυτών, από τους ερευνητές στην τρέχουσα χρονική περίοδο.

Οι Kozlov και Buzina (1999) παρουσιάζουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά 70 ατόμων που κάνουν κατάχρηση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, μεταξύ αυτών και άτομα χρήστες πολλαπλών ουσιών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα συγκεκριμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών. Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, κάποια παραλλαγή της δοκιμασίας προσωπικότητας του MMPI που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των στοιχείων της προσωπικότητας, η δοκιμασία διερεύνησης των ιδιομορφιών της συναισθηματικής σφαίρας του Lusher και οι προοδευτικές μήτρες του Raven για τη διερεύνηση του διανοητικού επιπέδου των εξαρτημένων. Τα αποτελέσματα των δοκιμασιών έδειξαν, ότι η χρόνια εξάρτηση από διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες είχαν ως συνέπεια, την ανάπτυξη και εκδήλωση της Ψυχοπαθητικής και Σχιζοειδούς διαταραχής προσωπικότητας στα άτομα, ενώ οι διανοητικές τους ικανότητες βρίσκονταν στο κατώτερο κανονικό επίπεδο.

Έρευνα των Miles και συν. (2001) με την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, σε δείγμα μελέτης 170 εξαρτημένων γυναικών σε κατάσταση εγκυμοσύνης, μελέτησε τη συννοσηρότητα της εξάρτησης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, με την εξάρτηση από αλκοόλη. Οι γυναίκες που αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης, ήταν ενταγμένες σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από οπιούχες ουσίες και κοκαΐνη. Οι 36 ήταν εξαρτημένες και από αλκοόλη, εκτός από την παράνομη εξαρτησιογόνο ουσία, ενώ οι 134 ήταν εξαρτημένες μόνον από την παράνομη εξαρτησιογόνο ουσία. Το διάγραμμα προσωπικότητας των πρώτων, όπου εμφανίζεται συννοσηρότητα με την εξάρτηση αλκοόλης, εμφανίζει περισσότερο ανυψωμένες τιμές στις κλίμακες, της Κατάθλιψης (D), της Ψυχοπαθητικότητας (Pd), της Διαταραχής της Σκέψης (Sc) και της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si), από ότι στα αντίστοιχα διαγράμματα των γυναικών που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα με εξάρτηση από αλκοόλη. Το μέσο διάγραμμα προσωπικότητας των γυναικών που εμφανίζουν συννοση-



ρότητα είναι 2-4-8 (Κατάθλιψη – Ψυχοπαθητικότητα – Σχιζοφρένεια) με τιμές $T > 65$, ενώ στο αντίστοιχο διάγραμμα των γυναικών χωρίς συννοσηρότητα, μόνο η κλίμακα Pd (4) της Ψυχοπαθητικότητας εμφανίζεται ανυψωμένη.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς της μελέτης, είναι σημαντική η αναγνώριση της συννοσηρότητας με την εξάρτηση από αλκοόλη στις εξαρτημένες γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, διότι είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη στο θεραπευτικό σχεδιασμό και στην εφαρμογή της θεραπευτικής τακτικής.

3.9. Οικογένεια και εξάρτηση

Επιστημονικές μελέτες αναφέρονται στον ρόλο και την επίδραση της οικογένειας, στη γέννηση, συντήρηση και συμμετοχή στη λύση της εξαρτητικής συμπεριφοράς του εξαρτημένου μέλους της.

Ο Hyphantis και συν. (1991), σε ερευνητική μελέτη με δείγμα περίπου 8000 μαθητών μέσης εκπαίδευσης (Λυκείου), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλης των γονέων και άλλων παραγόντων που πιθανόν συμβάλουν στην κατανάλωση οινόπνευματων και άλλων ουσιών από τα παιδιά. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν εκτός της χρήσης αλκοόλης ήταν η σχολική επίδοση, οι οικογενειακές σχέσεις και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, καθώς και ο γονεϊκός έλεγχος. Ποσοστό 3,3% των μαθητών ανέφερε γονείς αλκοολικούς. Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων εμφανίζει τον αλκοολισμό των γονιών ως προγνωστικό δείκτη κατάχρησης αλκοόλης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών από τα παιδιά, που επιβαρύνεται από την ύπαρξη συγγενών και φίλων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλης. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά προς τη χρήση ουσιών, είναι η μειωμένη σχολική επίδοση και οι ταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις. Τα συμπεράσματα της μελέτης προσανατολίζουν στην εφαρμογή στην πράξη της θεωρίας, σχετικά με τη μίμηση της συμπεριφοράς των προτύπων της οικογένειας.

Ο Μαδιανός και συν. (1995), σε ερευνητική μελέτη με δείγμα πληθυσμού από όλη την ελληνική επικράτεια, αναζήτησαν συσχετίσεις μεταξύ της εξαρτητικής ή άλλων μορφών ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς των γονέων και της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών από τα παιδιά. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι η βαριά χρήση αλκοόλης ή καπνού, καθώς και η



κατάχρηση νόμιμων με ή χωρίς ιατρική συνταγή φαρμακευτικών ουσιών, όπως και η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, η οικογενειακή αστάθεια και η φυσική ή ψυχική παθολογία των γονέων, αποτελούν σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών από τα παιδιά, κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας.

Η Μάτσα (1997), στη μελέτη που σχετίζεται με τη διερεύνηση των συνθηκών του οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, διαπίστωσε ότι ο χρήστης βιώνει αρνητικά το οικογενειακό κλίμα και με διαφορετικό τρόπο από τους γονείς του. Οι σχέσεις στην οικογένεια χαρακτηρίζονται από μικρού βαθμού συνοχή και έκφραση των συναισθημάτων, συχνές οικογενειακές συγκρούσεις και μειωμένο ενδιαφέρον για τα κοινωνικο-πολιτιστικά δρώμενα, σε σχέση με τις οικογένειες της ομάδας ελέγχου. Η εκδήλωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς του μέλους της οικογένειας, αποτελεί το σύμπτωμα της κρίσης που διάγει η οικογένεια και παράλληλα συντελεί στην διατήρηση της ενοποίησης και την αποφυγή της διάλυσης του οικογενειακού συστήματος.

Στις παραπάνω δηλώσεις και ευρήματα σχετικά με τη συμμετοχή της οικογένειας στην εμφάνιση, συντήρηση καθώς και την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες συμφωνούν και τα ευρήματα από τις ερευνητικές προσπάθειες που έγιναν στο Σ.Σ. του τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ. σε διάφορες χρονικές περιόδους. (Ζλατάνος και συν. 1994, 1996, 1998).

3.10. Χώρος εργασίας, χρήση και κατάχρηση ουσιών

Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών εκτός από την φυσική, ψυχική ή κοινωνική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει στον χρήστη και το άμεσο οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον, αποτελεί ένα πρόβλημα που εντοπίζεται στο χώρο εργασίας, και αφορά επίσης το δημόσιο κόστος που προκαλείται λόγω της ανάλογης συμπεριφοράς εξάρτησης.

Οι Roberts και Fallon (2001) μελετούν την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους χώρος εργασίας και τις επιπτώσεις που προκύπτουν σε διοικη-

τικό επίπεδο αποφάσεων, αναφορικά με την αντιμετώπιση του προαναφερθέντος προβλήματος.

Στη μελέτη αναφέρονται τα ποσοστά χρήσης ουσιών στον χώρο εργασίας. Το 70% των χρηστών παράνομων ουσιών εργάζονται, ενώ περίπου 7% των Αμερικανών εργαζομένων αναφέρουν βαριά κατάχρηση αλκοόλης. Οι εργαζόμενοι χρήστες ουσιών ζητούν σε διπλάσια αναλογία προσωρινή διακοπή από την εργασία τους, ενώ 3,6 φορές περισσότερες είναι οι πιθανότητες να υποπέσουν σε εργατικό ατύχημα. Το ετήσιο κόστος στην παραγωγικότητα εξαιτίας της συμπεριφοράς χρήσης ουσιών, ανέρχεται σε 81 δις δολάρια, εκ των οποίων το 86% αφορά τους χρήστες αλκοόλης. Η κατάχρηση αλκοόλης αποτελεί το πρωτεύον πρόβλημα στους εργασιακούς χώρους, χωρίς όμως να είναι ασήμαντες οι επιπτώσεις της κατάχρησης των άλλων ουσιών.

Στο μείζον αυτό πρόβλημα έρχονται να συνδράμουν με τις υποσχέσεις τους για λύση οι υπηρεσίες αρωγής των εργαζομένων και η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάχρησης ουσιών.

Οι Pacula και Chalourka (2001), μελέτησαν τα αποτελέσματα των διοικητικών παρεμβάσεων στην εξαρτητική συμπεριφορά σε βάθος χρόνου. Θεωρώντας ότι, ο εθισμός από διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες, ενώ συχνά αντιμετωπίζεται ως καταναγκαστική συμπεριφορά που δεν εμπίπτει στους χαρακτηριστικούς κανόνες της αυτοπειθαρχίας ή τους κανόνες της αγοράς, πολλές κυβερνήσεις προσπαθούν να αποθαρρύνουν τους χρήστες με διάφορες μακρο-πολιτικές διευθετήσεις όπως οι νομοθετικές ρυθμίσεις, οι φορολογίες και η απαγόρευση. Όλες αυτές οι πολιτικές ρυθμίσεις στοχεύουν μακροπρόθεσμα, στην μείωση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών.

Τα αποτελέσματα αυτού του είδους των μελετών δείχνουν ότι ακόμη και οι συμπεριφορές εξάρτησης είναι ευαίσθητες και επηρεάζονται από τις αλλαγές των τιμών στην κατάχρηση ουσιών. Όταν η τιμή του εθιστικού αγαθού αυξάνεται, τότε η κατανάλωση του αγαθού μειώνεται, ακόμη και μεταξύ των χρηστών που συναλλάσσονται μεταξύ τους. Επομένως, οι κρατικές πολιτικές που αυξάνουν την τιμή των ψυχοδραστικών ουσιών στους καταναλωτές και ιδιαίτερα τους νέους σε ηλικία, είναι πιθανόν να οδηγήσουν στη μείωση, μακροπρόθεσμα, του ποσοστού των εξαρτημένων.

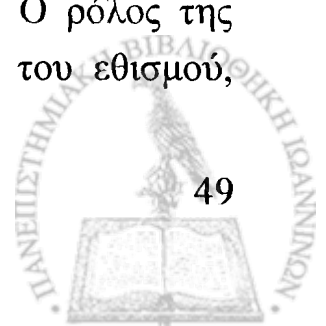


Οι Tretter και Sonntag (2001), μελέτησαν την διαχείριση της εξάρτησης μέσω των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η επιστημονική βάση αυτών των προθέσεων στηρίζεται στις οργανωτικές αναλύσεις, την οικονομία της υγείας και την ανάλυση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Οι προσεγγίσεις αυτές όμως δεν αρμόζουν στις αξιολογήσεις των προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα στα προγράμματα παροχής φροντίδας στους εξαρτημένους, που χαρακτηρίζονται από ετερογένεια και πολυπλοκότητα. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που αφορούν την φροντίδα και παροχή υπηρεσιών στους εξαρτημένους, αποτελούν μια μεγάλη μεθοδολογική πρόκληση στην ανάλυση των συστημάτων υγείας. Η πολυπαραγοντική φύση της εξάρτησης όπως, οι πολλές μεταβλητές θανάτου λόγω χρήσης ουσιών, οι λόγοι εγκατάλειψης της θεραπευτικής προσπάθειας στην περίοδο αποχής, ή αναμονής λίγων ημερών πριν από την ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα, εξαρτώνται από πολλές παραμέτρους. Προτείνεται λοιπόν, ο σχεδιασμός των προγραμμάτων παροχής φροντίδας στους εξαρτημένους, να γίνεται με βάση την ενοποίηση των αποδεικτικών ερευνητικών στοιχείων που βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών και της ροής των εξαρτημένων.

3.11. Κυκλώματα ανταμοιβής (Βιοψυχολογικές προσεγγίσεις)

Η εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη συσχετίζεται με άλλες ψυχομετρικές και νευροενδοκρινολογικές και κλινικές εξετάσεις, με στόχο την ερμηνεία και κατανόηση συμπεριφορών που εκδηλώνουν οι χρήστες ουσιών, ως παράγοντες που επηρεάζουν στο σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής.

Οι Miller και Gold (1993), αναφέρονται στις πολύ σημαντικές κλινικές παρατηρήσεις και τις νευροχημικές έρευνες σε ανθρώπους και ζώα, που υποστηρίζουν την κοινή νευροχημική βάση της εξάρτησης από την αλκοόλη και τις άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Τα αποτελέσματα των κλινικών και νευροχημικών ερευνών, σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς, οικογενειακά ιστορικά και γενετικές έρευνες έφεραν στο φως ενδείξεις μιας κοινής γενεαλογικής προδιάθεσης της εξαρτησιογόνου συμπεριφοράς. Ο ρόλος της ανοχής και της εξάρτησης δεν είναι σαφής στην κατάσταση του εθισμού,



υποδεικνύει όμως μια ομοιοστατική απάντηση του εγκεφάλου στην παρουσία της ξένης ουσίας.

Οι Πετρίδου και Βασιλειάδης (1995), μελέτησαν την ύπαρξη σχέσης, μεταξύ του γενετικού υποστρώματος και της κατάχρησης και εξάρτησης από διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες, σε ένα μεγάλο ποσοστό εξαρτημένων ατόμων. Σε κυτταρογενετικό επίπεδο, διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες ηρωίνης ιδιαίτερα, εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα κυτταρικής καταστροφής, χρωματιδιακών ανταλλαγών (SCEs) και χρωμοσωμικών θραύσεων, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Ο Geeta και συν. (2001), μελέτησαν την εκδήλωση επιθετικότητας, σε πειραματικά καθορισμένες συνθήκες, μεταξύ 20 εξαρτημένων από ηρωίνη ανδρών, που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη και 20 υγιών ανδρών ως δείγμα ελέγχου. Όλοι οι συμμετέχοντες στην μελέτη υποβλήθηκαν σε κλινικές συνεντεύξεις σύμφωνα με το DSM-IV, και ψυχομετρικές δοκιμασίες που περιελάμβαναν τη δοκιμασία προσωπικότητας MMPI και το Ερωτηματολόγιο Εχθρότητας Buss Durkee (Buss Durkee Hostility Inventory). Η πειραματική διαδικασία βασίζονταν στην τιμωρία ή την ανταμοιβή, ανάλογα με την απάντηση των υποκειμένων στα προκαλούμενα ερεθίσματα. Οι επιθετικές απαντήσεις των ασθενών υποκειμένων ήταν σημαντικά υψηλότερες από τα άτομα ελέγχου ($p < 0,001$). Στη διάρκεια της πειραματικής διαδικασίας ελέγχονταν οι συγκεντρώσεις διαφόρων ορμονών, που σχετίζονται με την επιθετική συμπεριφορά, όπως η αδρενοκορτικοτροπική (ACTH), η κορτιζόλη (CORT), η αυξητική ορμόνη (GH), η νορεπινεφρίνη (NE), και η επινεφρίνη (EPI), σε συνδυασμό με τους καρδιακούς παλμούς. Σε όλες τις μετρήσεις της επιθετικότητας, η σύγκριση των τιμών ήταν υπέρ των ασθενών μεθαδόνης. Επίσης, τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών, της “οξυθυμίας” (BDHI) και της προσωπικότητας MMPI, έδειξαν σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων με επιβάρυνση στους ασθενείς μεθαδόνης, οι οποίοι εμφανίζονται ως άτομα ψυχοπαθητικά παρεκκλίνοντα. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η επιθετική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα της δομής της προσωπικότητας και δεν επηρεάζεται από τη χρήση φαρμάκων.

Ο Lingford-Hughes και συν. (2003), εκμεταλλευόμενοι τα πλεονεκτήματα της τεχνολογίας των νευρωνικών απεικονίσεων, περιγράφουν πληρέστερα



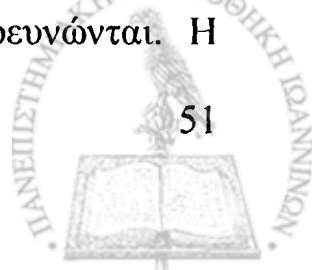
τις νευρολογικές θεωρίες του εθισμού. Περιγράφουν την νευρολογία της εξάρτησης, της απόσυρσης, της αποχής και των επιπέδων της επιθυμίας στην αλκοόλη, καθώς και της κατάχρησης των διεγερτικών και των οπιούχων ουσιών. Οι δομικές τεχνικές των νευρωνικών απεικονίσεων όπως είναι οι CT και MRI, μαζί με τις νέες αναλυτικές προσεγγίσεις όπως η voxel-based μορφομετρία, έδειξαν εκτεταμένες αλλαγές εξαιτίας της κατάχρησης διεγερτικών και οπιούχων ουσιών και ατροφία, ιδιαίτερα στους μετωπιαίους λοβούς, λόγω της εξάρτησης από αλκοόλη.

Οι λειτουργικές τεχνικές των νευρωνικών απεικονίσεων όπως είναι οι PET, SPECT και fMRI, αποκαλύπτουν μεταβολές στην τοπική εγκεφαλική δραστηριότητα εξαιτίας της κατάχρησης όλων των ειδών των ψυχοδραστικών ουσιών. Η νευροχημεία του εθισμού που περιλαμβάνει την ντοπαμίνη, τη σεροτονίνη, τα οπιούχα, την GABA, μελετήθηκε με τις μεθόδους PET και SPECT και βρέθηκαν ομοιότητες μεταξύ όλων των ναρκωτικών, όπως οι μειώσεις των ντοπαμινεργικών υποδοχέων.

Οι συγγραφείς καταλήγουν στην άποψη ότι οι αποδείξεις που προκύπτουν από τις προόδους των νευρωνικών απεικονίσεων, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προάγγελοι, μιας νέας βιολογικής θεραπείας στον ευαίσθητο τομέα του εθισμού.

Ο Shalev και συν. (2002), αναφέρονται σε πειραματικά δεδομένα ερευνών, που αποκαλύπτουν τη νευροβιολογική θεώρηση της υποτροπής στην ηρωίνη και την κοκαΐνη, σε συνδυασμό με στοιχεία της θεωρίας της εξαρτημένης μάθησης και αντίδρασης. Συγκεκριμένα, έρευνα σε ποντίκια εμφανίζει τις αλλαγές στους νευροχημικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την αναζήτηση της ουσίας στην περίπτωση που εκτίθενται σ' αυτήν. Αντίστοιχοι νευροχημικοί μηχανισμοί που αφορούν τον μηχανισμό υποτροπής θεωρείται ότι ισχύουν και στον άνθρωπο, σε συνδυασμό με ψυχοπιεστικούς παράγοντες, έκθεση στην ουσία και μαθημένες συμπεριφορές αποκατάστασης από τις ψυχοπιεστικές συνθήκες.

Ο Lierman και συν. (2002), μελέτησαν την παθοφυσιολογία των διαταραχών λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών στην εφηβική ηλικία. Έχει διαπιστωθεί, για δύο τουλάχιστον ευδιάκριτες διαταραχές η ύπαρξη γενετικών παραγόντων κινδύνου και πολλοί περισσότεροι ερευνώνται. Η



έρευνα στον τομέα αυτόν βρίσκεται σε εξέλιξη. Είναι ξεκάθαρο ότι ένα σύμπλεγμα αλληλοεπηρεαζόμενων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων εμπλέκεται στην εκδήλωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Η γνώση των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου ενισχύει την τακτική της εφαρμογής προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης στην εξάρτηση. Η γνώση των γενετικών παραγόντων σε συνδυασμό με την νευροφαρμακολογία, ενισχύει δευτερογενώς την προληπτική διαδικασία και τη θεραπεία. Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων έχει γενετική προδιάθεση, που μπορεί να εκδηλωθεί, αν δεχθούν τις κοινωνικές επιρροές που ενισχύουν τον πειραματισμό με την κατάχρηση ουσιών. Προτείνεται λοιπόν, η συνέχιση της έρευνας όσον αφορά τη γενετική και η αξιολόγηση της τρέχουσας γνώσης για τη θεραπεία.

Οι Comerçi και Schwebel (2000) αναφέρονται στον κίνδυνο που διατρέχουν οι έφηβοι από την συμπεριφορά κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και στους τρόπους εκτίμησης, αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης στην κατάσταση, με παρόμοιο τρόπο, όπως αναφέρεται προηγουμένως. Περιγράφεται το φαινόμενο του εθισμού ως “ασθένεια του εγκεφάλου”, που συνοδεύεται από περιβαλλοντικές επιρροές. Προτείνεται η πλήρης εργαστηριακή, κλινική ιατρική και ψυχιατρική διερεύνηση για την ανίχνευση συνοδού συννοσηρότητας και χρήσης φαρμακευτικών ουσιών. Η πρωτογενής πρόληψη και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση, καθώς και η συμπεριφορικά κατευθυνόμενη εκπαίδευση μείωσης της χρήσης ουσιών και η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική τακτική, θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του διαγραφόμενου κινδύνου στον έφηβο χρήστη.

3.12. Διάκριση των εξαρτημένων ως προς τον παράγοντα προσωπικότητα, με τη δοκιμασία MMPI και άλλες δοκιμασίες

Οι Husband και Iguchi (1995), σε ερευνητική μελέτη που συμμετείχαν εθελοντές εξαρτημένοι σε πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη, χορήγησαν τις ψυχομετρικές δοκιμασίες προσωπικότητας MMPI και MMPI-2, με σκοπό τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο δοκιμασιών στο ίδιο δείγμα πληθυσμού. Δεν παρατηρήθηκαν κάποιες σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο



ψυχομετρικών εργαλείων. Η ομοιότητα των ανυψώσεων των ζευγών των κλινικών κλιμάκων του διαγράμματος προσωπικότητας, κυμάνθηκε από 61% ως 92%, ανάλογα με τον καθορισμό της ομοιότητας, από τους ερευνητές. Η μελέτη δείχνει την εγκυρότητα των μετρήσεων των δύο ψυχομετρικών δοκιμασιών σε κοινό ερευνητικό δείγμα.

Ο Ward (1995), σε αντίστοιχη έρευνα μελέτησε την αντιστοιχία στις μετρήσεις δύο ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας. Χορήγησε τη δοκιμασία MMPI-2 και MCMI-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II) σε 306 άνδρες που έκαναν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Τα άτομα του δείγματος εξετάστηκαν σε 45 κλίμακες του MMPI-2 και 25 κλίμακες του MCMI-II, οι οποίες αναλύθηκαν ξεχωριστά σε επτά και πέντε κύριες κατηγορίες αντίστοιχα.

Οι δύο κυριότερες κατηγορίες και από τις δύο δοκιμασίες που είχαν τις υψηλότερες τιμές, συγκρίθηκαν μεταξύ τους και αφορούσαν την κλίμακα της Μειωμένης Συναισθηματικής Προσαρμογής και των Αντικοινωνικών Χαρακτηριστικών.

Οι Wong και Besett (1999) διαπίστωσαν τη χρησιμότητα των υποκλιμάκων του MMPI-2, που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών (Αναθεωρημένη Κλίμακα Αλκοολισμού του MacAndrew, Κλίμακα Αναγνώρισης του Εθισμού και Κλίμακα Πιθανότητας Εθισμού), στη διάκριση ως προς το φύλο, μεταξύ των ενδονοσοκομειακών ασθενών που κάνουν κατάχρηση ουσιών και αυτών που δεν κάνουν. Οι άνδρες χρήστες ουσιών εμφάνισαν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες στις κλίμακες Αλκοολισμού και Αναγνώρισης του Εθισμού, ενώ οι χρήστες ουσιών εμφάνισαν υψηλότερες τιμές από τους μη χρήστες και στις τρεις κλίμακες, ανεξάρτητα από το φύλο. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη χρησιμότητα των κλιμάκων του MMPI-2, που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών.

Οι Smith και Hilsenroth (2001), μελέτησαν την δυνατότητα της ερευνητικής κλίμακας του Αλκοολισμού (MacAndrew Alcoholism Scale) της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI στην διαφοροποίηση των εξωνοσοκομειακών ασθενών με διάγνωση στον άξονα II (DSM), μεταξύ αυτών που εμφάνιζαν συννοσηρότητα διαταραχής λόγω χρήσης ουσιών, με τους ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα.

Έγινε σύγκριση μεταξύ τριών ομάδων ασθενών, όπως χωρίστηκαν από τους ερευνητές με κριτήριο τη συννοσηρότητα. Η πρώτη (N=15) και η δεύτερη ομάδα (N=33) είχαν διάγνωση στον άξονα II με διαταραχή προσωπικότητας της Β ομάδας διαταραχών (Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική, Μετ αιχμιακή, Δραματική) και διέφεραν ως προς τη συννοσηρότητα που εμφανιζόταν στην πρώτη ομάδα. Η τρίτη ομάδα (N=18) είχε διάγνωση του άξονα II, με διαταραχή των ομάδων Α και Γ των διαταραχών προσωπικότητας και απουσία συννοσηρότητας.

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές διαφορές στην κλίμακα MAC-R ($p < 0,0001$), υπέρ των ατόμων της πρώτης ομάδας που εμφανίζει συννοσηρότητα, όπως επίσης και στην κλίμακα της Ψυχοπαθητικότητας (Pd) ($p < 0,01$) του MMPI. Επίσης, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης με την χρήση της κλίμακας MAC-R, η εκτίμηση της ύπαρξης διαταραχής λόγω χρήσης ουσιών, συνήθως συνοδεύεται και από Αντικοινωνική και Δραματική διαταραχή προσωπικότητας. Συνεπώς, είναι αποκαλυπτική η ανύψωση της κλίμακας MAC-R, στον προσδιορισμό ατόμων που εμφανίζουν Διαταραχή Λόγω Χρήσης Ουσιών ($p < 0,0001$) και Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας ($p < 0,0001$).

Ο Tran και συν. (2001), εξέτασαν την εγκυρότητα της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI-2, στη δυνατότητα του προσδιορισμού της δομής της προσωπικότητας εξαρτημένων γυναικών σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της εγκυρότητας της δοκιμασίας MMPI-2 στο συγκεκριμένο πληθυσμό και η δυνατότητα σχεδιασμού της πλέον κατάλληλης θεραπευτικής τακτικής, με βάση τη δομή της προσωπικότητας των συγκεκριμένων γυναικών, καθώς και η χρήση της ψυχομετρικής δοκιμασίας σε μελλοντικές αντίστοιχες περιπτώσεις.

Ο Riesco και συν. (1998) μελέτησαν την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των κρατουμένων για διάφορα ποινικά αδικήματα. Η εκτίμηση των διαταραχών έγινε με δύο ψυχομετρικές δοκιμασίες προσωπικότητας, την κλασική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI και την πρόσφατα δημοσιευμένη δοκιμασία προσωπικότητας International Personality Disorder Examination (IPDE), που εγκρίθηκε από την Π.Ο.Υ., για τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV



και ICD-10. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 56 κρατούμενους για αδικήματα που αφορούσαν την εμπορία και κατάχρηση ναρκωτικών, ληστείες, κλοπές, αδικήματα κατά της δημόσιας υγείας, αλλά και ανθρωποκτονίες και απόπειρες ανθρωποκτονίας, βιασμούς και απαγωγές. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν στο 91% του δείγματος, την εμφάνιση μιας ή περισσότερων διαταραχών προσωπικότητας, με συχνότητα εμφάνισης την Αντικοινωνική (79%), Παρανοϊκή (52%) και Μεταιχμιακή (41%) σύμφωνα με το IPDE, ενώ αντίστοιχα με το MMPI η συχνότητα εμφάνισης ήταν, η Ψυχοπαθητικότητα (59%), Παράνοια (46%) και Σχιζοφρένεια (41%).

Συνεπώς, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο δοκιμασιών προσωπικότητας, που αποδεικνύουν την ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας στους κρατούμενους για παράνομη δράση χρήστες ουσιών.

3.13. Διερεύνηση της κινητοποίησης και παραμονής στη θεραπεία

Ο Szczepanska (2001) διερεύνησε την κινητοποίηση για παραμονή στη θεραπεία 39 εξαρτημένων από ηρωίνη χρηστών που απευθύνθηκαν σε μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης της Κρακοβίας. Χρησιμοποίησε την ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, με σκοπό την ανίχνευση και αξιολόγηση των στοιχείων της δομής της προσωπικότητας των εξαρτημένων σε συνδυασμό με την εξέταση των ψυχικών τους λειτουργιών (μνήμη, σκέψη, προσοχή, μάθηση και προσανατολισμό).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο βαθμός εξάρτησης των ατόμων ήταν συνυφασμένος με την ηλικία έναρξης της χρήσης, καθώς και τη διάρκεια κατάχρησης ουσιών, ενώ οι διαταραχές σε επίπεδο γνωστικών δυσλειτουργιών εμφανίζονταν σε περισσότερα από τα μισά άτομα του δείγματος. Η ερμηνεία των δοκιμασιών που διενεργήθηκαν δίνει την δυνατότητα στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής τακτικής, με στόχο την κινητοποίηση του ατόμου να παραμείνει στη θεραπεία.

Ο Belding και συν. (1998) επιδίωξαν την πρόγνωση της απάντησης στη θεραπεία υποκατάστασης των εξαρτημένων χρηστών οπιούχων ουσιών με τη χορήγηση της μεθαδόνης. Η μελέτη περιλαμβάνει την ανάλυση και αξιολόγηση

151 διαγραμμάτων προσωπικότητας MMPI, με στόχο να προσδιορισθεί ο τύπος διαγράμματος που μπορεί να προβλέψει την απάντηση των εξαρτημένων στη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη. Η ανάλυση των διαγραμμάτων προσωπικότητας ομαδοποίησε τα υποκείμενα του δείγματος της μελέτης σε τέσσερις υποομάδες, οι οποίες διέφεραν ως προς τη σοβαρότητα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που εμφάνιζαν τα άτομα της κάθε υποομάδας. Τα μέλη των υποομάδων που προέκυψαν, μετρήθηκαν και συγκρίθηκαν ως προς την αποδοχή της θεραπείας και ως προς τα αποτελέσματα των ελέγχων των ούρων τους για την ανίχνευση απαγορευμένων ουσιών, για τη χρονική περίοδο 24 εβδομάδων θεραπείας υποκατάστασης. Τα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα της πρώτης υποομάδας με τα ηπιότερα συμπτώματα ψυχολογικής διαταραχής, έδειξαν βελτίωση στα αποτελέσματα των αναλύσεων των ούρων τους, καθώς και ότι εμφάνισαν τα περισσότερα δείγματα ούρων χωρίς την παρουσία απαγορευμένων ουσιών. Η δεύτερη υποομάδα ήταν η μόνη, από τις υπόλοιπες τρεις υποομάδες, που εμφάνισε σαφή και σημαντική βελτίωση στη διάρκεια της πορείας της θεραπείας, παρά το γεγονός ότι τα άτομα που την αποτελούσαν, εμφανίζονταν σύμφωνα με το διάγραμμα προσωπικότητας, οι πιο σοβαρά ψυχολογικά διαταραγμένοι. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι, ενώ φαίνεται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της βαρύτητας των ψυχολογικών προβλημάτων και της έκβασης της θεραπείας, αλλά η σχέση τους είναι περισσότερο σύνθετη από ότι συνήθως υποτίθεται.

Ο Laqueille και συν. (2001) σε μελέτη τους που συμμετείχαν 73 εξαρτημένοι χρήστες οπιούχων ουσιών, καθόρισαν τα όρια και τις προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληρούν οι εξαρτημένοι από οπιούχες ουσίες για να ενταχθούν σε 3μηνο πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης με τη χορήγηση βουπρενορφίνης. Η αξιολόγηση των ατόμων που θα πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης στο πιλοτικό πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης, περιελάμβανε τα εξής κριτήρια:

- α) να μείνουν στην διάρκεια των τριών μηνών της μελέτης στο πρόγραμμα θεραπείας
- β) να μην υπάρχουν ίχνη από τη χρήση οπιούχων ουσιών στις αναλύσεις ούρων σε ποσοστό 75%, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Οι 48 από τους 73 απάντησαν θετικά στα κριτήρια, ενώ οι 25 όχι.



Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο καθορισμός των κλινικών μεταβλητών για την ένταξη ατόμων σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη, είναι:

- α) εξάρτηση από οπιούχες ουσίες για διάστημα λιγότερο από 10 έτη
- β) υψηλή τιμή στην Κλίμακα (ASI) της Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Addiction Severity Index)
- γ) απουσία Κατάθλιψης, σύμφωνα με τη ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI
- δ) χαμηλή συχνότητα στη έλλειψη αναστολών στην Κλίμακα Συναισθηματικής Εξάρτησης του Zukerman.

Το συμπέρασμα της μελέτης δείχνει ότι η επιλογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής τακτικής επιλέγεται για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό εξαρτημένων από οπιούχες ουσίες, που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα χορήγησης της υποκατάστατης ουσίας.

3.14. Το MMPI ως προγνωστικό εργαλείο ολοκλήρωσης ή εγκατάλειψης (drop-out) της θεραπείας

Η ψυχομετρική δοκιμασία MMPI χρησιμοποιείται επίσης ως προγνωστικός δείκτης ολοκλήρωσης ή διακοπής (dropout), της προτεινόμενης θεραπευτικής τακτικής, με την εκτίμηση και αξιολόγηση των στοιχείων της δομής της προσωπικότητας του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών.

Οι Keegan και Lachar (1979), μελέτησαν τα διαγράμματα προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI και τις ανυψώσεις των κλιμάκων T, ατόμων που έκαναν κατάχρηση πολλαπλών ουσιών και ήταν ενταγμένοι σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, με σκοπό να προσδιορίσουν τα άτομα που θα εγκατέλειπαν πρόωρα τη θεραπευτική διαδικασία. Τα υποκείμενα της μελέτης χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, αυτών που ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα και ήταν 104 άτομα και αυτών που διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία και ήταν 72 άτομα. Τα υποκείμενα των δύο ομάδων δεν διέφεραν μεταξύ τους στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στον δείκτη νοημοσύνης (IQ). Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων, εντοπίστηκαν στις μέσες ανυψώσεις σε 6 από τις 15 κλίμακες που συγκρίθηκαν, υπέρ των ατόμων

της ομάδας που διέκοψαν τη θεραπευτική διαδικασία. Οι κλίμακες που παρατηρήθηκαν οι υψηλότερες μέσες τιμές ήταν, οι: F, 4/Pd, 6/Pa, 8/Sc, 9/Ma, και A.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης προσδιορίζει σωστά, σε ποσοστό 71% την έκβαση της συμπεριφοράς των υποκειμένων, σε σχέση με την παραμονή ή την πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπευτικής προσπάθειας.

Ο Craig (1984), σε συγκριτική μελέτη με το Κλινικό Πολυαξονικό Ερωτηματολόγιο του Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory), μεταξύ ασθενών που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα σωματικής απεξάρτησης και αποκατάστασης και αυτών που εγκατέλειψαν την προσπάθεια ολοκλήρωσης, εξήγαγε τα ακόλουθα συμπεράσματα. Δεν υπήρξαν διαφορές στις 20 μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στις δύο ομάδες ασθενών, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις μετρήσεις με το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας MMPI. Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν, σύμφωνα με τον Craig, ότι τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας χάνουν τη δυνατότητα πρόβλεψης της παραμονής ή της εγκατάλειψης της θεραπείας, μετά από παρέλευση τριών ετών ή και συντομότερα και ότι οι όποιες σχετικές προβλέψεις, θα πρέπει να γίνονται με τη χρήση των διαγνωστικών κλινικών εκτιμήσεων, έως ότου διαπιστωθεί ότι οι ψυχομετρικές δοκιμασίες προσωπικότητας, μπορούν να κάνουν αξιόπιστες προβλέψεις σχετικά με την παραμονή ή την εγκατάλειψη της θεραπείας.

Ο Craig (1984), επίσης, σε συγκριτική μελέτη που συμμετείχαν 135 άτομα που είχαν ολοκληρώσει την διάρκεια παραμονής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε μονάδα σωματικής απεξάρτησης και αποκατάστασης και 65 άτομα που εγκατέλειψαν την θεραπευτική διαδικασία, εντόπισε μόνον λίγες διαφορές στις δύο ομάδες σύγκρισης της μελέτης. Στη συγκριτική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 29 κλίμακες (μεταβλητές) του MMPI και η ηλικία. Μεταξύ των κλιμάκων περιλαμβάνονται κλίμακες, κλινικές και αξιοπιστίας, καθώς και οι ερευνητικές κλίμακες των Wiggins (Wiggins Content Items), Grayson (Grayson Critical Items), MacAndrews (MacAndrews Alcoholism scale). Οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και οι μέθοδοι των μετρήσεων που εφαρμόστηκαν, οδήγησαν στην ακρίβεια των μετρήσεων σχετικά με την πρόβλεψη ολοκλήρωσης-εγκατάλειψης του προγράμματος με



ποσοστά 64-87%. Η επανάληψη των μετρήσεων μετά από παρέλευση τριών ετών μείωσε την ικανότητα πρόβλεψης κατά 50%, επιβεβαιώνοντας την προηγούμενη ερευνητική μελέτη που αναφερόταν στην παρέλευση χρόνου και την προβλεψιμότητα των μετρήσεων των ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας.

Οι Marshall και Roiger (1996), χρησιμοποίησαν την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI-2 σε μια προσπάθεια να αναπτύξουν ένα μοντέλο που να μπορεί να προβλέψει και να προσδιορίσει τα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα, που θα αποτύγχαναν να ολοκληρώσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Μελέτησαν και ανέλυσαν τα διαγράμματα προσωπικότητας 142 ανδρών και 29 γυναικών με πολλαπλές αναλύσεις των μεταβλητών. Η ανάλυση με τη μέθοδο X^2 έδειξε ότι θα αποτύγχαναν στην θεραπεία τα άτομα που κατηγοριοποιήθηκαν ως νευρωτικοί. Η μέθοδος MANOVA έδειξε, ότι οι ανυψώσεις στις κλίμακες 7 (Pt) και 8 (Sc) σχετίζονταν με την αδυναμία ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα της μελέτης τους και συγκρίνοντάς τα με άλλες παρόμοιες μελέτες οι Marshall και Roiger συμπεραίνουν ότι δεν είναι επαρκής η δυνατότητα δημιουργίας ενός ενιαίου μοντέλου πρόβλεψης της έκβασης της θεραπευτικής τακτικής.

Ο Aaronson και συν. (1996), χρησιμοποίησαν 19 κλίμακες του MMPI και του αναθεωρημένου MMPI-2, με σκοπό την πρόβλεψη της έκβασης της θεραπείας, σε σχέση με τη χρονική διάρκεια της παραμονής στη θεραπεία 335 εξαρτημένων ατόμων.

Βρέθηκε ότι, από τις 19 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η αναθεωρημένη MacAndrew Alcoholism Scale (MAC-R), η Addiction Acknowledgement Scale (AAS), και η Addiction Potential Scale (APS), εκφράζουν την ροπή του ατόμου προς τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, ενώ η κλινική κλίμακα Psychopathic Deviate Scale (Pd) εκφράζει την εκδραμάτιση που σχετίζεται με την μειωμένη διάρκεια παραμονής του ατόμου στο πρόγραμμα. Επίσης, η κλίμακα AAS σχετίζεται με την ομαλή ή όχι διακοπή της παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι κλίμακες που αναφέρονται, αποδείχθηκε ότι σχετίζονται με το μήκος της χρονικής διάρκειας παραμονής του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία και τον τρόπο διακοπής της θεραπευτικής σχέσης,



γεγονός που δεν αποδείχθηκε σε σημαντικό βαθμό από τις άλλες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν.

Ο Gilmore και συν. (2001), μελέτησαν την δυνατότητα δύο εκ των κλιμάκων του MMPI-2, στην πρόβλεψη της παραμονής και την έκβαση της προτεινόμενης θεραπευτικής τακτικής των εξαρτημένων χρηστών. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Addiction Acknowledgement Scale (AAS) και Negative Treatment Indicators Scale (TRT). Αν και δεν εμφανίστηκαν κάποια στοιχεία που να συνηγορούν για τη δυνατότητα της κλίμακας AAS στην πρόβλεψη και έκβαση της θεραπείας στο δείγμα της μελέτης, εντούτοις οι υψηλές και οι χαμηλές τιμές της κλίμακας TRT συσχετίζονται ανάλογα με την πρόβλεψη της παραμονής ή της έκβασης της θεραπείας. Οι υψηλές τιμές στην TRT κλίμακα συνδέονται με την διακοπή της θεραπευτικής σχέσης μετά την πρώτη επαφή ή μετά από λίγες θεραπευτικές συνεδρίες και τα άτομα χαρακτηρίζονται ως έχοντες χαμηλό κίνητρο για θεραπεία, φτωχότερη συμμετοχή και κατανόηση στη διαδικασία της θεραπείας.

Τα ευρήματα της μελέτης φέρνουν ελπιδοφόρα μηνύματα για τη χρησιμότητα της κλίμακας στον προσδιορισμό των εξαρτημένων που διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο για μια ανεπιτυχή θεραπευτική προσπάθεια.

Ο Fisher και συν. (1998), μελέτησαν την δυνατότητα πρόγνωσης της υποτροπής στα σκληρά θεωρούμενα ναρκωτικά, στην χρονική περίοδο μετά από την ολοκλήρωση θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης, με τη χρήση του Νέου Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας (NEO-Personality Inventory) για τη διερεύνηση των στοιχείων της δομής της προσωπικότητας του ατόμου.

Εκτιμήθηκαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας 180 εξαρτημένων που ήταν ενταγμένοι σε ενδονοσοκομειακό θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης και παρακολουθούνταν για χρονικό διάστημα 1 έτους μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η εκτίμηση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας έγινε με το μοντέλο των 5 παραγόντων. Οι ασθενείς που έκαναν κατάχρηση ουσιών, βαθμολογήθηκαν με υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου, στις περιοχές του ερωτηματολογίου που αφορούν την Νεύρωση και την Ευσυνειδησία. Οι δύο αυτές περιοχές, σύμφωνα με την ανάλυση του ερωτηματολογίου, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υποτροπή. Επίσης, οι συγκρίσεις με



αναλογίες πιθανοτήτων έδειξαν ότι ο κίνδυνος υποτροπής, ήταν μεγαλύτερους για τους ασθενείς που βαθμολογήθηκαν με υψηλές τιμές στα Νευρωτικά χαρακτηριστικά και χαμηλές τιμές στην Ευσυνειδησία. Συμπερασματικά, η δυνατότητα της πρόγνωσης της υποτροπής μπορεί να συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική τακτική.

Ο Swendsen και συν. (2002) επιχειρούν την πρόγνωση της κατάχρησης ή της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, συσχετίζοντας τα στοιχεία της δομής της διαταραγμένης προσωπικότητας με την κατάχρηση ουσιών. Η έρευνα αφορά 325 μέλη ομάδων εκ των οποίων οι 205 είχαν διαγνωσθεί ως χρήστες ουσιών ή εξαρτημένοι και 262 συγγενείς α' βαθμού αυτών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις και με το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (Multidimensional Personality Inventory). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν ότι, τα άτομα που είχαν διαγνωσθεί ως χρήστες ουσιών, επέτυχαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της αποξένωσης (μόνωση) και στα αρνητικά συναισθήματα από τα μέλη που δεν είχαν διαγνωσθεί ως χρήστες, ενώ είχαν πετύχει χαμηλότερες τιμές στις κλίμακες του ελέγχου, της αποφυγής της βλάβης και στον περιορισμό. Οι συγγενείς επίσης, των δύο ομάδων διέφεραν μεταξύ τους, ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Συμπερασματικά, τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν την συσχέτιση της προσωπικότητας με τις διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, ως συνήθεις, αντιπροσωπευτικούς ή κληρονομήσιμους παράγοντες κινδύνου.

3.15. Εκτίμηση και επανεκτίμηση (follow-up) της θεραπευτικής τακτικής

Η εκτίμηση και επανεκτίμηση (follow-up) του θεραπευτικού αποτελέσματος ή της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής τακτικής επιτυγχάνεται συνήθως με την επαναλαμβανόμενη χορήγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας MMPI. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η σταθερότητα των κλιμάκων της δοκιμασίας σε αυτό που μετρούν (στοιχεία προσωπικότητας), καθώς και η οριοθέτηση των σταθερών κριτηρίων των στοιχείων και των διαταραχών προσωπικότητας.

Ο Hurt και συν. (1990) μελέτησαν την σταθερότητα των μετρήσεων της δοκιμασίας προσωπικότητας MMPI με επαναλαμβανόμενη χορήγηση δοκιμασιών προσωπικότητας σε 67 άτομα που νοσηλεύονταν ενδονοσοκομειακά, για μικρό χρονικό διάστημα, λόγω κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων, μετά από παρέλευση τριών εβδομάδων θεραπείας εμφάνισαν υψηλά επίπεδα σταθερότητας στις μετρήσεις των κλιμάκων στα σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας των υποκειμένων.

Ο Bergman και συν. (1984) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της αλλαγής της θεραπευτικής τακτικής σε θεραπευτικό πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής φροντίδας διάρκειας οκτώ (8) εβδομάδων για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλη. Οι αλλαγές στη θεραπεία περιελάμβαναν κάποιες δραστηριότητες των ασθενών, που ελάμβαναν χώρα εντός και εκτός της θεραπευτικής κοινότητας, καθώς και κάποια αλλαγή στάσης του προσωπικού. Η ψυχομετρική δοκιμασία MMPI χορηγήθηκε σε 408 εξαρτημένα άτομα από αλκοόλη, σε διαδοχικά χρονικά διαστήματα. Οι συγκρίσεις των μετρήσεων περιελάμβαναν ψυχομετρικές δοκιμασίες που είχαν χορηγηθεί τρία (3) χρόνια πριν από την ενδονοσοκομειακή θεραπευτική παρέμβαση, κατά τη διάρκεια και τρία (3) χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαδοχικών μετρήσεων μεταξύ τους, έδειξε ότι η νέα θεραπευτική τακτική που εφαρμόστηκε, είχε καλύτερα αποτελέσματα από την προηγούμενη παρέμβαση, διότι οι συγκρίσεις σε εννέα (9)) από τις δεκατρείς (13) υποκλίμακες του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, εμφανίστηκαν μειωμένες μέσες τιμές, σε σχέση με την προ της εφαρμογής της νέας θεραπευτικής τακτικής σύγκριση. Η σύγκριση δε, με την μετά από τρία έτη μέτρηση, έδειξε ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα έχουν σχετικά μικρή διάρκεια.

Ο Iwashige και συν. (1997), μελέτησαν την έκβαση της θεραπείας, με δείγμα μελέτης αποτελούμενο από 53 άνδρες εξαρτημένους από αλκοόλη. Η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπευτικής διαδικασίας ήταν διάρκειας 84 ημερών. Χορηγήθηκε η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI σε δύο διαδοχικές χρονικές περιόδους, κατά την προσέλευση των ατόμων στο θεραπευτικό πλαίσιο και μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. Στην αρχική μέτρηση εμφανίζονταν ανυψωμένες, με τιμές T υψηλότερες



της τιμής 60, οι κλίμακες F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc και MAS. Στη μέτρηση της επανεκτίμησης, οι 20 από τις 27 κλίμακες του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από την αρχική μέτρηση, αποτέλεσμα που θεωρείται ότι προκύπτει ως συνέπεια της θεραπείας.

Ο Hser και συν. (2001) μελέτησαν την έκβαση της θεραπείας και της πορείας της χρήσης ηρωίνης και άλλων ουσιών, της κατάστασης ψυχικής υγείας, εγκληματικότητας, εργασίας και θνησιμότητας, σε 581 άνδρες κρατούμενους για διάφορα αδικήματα, σε μια πορεία επανεκτίμησης (follow-up) διάρκειας 33 ετών.

Οι εξαρτημένοι κρατούμενοι του δείγματος της μελέτης εντάχθηκαν υποχρεωτικά στο θεραπευτικό πρόγραμμα κατά τη χρονική περίοδο 1962-64, όταν συνελήφθησαν. Έκτοτε υποβλήθηκαν σε συνεντεύξεις στις περιόδους 1974-75, 1985-86 και 1996-97, όπου διερευνήθηκαν οι καταστάσεις που προαναφέρθηκαν και συγκρίθηκαν με τις προηγούμενες και τις αρχικές διαγνωστικές εκτιμήσεις. Στην τελευταία περίοδο συνεντεύξεων 1996-97 είχαν ήδη αποβιώσει οι 284, ενώ ζούσαν οι 242. Η μέση ηλικία των ζώντων ήταν τα 57,4 έτη. Τα άτομα του δείγματος της μελέτης συνέχισαν τη χρήση ουσιών και ανέφεραν ότι, στο διάστημα του προηγούμενου έτους, έκαναν χρήση ηρωίνης 40,5%, κάνναβης 35,5%, κοκαΐνης 19,4%, κρακ 10,3%, αμφεταμίνες 11,6%, ενώ μόνον 9,5% εμφάνισαν αρνητικά αποτελέσματα στην εξέταση των ούρων.

Τα άτομα του δείγματος ανέφεραν επίσης, ότι αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα φυσικής και ψυχικής υγείας και προβλήματα με την δικαιοσύνη, ενώ σε περιόδους αποχής από τις ουσίες τα προβλήματα ελαττώνονταν, όπως και ο ρυθμός θνησιμότητας και αυξανόταν η εργασιακή απασχόληση.

Συμπερασματικά, φαίνεται να είναι συνδεδεμένη η χρήση ουσιών στα άτομα αυτά με τη ζωή τους, την υγεία τους και τις κοινωνικές συνθήκες, διότι, παρόλο που ο αριθμός των θανάτων αυξάνει σταθερά, εξίσου σταθερός παραμένει και ο εθισμός.

Ο Ζλατάνος (2001) και Ζλατάνος και συν (2001), στην προκαταρκτική και τη συγκριτική μελέτη, γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης και αξιολόγησης των όποιων διαφορών προέκυψαν, στα χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας των πρώην εξαρτημένων χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, μετά την

ολοκλήρωση του Θεραπευτικού Προγράμματος του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Το δείγμα της προκαταρκτικής μελέτης αποτελείται από $N = 15$ άτομα, εκ των οποίων 12 άνδρες και 3 γυναίκες και της συγκριτικής μελέτης αποτελείται από $N = 32$ άτομα, εκ των οποίων 27 άντρες και 5 γυναίκες, που ολοκλήρωσαν το Θεραπευτικό Πρόγραμμα και είναι ελεύθεροι ουσιών από δύο (2) μέχρι έξι (6) και πλέον έτη, με μέση διάρκεια αποχής από τη χρήση τα 4 ± 2 έτη.

Μέθοδος συλλογής των στοιχείων της συγκριτικής μελέτης είναι η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη στην πρώτη επαφή του χρήστη με την υπηρεσία και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) σε δύο διαδοχικές φάσεις, αρχική και επανεκτίμησης (follow-up), μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος και η σύγκριση του Μέσου Διαγράμματος Προσωπικότητας που προέκυψε και των Μέσων Τιμών των Κλινικών και Ερευνητικών Κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων στις διαδοχικές μετρήσεις του MMPI έγινε με t-test μέτρηση κατά ζεύγη (t-test for paired observations). Η στατιστική σύγκριση έδειξε διαφορές στις διαδοχικές μετρήσεις σε όλες τις κλινικές κλίμακες, εκτός από την κλίμακα Mf . Η στατιστική σημαντικότητα είναι σε βαθμό $p < 0,001$ στις κλινικές κλίμακες Hs , D , Hy , Pd , Pa , Pt , Sc , Si , ενώ στην κλίμακα Ma είναι σε βαθμό $p < 0,05$.

Από τις ερευνητικές κλίμακες του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, αξιοσημείωτη είναι η διαφορά που προέκυψε στις κλίμακες Es , $D1$, Dy , όπου η στατιστική σημαντικότητα είναι της τάξης $p < 0,001$.

Οι δύο συγκριτικές μελέτες αποτελούν μια πρώτη προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης των θεραπευτικών διεργασιών και παρεμβάσεων, στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Τα πρώτα συγκριτικά αποτελέσματα που προέκυψαν, είναι ενθαρρυντικά για τη συνέχιση της προσπάθειας και ενδεικτικά της ανάγκης για μια σταθερή ανά περιόδους αξιολόγηση των θεραπευτικών διεργασιών και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν.



Οι Ravndal και Vaglum (1998) εκτίμησαν την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης σε θεραπευτική κοινότητα του Όσλο της Νορβηγίας, μετά από παρέλευση 5 ετών, κατά μέσο όρο, από τη συνέντευξη της πρώτης επαφής διερεύνησης και εκτίμησης της κατάστασης των προσελθόντων για θεραπεία χρηστών. Στην αρχική εκτίμηση συμμετείχαν 200 άτομα, ενώ στην επανεκτίμηση προσήλθαν ποσοστό 79%. Το προηγούμενο της επανεκτίμησης έτος, 20% των ατόμων δεν έκανε χρήση καμιάς ουσίας, 56% των ατόμων έκαναν κατάχρηση ουσιών, ενώ 12,4% των ατόμων είχαν αποβιώσει. Η μεταθεραπευτική εκτίμηση έδειξε ότι η ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση των ατόμων στις κοινωνικές τους δεξιότητες, αλλά δεν συνέβαλε στην ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την κατάχρηση ουσιών. Έδωσε όμως την δυνατότητα η μεταθεραπευτική εκτίμηση να προσδιοριστούν οι αδυναμίες του θεραπευτικού προγράμματος και να αναζητηθούν οι κατάλληλες λύσεις.

3.16. Σύνοψη των βιβλιογραφικών αναφορών

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εκτίμηση και αξιολόγηση του προβλήματος της κατάχρησης και εξάρτησης από διάφορες νόμιμες και παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, καθώς και τη θεραπευτική κάλυψη και αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, φαίνεται να καλύπτει σημαντικό εύρος επιστημονικών υποθέσεων προς διερεύνηση, μεθοδολογιών και κλινικο-εργαστηριακών και ψυχομετρικών δοκιμασιών που εφαρμόζονται.

Μεγάλο μέρος των επιστημονικών μελετών καλύπτεται με τη διερεύνηση και συσχέτιση της δομής της προσωπικότητας των εξαρτημένων, σε συνδυασμό με την ουσία επιλογής προς χρήση, τη συννοσηρότητα με διαταραχές του άξονα I και II και την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δοκιμασιών προσωπικότητας και τη συννοσηρότητα.

Η νευροβιολογική και κυτταρογενετική αιτιολογία της εγκαθίδρυσης και συντήρησης της εξαρτητικής συμπεριφοράς, δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι αμελητέα. Αντίθετα η νευροβιολογική άποψη της εξάρτησης κατέχει σημαντική θέση στην πλούσια διεθνή βιβλιογραφία, κυρίως σε συνδυασμό με

ψυχομετρικές εκτιμήσεις προσωπικότητας και της πιθανής παρουσίας ψυχιατρικής συννοσηρότητας.

Η συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος ως παράγοντα έναρξης, συντήρησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως και η διαχείριση (management) του προβλήματος από την πλευρά της πολιτείας και η αξιολόγηση του κόστους για τη θεραπεία ή και την μειωμένη εργασιακή ανταποδοτικότητα του χρήστη, καλύπτουν σημαντικό μέρος των επιστημονικών μελετών.

Τέλος, έντονα προσανατολίζεται το ενδιαφέρον των επιστημόνων ερευνητών του τομέα των εξαρτήσεων, στο πεδίο της πρόβλεψης της εξαρτητικής συμπεριφοράς, όσον αφορά την πρόβλεψη της ολοκλήρωσης της κατάλληλα επιλεγμένης θεραπευτικής τακτικής ή της πρόωρης διακοπής (drop-out), της αποτελεσματικότητας της έκβασης της θεραπευτικής τακτικής (outcome), καθώς και της συνέχειας στη θεραπεία με περιοδικές εκτιμήσεις και επανεκτιμήσεις (follow-up) της πορείας του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία. Η προσπάθεια πρόβλεψης επιδιώκεται συνήθως με κλινικές εκτιμήσεις (συνεντεύξεις) ή κυρίως με διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες που υποβάλλονται οι εξαρτημένοι. Σημαντική θέση μεταξύ των διαφόρων ψυχομετρικών δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται κατέχει η ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, που αποτελεί το κυριότερο εργαλείο μέτρησης στην παρούσα μελέτη.

Αρκετές επιστημονικές μελέτες έχουν ως αντικείμενο διερεύνησης, τη μέτρηση της εγκυρότητας των ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας σε κοινό δείγμα μελέτης, με σκοπό την χρήση αποτελεσμάτων προς σύγκριση που έχουν εξαχθεί από διαφορετικές ψυχομετρικές δοκιμασίες, αλλά η εγκυρότητα των μετρήσεών τους είναι δεδομένη.

Το μέγιστο και πλέον σημαντικό πρόβλημα της εξάρτησης από παράνομες κυρίως ψυχοδραστικές ουσίες και της εξαρτητικής συμπεριφοράς γενικότερα, είναι η τραγική συχνά κατάληξη του χρήστη, ως συνέπεια της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του. Όπως ήδη έχει τονιστεί σε προηγούμενες παραγράφους του παρόντος κεφαλαίου, πλειάδα επιστημονικών μελετών αναφέρονται στο τραγικό αποτέλεσμα της εξάρτησης. Στην πλειοψηφία τους όμως περιορίζονται σε στατιστικές αναφορές και συγκρίσεις διαφόρων μεγεθών.



Με την παρούσα συγκριτική ερευνητική μελέτη γίνεται μια πρώτη προσπάθεια, με τη μελέτη των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων, με τη χρήση της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου που διατρέχει ένα σημαντικό ποσοστό των εξαρτημένων, εξαιτίας της δυνητικά αυτοκαταστροφικής τους συμπεριφοράς. Στόχο της μελέτης αποτελεί ο εντοπισμός των ατόμων που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο θανάτου, η έγκαιρη παρέμβαση και η πλέον κατάλληλη θεραπευτική κάλυψη και αντιμετώπιση.

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η μελέτη της εξάρτησης από παράνομες κυρίως, εξαρτησιογόνες ουσίες, ιδιαίτερα δε από την σκοπιά της συμβολής της δομής προσωπικότητας του χρήστη, επιβάλλει την αναφορά στην **προσωπικότητα** και τις διαταραχές της προσωπικότητας, επειδή συναντώνται ιδιαίτερα συχνά και έχουν συνδεθεί με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη (Nace και συν. 1991).

Προσωπικότητα ονομάζουμε, ένα σταθερό βασικό σύστημα σταθερών διαθέσεων, τάσεων, πεποιθήσεων, αξιών και προσαρμοστικών σχημάτων, τα οποία χαρακτηρίζουν ένα συγκεκριμένο άτομο και του προσδίδουν την μοναδικότητά του (Freedman και συν. 1975, Kolb 1977, Pervin και John 1997, απόδοση στα ελληνικά 2001).

Τα στοιχεία της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μοναδικά το κάθε άτομο και είναι εμφανή μέσω της συμπεριφοράς του, είναι αποτέλεσμα της ικανότητας του νευρικού συστήματος του ανθρώπου, να καταγράφει, αποθηκεύει, συνθέτει και αναπαραγάγει τις εμπειρίες του ατόμου, ώστε να παράγονται και εκδηλώνονται τα πλέον κατάλληλα και αποτελεσματικά για την προσαρμογή σχήματα συμπεριφοράς.

Η ανάπτυξη και ολοκλήρωση της προσωπικότητας είναι μία σύνθετη διαδικασία, που αποτελείται από την αλληλεπίδραση βιολογικών - γενετικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και συντελείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. (Plomin και συν. 1990, Plomin 1994, APA 1994, WHO 1992).

Στοιχεία ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ονομάζουμε τους σταθερούς και μόνιμους, στην πορεία του χρόνου, τύπους ή τρόπους θεώρησης, αντιμετώπισης των υπαρχόντων ή εμφανιζόμενων καταστάσεων, καθώς και της ιδιαίτερης σχέσης του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον και τον ίδιο τον εαυτό του.

Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του ατόμου, γίνονται φανερά, καθώς εκδηλώνονται στις καθημερινές σχέσεις και συναλλαγές του ατόμου, στο κοινωνικό περιβάλλον που ζει και δραστηριοποιείται.



Η κατηγοριοποίηση ή ομαδοποίηση παρόμοιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας δεν στοιχειοθετεί οπωσδήποτε την ύπαρξη κάποιας διαταραχής προσωπικότητας ή κάποιας μορφής παθολογία (Γκιουζέπας 1988, APA 1994). Όταν όμως τα χαρακτηριστικά αυτά είναι άκαμπτα και ανελαστικά και δυσκολεύουν τη διαδικασία προσαρμογής του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον, διότι συνθέτουν ακραίες επιλογές συμπεριφοράς και προκαλούν είτε σημαντική έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητά του είτε έντονη υποκειμενική ενόχληση και αίσθηση ανησυχίας, τότε θεωρούμε ότι τα χαρακτηριστικά αυτά στοιχειοθετούν διαταραχή προσωπικότητας (WHO 1992, APA 1994).

Υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, που διαφοροποιούν την αναγνώριση των στοιχείων προσωπικότητας από την ύπαρξη κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας:

- Δύσκαμπτη και ανελαστική απάντηση σε οποιαδήποτε μορφή πίεσης.
- Σοβαρή δυσκολία στους τρεις βασικούς τομείς της ζωής, εκδήλωση ή αποδοχή αγάπης, εργασία, κοινωνική ζωή.
- Το άτομο δεν αναγνωρίζει ότι έχει κάποιο πρόβλημα και αποδίδει τις κάθε μορφής δυσκολίες των σχέσεών του, στους άλλους. Αυτό έχει σαν συνέπεια την μη αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας.
- Η εκδήλωση των δυσκολιών του ατόμου είναι εμφανείς στις κάθε είδους διαπροσωπικές συναλλαγές του, με την μορφή συγκρούσεων.
- Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην αναγνώριση των αναγκών των άλλων.
- Οι διαταραχές προσωπικότητας συχνά επιπλέκονται και με άλλες ψυχικές ή διαταραχές της συμπεριφοράς όπως: κατάθλιψη, αυτοκτονία ή απόπειρες αυτοκτονίας, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών, ψυχωτικές εκδηλώσεις ή βραχεία ψυχωτικά επεισόδια.

Οι εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές προσωπικότητας, είναι εμφανείς κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή νωρίς στην ενήλικη ζωή και συνεχίζουν να υφίστανται σε όλη τη διάρκεια της ενήλικης φάσης της ζωής του ατόμου. Συνήθως ατονούν τα έντονα παθολογικά χαρακτηριστικά με την πάροδο της ηλικίας και υπάρχει εμφανής ύφεση στη μέση και τρίτη ηλικία της ζωής.

Σχετικά με την αιτιολογία των διαταραχών προσωπικότητας δεν υπάρχει ακόμη σαφώς προσδιορισμένη αιτιολογία. Μπορούμε όμως να προσδιορίσουμε διάφορους παράγοντες, που συμβάλουν στη διαμόρφωση και εκδήλωση των διαταραχών όπως, γενετικοί, ιδιοσυστασιακοί, περιβαλλοντικοί, πολιτισμικοί, καθώς και παράγοντες που συμβάλουν στην ωρίμανση (Millon 1990, WHO 1992, APA 1994).

Είναι γενικά αποδεκτή η εντύπωση ότι, κάποιο άτομο που εκδηλώνει κάποιας μορφής διαταραχή προσωπικότητας, η κατάσταση αυτή διαρκεί συνήθως στο μεγαλύτερο διάστημα της ζωής με εξάρσεις και υφέσεις των εκδηλώσεων των συμπτωμάτων. Στην πορεία όμως της ζωής προς την τρίτη ηλικία, συνήθως οι εκδηλώσεις της συμπτωματολογίας της διαταραχής υποχωρούν σταδιακά, χωρίς όμως να θεωρούμε ότι τα άτομα επιτυγχάνουν κάποιας μορφής αυτοΐαση.

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες για τις διαταραχές προσωπικότητας, αναφέρουν ποσοστά επί του γενικού πληθυσμού της τάξης του 5-15%, μεγαλύτερης συχνότητας στους άνδρες (18%) από τις γυναίκες (11%) και τρεις φορές υψηλότερη συχνότητα στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις από ότι στις πιο υψηλές. Επίσης, η συχνότητα σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές εμφανίζεται στα ίδια πλαίσια με τις αγχώδεις διαταραχές, ενώ κατά 5-10 φορές συχνότερα από τις συναισθηματικές ψυχώσεις και τη σχιζοφρένεια μαζί (Γκιουζέπας 1988).

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας μετά από αλληπάλληλες κατηγοριοποιήσεις και ταξινομήσεις, που σε γενικές γραμμές αναφέρουν παρόμοιου τύπου χαρακτηριστικά συμπτωματολογίας, σε κάποιες περιπτώσεις με διαφορετική ορολογία στην πορεία του χρόνου και την εξέλιξη της ψυχιατρικής, καταλήγουν στην ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση δέκα (10) διαταραχών προσωπικότητας στα ταξινομικά συστήματα ICD-10 (WHO 1992) και DSM-IV (APA 1994).

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα ταξινομικά συστήματα η κατάταξη και ονομασία των διαταραχών προσωπικότητας αναγνωρίζει τους παρακάτω κλινικούς τύπους διαταραχών, που κατατάσσονται ανάλογα με την εμφάνιση των ασθενών, σε τρεις κατηγορίες:



- Ασθενείς που εμφανίζονται συχνά παράξενοι ή εκκεντρικοί
 - Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας
- Ασθενείς που εμφανίζονται συχνά με δραματική συμπεριφορά, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς στις διαπροσωπικές τους σχέσεις
 - Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
- Ασθενείς που εμφανίζονται συχνά αγχώδεις ή φοβισμένοι
 - Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας
 - Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα DSM – IV (APA 1994) και ICD – 10 (WHO 1992), τα διαγνωστικά κριτήρια για κάθε μία από τις διαταραχές προσωπικότητας είναι:

Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας.

Χαρακτηρίζεται το άτομο από υπερβολική ευαισθησία στην κριτική ή την αίσθηση της απόρριψης από τους άλλους και υποπτεύεται χωρίς να υπάρχει εμφανής λόγος, ότι οι άλλοι επιδιώκουν να τον εκμεταλλευτούν ή να τον εξαπατήσουν με κάποιον τρόπο.

Δεν εμπιστεύεται τους άλλους και εκλαμβάνει τις προθέσεις τους ως εχθρικές και έχει διαρκώς αμφιβολίες για την πίστη του σεξουαλικού συντρόφου ή την αξιοπιστία φίλων και συνεργατών. Θεωρεί καλοήθειες παρατηρήσεις ως προσβλητικές για την φήμη του, που θεωρεί σημαντική και συγχωρεί πολύ δύσκολα κάποιον, που θεωρεί ότι τον έχει βλάψει

Συχνά ανιχνεύεται η Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας, σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από αλκοόλ και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες. (Wurmser 1981, Jaffe 1989, Nace και συν. 1991, Craig και Olson 1992, Riesco και συν. 1998).

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας.

Διαταραχή όπου το άτομο μένει μακριά από τους άλλους, επιλέγοντας μοναχικές δραστηριότητες και αποφεύγει τις στενές σχέσεις και επαφές, είτε αφορούν φιλικές ή συναισθηματικές σχέσεις. Εμφανίζει έντονη δυσκολία στην έκφραση ή την αποδοχή συναισθηματικών εκδηλώσεων, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιείται σχεδόν με καμία εκδήλωση, αδιαφορία στον έπαινο ή την κριτική, φυγή στην φαντασία και σε αυτιστικού τύπου ενδοσκοπήσεις.

Τα άτομα που πληρούν τα κριτήρια της Σχιζοειδούς διαταραχής προσωπικότητας, συνήθως αναζητούν βοήθεια, όταν κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από εξαρτησιογόνες ουσίες ή όταν υποφέρουν από κατάθλιψη ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα (Wurmser 1981, Jaffe 1989, Nace και συν. 1991, Riesco και συν. 1998, Skinstad και Swain 2001).

Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας.

Πρόκειται για διαταραχή όπου, το άτομο εμφανίζει εκκεντρική, ιδιόμορφη και παράξενη συμπεριφορά και περισφιγμένο ή απρόσφορο συναίσθημα.

Η εκκεντρικότητα και παραδοξότητα της εμφάνισης και συμπεριφοράς, καλύπτει το μεγαλύτερο φάσμα των γνωστικών λειτουργιών (σκέψη, αντίληψη, λόγος, ιδέες συσχέτισης, παρανοειδής ιδεασμός) και της ανθρώπινης συνδιαλλαγής και επικοινωνίας, όπου κυριαρχεί η απουσία στενών διαπροσωπικών σχέσεων.

Τα άτομα που έχουν τα χαρακτηριστικά της Σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας δεν πληρούν τα κριτήρια της Σχιζοφρένειας και υποφέρουν συνήθως και από άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που γίνονται αφορμή για αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν, τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής προσωπικότητας που θα συζητηθεί, σε σχέση με την ανύψωση της κλινικής κλίμακας της Σχιζοφρένειας στην ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, που αναφέρεται στο κεφάλαιο με τα Αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης, διότι άτομα που είναι εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες, εμφανίζουν έντονα τα στοιχεία της διαταραχής προσωπικότητας (Wurmser 1981, Jaffe 1989, Nace και συν. 1991, Craig και Olson 1992, Riesco και συν. 1998, Williams και συν. 1996, Mass και συν. 2001, Skosnik και συν. 2001, Nunn και συν. 2001, Dumas και συν. 2002).



Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Αναφέρεται στην παλαιότερα οριζόμενη ως ψυχοπαθητική ή κοινωνιοπαθητική προσωπικότητα, όπου βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία αποτελούν, η περιφρόνηση, καταπάτηση και εξαπάτηση των δικαιωμάτων των άλλων και η εκδήλωση βίας και παραβίαση κάθε μορφής κανόνων και ορίων. Χαρακτηριστική και αξιοσημείωτη είναι η πλήρης απουσία συναισθημάτων ευθύνης ή ενοχής για οποιαδήποτε αξιόποινη ή μη συμπεριφορά παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων ή των κοινωνικών σταθερών.

Συχνά τα άτομα αυτά έχουν δοσοληψίες με τον νόμο και ανευρίσκονται σε φυλακές ή κρατούμενοι σε αστυνομικά τμήματα. Η αναζήτηση ψυχολογικής ή ψυχιατρικής βοήθειας, συνήθως καλύπτει ανάγκες για αποφυγή νομικά αξιόποινων πράξεων.

Στα άτομα που διαθέτουν τα χαρακτηριστικά και πληρούν τα κριτήρια της Αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, συνήθως συνυπάρχουν και διαταραχές σχετιζόμενες με εξαρτησιογόνες ουσίες.

Σύμφωνα με άλλη άποψη, στα άτομα που εμφανίζουν συμπεριφορά που σχετίζεται με τα στοιχεία της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας, προδιαθέτουν αργά ή γρήγορα την χρήση, κατάχρηση και κατά συνέπεια πλέον, την εξάρτηση από παράνομες κυρίως, εξαρτησιογόνες ουσίες.

Οι παραπάνω αναφορές εμφανίζουν τις δύο διαταραχές, της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και της διαταραχής σχετιζόμενης με ουσίες, ως αλληλοσχετιζόμενες καταστάσεις, χωρίς όμως να αποκλείεται η περίπτωση, της εμφάνισης ανεξάρτητα των διαταραχών (Koenigsberg και συν. 1985, Nace και συν. 1991, Craig και Olson 1992, Μάνος 1988, 1997, Riesco και συν. 1998, Kelley και Petry 2000, Smith και Hilsenroth 2001, Skinstad και Swain 2001).

Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, πρόσφατα καθορίστηκε σαν αυτόνομη διαγνωστική οντότητα, ενώ παλαιότερα ήταν δηλωτική μιας κατάστασης, που κυμαίνονταν ανάμεσα στη νεύρωση και την ψύχωση, χωρίς όμως να είναι δυνατή η κατάταξή της σε κάποια από τις δύο μεγάλες κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών.

Βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο της μεταιχμιακής δομής προσωπικότητας είναι, ένας εκτεταμένος και διάχυτος τύπος αστάθειας, που καλύπτει το μεγαλύτερο φάσμα των στοιχείων του εαυτού. Η αστάθεια καλύπτει την εικόνα και την ταυτότητα του εαυτού, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την συναισθηματική διάθεση, με ακραίες διπολικού τύπου συναισθηματικές εκδηλώσεις, καθώς και δυνητικά καταστροφική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, λόγω αδυναμίας ελέγχου των παρορμήσεών τους.

Η παρορμητική συμπεριφορά σε συνδυασμό με την υπερεκτίμηση ή την υποτίμηση ανθρώπων και καταστάσεων, δημιουργεί συνήθως προβλήματα και δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν και μη μπορώντας να αντεπεξέλθουν, αντιδρούν με άγχος στην πίεση ή ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και εκδήλωση βραχέων ψυχωτικών επεισοδίων.

Επίσης, γεγονός που ενδιαφέρει την παρούσα μελέτη, συχνά καταφεύγουν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αναπτύσσουν διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (Koenigsberg και συν. 1985, Magoudi και Ferbos 1986, Nace και συν. 1991, Μάνος 1988, 1997, Williams και συν. 1996, Riesco και συν. 1998, O' Boyle και Brandon 1999, Ravndal και Vaglum 1999, Smith και Hilsenroth 2001, Skinstad και Swain 2001).

Δραματική διαταραχή προσωπικότητας.

Τα άτομα που έχουν χαρακτηριστικά της δραματικής δομής προσωπικότητας, τείνουν να προσελκύουν το ενδιαφέρον των άλλων με σαγηνευτικούς τρόπους και με την επιτηδευμένα προσεγμένη εξωτερική εμφάνιση και συμπεριφορά. Αναπτύσσουν εύκολα σχέσεις, αλλά χωρίς περιεχόμενο και με ρηχή έκφραση συναισθημάτων. Είναι άτομα υποβόλιμα με εύκολα μεταβαλλόμενο συναίσθημα. Επιδιώκουν να είναι το κέντρο της προσοχής και νιώθουν άβολα, εάν δεν το κατορθώνουν.

Συχνά, αντιδρούν με συμπεριφορές εκδραμάτισης (acting out), όπως απειλές ή απόπειρες αυτοκτονίας για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των άλλων.

Μελέτες αναφέρουν ότι, άτομα που έχουν τα χαρακτηριστικά της δραματικής διαταραχής προσωπικότητας, κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες (Craig και Olson 1992, Smith και Hilsenroth 2001, Skinstad και Swain 2001).



Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που συνθέτουν τη ναρκισσιστική προσωπικότητα, έχουν σχέση με την μεγαλειώδη ιδέα εαυτού και την έλλειψη εμπραθητικής κατανόησης προς τους άλλους, που διακρίνει το άτομο. Θεωρεί τον εαυτό του πολύ σπουδαίο, άξιο θαυμασμού με ιδιαίτερες ικανότητες και προνόμια έναντι των άλλων, τους οποίους δεν διστάζει να εκμεταλλεύεται για να επιτύχει τα σχέδιά του.

Ο φθόνος κυριαρχεί ως συναίσθημα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και η προβολή των συναισθημάτων του.

Η αίσθηση της μεγαλειώδους ιδέας εαυτού ή της υπερεκτίμησης των ικανοτήτων, καθώς και η εύθραυστη αυτοεκτίμησή του, επιτυγχάνεται με την κατάχρηση ουσιών (Magoudi και Ferbos 1986, Craig και Olson 1992, Smith και Hilsenroth 2001).

Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας.

Κύριο χαρακτηριστικό της αποφευκτικής προσωπικότητας είναι, η αποφυγή των καταστάσεων που προϋποθέτουν διαπροσωπική επαφή, σε οποιοδήποτε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας, εκτός και αν λάβουν εγγυήσεις ότι είναι πλήρως αποδεκτοί. Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η απομάκρυνση και η απομόνωση από κοινωνικές δραστηριότητες, λόγω του φόβου της αποτυχίας, με συνέπεια τη μείωση των δεξιοτήτων τους, της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους και αύξηση της αίσθησης ότι δεν αξίζουν.

Η κάλυψη των συναισθημάτων ανεπάρκειας και της αίσθησης ανικανότητας, μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην κατάχρηση ουσιών (Skinstad και Swain 2001).

Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας.

Η εξαρτημένη δομή προσωπικότητας εμφανίζει ένα άτομο που δεν μπορεί να είναι μόνο του και νιώθει έντονα την ανάγκη της λήψης φροντίδας από τους άλλους.

Θεωρεί ότι δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνο του με αποτέλεσμα να προσκολλάται σε κάποιον άλλο και λειτουργεί υποτακτικά για να μην εγκαταλειφθεί.

Δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις, ακόμη και για απλά πράγματα, χωρίς την συμβουλή ή την υπόδειξη άλλων για την ορθότητα των αποφάσεών τους.

Η φροντίδα και η ανάγκη να στηρίζεται διαρκώς κάπου το άτομο, όταν δεν εκπληρώνεται από άλλα άτομα, πιθανόν να καλύπτεται η ανάγκη από τις ψυχοδραστικές ουσίες (Nadeau και συν. 1999).

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας.

Κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι η τελειοθηρία, η τάξη και ο έλεγχος των καταστάσεων και του ίδιου του εαυτού. Η συγκεκριμένη τάση αποτελεί τροχοπέδη στην ευελιξία της συμπεριφοράς στους σημαντικούς τομείς της ζωής, με συνέπεια το άτομο να είναι αναποφάσιστο, να ασχολείται με τις λεπτομέρειες κάθε δραστηριότητας για να επιτύχει την τελειότητα και να μην επιτρέπει να κάνει κάποιος άλλος κάποια εργασία, διότι θεωρεί ότι δεν θα γίνει σωστά.

Το άτομο εμφανίζεται άκαμπτο σε θέματα αξιών, ηθικής και αφοσιωμένο στο καθήκον που έχει αναλάβει και με επιμονή για υψηλές επιδόσεις.

Υπάρχει δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο ξόδεμα χρημάτων ή τον αποχωρισμό από παλιά άχρηστα αντικείμενα. Η αδυναμία ελέγχου προκαλεί θυμό που δεν εκφράζεται άμεσα παρά μόνο με έμμεσους τρόπους ή συμπεριφορά.

Σε μελέτη που αναφέρεται στη συννοσηρότητα διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών λόγω χρήσης ουσιών, αναφέρεται σημαντικό ποσοστό των ατόμων της μελέτης, με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (Skinstad και Swain 2001).

Εκτός από τις δέκα (10) διαταραχές προσωπικότητας που παρουσιάστηκαν και περιγράφηκαν τα κυριότερα χαρακτηριστικά τους, υπάρχει και μία ακόμη διαταραχή προσωπικότητας, που αναφέρεται στη συνέχεια.

Διαταραχή Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Τα στοιχεία που συνθέτουν την τελευταία διαταραχή προσωπικότητας, δεν είναι κάποια συγκεκριμένα κριτήρια, όπως στις προηγούμενες διαταραχές, αλλά κριτήρια που αποτελούν χαρακτηριστικά περισσότερων από μια διαταραχών προσωπικότητας και δεν πληρούν τα κριτήρια μιας συγκεκριμένης διαταραχής προσωπικότητας.



Τα χαρακτηριστικά αυτά για να εκτιμηθεί ότι στοιχειοθετούν διαταραχή προσωπικότητας, θα πρέπει να παραβιάζουν την καθημερινή εργασιακή, οικογενειακή ή κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και να του προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση. Επίσης, μπορούν να υπαχθούν στην κατηγορία αυτή και διαταραχές προσωπικότητας, που δεν περιλαμβάνονται στις δέκα προηγούμενες, όπως η Παθητική Επιθετική, με αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία για κατάχρηση ουσιών ως τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων (Cox 1979, Nadeau και συν. 1999, Skinstad και Swain 2001), η Καταθλιπτική, η Ανώριμη, η Παρορμητική κ.ά. (WHO 1992, APA 1994).

5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ ΣΤΟΥΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

5.1. Εισαγωγή

Η χρήση των λεγόμενων "σκληρών ναρκωτικών" εμφανίστηκε στον ελληνικό χώρο στις αρχές της δεκαετίας του '80, σαν μια συνέπεια της βιομηχανικής ανάπτυξης και των επακόλουθων συνεπειών της. Η βιομηχανική ανάπτυξη, η εισαγωγή από τις δυτικές κοινωνίες του αχαλίνωτου καταναλωτισμού, προτύπων και τρόπων ζωής άγνωστων στην ελληνική κοινωνία και κουλτούρα, καθώς και η αποδυνάμωση των παραδοσιακών δομών χωρίς την αντικατάστασή τους από άλλες νεώτερες, συνετέλεσαν στην ταχύτατη διάδοση και εξάπλωση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών (Ζαφειρίδης 1989).

Ήδη όμως, η κατάσταση που διαμορφώθηκε στην Ελλάδα την τελευταία 25ετία κυρίως, στις Η.Π.Α υφίσταται από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και εντεύθεν, ενώ στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο ανάλογα με το επίπεδο τεχνολογικής ανάπτυξης και εξέλιξης, καθώς και της ανάπτυξης του καταναλωτικού πνεύματος και τρόπου ζωής, αυξάνεται σταδιακά και εξελίσσεται το πρόβλημα της χρήσης και εξάρτησης των ατόμων από διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες. Η ραγδαία αύξηση και εξάπλωση του προβλήματος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνέπειες που προέκυψαν, έκαναν επιτακτική την ανάγκη της αντιμετώπισής του, αρχικά στις Η.Π.Α όπου εκδηλώθηκε ως πρόβλημα και στη συνέχεια στον υπόλοιπο κόσμο.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και συγκεκριμένα το 1914 άρχισαν στις Η.Π.Α οι πρώτες προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος (Brill 1977), που ήδη είχε αρχίσει να γίνεται εμφανές, με την χορήγηση υποκατάστατων ουσιών για την θεραπεία των οπιομανών, των εξαρτημένων από την κοκαΐνη και παράγωγα του οποίου (π.χ. μορφίνη, κωδεΐνη), με την χορήγηση της ηρωίνης που παρήχθη το 1898 από την εταιρία Bayer, ενώ στα επόμενα χρόνια παράγονται και άλλες ουσίες υποκατάστασης στα διάφορα εργαστήρια και το 1943 παράγεται η μεθαδόνη στη Δ. Γερμανία (Ζαφειρίδης 1989). Στις αρχές της δεκαετίας του 1920 ιδρύονται και οι πρώτες κλινικές για την αντιμετώπιση



των εξαρτημένων της εποχής και 20 περίπου χρόνια αργότερα, άρχισαν να λειτουργούν δύο μεγάλα νοσοκομεία για τον ίδιο σκοπό (Brill και Meiselas 1973).

Η πρώτη Θεραπευτική Κοινότητα θεωρείται το Synanon που ιδρύθηκε το 1958 από τον Dederich και λειτούργησε στην Καλιφόρνια των Η.Π.Α από πρώην χρήστες. Έκτοτε, ακολούθησε η δεύτερη γενιά θεραπευτικών κοινοτήτων το Daytop (1963), που στηρίχθηκαν στη δομή και λειτουργία του μοντέλου Synanon. (Brill και Meiselas 1973, Ρογκότης 1994). Στην Ευρώπη, οι αμιγείς θεραπευτικές κοινότητες, άρχισαν να δημιουργούνται και να λειτουργούν από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και έκτοτε, ενώ μέχρι τότε την φροντίδα των εξαρτημένων χρηστών αναλάμβαναν οι διάφορες κλινικές και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, κυρίως με την χορήγηση υποκατάστατων οπιούχων ουσιών και ιδιαίτερα μεθαδόνης (Bishop και συν. 1976, Λιάππας 1992).

Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν θεραπευτικά προγράμματα διαφόρων τύπων και θεραπευτικών μεθοδολογιών σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα όπου υφίσταται το πρόβλημα της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες.

Τα προγράμματα καλύπτουν και τους τρεις τομείς της πρόληψης, την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη της εξάρτησης.

Στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν αρχικά, αμιγώς θεραπευτικά προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης της εξάρτησης, μετά από αρκετά χρόνια αφού εμφανίστηκε η κατάσταση ως πρόβλημα. Μέχρι τότε την φροντίδα των εξαρτημένων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών είχαν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Δαφνί), οργανώθηκε και λειτουργεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ως συνέχεια και εξέλιξη της κλινικής, για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες, που λειτουργούσε από το 1960 περίπου. Η μονάδα 18 Άνω έχει αναπτυχθεί και καλύπτει με διάφορες δομές τους εξαρτημένους και τις οικογένειές τους, σε όλη της διάρκεια της θεραπείας, μέχρι την επανένταξή τους στην κοινωνία χωρίς εξαρτήσεις. Στις δομές που έχει αναπτύξει η Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, περιλαμβάνονται, η υπηρεσία πρώτης υποδοχής και αξιολόγησης των εξαρτημένων, μονάδα σωματικής



αποτοξίνωσης, θεραπευτική κοινότητα, μονάδα για έφηβους χρήστες, μονάδα επανένταξης και αποκατάστασης, πρόγραμμα φυλακών για κρατούμενους χρήστες, καθώς και προγράμματα στήριξης για τις οικογένειες των εξαρτημένων χρηστών. Τελευταία δε, έχουν αναπτυχθεί και προγράμματα φροντίδας και παρέμβασης σε ιδιαίτερες ομάδες εξαρτημένων (π.χ. εξαρτημένες μητέρες) (ΕΚΤΕΠΝ 2001).

Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα οργανώθηκε και λειτούργησε σύμφωνα με τις αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων Daytop και λειτούργησε το 1983 στη Σίνδο Θεσσαλονίκης. Έκτοτε, και μετά από τη επιτυχή λειτουργία του προγράμματος, που επιτυχώς διαμορφώθηκε σύμφωνα με τα ελληνικά κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα, ιδρύθηκε με το Νόμο 1729/87 το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), που οργάνωσε και δημιούργησε ένα πλέγμα υπηρεσιών πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης της εξάρτησης, που καλύπτουν σχεδόν όλη τη χώρα (Ρογκότης 1994). Οι μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α αποτελούνται από τις υπηρεσίες πρώτης υποδοχής των εξαρτημένων και των οικογενειών τους, τις κλειστές και ημερήσιες μονάδες για εφήβους και ενήλικες, μονάδες επανένταξης και αποκατάστασης, καθώς και μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης και κινητή μονάδα υπαίθρου. Στις μονάδες αυτές αναπτύσσονται προγράμματα που απευθύνονται στους ίδιους τους εξαρτημένους χρήστες, στις οικογένειές τους, καθώς και σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, σε φυλακισμένους χρήστες, καθώς και άτομα με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (π.χ. εξαρτημένες μητέρες) (Ρογκότης 1994, ΕΚΤΕΠΝ 2001).

Από το 1991 οργανώθηκε και από τον Νοέμβριο 1992 που στελεχώθηκε με προσωπικό, άρχισε να λειτουργεί το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, για το οποίο γίνεται λόγος εκτενέστερα σε ιδιαίτερη παράγραφο που ακολουθεί.

Το 1995 ξεκίνησε η λειτουργία του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), που είχε ιδρυθεί δύο χρόνια πριν με βάση το Νόμο 2161/93. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του ΟΚΑΝΑ, σκοπός της σύστασης και λειτουργίας του είναι, ο σχεδιασμός και η προώθηση εθνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες, σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, καθώς και η δημι-



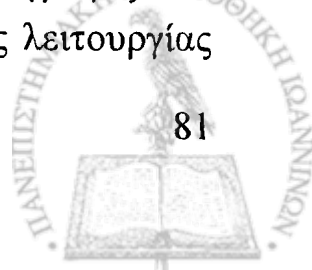
ουργία Κέντρων Πρόληψης της εξάρτησης σε όλη την επικράτεια. Επίσης, βασικός στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι η μελέτη του προβλήματος στον ελλαδικό χώρο. Για το σκοπό αυτόν διενεργούνται έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες, σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) και το ΕΚΤΕΠΝ (ΟΚΑΝΑ 2002).

Το 1996 λειτούργησε το πρώτο Κέντρο Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ και ήδη μέχρι σήμερα έχει καλυφθεί το μεγαλύτερο μέρος της χώρας. Τα Κέντρα Πρόληψης αναπτύσσουν δραστηριότητα στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης και συνεργάζονται για το σκοπό αυτό με πληθυσμιακές ομάδες προς αποφυγή της χρήσης (π.χ. μαθητές, φοιτητές, στρατιώτες κ.λ.π.), καθώς και με επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με τις ομάδες στόχου της προληπτικής προοπτικής (π.χ. εκπαιδευτικοί, στρατιωτικοί, αστυνομικοί, ιερείς, επαγγελματίες υγείας κ.λ.π.).

Την ίδια χρονιά (1996) λειτούργησε και η πρώτη Μονάδα Θεραπείας Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ ως πιλοτικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Βασικός στόχος είναι η μείωση της βλάβης εξαιτίας της χρήσης και εξάρτησης και η επιτυχής θεραπευτική προοπτική και επανένταξη του ατόμου χωρίς επιβλαβείς εξαρτήσεις. (ΟΚΑΝΑ 2002).

Σήμερα, οι επίσημα αναγνωρισμένες θεραπευτικές μονάδες που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι 26. Οι μονάδες αυτές, ανάλογα με τον τύπο και τον ιδιαίτερο θεραπευτικό χαρακτήρα τους κατανέμονται, σε 8 «στεγνά» προγράμματα εσωτερικής διαμονής, 11 «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής, εκ των οποίων τα 8 απευθύνονται σε ενήλικες και τα 3 σε έφηβους χρήστες, 1 μονάδα ημερήσιας περίθαλψης, 5 μονάδες υποκατάστασης με μεθαδόνη βραχείας διάρκειας και 1 μονάδα υποκατάστασης με μεθαδόνη μακράς διάρκειας (ΕΚΤΕΠΝ 2002).

Θα ήταν πολύ ελλιπής η περιληπτική αυτή αναφορά στα προγράμματα παρέμβασης στον τομέα των εξαρτήσεων, εάν δεν αναφερόμασταν έστω επιγραμματικά στα προγράμματα που αναπτύσσονται από διάφορους ιδιωτικούς φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία ή και μεμονωμένα άτομα κύρους κ.λ.π. Είναι γνωστή η πρωτοβουλία των Ανώνυμων Нарκομανών, που λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές και τις προδιαγραφές των Ανώνυμων Αλκοολικών, που έδωσαν τις αρχικές ιδέες και αρχές λειτουργίας



των θεραπευτικών κοινοτήτων (Ζαφειρίδης 1989). Η εκκλησία με την απήχηση που έχει σε ευρύ κοινό επηρεάζει προληπτικά ή ακόμη συμμετέχει θεραπευτικά με τη φιλοξενία εξαρτημένων σε μονές του Αγίου Όρους. Οι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης οργανώνουν προγράμματα παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού με προληπτική ή ακόμη και επανενταξιακή προοπτική, με την διάθεση θέσεων εργασίας σε πρώην χρήστες.

5.2. Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης προβλέπεται από τον ισχύοντα οργανισμό του Νοσοκομείου (Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ. 14122/8-8-86 ΦΕΚ 651 τεύχος Δεύτερο 30-9-1986) και είναι μονάδα ενταγμένη στο ΕΣΥ (Νόμοι 1397/83-2071/92-2194/94).

5.3. Στελέχωση και Λειτουργία

Η λειτουργία του τμήματος αρχίζει θεωρητικά, από τις 18-2-1990 με την ανάληψη υπηρεσίας τριών ψυχιάτρων, στην πράξη όμως το Τμήμα λειτουργεί από την 1^η - 11 - 1992, ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του Πολυδύναμου Συμβουλευτικού Σταθμού Θεραπευτικού Χαρακτήρα και της Θεραπευτικής Κοινότητας και εφόσον έχουν ήδη στελεχωθεί πλήρως οι προαναφερόμενες δομές από τις 20-7-1992 με την πρόσληψη του προσωπικού.

Ο πληθυσμός που εξυπηρετείται από το τμήμα, είναι αποκλειστικά άτομα εξαρτημένα από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και οι οικογένειές τους. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί πλήρως και λειτουργούν, ο Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Θεραπευτικού Χαρακτήρα σε κεντρικό σημείο της Θεσσαλονίκης, η Θεραπευτική Κοινότητα στην περιοχή «Καρτερές» 40 χιλιόμετρα έξω από την Θεσσαλονίκη, η Μονάδα Σωματικής Απεξάρτησης (DETOX) σε ειδικό για το σκοπό αυτό οίκημα μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Θ., και η Μονάδα Κοινωνικής Επανεξάνταξης και Αποκατάστασης που διαθέτει Ξενώνα (Ρογκότης 1994).

Ο Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Θεραπευτικού Χαρακτήρα (Σ.Σ) του τμήματος αποκατάστασης εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ, οργανωτικά αποτελεί



το «στρατηγείο» του τμήματος. Είναι υπηρεσία πρώτης υποδοχής όσων έχουν πρόβλημα εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και των οικογενειών τους. Έτσι ο Σ.Σ. από τη στιγμή της ίδρυσής του αποτελεί πολυδύναμη μονάδα, όπου, παράλληλα με την πληροφόρηση, τη διερεύνηση και εκτίμηση της κατάστασης του προσερχόμενου, αντιμετωπίζονται και θεραπευτικά τα περιστατικά, από ειδικά για το σκοπό αυτό συγκροτημένη ψυχοθεραπευτική ομάδα.

Η κατανόηση του προβλήματος, η ψυχολογική και ψυχιατρική διερεύνηση, η λήψη πλήρους οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού και η άντληση και εκμετάλλευση κάθε λεπτομέρειας, που έχει σχέση με τον προσερχόμενο χρήστη, με στόχο την πληρέστερη θεραπευτική πρόταση και αντιμετώπιση εξατομικευμένα, αποτελούν την καθημερινή πρακτική στο Σ.Σ. Αφού γίνει η εκτίμηση της κάθε περίπτωσης, ανάλογα με την ομόφωνη απόφαση της θεραπευτικής ομάδας, τα περισσότερα περιστατικά προωθούνται στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) και έπειτα στη Θεραπευτική Κοινότητα εφόσον το επιθυμούν. Κάποιοι που έχουν διπλή διάγνωση, δηλαδή συννοσηρότητα με κάποια ψυχική διαταραχή (APA 1987 & 1994, Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993) αντιμετωπίζονται ανάλογα και συνήθως σε συνεργασία με κάποια άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας, ενώ κάποια άλλα άτομα που η χρήση ουσιών λειτουργεί ως «φαρμακευτική αγωγή» για την αντιμετώπιση κάποιας Αγχώδους ή/και διαταραχής της Διάθεσης, αντιμετωπίζονται είτε ψυχοθεραπευτικά στο Σ.Σ. του τμήματος ή παραπέμπονται σε άλλη εξωνοσοκομειακή υπηρεσία ψυχικής υγείας (Κ.Ψ.Υ), ή εάν το άτομο είναι ανήλικο, είτε παραπέμπεται σε άλλη υπηρεσία π.χ. Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, είτε αντιμετωπίζεται ψυχοθεραπευτικά από θεραπευτή του Σ.Σ. Στο χώρο του Σ.Σ. λειτουργεί επίσης και η μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης και Αποκατάστασης που φροντίζει για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας. Έτσι ο εξυπηρετούμενος από το τμήμα επανέρχεται στο χώρο όπου απευθύνθηκε αρχικά, προετοιμαζόμενος πλέον για την επάνοδό του στον κοινωνικό ιστό χωρίς εξαρτήσεις. Η τακτική αυτή εξυπηρετεί και τη διαδικασία της συνολικής αξιολόγησης και εκτίμησης της κατάστασης του ατόμου στην πορεία του στις διάφορες δομές του

προγράμματος, μέχρι τη στιγμή της επανόδου του πλέον στην οικογένειά του και την κοινωνία (Ζλατάνος και συν. 2001).

5.4. Ιδεολογία του Τμήματος – Επιστημονική / Θεραπευτική Προσέγγιση

Το θέμα της εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες δεν είναι αποκλειστικά ιατρικό. Πολλοί παράγοντες (κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί) συμβάλλουν και ευθύνονται για τη δημιουργία, την αύξηση και τη συντήρηση του προβλήματος, καθώς και των συνεπειών που προκύπτουν.

Στόχος του τμήματος είναι η ουσιαστική παρέμβαση στο χώρο των εξαρτημένων σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Αυτό σημαίνει ότι το τμήμα προσεγγίζει, κατευθύνει και παρακολουθεί το εξαρτημένο άτομο σε όλες τις φάσεις, τόσο της εξάρτησης όσο και της απεξάρτησης και αποκατάστασης, μέχρι την ολοκλήρωση της επανένταξής του στον κοινωνικό ιστό χωρίς εξαρτήσεις.

Βασική αρχή του τμήματος είναι η ψυχιατρική διερεύνηση της προσωπικότητας του χρήστη και η ετοιμότητα παροχής της ανάλογης θεραπευτικής πρότασης. Η αξιολόγηση του προβλήματος, η διαμόρφωση γνώμης και - όπου αυτό κριθεί απαραίτητο - η ψυχιατρική διάγνωση, οδηγούν στην "ευστοχία" της θεραπευτικής πρότασης, που με αυτές τις συνθήκες σχηματοποιείται.

Η εκλογή του θεραπευτικού μοντέλου και η ετοιμότητα παροχής εναλλακτικών ψυχοθεραπευτικών προτάσεων, καθιστά απαραίτητη την ψυχιατρική υποστήριξη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πρόταση είναι δεσμευτικά ψυχιατροκεντρική.

Στο τμήμα εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα που επεξεργάζεται η ομάδα των θεραπειών και απευθύνεται στον εξαρτημένο με την μορφή ενός "συμβολαίου τιμής" και μιας "συμμαχίας" μαζί του, στοχεύοντας κυρίως στην απεξάρτηση αλλά και σε κάθε άλλη μορφή βοήθειας προς τον ίδιο και την οικογένειά του.

Επομένως, θεωρείται αυτονόητη επιτυχία του τμήματος και η μείωση της συχνότητας και της ποσότητας της χρήσης στα ελάχιστα όρια.



Το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι "φιλελεύθερο – δημοκρατικό" και κατά συνέπεια "εύκαμπτο". Οικοδομεί στα υγιή τμήματα της προσωπικότητας του εξαρτημένου και αποσκοπεί στην ανάπτυξη της προσωπικής ευθύνης και την κοινωνικοποίηση.

Σκοπός είναι η υπεύθυνη συμμετοχή και όχι η ανεύθυνη υπακοή. Το προσωπικό πρέπει να είναι ειδικευμένο, ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο να εργασθεί δημιουργικά στον ευαίσθητο χώρο των εξαρτημένων.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας είναι "οριζόντια" και "αντιεραρχική" με σεβασμό και αποδοχή των "ειδικών ρόλων" του κάθε μέλους, χωρίς να παραγνωρίζεται, ότι οι τελικές ρυθμίσεις υπόκεινται στη νομοτέλεια του δημόσιου χαρακτήρα της εργασίας μας (Ρογκότης 1994).

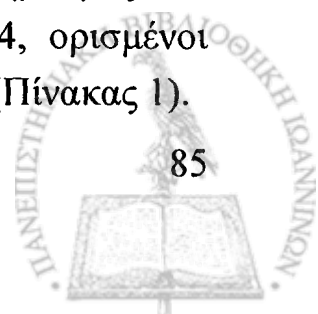
5.5. Ενδεικτικά Στατιστικά Μεγέθη 1991 - 2001

Κάποια στατιστικά στοιχεία σχετικά με την προσέλευση των εξαρτημένων από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες ατόμων, μέρος των οποίων αποτελεί το δείγμα της συγκριτικής μελέτης, θεωρούμε ότι είναι χρήσιμα για την συζήτηση και την εξαγωγή συμπερασμάτων, όπως και για την υποβολή προτάσεων.

Από την έναρξη της λειτουργίας του τμήματος αποκατάστασης εξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ. μέχρι τις 31-12-2001, απευθύνθηκαν 1934 άτομα, εκ των οποίων 1668 (86,2%) άνδρες και 266 (13,7%) γυναίκες, αναλογία 1/6,3 συνολικά.

Τα άτομα αυτά (1934) αναφέρονται σύμφωνα με τον αύξοντα αριθμό των φακέλων των προσερχόμενων. Εάν ληφθούν υπόψη οι επαναλαμβανόμενες αιτήσεις για βοήθεια των προσερχόμενων χρηστών, τότε οι κλινικές διαγνωστικές συνεντεύξεις υπερβαίνουν σε αριθμό τις 4500 στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία από το αρχείο της υπηρεσίας μας και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ), που συνεργάζεται με το τμήμα μας και καταγράφονται τα στοιχεία από το δεύτερο εξάμηνο του 1994, ορισμένοι στατιστικοί δείκτες είναι πολύ χρήσιμοι. (ΕΚΤΕΠΝ 1994 - 2002) (Πίνακας 1).



Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο τμήμα με αίτημα την παροχή βοήθειας για απεξάρτηση, εισήχθησαν στη Θεραπευτική Κοινότητα (Θ.Κ.) 319 άτομα και ολοκλήρωσαν τη χρονική διάρκεια παραμονής 110 (34,5%) άτομα. Οι 178 (55,8%) εγκατέλειψαν την προσπάθεια ολοκλήρωσης του προγράμματος, ενώ αυτή τη στιγμή βρίσκονται στην Θ.Κ. 31 (9,7%) άτομα.

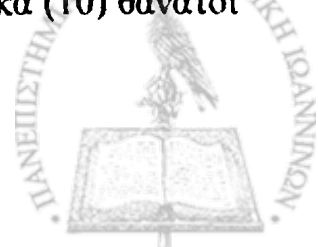
Στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) από την ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του 15-1-1996 έως 31-12-2001, εισήχθησαν 1213 άτομα και ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής 596 (49,1%) άτομα. Αυτή τη στιγμή βρίσκονται στη Θ.Κ. 31 άτομα και στο DETOX 15 άτομα, δηλαδή είναι κατελημμένες όλες οι διαθέσιμες θέσεις των δύο δομών. Επίσης, στον κατάλογο προτεραιότητας αναμονής βρίσκονται 19 άτομα για τη Θ.Κ. και \approx 60 άτομα για το DETOX. Επίσης, στη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης και Αποκατάστασης του τμήματος, είναι ενταγμένα 15 - 20 άτομα, που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Η χρονική διάρκεια παραμονής στη Θ.Κ. είναι οι δώδεκα (12) μήνες που θεωρείται ικανό χρονικό διάστημα θεραπείας, για τη διαδικασία της ψυχολογικής απεξάρτησης, ενώ για το DETOX οι τρεις (3) εβδομάδες, χρονικό διάστημα ικανό για τη σωματική απεξάρτηση από όλες τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι στο χρονικό διάστημα 1996 - 2001, απευθύνθηκαν στο Σ.Σ του τμήματος, 80 έφηβοι ηλικίας έως 18 ετών εκ των οποίων 53 (66,3%) αγόρια και 27 (33,7%) κορίτσια, δηλαδή αναλογία 2/1 περίπου, ενώ στο προηγούμενο χρονικό διάστημα της λειτουργίας του τμήματος, δεν είχε απευθυνθεί άτομο κάτω των 18 ετών με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για απεξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες (Πίνακας 1).

Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Σ.Σ του τμήματος, οι 76 απεβίωσαν, εξαιτίας της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς της κατάχρησης ψυχοδραστικών εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύει το ΕΚΤΕΠΝ (2001), στα πλαίσια της συνεργασίας του με το Τμήμα Ναρκωτικών της Διεύθυνσης Δημόσιας Ασφάλειας της Ελληνικής Αστυνομίας, οι θάνατοι που οφείλονται στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, παρουσιάζουν αυξητική τάση, όπως φαίνεται και από τον αντίστοιχο πίνακα, όπου οι δέκα (10) θάνατοι



που καταγράφηκαν το έτος 1985, με την αυξητική τάση που εμφανίζεται, φθάνουν στους τριακόσιους είκοσι τρεις (321) θανάτους το έτος 2001. (ΕΚΤΕΠΝ 2001, 2002).

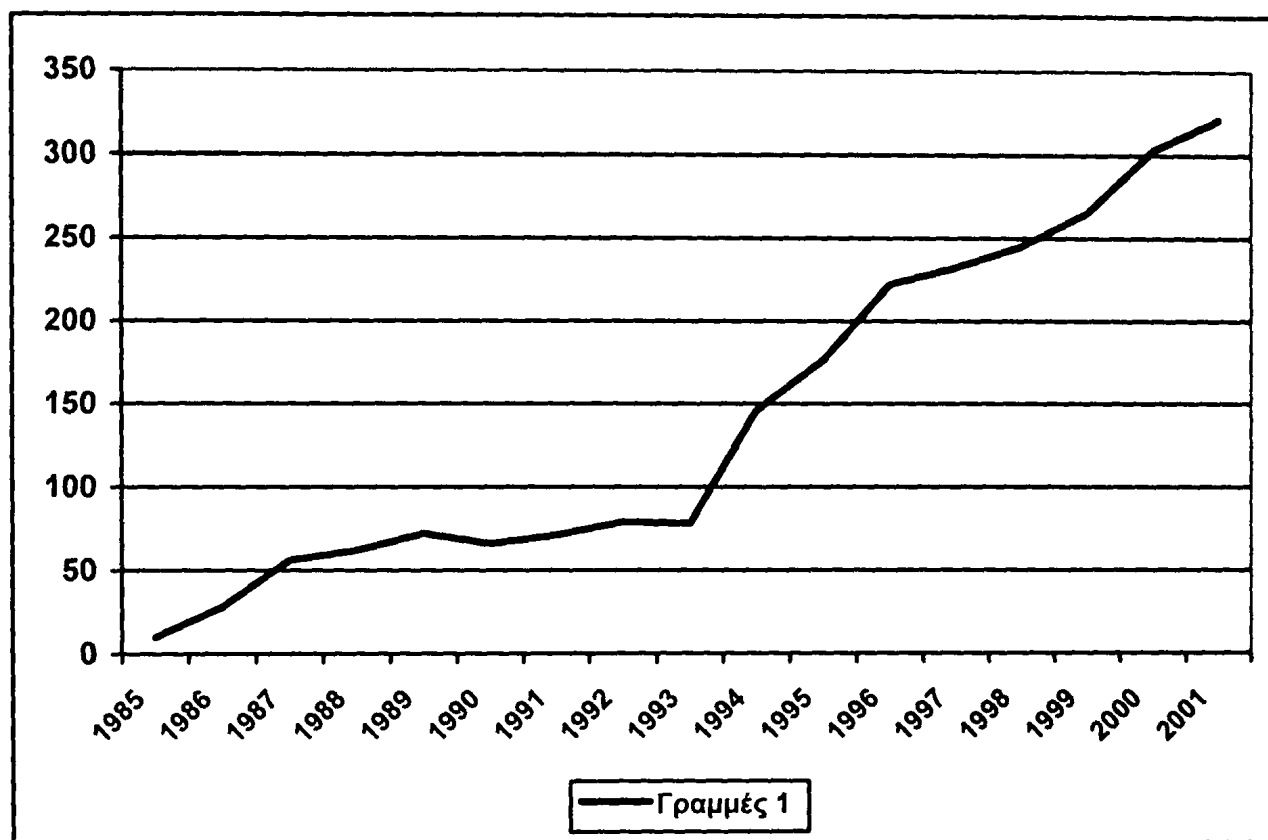
Τα δημογραφικά στοιχεία των θανόντων που περιλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη, συμφωνούν με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ, όπου εμφανίζονται οι θανόντες ως άτομα ηλικίας περίπου 30 ετών, με μορφωτικό επίπεδο μέσης εκπαίδευσης, άνεργοι και στην πλειοψηφία τους άγαμοι, αν και στο τελευταίο στοιχείο, οι έγγαμοι και διαζευγμένοι του δείγματος καλύπτουν σημαντικό ποσοστό. (Πίνακες 1^α, 1^β).

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1.

Στατιστικά Στοιχεία Προσέλευσης Εξαρτημένων

Έτος	N	Πρώτη Επαφή	Επανερχόμενοι	Φύλο		Μέση Ηλικία
				Άντρες	Γυναίκες	
1991	121			102 84,3%	19 15,7%	31,4±9,2
1992	192			175 91,1%	17 8,8%	30,3±8,1
1993	181			153 84,5%	28 15,5%	29,9±8,7
1994	186			163 87,6%	23 12,3%	29,5±6,4
1995	159	111	48	140 88,0%	19 12,0%	29,7±6,0
1996	273	169	104	249 91,2%	24 8,8%	29,7±5,9
1997	323	170	153	297 92,0%	26 8,0%	29,6±6,4
1998	347	192	155	300 86,4%	47 13,6%	27,8±6,5
1999	418	257	161	364 87,0%	54 13,0%	26,1±6,2
2000	492	281	211	434 88,2%	58 11,8%	26,8±6,5
2001	544	264	280	489 89,9%	55 10,1%	27,5±6,2
Θάνατοι 1991- 2001	N 76			70 92,1% Μ.Η 28,6±6,4	6 7,9% Μ.Η 23±3,16	28,2±6,3
Έφηβοι 1996-01 ≤ 18 έτη	N 80	69	11	53 66,3% Μέση Ηλικία 17,7 ± 0,8	27 33,7% Μέση Ηλικία 17,5 ± 0,7	Αναλογία 2 / 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 1^ο.
Θάνατοι από Ναρκωτικά (1985-2001)



ΠΗΓΗ: Ελληνική Αστυνομία, 2001.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 β

Θάνατοι από ναρκωτικά στην Ελλάδα κατά τα έτη 1989-2000

	ΕΤΗ											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Βεβαιωθέντες θάνατοι	72	66	79	79	78	146	176	222	232	245	265	303
Περιοχή												
Αττική	50	52	61	61	69	105	136	166	166	170	185	199
Θεσσαλονίκη	13	9	12	9	4	21	18	25	38	39	31	49
Λοιπή χώρα	9	5	6	9	5	20	22	31	28	36	49	55
Οικογενειακή κατάσταση												
Άγαμοι	65	58	67	75	74	129	157	184	96	227	245	288
Έγγαμοι	6	7	11	2	3	13	15	32	8	16	16	12
Διαζευγμένοι	1	1	1	2	1	4	4	6	1	2	4	3
Γραμματικές γνώσεις												
Στοιχειώδης εκπαίδευση	18	29	33	27	28	31	73	78	36	87	65	111
Μέση εκπαίδευση	10	12	39	27	38	23	30	106	66	143	169	177
Ανώτατη εκπαίδευση	1	1	3	6	2	1	6	4	2	3	3	4
Άγνωστες	43	23	4	19	10	91	66	34	1	12	28	19
Αγράμματοι	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Επάγγελμα												
Άνεργοι	40	29	51	47	50	81	99	144	73	175	197	231
Τεχνίτες – Εργάτες – Οικοδόμοι	12	19	9	15	9	24	29	21	15	31	18	28
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	9	11	10	10	5	16	20	9	6	14	11	95
Μουσικοί	1	2	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—
Ναυτικοί	5	2	4	4	1	1	4	7	1	—	1	2
Λοιποί	1	1	2	1	10	19	16	35	8	21	31	20
Ιερόδουλες	4	2	3	—	1	—	4	1	1	—	1	1
Δημόσιοι υπάλληλοι	—	—	—	2	2	3	1	—	—	—	—	—
Δημοσιογράφοι	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Σπουδαστές – Μαθητές	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	6	6

ΠΗΓΗ: ΣΟΔΝ, Μεικτή Γραμματεία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



6. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1. Υλικό της μελέτης

Υλικό της μελέτης απετέλεσαν, χρόνιοι χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών που απευθύνθηκαν στον Συμβουλευτικό Σταθμό του τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση, στη χρονική διάρκεια 1991- 2001.

Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Σ.Σ του τμήματος (N = 1934), επελέγησαν εκείνοι που εισήχθησαν στη Θεραπευτική Κοινότητα (Θ.Κ) με σκοπό την ψυχολογική τους απεξάρτηση από τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα.

Τα άτομα που αποτελούν το δείγμα της συγκριτικής μελέτης είναι 288, εκ των οποίων οι 110 ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής των δώδεκα (12) μηνών στην Θ.Κ. και εξήλθαν έχοντας ολοκληρώσει το κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα του τμήματος. Οι υπόλοιποι 178 δεν ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής στη Θ.Κ και εγκατέλειψαν την προσπάθεια για ψυχολογική απεξάρτηση σε κάποιο χρονικό σημείο, πριν από τη συμπλήρωση της καθιερωμένης χρονικής διάρκειας των δώδεκα μηνών.

Η αρχική ερευνητική υπόθεση περιελάμβανε, την ανίχνευση τυχόν διαφορών μεταξύ των δύο αυτών ομάδων, όσον αφορά στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που τις απαρτίζουν.

Στην πορεία της συλλογής και μελέτης των χαρακτηριστικών αυτών, διαπιστώθηκε ότι στις δύο ομάδες υπήρχαν οι ατομικοί φάκελοι ατόμων που είχαν στο μεταξύ αποβιώσει. Ευρέθησαν είκοσι (20) ατομικοί φάκελοι αποθανόντων, οκτώ (8) από την ομάδα αυτών που ολοκλήρωσαν τη χρονική διάρκεια παραμονής στη Θ.Κ και δώδεκα (12) από την ομάδα αυτών, που εγκατέλειψαν την προσπάθεια στην πορεία.

Εκτός από τους είκοσι ατομικούς φακέλους που περιλαμβάνονταν στο αρχικό υλικό της μελέτης, συνελέγησαν συνολικά 76 ατομικοί φάκελοι ατόμων που έχουν αποβιώσει μετά την προσέλευσή τους στον Συμβουλευτικό Σταθμό.

Η διαπίστωση αυτή γέννησε την ιδέα της σύγκρισης, των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των αποθανόντων με τις δύο αρχικά επιλεγείσες ομάδες ατόμων και την ανίχνευση των τυχόν διαφορών, που αφορούν κυρίως τη μελέτη και στατιστική σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητάς τους.

Η ερευνητική υπόθεση επεκτείνεται πλέον στη διερεύνηση και αξιολόγηση των όποιων διαφορών που πιθανόν προκύψουν από την μελέτη, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση, των χαρακτηριστικών στοιχείων της προσωπικότητας που μπορεί να συμβάλουν στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (θάνατο), των ατόμων που έχουν αποβιώσει, σε σχέση με τα μέλη των δύο άλλων ομάδων και με το σύνολο των μελών.

Με την παραπάνω διαπίστωση στο δείγμα της συγκριτικής μελέτης συμπεριλήφθηκαν και τα 76 άτομα που έχουν στο μεταξύ αποβιώσει.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αποτελούν το σύνολο του δείγματος της μελέτης, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν τη χρήση ουσιών, αναφέρονται στο φύλλο πρώτης επαφής (intake) των ατόμων αυτών.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητα των μελών του δείγματος που ανιχνεύονται μέσω της ψυχομετρικής δοκιμασίας (test) του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), αφορούν τα άτομα που στην πρώτη επαφή υποβλήθηκαν στην εν λόγω δοκιμασία, αλλά δεν αναφέρονται στο σύνολο των ατόμων της μελέτης, διότι στη διάρκεια κάποιας χρονικής περιόδου δύο (2) περίπου ετών, δεν υποβάλλονταν όλοι οι απευθυνόμενοι στο Σ.Σ. σε ψυχομετρικές δοκιμασίες (tests) λόγω έλλειψης προσωπικού.

Οι ομάδες των ατόμων που αποτελούν το δείγμα της ερευνητικής συγκριτικής μελέτης, αναφέρονται στη συνέχεια.

Στην πρώτη ομάδα $N = 110$, υπάρχουν συμπληρωμένες 88 ψυχομετρικές δοκιμασίες, εκ των οποίων οι οκτώ (8) αφορούν άτομα που έχουν αποβιώσει ενώ δύο (2) εξ αυτών είναι αναξιόπιστες.

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες που λαμβάνουν μέρος στη συγκριτική μελέτη είναι, για μεν την πρώτη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων (που ολοκλήρωσαν και εγκατέλειψαν το πρόγραμμα της Θ.Κ.) 86 δοκιμασίες, για δε την δεύτερη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων, (χωρίς τους αποθανόντες) 78 δοκιμασίες.



Στην δεύτερη ομάδα $N=178$, υπάρχουν συμπληρωμένες 121 ψυχομετρικές δοκιμασίες, εκ των οποίων οι δώδεκα (12) αφορούν άτομα που έχουν αποβιώσει ενώ δύο (2) εξ αυτών είναι αναξιόπιστες.

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες που λαμβάνουν μέρος στη συγκριτική μελέτη είναι, για μεν την πρώτη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων (που ολοκλήρωσαν και εγκατέλειψαν το πρόγραμμα της Θ.Κ) 117 δοκιμασίες, για δε την δεύτερη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων, (χωρίς τους αποθανόντες) 107 δοκιμασίες.

Στην ομάδα των ατόμων που απεβίωσαν $N=76$, υπάρχουν συμπληρωμένες 50 ψυχομετρικές δοκιμασίες από το σύνολο των ατόμων που έχουν αποβιώσει μετά την αίτηση για παροχή θεραπευτικής βοήθειας στον Συμβουλευτικό Σταθμό του τμήματος.

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες των ατόμων που έχουν αποβιώσει $N=50$, λαμβάνουν μέρος στη σύγκριση με τις δύο ομάδες των ατόμων που ολοκλήρωσαν $N=78$ και διέκοψαν $N=107$ το θεραπευτικό πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής δώδεκα (12) μηνών, της Θεραπευτικής Κοινότητας "Καρτερών", καθώς και στη σύγκριση με το σύνολο των ζώντων των δύο προαναφερόμενων ομάδων με $N=185$ άτομα.

Στο εξής οι τρεις ομάδες της συγκριτικής μελέτης, θα αναφέρονται χαρακτηριστικά με τον αύξοντα αριθμό των μελών που τις απαρτίζουν, με την πρόθεση του κεφαλαίου γράμματος N και το ίσον (=) πριν από το νούμερο του αριθμού των μελών, χάριν συντομίας και για να μην γίνεται κουραστική η αναφορά στην ολοκλήρωση ή την διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος της θεραπευτικής κοινότητας. Έτσι έχουμε τους εξής χαρακτηρισμούς που αναφέρονται στις ομάδες της συγκριτικής μελέτης που λαμβάνουν χώρα στη μεταξύ τους σύγκριση και στατιστική αξιολόγηση.

- ♦ Πρώτη ομάδα αυτών που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας $N = 86$ για την σύγκριση με τα άτομα που διέκοψαν την παραμονή τους στην Κοινότητα και $N = 78$ χωρίς τα άτομα που έχουν αποβιώσει, για τη σύγκριση με την αντίστοιχη ομάδα χωρίς τους αποθανόντες και στη σύγκριση με το σύνολο των αποθανόντων.
- ♦ Δεύτερη ομάδα αυτών που διέκοψαν το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας $N = 117$ για τη σύγκριση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν το

πρόγραμμα και $N=107$ χωρίς τα άτομα που έχουν αποβιώσει, για τη σύγκριση με την αντίστοιχη πρώτη ομάδα χωρίς τους αποθανόντες και στη σύγκριση με το σύνολο των αποθανόντων.

- ◆ Τρίτη ομάδα αυτών που στο μεταξύ έχουν αποβιώσει $N=50$ μετά την προσέλευσή τους στο Συμβουλευτικό Σταθμό και υπάρχουν συμπληρωμένα έγκυρα δελτία ψυχομετρικών δοκιμασιών, που λαμβάνουν μέρος στη σύγκριση με τις δύο πρώτες ομάδες ζώντων μελών ξεχωριστά και στη σύγκριση με το σύνολο των ζώντων των δύο πρώτων ομάδων.
- ◆ Τέταρτη ομάδα με $N=185$ άτομα που απαρτίζεται από τους ζώντες των δύο πρώτων ομάδων της συγκριτικής μελέτης ($N=78$ & $N=107$) σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν αποβιώσει $N=50$.

6.2. Μεθοδολογία

Η παρούσα αναδρομική μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής και σύγκρισης των αποτελεσμάτων των ψυχομετρικών δοκιμασιών MMPI, που χορηγήθηκαν σε εξαρτημένους χρήστες, που απευθύνθηκαν στον Συμβουλευτικό Σταθμό του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στο χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 1991-2001.

Η συλλογή των στοιχείων άρχισε τους δύο τελευταίους μήνες του 2001 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2002, έχοντας ως καταληκτική ημερομηνία των επιλεγόμενων φακέλων την 31^η Δεκεμβρίου του 2001.

Μέθοδος συλλογής των στοιχείων των εξαρτημένων στην πρώτη επαφή με την υπηρεσία μας απετέλεσε η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, καθώς και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Στην ημιδομημένη κλινική συνέντευξη συμπληρώνεται το φύλλο πρώτης επαφής (Intake), που περιλαμβάνει τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ατόμου που απευθύνεται στο Σ.Σ. με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για απεξάρτηση (Πίνακας 2).

Στη συγκριτική μελέτη των κλινικών και των στοιχείων της προσωπικότητας του δείγματος της έρευνας, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, επειδή η συγκεκριμένη δοκιμασία, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο ανάλυσης της προσωπικότητας και



προσφέρεται ως ερευνητικό μέσο σύγκρισης των στοιχείων προσωπικότητας ατόμων, που ανήκουν σε ανεξάρτητα δείγματα.

Μελετήθηκε η ανύψωση των κλιμάκων, κλινικών και αξιοπιστίας, καθώς και οι τιμές T των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI, που χρησιμοποιήθηκαν.

Ακολουθήθηκε η μέθοδος της μελέτης των Μέσων Τιμών T των Διαγραμμάτων Προσωπικότητας με την επισήμανση των δύο και τριών πρώτων υψηλότερων κλινικών κλιμάκων κάθε διαγράμματος, που αποτελούν τους κωδικούς διψήφιους και τριψήφιους αριθμούς και ταξινομήθηκε στη συνέχεια το σύνολο των διψήφιων και τριψήφιων κωδικών αριθμών που προέκυψε. Οι διάφοροι συνδυασμοί των κωδικών αριθμών που προέκυψαν, αναλύονται και ερμηνεύονται στα κωδικά συγγράμματα, που διευκολύνουν τον κλινικό στην ερμηνεία του διαγράμματος.

Εκτός από τους διψήφιους και τριψήφιους κωδικούς μελετήθηκαν επίσης και οι κλίμακες χωριστά. Τέλος σχηματίστηκε το Μέσο Διάγραμμα προσωπικότητας, χωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες. Το Μέσο Διάγραμμα δείχνει το μέσο όρο της ανύψωσης κάθε κλίμακας χωριστά. Η συνένωση των σημείων του μέσου όρου κάθε κλίμακας, δίνει το Μέσο Διάγραμμα.

Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και η μελέτη της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος, έγιναν στην πρώτη επαφή (προσέλευση) του ατόμου στο Σ.Σ. με αίτημα βοήθειας για απεξάρτηση.

Τα ευρήματα που προέκυψαν ταξινομήθηκαν συγκριτικά και ακολούθησε στατιστική ανάλυση και συγκριτική αξιολόγηση.

Για τη στατιστική ανάλυση των διάφορων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε το t-test two tails κριτήριο (t-test διπλής κατεύθυνσης) για ποσοτικές μεταβλητές και το χ^2 -κριτήριο για τις ποιοτικές μεταβλητές. Έγινε επίσης logistic regression ανάλυση των δεδομένων για τη συσχέτιση των ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών του ερευνητικού δείγματος της μελέτης.

Στη συγκριτική μελέτη των ομάδων του δείγματος, εκτός από τη σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, καθώς και των στοιχείων της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν και κάποιες ερευνητικές κλίμακες του MMPI, οι οποίες περιγράφονται στη συνέχεια, μαζί με τις κλινικές κλίμακες και τις κλίμακες αξιοπιστίας της ψυχομετρικής δοκιμασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ**

ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ - INTAKE

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΕΠΑΝΕΡΧΟΜΕΝΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΟΝΟΜΑ ΕΞΕΤΑΣΤΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΧΡΗΣΤΗ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΠΕΡΙΟΧΗ/ΝΟΜΟΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΓΕΜΕΝΟΣ ΑΡ.ΠΑΙΔ.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ:

ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΧΡΗΣΗ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ:

ΟΥΣΙΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ

ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΤΩΝ
ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:

ΟΥΣΙΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ	ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ (ΧΡΟΝΙΑ)

1. ΟΥΣΙΑ 2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ 3. ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ 4. ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΤΗ 5. ΑΓΝΙΣΤΟ	1. ΦΟΡΑ/ΕΒΔ. 2. ΦΟΡΟΣ/ΕΒΔ. 3. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 4. ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΣΧΥΕΙ ΤΩΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΩ ΜΗΝΑ 5. ΑΓΝΙΣΤΟ
--	--

ΑΙΤΗΜΑ:

ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

- ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ
- ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ/ΣΥΖΥΓΟ
- ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
- ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
- ΑΛΛΟ ΚΙΝΗΤΡΟ

- ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ
- ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΕΣ
- 1.
- 2.
- 3.



Η Ψυχομετρική εκτίμηση της προσωπικότητας στη διαδικασία εκτίμησης των ψυχολογικών παραμέτρων, γίνεται στην παρούσα μελέτη, με την ψυχομετρική δοκιμασία (test) προσωπικότητας MMPI.

Το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) είναι μια ψυχομετρική δοκιμασία (test) που πρωτοεκδόθηκε από το πανεπιστήμιο της Minnesota το 1943 και η μετάφραση και στάθμισή του έχει γίνει σε περισσότερες από 50 χώρες.

Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται η ελληνική έκδοση του MMPI. Η στάθμιση του MMPI στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1981 και τον Ν. Μάνο το 1982. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη δοκιμασία MMPI του κ. Μάνου (1982).

Ο εξεταζόμενος απαντά με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ σε 566 διαπιστώσεις - ερωτήσεις. Οι απαντήσεις αυτές βαθμολογούνται με βάση τα δέκα "κλειδιά βαθμολόγησης", που αντιστοιχούν σε δέκα κλινικές κλίμακες.

Οι δέκα κλινικές κλίμακες είναι οι εξής:

1. Υποχονδρίαση
2. Κατάθλιψη
3. Υστερία
4. Ψυχοπαθητικότητα
5. Ανδροπρέπεια - Θηλυπρέπεια
6. Παρανοϊκότητα
7. Ψυχασθένεια
8. Σχιζοφρένεια
9. Υπομανία
10. Κοινωνική Ενδοστρέφεια

Υπάρχουν και τέσσερις άλλες κλίμακες ελέγχου της αξιοπιστίας του εξεταζόμενου και κατά συνέπεια άλλα τέσσερα "κλειδιά" βαθμολόγησης.

Όλες οι κλίμακες, κλινικές και ελέγχου της αξιοπιστίας, αναφέρονται με μια συντόμευση και οι κλινικές κλίμακες και με έναν κωδικό αριθμό (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.
Βασικές Κλίμακες του MMPI

Όνομασία Κλίμακας	Συντόμευση	Κωδικός Αριθμός
<u>Κλίμακες ελέγχου αξιοπιστίας</u>		
ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΩ (CANNOT SAY)	- ?	
ΨΕΥΔΟΣ (LIE)	- L	
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (VALIDITY)	- F	
ΔΙΟΡΘΩΣΗ (CORRECTION)	- K	
<u>Κλινικές Κλίμακες</u>		
ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ (HYPOCHONDRIASIS)	- Hs	1
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (DEPRESSION)	- D	2
ΥΣΤΕΡΙΑ (HYSTERIA)	- Hy	3
ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (PSYCHOPATHIC DEVIATE)	- Pd	4
ΑΝΔΡΟΠΡΕΠΕΙΑ - ΘΗΛΥΠΡΕΠΕΙΑ (MASCULINITY - FEMININITY)	- Mf	5
ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΤΗΤΑ (PARANOIA)	- Pa	6
ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ (PSYCHASTHENIA)	- Pt	7
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (SCHIZOPHRENIA)	- Sc	8
ΥΠΟΜΑΝΙΑ (HYROMANIA)	- Ma	9
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΕΙΑ (SOCIAL INTROVERSION)	- Si	10

Η καταμέτρηση των απαντήσεων ξεχωριστά για κάθε κλίμακα οδηγεί στις αρχικές ή ακατέργαστες τιμές των κλιμάκων. Οι ακατέργαστες τιμές σημειώνονται στην ειδική περιοχή του εντύπου αποτύπωσης διαγράμματος της προσωπικότητας. Πέντε κλίμακες έχουν δύο ακατέργαστες τιμές, χωρίς τη διόρθωση K και με την προσθήκη της διόρθωσης.

Υπάρχουν διαφορετικά έντυπα για τον άνδρα και για την γυναίκα. (Πίνακες 4,5).



ΠΙΝΑΚΑΣ 4

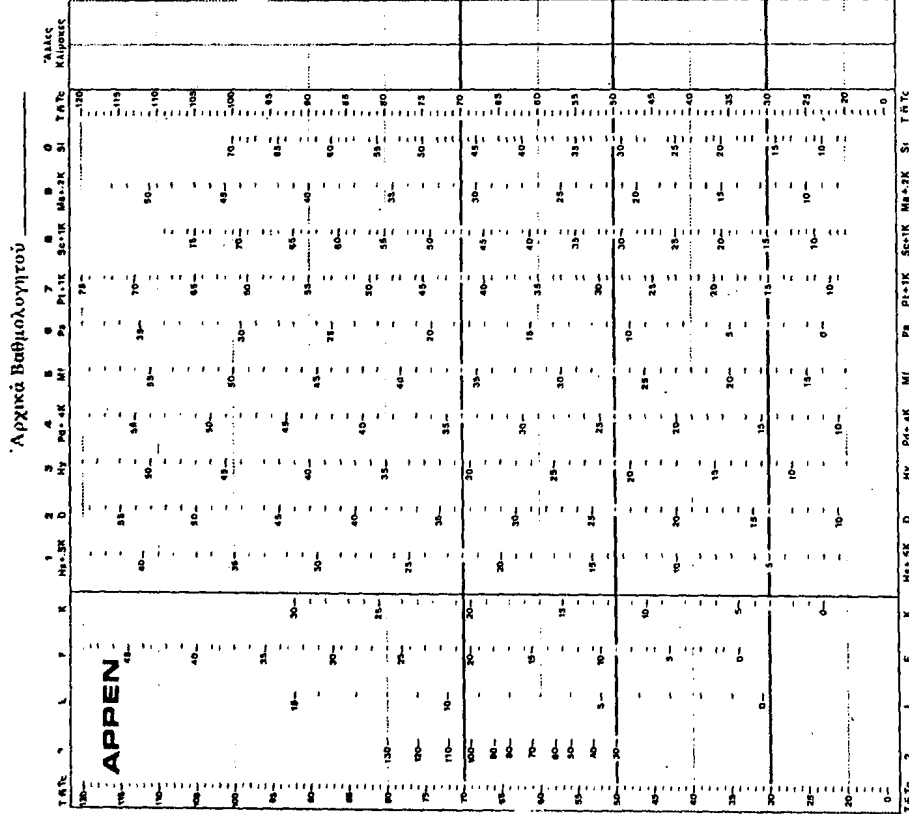
Μ Μ Ρ Ι

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Α

 ΑΡΡΕΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____
 ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ _____ ΗΛΙΚΙΑ _____
 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ _____ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ _____
 ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ _____



Κλίμακα του Κ

Κ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
30	15	12	16	14	18	11	13	17	10	19	14	16	12	18	15	13	17	11	14	16	12
20	10	8	12	11	14	7	9	13	6	15	10	12	8	14	11	9	13	7	10	12	8
10	5	4	6	5	8	3	5	7	2	9	5	6	4	8	5	4	7	3	5	6	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ασθένεια _____
 Επί _____
 Ασθένεια του Κ _____
 Ασθένεια του Κ _____

Translated and Adapted by Permission, Copyright 1943, renewed 1970
 by the University of Minnesota. Published by the Psychological
 Corporation, New York, N.Y., U.S.A. All rights reserved.
 Μετάφραση και Προσαρμογή Νίκου Μάνου

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΜΜΡΙ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____
 ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ _____ ΗΛΙΚΙΑ _____
 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ _____ ΠΑΡΑΓΟΜΠΗ _____
 ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ _____

Αρχικά Βαθμολογητού _____

ΤΑΞΗ	ΑΡΧΙΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΤΟΥ												ΑΡΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
Α
Β
Γ
Δ
Ε
ΣΤ
Ζ
Η
Θ
Κ
Λ
Μ
Ν
Ξ
Ο
Π
Ρ
Σ
Τ
Υ
Φ
Χ
Ψ
Ω

Κλάσματα του Κ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
100	101	102	103	104	105	106	107	108	109
110	111	112	113	114	115	116	117	118	119
120	121	122	123	124	125	126	127	128	129
130	131	132	133	134	135	136	137	138	139
140	141	142	143	144	145	146	147	148	149
150	151	152	153	154	155	156	157	158	159
160	161	162	163	164	165	166	167	168	169
170	171	172	173	174	175	176	177	178	179
180	181	182	183	184	185	186	187	188	189
190	191	192	193	194	195	196	197	198	199
200	201	202	203	204	205	206	207	208	209

Ασπίδα
 Γραμμάτι
 Αποτίμηση

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Η ακατέργαστη τιμή αποτυπώνεται με ένα σημείο σε ανάλογο ύψος της κάθε κλίμακας χωριστά. Η συνένωση με μια γραμμή των σημείων αυτών που αντιστοιχούν στις ανυψώσεις των κλιμάκων, αποτελεί το διάγραμμα προσωπικότητας.

Ο εξεταστής εκτιμά τη σχηματική διαμόρφωση που παρουσιάζουν όλες οι κλίμακες μαζί και μελετά τη σχέση των κλιμάκων μεταξύ τους. Οι κωδικοί αριθμοί άλλωστε, δίνουν τη δυνατότητα μετατροπής του διαγράμματος σε κώδικα δύο, τριών ή περισσότερων αριθμών. Μπορούν έτσι να ταξινομηθούν και να συγκριθούν πολλά διαγράμματα μαζί.

Στην ερμηνεία του διαγράμματος, αυτό που έχει σημασία, δεν είναι τόσο η απόλυτη τιμή της ανύψωσης μιας κλίμακας, αλλά κυρίως ο συνδυασμός της ανύψωσης δύο, τριών ή περισσότερων κλιμάκων.

Η κλίμακα ? (Δεν Μπορώ Να Πω), που ζητείται από τον εξεταζόμενο να μην αφήσει περισσότερες από 10 ερωτήσεις αναπάντητες και συνήθως οι εξεταζόμενοι ακολουθούν την οδηγία αυτή. Αλλιώς, η δοκιμασία μπορεί να είναι αναξιόπιστη.

Η κλίμακα L (Ψεύδος), αποτελείται από 15 ερωτήσεις - διαπιστώσεις που συνήθως η ειλικρινής απάντηση που λαμβάνει κάποιος είναι ΝΑΙ. Άτομα που επιθυμούν να δώσουν μια ευνοϊκή εικόνα εαυτού, απαντούν συνήθως ΟΧΙ. Η υψηλή τιμή στην κλίμακα L σημαίνει είτε σκόπιμη αλλοίωση του αποτελέσματος της δοκιμασίας προς τη θετική πλευρά (ψευδώς θετικό), είτε αμυντικότητα κατά τη συμπλήρωση της δοκιμασίας προσωπικότητας.

Η κλίμακα F (Αξιοπιστία), αποτελείται από 64 ερωτήσεις - διαπιστώσεις και ελέγχει την αξιοπιστία των απαντήσεων του ερωτώμενου, σε επίπεδο κατανόησης των ερωτήσεων της δοκιμασίας. Η υψηλή τιμή της κλίμακας F σημαίνει, είτε ότι δεν έχει κατανοήσει ο εξεταζόμενος τις ερωτήσεις, είτε ότι υπάρχει σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, γεγονός που μπορεί να διαπιστωθεί από τη σύγκριση με άλλες κλινικές κλίμακες και την διαγνωστική κλινική συνέντευξη, είτε και "ως κραυγή για βοήθεια" από άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.

Η κλίμακα K (Διόρθωση), μετρά τη στάση του εξεταζόμενου απέναντι στη δοκιμασία και σχετίζεται με τις κλίμακες L και F, σχετικά με την αμυντικότητά του απέναντι στη δοκιμασία. Υψηλή τιμή της κλίμακας K δείχνει

μεγάλη αμυντικότητα, ενώ χαμηλή τιμή της K δείχνει ειλικρίνεια και έντονη αυτοκριτική του εξεταζόμενου.

Επίσης η κλίμακα K χρησιμεύει και ως Διόρθωση στις τιμές των κλινικών κλιμάκων Hs, Pd, Pt, Sc και Ma, όπου χρησιμοποιείται ένα μέρος ή ολόκληρη η τιμή της K.

Η κλίμακα Hs (Υποχονδρίαση), αποτελείται από ερωτήσεις που αναφέρονται σε σωματικά ενοχλήματα, είτε αυτά αφορούν πραγματικά οργανικά προβλήματα είτε ενοχλήματα υποχονδριακά ψυχολογικής αιτιολογίας. Υψηλή τιμή στην κλίμακα Hs υποδηλώνει, ενασχολήσεις του ατόμου με ζητήματα της σωματικής του υγείας, συνήθως ψυχολογικής αιτιολογίας και διαφέρουν από τις ενασχολήσεις υστερικού τύπου διότι είναι λιγότερο σαφή και δεν αποβλέπουν σε δευτερογενή οφέλη.

Η χαμηλή τιμή της κλίμακας Hs υποδηλώνει άτομα που δεν ασχολούνται με σωματικά ενοχλήματα, όπως συμβαίνει συνήθως με έφηβους, είτε άτομα που δεν παραδέχονται ότι νιώθουν κάποιες ενοχλήσεις και αρνούνται την εμφάνισή τους.

Η κλίμακα D (Κατάθλιψη) δημιουργήθηκε από τις απαντήσεις ατόμων που είχαν τη διάγνωση κάποιας καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής ή την επίγνωση κάποιας σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής. Η υψηλή τιμή της κλίμακας D δείχνει άτομο που έχει μειωμένη διάθεση, στεναχωριέται εύκολα και έχει μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Επίσης, στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η υψηλή τιμή της D με υψηλή τιμή της κλίμακας Pt, είναι σοβαρή ένδειξη για κίνδυνο αυτοκτονίας.

Η χαμηλή τιμή της κλίμακας D δείχνει άτομο αισιόδοξο και με καλή διάθεση γενικά.

Η κλίμακα Hy (Υστερία) όταν εμφανίζει υψηλή τιμή, εντοπίζει άτομα που αναπτύσσουν συμπτώματα μετατροπής, δηλαδή εμφανίζουν κλινική εικόνα σωματικών συμπτωμάτων (παραλύσεις, γαστρεντερικές διαταραχές κ.λ.π.) χωρίς κάποιας μορφής οργανική αιτιολογία. Όταν η υψηλή τιμή της Hy συνδυάζεται με υψηλή τιμή της κλίμακας Hs και χαμηλή τιμή της κλίμακας D, τότε έχουμε την "Νευρωσική Τριάδα" ή το V μετατροπής στο διάγραμμα προσωπικότητας.



Η χαμηλή τιμή της κλίμακας Hy δείχνει άτομο που αναπτύσσει κοινωνικές σχέσεις και ικανοποιείται από την κοινωνική συνδιαλλαγή.

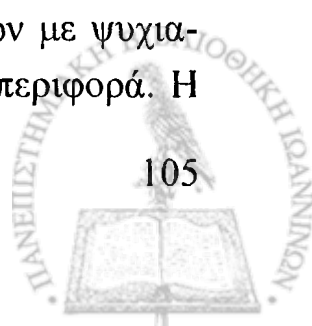
Η κλίμακα Pd (Ψυχοπαθητικότητα) είναι ενδεικτική ατόμων που δεν σέβονται τα κοινωνικά ήθη, δεν αναπτύσσουν και διατηρούν στενές συναισθηματικές σχέσεις και δεν διδάσκονται από τα λάθη τους. Συνήθως εμπλέκονται σε παράνομες πράξεις ή εμφανίζουν κατάχρηση ουσιών ή σεξουαλικών παρεκκλίσεων. Υψηλή τιμή στην κλίμακα Pd εκτός από τις παραπάνω περιπτώσεις, μπορεί να συναντήσουμε και σε έφηβους που εμπλέκονται σε κάποια παραπτώματα. Η κλίμακα Pd δείχνει ότι υπάρχει σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή όταν η ανυψωμένη τιμή της, συνδέεται με αντίστοιχες ανυψώσεις των κλιμάκων Pa, Sc και Ma, ενώ σε φυσιολογικές περιπτώσεις η ανύψωση συναντάται σε συνδυασμό μόνον με την Sc και σε ηπιότερες περιπτώσεις σε συνδυασμό με τις ανυψώσεις των κλιμάκων Hs, D, Hy και Mf.

Η κλίμακα Mf (Ανδροπρέπεια – Θηλυπρέπεια) δείχνει την ταύτιση με το φύλο και τον σεξουαλικό ρόλο και προσανατολισμό του ατόμου που απαντά στη δοκιμασία. Επίσης, είναι ενδεικτική η κλίμακα της ευαισθησίας και του προσανατολισμού του ατόμου προς επαγγελματικές ή άλλες ασχολίες ενδιαφερόντων.

Η κλίμακα Pa (Παρανοϊκότητα) δείχνει άτομα που εμφανίζουν παρανοϊκή ιδεασμό ή παρανοϊκού τύπου αντιδράσεις. Είναι ενδεικτική η κλίμακα, ύπαρξης σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων όταν εμφανίζονται υψηλές τιμές αλλά και στην αντίθετη περίπτωση της εμφάνισης πολύ χαμηλών τιμών των απαντήσεων.

Η κλίμακα Pt (Ψυχοσθένεια) κάνει φανερή την ομοιότητα του ερωτώμενου με άτομα που είναι ψυχιατρικοί ασθενείς και εμφανίζουν διάφορες φοβίες ή καταναγκαστική συμπεριφορά. Επίσης, αποκαλύπτονται τα ψυχαναγκαστικά στοιχεία της προσωπικότητας του εξεταζόμενου. Η υψηλή τιμή της κλίμακας Pt σε συνδυασμό με υψηλή τιμή της κλίμακας Sc είναι ενδεικτική σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, ενώ η συσχέτιση με την υψηλή τιμή της κλίμακας D προτρέπει τον κλινικό να λάβει σοβαρά υπόψη του τον κίνδυνο αυτοκτονίας του ατόμου.

Η κλίμακα Sc (Σχιζοφρένεια) εξετάζει την ομοιότητα ατόμων με ψυχιατρικούς ασθενείς που εμφανίζουν παράξενη και ασυνήθιστη συμπεριφορά. Η



υψηλή τιμή της κλίμακας Sc αν και δεν εξετάζεται μόνη της αλλά σε συνδυασμό με τις άλλες κλίμακες, μας παραπέμπει σε πολύ σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και είναι φρόνιμο να συνδυάζεται η ερμηνεία του διαγράμματος και με την κλινική διαγνωστική συνέντευξη.

Η κλίμακα Ma (Υπομανία) δείχνει άτομα ενθουσιώδη, εξωστρεφή με έντονη ενεργητικότητα και δραστηριότητα σε διάφορες κατευθύνσεις. Η υψηλή τιμή στην κλίμακα Ma και η εκτίμηση της δράσης ως φυσιολογικής ή παθολογικής κρίνεται εκ του αποτελέσματος και από τον συνδυασμό των ανυψώσεων άλλων κλιμάκων της δοκιμασίας, όπως ο συνδυασμός με την ανύψωση στην κλίμακα Pd είναι ένδειξη Διπολικής I διαταραχής (Μανιακό Επεισόδιο), ή σε συνδυασμό με την ανύψωση των κλιμάκων Ma και D ή Ma και Hs αποτελεί ένδειξη διαταραχής οργανικής αιτιολογίας.

Η χαμηλή τιμή στην κλίμακα Ma, όταν αναφέρεται σε άτομα που δεν εμφανίζουν κάποια ψυχολογικά προβλήματα, αποτελεί ένδειξη για άτομα αξιόπιστα και με φυσιολογική συμπεριφορά, ενώ σε ψυχιατρικούς ασθενείς αποτελεί ένδειξη ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και μειωμένου κινδύνου αυτοκτονίας.

Η κλίμακα Si (Κοινωνική Ενδοστρέφεια) είναι ενδεικτική της εξωστρέφειας και της εμπλοκής του ατόμου σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ομαδικού τύπου ενασχολήσεις, ή αντίθετα της ενδοστρέφειας της απάθειας και της αποφυγής της εμπλοκής και επαφής με άλλους. Η υψηλή τιμή στην κλίμακα Si δείχνει την ενδοστρέφεια, ενώ η χαμηλή τιμή την εξωστρέφεια.

Όλες οι τιμές των κλιμάκων, κλινικών και αξιοπιστίας, που αναφέρθηκαν παραπάνω, ερμηνεύονται σε συνδυασμό με τις ανυψώσεις ή τις χαμηλές τιμές και όχι καθεμιά χωριστά, για να έχουμε έγκυρα αποτελέσματα και εκτιμήσεις της προσωπικότητας των εξεταζόμενων.

Στη συγκριτική μελέτη των ομάδων του δείγματος, εκτός από τη σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων, καθώς και των στοιχείων της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν και κάποιες ερευνητικές κλίμακες του MMPI, οι οποίες περιγράφονται στη συνέχεια.

Η στάθμιση των ερευνητικών κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και άλλων 90 περίπου, έγινε από τον κ. Μάνο (1985) σε αντιπροσωπευτικό



δείγμα ελληνικού πληθυσμού, με σκοπό τη χρήση και διεξαγωγή μελετών από επιστήμονες ερευνητές ψυχικής υγείας με ερευνητικό αντικείμενο την προσωπικότητα των Ελλήνων.

Η κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (*Ego Strength (Es) scale*) δημιουργήθηκε από τον Barron (1953) ειδικά για να προβλέψει την αντίδραση των νευρωτικών ασθενών στην ατομική ψυχοθεραπεία. Οι 68 Es ερωτήσεις (items) της κλίμακας λήφθηκαν εμπειρικά από τις 566 ερωτήσεις (items) του MMPI, συγκρίνοντας τις συχνότητες αντίδρασης 17 ασθενών, για τους οποίους διαπιστώθηκε ξεκάθαρα, πως είχαν σαφή βελτίωση μετά από 6 μήνες ψυχοθεραπεία, με τις συχνότητες 16 ασθενών, για τους οποίους διαπιστώθηκε επίσης, πως δεν εμφάνισαν βελτίωση μετά από ψυχοθεραπεία παρόμοιας διάρκειας.

Οι ερωτήσεις της κλίμακας *Es* αφορούν την φυσική λειτουργικότητα, την στάση των ατόμων απέναντι στη θρησκεία και την ηθική, την μοναχικότητα, καθώς και την προσωπική επάρκεια και ικανότητα να αντιμετωπίζουν φοβίες και άγχη. Είναι η κλίμακα όπου, οι υψηλότερες τιμές δείχνουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση.

Υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι το αποτέλεσμα στην κλίμακα *Es* τείνει προς υψηλές τιμές, ως αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας, ή τις διαδικασίες θεραπείας.

Ο Lewinsohn (1965) έχει αναφέρει ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα *Es*, από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδό τους. Επίσης έχει αναφερθεί ότι τα άτομα που επιτυγχάνουν υψηλές τιμές στην κλίμακα *Es*, είναι περισσότερο συνειδητοποιημένοι στις εσωτερικές τους συγκρούσεις, από αυτούς που επιτυγχάνουν χαμηλές τιμές.

Περίληπτικά, ένα άτομο με υψηλές επιδόσεις στην κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (*Es*), βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση και δεν αντιμετωπίζει σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα. Ακόμη και άτομα που αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα και εμφανίζουν υψηλές τιμές στην κλίμακα της Δύναμης του Εγώ, φαίνεται πως τα προβλήματα αυτά είναι περιστασιακά παρά χρόνια, ότι το άτομο έχει ψυχολογικά αποθέματα τα οποία μπορούν να έλθουν στην επιφάνεια για να τον/την βοηθήσουν, να λύσει τα προβλήματα και ότι η πρόγνωση για θετική έκβαση και αλλαγή στην



ψυχοθεραπεία ή την συμβουλευτική, είναι καλή (Barron 1953, Dahlstrom και συν. 1975, Graham 1977, Duckworth και συν. 1994).

Σχετικά με τα άτομα που είναι εξαρτημένοι από διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες, υπάρχουν αναφορές (Dahlstrom και συν. 1975, Graham 1977, Duckworth και συν. 1994), ότι επιτυγχάνουν χαμηλές τιμές στην κλίμακα της Δύναμης του Εγώ, υποθέτοντας πως υπάρχουν περιορισμένα αποθέματα δύναμης, για την αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων τους και του άγχους.

Συνήθως επιτυγχάνουν υψηλές τιμές στις ερευνητικές κλίμακες του MMPI, όπως στην *Pd1 (Familiar Discord) της Οικογενειακής Ασυμφωνίας*, στην *Pd2 (Authority Problems) της Σύγκρουσης με τις Αρχές και την Εξουσία*, και στην *Pd4A (Social Alienation) της Κοινωνικής Αποξένωσης*, που είναι υποκλίμακες του Harris (1968), καθώς και στην κλίμακα *AUT (Authority Conflict) Σύγκρουση με την Εξουσία* και στην κλίμακα *FAM (Family Problems) Οικογενειακά Προβλήματα*. Αυτές οι υψηλές τιμές στις παραπάνω ερευνητικές κλίμακες δείχνουν, πως οι εξαρτημένοι έχουν θυελλώδεις οικογενειακές σχέσεις, είναι ανυπάκουοι στις οικογενειακές αρχές και νιώθουν απομονωμένοι κοινωνικά (Graham 1977, Duckworth και συν. 1994), γεγονός που επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη ερευνητική προσπάθεια στο τμήμα αποκατάστασης εξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ. (Ζλατάνος 2001).

Ενώ έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες για να χρησιμοποιηθούν οι ερωτήσεις του MMPI και να διαμορφωθούν κλίμακες για την αναγνώριση των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων, εντούτοις καμία από τις προσπάθειες αυτές δεν υπήρξε ιδιαίτερα επιτυχής (MacAndrew 1965, Graham 1977, Duckworth και συν. 1994).

Σχετικά με την κλίμακα *Αλκοολισμού του MacAndrew's (MacAndrew's Alcoholism scale items)*, υπάρχουν κάποια κλινικά επιχειρήματα, ότι η κλίμακα αυτή μπορεί να είναι ευαίσθητη και κατάλληλη και στις εξαρτήσεις από άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, εκτός του αλκοόλ. Ωστόσο, αν και δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες σχετικά με την αξιοπιστία της εν λόγω κλίμακας, για την αναγνώριση των εξαρτημένων ή αυτών που δυνητικά μπορεί να εξαρτηθούν, ο Dalstrom και συν. (1975), παρουσίασε ένα λεπτομερή κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών, που αναφέρονται στη σχέση μεταξύ του αλκοολισμού και



της εξάρτησης από άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες και τη στάση - συμβολή του MMPI, στη διερεύνηση των καταστάσεων αυτών.

Με βάση λοιπόν την σχέση των εξαρτησιογόνων ουσιών γενικά, με την εξάρτηση, χρησιμοποιήθηκε η εν λόγω κλίμακα, καθώς και οι παρακάτω κλίμακες και υποκλίμακες του Harris (1968) που ανιχνεύουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συμπεριφοράς, που συναντώνται πολύ συχνά, στα άτομα που είναι εξαρτημένα από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Η κλίμακα MacAndrew's Alcoholism scale αποτελείται από 51 ερωτήσεις (items) του ερωτηματολογίου του MMPI (Μάνος 1982).

Στην ερευνητική κλίμακα *D1 (Subjective Depression)*, που αναφέρεται στην *Υποκειμενική Αίσθηση Κατάθλιψης*, τα άτομα που εμφανίζουν υψηλές τιμές (high scores), αναφέρουν ότι νιώθουν δυστυχισμένοι ή καταθλιπτικοί τον περισσότερο καιρό, με μειωμένη ενεργητικότητα για να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές τους υποχρεώσεις και έλλειψη ενδιαφέροντος για ότι συμβαίνει γύρω τους.

Νιώθουν νευρικοί ή σε ένταση τον περισσότερο καιρό και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε κάτι που κάνουν ή να επικεντρώσουν την προσοχή τους. Έχουν ελαττωμένη όρεξη για φαγητό και πρόβλημα στον ύπνο και δηλώνουν ότι κλαίει συχνά.

Νιώθουν επίσης άχρηστοι και υποδεέστεροι από τους άλλους, χωρίς αυτοπεποίθηση και πληγώνονται εύκολα από την κριτική που υφίστανται. Έχουν την τάση να αποφεύγουν την αλληλεπίδραση με άτομα που δεν είναι συγγενείς ή στενοί φίλοι και αισθάνονται άβολα και ντροπή όταν εκτίθενται σε κοινωνικές καταστάσεις.

Στην περίπτωση που κάποιο άτομο απ' αυτά νοσηλεύεται, είναι πιθανόν η διάγνωση να είναι Καταθλιπτική Νεύρωση.

Στην κλίμακα *D1* τα άτομα που εμφανίζουν χαμηλές τιμές (low scores), δηλώνουν ότι νιώθουν χαρούμενοι και ικανοποιημένοι, με ενδιαφέρον για ότι συμβαίνει στο περιβάλλον τους και κινητοποιημένοι στα κοινά. Αρνούνται ότι βρίσκονται σε ένταση, ότι έχουν δυσκολίες στον ύπνο και το φαγητό και ότι κλαίει συχνά, όπως επίσης και ότι έχουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και την προσοχή.

Είναι άτομα με αυτοπεποίθηση και επιδιώκουν να είναι μαζί με άλλους ανθρώπους και ότι νιώθουν άνετα στις διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις.

Η κλίμακα D1 αποτελείται από 32 ερωτήσεις (items) του MMPI (Graham 1977, Dalstrom και συν. 1975, Duckworth και συν. 1994).

Η ερευνητική κλίμακα *Dy (Dependency)* της *Εξάρτησης* δημιουργήθηκε από τον Navran (1954) με στόχο να ερευνησει τις δυνάμεις των αναγκών της Εξάρτησης. Οι 57 ερωτήσεις (items) συνδέθηκαν μεταξύ τους, με τρόπο ώστε να δείχνουν, ότι οι υψηλές τιμές (high scores) φανερώνουν ισχυρότερη εξάρτηση. Η *Dy scale* σχετίζεται με προβλήματα όπως, η έλλειψη κατανόησης, η αναποφασιστικότητα, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η ιδιαίτερη ευαισθησία στην αντίδραση των άλλων, τα παράπονα για σωματικά ενοχλήματα, η ντροπαλότητα σε κοινωνικές εκδηλώσεις και ανησυχίες για θέματα θρησκευτικής ή ηθικής φύσεως.

Διάφορες έρευνες που έγιναν από τον Navran (1954) με σκοπό την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ερευνητικής κλίμακας, έδειξαν ότι οι ασθενείς επιτυγχάνουν υψηλότερες τιμές (scores) από τους υγιείς. Σε περίπτωση δε, που οι τιμές δεν συμβαδίζουν με τη συμπεριφορά ή τα άλλα αποδεικτικά στοιχεία της εξάρτησης, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει αμφιταλάντευση στο άτομο σχετικά με την ανάγκη του για εξάρτηση.

Γενικά, οι υψηλές τιμές στην κλίμακα της Εξάρτησης σχετίζονται με την γενική ψυχολογική δυσπροσαρμοστικότητα του ατόμου.

Στην κλίμακα *Dy*, οι υψηλές τιμές (high scores), είναι ενδεικτικές ατόμων, που έχουν ισχυρές ανάγκες εξάρτησης και δεν καλύπτονται επαρκώς. Τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν ισχυρά συναισθηματικά προβλήματα, που οδηγούν σε αίσθημα δυσφορίας και δυστυχίας.

Στην κλίμακα *Dy*, οι χαμηλές τιμές (low scores) σχετίζονται με άτομα, που έχουν, γενικά, ικανοποιητική ψυχολογική προσαρμογή. Θεωρούμε και εδώ, ότι ένα άτομο που εμφανίζει χαμηλές τιμές στην κλίμακα της Εξάρτησης, αλλά παρόλα αυτά δείχνει εξαρτητική συμπεριφορά, ότι υπάρχει αμφιταλάντευση με την ανάγκη του για εξάρτηση.

Γενικά, τα άτομα με χαμηλές τιμές στην εν λόγω κλίμακα, αρνούνται τις ισχυρές εξαρτητικές ανάγκες και δεν είναι υπερβολικά ευαίσθητοι στις αντιδράσεις των άλλων. Κατά πάσα πιθανότητα είναι άτομα με ικανοποιητική



ψυχολογική προσαρμογή, έχουν αυτοπεποίθηση και είναι χαρούμενοι (Navran 1954, Graham 1977, Dalstrom και συν. 1975, Duckworth και συν. 1994).

Η ερευνητική κλίμακα *SOC (Social Maladjustment)* της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής, αφορά την θέση και στάση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Οι 26 ερωτήσεις (items) του MMPI που αντιστοιχούν στην κλίμακα της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής, αποκαλύπτουν την διαπροσωπική συνδιαλλαγή του ατόμου μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο.

Στην κλίμακα SOC οι υψηλές τιμές (high scores) αποτελούν ένδειξη ενός ατόμου ντροπαλού, που δεν νιώθει άνετα σε διάφορες κοινωνικές συνθήκες και έχει την τάση να είναι μαζεμένο και σιωπηλό. Συνήθως έχει αυτοσυνείδηση και τείνει να "ενδοσκοπεί". Στις περιπτώσεις που έχουμε ψυχιατρικούς ασθενείς, συνήθως τα άτομα αυτά αναφέρουν αισθήματα δυσθυμίας και κατάθλιψης και εμφανίζονται πιο ήσυχοι και συνεσταλμένοι από άλλους ασθενείς.

Στην κλίμακα SOC οι χαμηλές τιμές (low scores) είναι ενδεικτικές ατόμου εξωστρεφούς, που είναι αξιαγάπητο και δοτικό στους άλλους και φαίνεται ότι αποτελεί την "ψυχή της παρέας". Έχει τη δυνατότητα να σχετίζεται με ευκολία με άλλα άτομα, είναι κοινωνικό και δεν δυσκολεύεται να μιλήσει ή να εκφράσει τη γνώμη του μπροστά στα μέλη της ομάδας (Graham 1977, Dalstrom και συν. 1975, Duckworth και συν. 1994).

Η ερευνητική κλίμακα *MAS (Manifest Anxiety)* με τις πενήντα (50) ερωτήσεις – διαπιστώσεις που αντιστοιχούν στην κλίμακα, αναφέρεται στο *Εκδηλο Άγχος* ανάλογα με το ύψος της τιμής επίδοσης του ατόμου.

Η υψηλή τιμή στην κλίμακα MAS σημαίνει ότι το άτομο έχει έντονη συναισθηματική δυσανεξία, δηλαδή έλλειψη άνεσης, σε καταστάσεις που περικλείουν έντονο άγχος. Σε αυτού του είδους τις συνθήκες το άτομο νιώθει άγχος, ένταση και είναι πιθανό να εμφανίσει φυσιολογικές αλλαγές όπως, αυξημένη εφίδρωση καθώς και αύξηση των καρδιακών παλμών. Αντιλαμβάνεται το περιβάλλον σαν να είναι εχθρικό και νιώθει ότι τον καθορίζουν δυνάμεις που αδυνατεί να ελέγξει. Δίνει έμφαση στο παρόν περισσότερο παρά στο μέλλον και οι προσδοκίες του καθορίζονται από άμεσες εμπειρίες του παρελθόντος.

Το άτομο που επιτυγχάνει υψηλή τιμή στην κλίμακα MAS μπορεί να τα πάει καλά σε απλές ασκήσεις παρουσίασης, αλλά "μπλοκάρει" σε πιο σύνθετες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα, στην εργασία. (Taylor 1953).

Γενικά, ένα άτομο με υψηλή τιμή στην κλίμακα MAS εμφανίζει τα εξής:

- Αναφέρει πολλές φυσικές ή σωματικές διαταραχές.
- Είναι τον περισσότερο καιρό σε ένταση – ανησυχία.
- Εμφανίζει δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Έχει μειωμένη αυτοεκτίμηση.
- Είναι υπερβολικά ευαίσθητο στις αντιδράσεις των άλλων.
- Νιώθει δυστυχισμένο και άχρηστο.

Στην ερμηνεία εμφάνισης των χαμηλών τιμών στην ερευνητική κλίμακα MAS (Low MAS Scores) αναφέρονται τα εξής:

Η χαμηλή τιμή δείχνει ένα άτομο, που δεν νιώθει ιδιαίτερα άσχημα σε καταστάσεις έντονου άγχους. Παραμένει ήρεμο και νιώθει ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Σε περίπλοκες συνθήκες μάθησης, το άτομο που εμφανίζει χαμηλή τιμή στην κλίμακα MAS, αναμένεται ότι θα αποδώσει καλύτερα από κάποιο άλλο άτομο που εμφανίζει υψηλή τιμή.

Αντίθετα, το άτομο με χαμηλή τιμή επίδοσης στη MAS κλίμακα, δείχνει ότι έχει αυτοπεποίθηση και δεν αντιμετωπίζει φυσικά ή σωματικά ενοχλήματα.

Η ερευνητική κλίμακα *DEP της Κατάθλιψης* (Wiggins 1966) με τις τριάντα τρεις (33) ερωτήσεις – διαπιστώσεις που διαθέτει, ανάλογα με τις τιμές επίδοσης του ατόμου, μπορούμε να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα, σε συνδυασμό με την κλινική κλίμακα της Κατάθλιψης του MMPI και την ερευνητική κλίμακα DI που αφορά την Υποκειμενική αίσθηση Κατάθλιψης του ατόμου.

Η επίτευξη υψηλής τιμής στην εν λόγω ερευνητική κλίμακα δείχνει άτομο που είναι:

- Κλινικά Καταθλιπτικό.
- Βιώνει ενοχή, μετάνοια, ανησυχία, δυστυχία.
- Νοιώθει ότι η ζωή έχει χάσει το νόημά της.
- Δεν έχει έντονο κίνητρο να επιδιώξει και να επιτύχει στόχους.
- Εμφανίζει δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Νιώθει άγχος και φοβάται το μέλλον.



- Νιώθει ότι, οι άλλοι δεν το καταλαβαίνουν.
- Είναι πεπεισμένο πως δεν αξίζει τίποτα και πιστεύει ότι πρέπει να τιμωρηθεί.
- Εάν είναι ψυχιατρικός ασθενής, είναι πιθανόν να εμφανίζει διαταραχές στη σκέψη, σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι οι άλλοι ασθενείς, να είναι αργός στις κινήσεις του και νωθρός και να μιλά ή να απευθύνεται στον εαυτό του.

Η επίτευξη χαμηλής τιμής στην ίδια ερευνητική κλίμακα, δείχνει άτομο που:

- Εμφανίζει τον εαυτό του ως άτομο χαρούμενο και ικανοποιημένο από τη ζωή του.
- Κινητοποιείται από τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Ατενίζει το μέλλον με αισιοδοξία.
- Αρνείται ότι έχει άγχος, ότι ανησυχεί και ότι έχει κατάθλιψη.
- Έχει αυτοεκτίμηση.
- Αν είναι ψυχιατρικός ασθενής, είναι πιθανό να εμφανίζει ευερεθιστότητα και ανυπομονησία σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τους άλλους ασθενείς.
- Επίσης σε ψυχιατρικούς ασθενείς, είναι λιγότερο πιθανό να νιώθουν άγχος, κατάθλιψη ή να έχουν κινητική επιβράδυνση.

Η ερευνητική κλίμακα MOR με τις είκοσι τρεις (23) ερωτήσεις – διαπιστώσεις που διαθέτει, αναφέρεται στο *Φτωχό Ηθικό* του ατόμου (Wiggins 1966), ανάλογα με τις τιμές που επιτυγχάνει στη δοκιμασία και έχουμε τη δυνατότητα να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Η υψηλή τιμή στην κλίμακα MOR δείχνει άτομο που:

- Δεν έχει αυτοπεποίθηση
- Νιώθει ότι έχει αποτύχει στη ζωή του
- Είναι πνιγμένο από συναισθήματα αχρηστίας και απόγνωσης
- Είναι απαισιόδοξο για το μέλλον και έχει παραιτηθεί από κάθε ελπίδα
- Αρνείται να αντιμετωπίσει δυσκολίες και ευθύνες
- Είναι ευαίσθητο στις αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων
- Επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικά υποβόλιμος)

- Νιώθει ότι το έχουν παρεξηγήσει, αλλά δεν δείχνει τα συναισθήματά του που δηλώνουν φόβο μήπως προσβάλλει τον άλλον
- Αν είναι ψυχιατρικός ασθενής, είναι περισσότερο πιθανόν να εμφανίσει παρανοϊκή συμπτωματολογία και αποδιοργάνωση στην αντιληπτική λειτουργία, καχυποψία και εχθρότητα, σε σχέση με τους άλλους ασθενείς.

Η χαμηλή τιμή στην κλίμακα MOR δείχνει άτομο που:

- Έχει αυτοπεποίθηση
- Αντιμετωπίζει τις δυσκολίες και αναλαμβάνει υπευθυνότητες
- Δεν στηρίζεται στους άλλους για επιβεβαίωση
- Συχνά εμφανίζεται κάπως αναισθητο στα συναισθήματα των άλλων
- Μοιάζει να κατευθύνεται από εσωτερικά κίνητρα και όχι από την κοινωνία
- Νιώθει επιτυχημένο στις διάφορες δραστηριότητες
- Αισιοδοξεί για το μέλλον
- Αν είναι ψυχιατρικός ασθενής, είναι λιγότερο πιθανόν να εμφανίσει παρανοϊκή συμπτωματολογία, σε σχέση με τους άλλους ασθενείς.

Η ερευνητική κλίμακα HOS με τις είκοσι επτά (27) ερωτήσεις – διαπιστώσεις, αναφέρεται στην *Εκδηλη Εχθρικότητα προς τους άλλους* (Wiggins 1966) που διαπιστώνεται από την υψηλή ή χαμηλή επίδοση του ατόμου στις ερωτήσεις της κλίμακας.

Η εμφάνιση υψηλής τιμής στην κλίμακα HOS δείχνει άτομο που:

- Υποκρύπτει έντονη εχθρότητα και αντιδραστικότητα
- Συνήθως εκφράζει αρνητισμό με παθητικό και έμμεσο τρόπο, π.χ με το να πειράζει ζώα και ανθρώπους, με το να μην είναι συνεργάσιμος και με το να είναι κριτικός στις ατέλειες των άλλων
- Σιχάινεται να το εκμεταλλεύονται
- Σιχάινεται τις απαιτήσεις που έχουν οι άλλοι από τον ίδιο
- Είναι αντεκδικητικό στις διαπροσωπικές του σχέσεις
- Είναι άμεσο και αμφισβητίας
- Είναι ανταγωνιστικό και κοινωνικά επιθετικό.

Η εμφάνιση χαμηλής τιμής στην κλίμακα HOS δείχνει άτομο που:



- Δεν παραδέχεται ότι νιώθει αισθήματα εχθρότητας – επιθετικότητας
- Δεν κριτικάρει ή απεχθάνεται στα πλαίσια των διαπροσωπικών του σχέσεων
- Θεωρείται από τους άλλους ότι είναι "εύκολος" για να σχετιστεί μαζί του κάποιος και επίσης κάπως παθητικός.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν δύο ακόμη ερευνητικές κλίμακες του MMPI που αναφέρονται, η μεν πρώτη *DaS στην Κατάχρηση Ουσιών (Drug Abuse)* και η δεύτερη *He στην Εξάρτηση από την Ηρωίνη (Heroin Addiction)*, (W.G. Dahlstrom και συν. 1975).

Η ερευνητική κλίμακα DaS με τις 36 ερωτήσεις – διαπιστώσεις, διερευνά εάν το άτομο που εξετάζεται κάνει κατάχρηση διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η διαπίστωση αυτή επιτυγχάνεται εξετάζοντας την επίδοση του ατόμου στην εν λόγω ερευνητική κλίμακα. Η υψηλή τιμή δείχνει ότι γίνεται κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών από το άτομο, ενώ αντίθετα η χαμηλή τιμή στην εν λόγω ερευνητική κλίμακα, απομακρύνει την πιθανότητα.

Η ερευνητική κλίμακα He με τις 57 ερωτήσεις – διαπιστώσεις, διερευνά εάν το άτομο που εξετάζεται, είναι εξαρτημένο από την Ηρωίνη.

Η διαπίστωση επιτυγχάνεται, αντίστοιχα, ανάλογα με την επίδοση του ατόμου στην εν λόγω κλίμακα, όπου η υψηλή τιμή δείχνει ότι υπάρχει εξάρτηση από Ηρωίνη, ενώ αντίθετα η χαμηλή τιμή απομακρύνει την πιθανότητα αυτή.

Οι τελευταίες δύο ερευνητικές κλίμακες στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων και διαπιστώσεων, θα είναι περισσότερο χρήσιμο να συνεκτιμώνται και σε συνδυασμό με την ερευνητική κλίμακα Αλκοολισμού του MacAndrew's.

Τέλος, θεωρείται χρήσιμο να αναφερθούμε περιληπτικά στην αξιοπιστία, τις εφαρμογές και τη στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό της δοκιμασίας MMPI.

Στη διάρκεια των ετών που εφαρμόζεται η δοκιμασία MMPI, έχει υποστεί και περάσει από ορισμένες δοκιμασίες ελέγχου της αξιοπιστίας του. Οι δοκιμασίες αυτές είναι:

- A) *Η δοκιμασία εξέτασης – επανεξέτασης*, που αφορά την υποβολή στην δοκιμασία των ίδιων ατόμων με την μεσολάβηση χρονικού διαστήματος μεταξύ των εξετάσεων. Στις δοκιμασίες αυτές (εξέτασης – επανεξέτασης) οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονταν από 70 έως 93 στις διάφορες κλίμακες του MMPI και χαρακτηρίστηκαν ως ιδιαίτερα ικανοποιητικοί (Hathaway και McKinley 1942, Cottle 1950, Holzberg και Alessi 1949).
- B) *Πρόβλεψη της κλινικής διάγνωσης*, που αφορά στην σύμπτωση της ανύψωσης της αντίστοιχης κλίμακας της δοκιμασίας MMPI με την κλινική διάγνωση της διαταραχής σε περισσότερες των 60% των νέων περιστατικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι ανυψώσεις των κλινικών κλιμάκων είναι ενδεικτικές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου (McKinley και Hathaway 1943).
- Γ) *Παραγοντική ανάλυση*, που αναφέρεται στους σταθερούς παράγοντες που είχαν τις υψηλότερες φορτίσεις, μετά από αλληπάλληλες μετρήσεις που έγιναν σε δείγματα πληθυσμού φυσιολογικού και παθολογικού. Οι παράγοντες αυτοί είναι, Α του ψυχωτισμού, Β του υπερβολικού ελέγχου, C της κοινωνικής ενδοστρέφειας και D της ανδροπρέπειας – θηλυπρέπειας. Οι υψηλές φορτίσεις των παραγόντων προλέγουν την κλινική διάγνωση, όταν συνυπολογίζονται με το βαθμό ανύψωσης και άλλων σχετικών κλινικών κλιμάκων (Butcher και Pancheri 1976).
- Δ) *Ανάλυση διακριτικής λειτουργίας*, που αφορά την διαπολιτισμική χρήση του MMPI, διότι απεδείχθη σε αλληπάλληλες περιπτώσεις, που άτομα από διαφορετικές χώρες και πολιτισμικά δεδομένα, έχοντας την ίδια διαγνωστική κλινική εκτίμηση, εμφάνιζαν παρόμοιο διάγραμμα προσωπικότητας στη δοκιμασία του MMPI. Αυτό αποδεικνύει την αξιοπιστία καθώς και την διαπολιτισμική χρήση της εν λόγω δοκιμασίας (Butcher και Pancheri 1976). Σύμφωνα δε, με την άποψη των (Hathaway και McKinley 1967), η σημαντικότερη ίσως απόδειξη της αξιοπιστίας της δοκιμασίας, είναι η ικανότητα του MMPI να εστιάζεται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κλινικά χαρακτηριστικά του ατόμου που συνήθως συμπίπτουν με την κλινική διαγνωστική εκτίμηση του επαγγελματία (ψυχιάτρου, ψυχολόγου) ψυχικής υγείας.



Η μετάφραση του MMPI έγινε με συγκεκριμένη μεθοδολογία, όπου χρησιμοποιήθηκαν δίγλωσσα άτομα που υποβλήθηκαν στη δοκιμασία. Η αξιοπιστία της μεθοδολογίας της μετάφρασης της δοκιμασίας ελέγχθηκε με τη μέθοδο της εξέτασης – επανεξέτασης των δίγλωσσων.

Για τη στάθμιση της δοκιμασίας MMPI στον ελληνικό πληθυσμό χρησιμοποιήθηκαν 255 άνδρες και 257 γυναίκες, ηλικίας από 16 έως 65 ετών και μέση ηλικία τα 25 έτη. Το δείγμα που συμμετείχε στη στάθμιση της δοκιμασίας είχε μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον 15 έτη. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε στον ηλεκτρονικό υπολογιστή UNIVAC 1100 της Φυσικομαθηματικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με προγράμματα που παραχώρησε ο J.N. Butcher του Πανεπιστημίου της Minnesota. (Μάνος 1980).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης των ομάδων, όπως καθορίστηκαν και αναφέρονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 6.1. Υλικό της Μελέτης, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα και η στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των Δημογραφικών χαρακτηριστικών και στη συνέχεια των Στοιχείων της Προσωπικότητας με την σύγκριση και στατιστική αξιολόγηση των διαγραμμάτων της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

7.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο) των ομάδων της μελέτης εμφανίζονται στους Πίνακες 6-11.

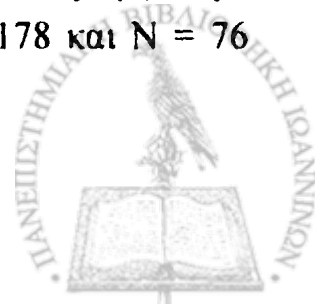
Π Ι Ν Α Κ Α Σ 6.

Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος Ανεξάρτητα από την Συμπλήρωση ή Όχι της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI, ως προς το Φύλο, Ηλικία & Εύρος Ηλικιών

N = 364	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 110		Διέκοψαν Θ.Κ. N = 178		Απεβίωσαν N = 76	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
N	99	11	147	31	70	6
%	90%	10%	82,6%	17,4%	92,1%	7,9%
Μ. Ηλικία	29,7 ± 6,03		28,6 ± 5,3		28,2 ± 6,3	
Εύρος Ηλ	18 ↔ 51		18 ↔ 48		18 ↔ 51	

Τα άτομα που αποτελούν τις τρεις ομάδες της μελέτης, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το φύλο, τον μέσο όρο της ηλικίας τους ανά ομάδα, καθώς και το εύρος των ηλικιών στις επί μέρους ομάδες, όπως φαίνεται στον πίνακα N^ο 6.

Η στατιστική σύγκριση ως προς το φύλο στις τρεις ομάδες εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας των N = 178 και N = 76



($X^2 = 3,879$, B.E = 1, $p < 0,05$), ενώ δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, στις άλλες δύο συγκρίσεις των ομάδων $N = 110$ και $N = 178$ ($X^2 = 3$, B.E = 1, $p < 0,10$) και $N = 110$ και $N = 76$ ($X^2 = 0,239$, B.E = 1, $p < 0,90$).

Η στατιστική σύγκριση σχετικά με τον μέσο όρο ηλικίας των τριών ομάδων δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική ($N = 110$ & $N = 178$, B.E = 286, $t = 1,574$, $p < 0,20$, $N = 110$ & $N = 76$, B.E = 184, $t = 1,62$, $p < 0,20$, $N = 178$ & $N = 76$, B.E = 252, $t = 0,485$, $p < 0,90$).

Στον πίνακα Ν° 6 φαίνεται επίσης το εύρος των ηλικιών των ατόμων, στις τρεις ομάδες της μελέτης.

Στον πίνακα Ν° 7 εμφανίζονται τα στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων των ομάδων της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος Ανεξάρτητα από την Συμπλήρωση ή Όχι της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI, ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση						
Σύνολο N = 364	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 110		Διέκοψαν Θ.Κ. N = 178		Απεβίωσαν N = 76	
Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Άγαμοι	74 74,7%	8 72,7%	116 78,9%	26 83,8%	53 75,7%	5 83,3%
Έγγαμοι	13 13,1%	2 18,1%	17 11,5%	3 9,6%	11 15,7%	0
Διαζευγμένοι	12 12,1%	1 9,0%	14 9,5%	0	4 5,7%	1 16,6%
Χήρου/ες	0	0	0	2 6,4%	1 1,4%	0
Άγνωστο	0	0	0	0	1 1,4%	0
Σύνολο	99 99,9%	11 99,8%	147 99,9%	31 99,8%	70 99,9%	6 99,9%

Στη στατιστική σύγκριση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των τριών ομάδων της μελέτης, δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων ($X^2 = 3,955$, B.E = 6, $p < 0,90$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων $N = 110$ και $N = 178$ δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($X^2 = 2,921$, B.E = 3, $p < 0,50$) όπως και η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων $N = 110$ και $N = 76$ δεν



εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 2,800$, B.E = 3, $p < 0,50$), καθώς επίσης και η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων $N = 178$ και $N = 76$ δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 0,697$, B.E = 3, $p < 0,90$).

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 8.

Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος Ανεξάρτητα από την Συμπλήρωση ή Όχι της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI, ως προς την Εκπαίδευση

Εκπαίδευση						
Σύνολο N = 364	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 110		Διέκοψαν Προγρ. Θ.Κ. N = 178		Απεβίωσαν N = 76	
Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
≤ 6 έτη	13 13,1%	1 9,0%	15 10,2%	1 3,2%	16 22,8%	2 33,3%
6 – 9 έτη	43 43,4%	3 27,2%	76 51,7%	10 32,2%	27 38,5%	1 16,6%
9 – 12 έτη	37 37,3%	5 45,4%	45 30,6%	15 48,4%	23 32,8%	2 33,3%
> 12 έτη	5 5,0%	2 18,2%	8 5,4%	4 12,9%	3 4,3%	1 16,6%
Άγνωστο	1 1,0%	0	3 2,0%	1 3,2%	1 1,4%	0
Σύνολο	99 99,8%	11 99,8%	147 99,9%	31 99,9%	70 99,8%	6 99,8%

Ως προς την εκπαίδευση των ατόμων που απαρτίζουν τις τρεις ομάδες εμφανίζεται διαφορά στατιστικά ασαφώς σημαντική ($\chi^2 = 11,288$, B.E = 6, $p < 0,10$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων $N = 110$ και $N = 178$ δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά, αντίθετα θα μπορούσαμε να πούμε, ότι οι δύο ομάδες ως προς την εκπαίδευση είναι παρόμοιες ($\chi^2 = 1,934$, B.E = 3, $p < 0,90$).

Μεταξύ των ομάδων $N = 110$ και $N = 76$ δεν εμφανίζεται διαφορά στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 3,891$, B.E = 3, $p < 0,30$), ενώ μεταξύ των ομάδων $N = 178$ και $N = 76$ εμφανίζεται διαφορά στατιστικώς πολύ σημαντική ($\chi^2 = 10,297$, B.E = 3, $p < 0,02$) και αυτό φαίνεται να οφείλεται στις δύο πρώτες κατηγορίες εκπαίδευσης, όπου εμφανίζεται και ποσοστιαία (%) μεγάλη διαφορά.

Η στατιστική σύγκριση στις δύο κατηγορίες εκπαίδευσης ≤ 6 έτη και 6-9 έτη μεταξύ των ομάδων $N = 178$ και $N = 76$, έδειξε στατιστικώς πολύ



σημαντική διαφοροποίηση ($X^2 = 9,847$, B.E = 1, $p < 0,01$), ιδιαίτερα δε στην κατηγορία εκπαίδευσης ≤ 6 έτη, η ομάδα N = 76 αν και αριθμητικά πολύ μικρότερη, εντούτοις περισσότερα άτομα ανήκουν σε αυτή την κατηγορία εκπαίδευσης, από την ομάδα με N = 178 άτομα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 9.

Δημογραφικά Στοιχεία του Δείγματος που Συμμετείχε στην Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI, ως προς το Φύλο, Ηλικία & Εύρος Ηλικιών

N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78		Δεν Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 107		Απεβίωσαν N = 50	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
N	68	10	86	21	48	2
%	87,2%	12,8%	80,3%	19,6%	96%	4%
Μέση Ηλικία	29,5 ± 5,1		28,9 ± 5,1		28,8 ± 6,5	
Εύρος Ηλικίας	19 ↔ 40		19 ↔ 45		18 ↔ 51	

Τα άτομα που αποτελούν τις τρεις ομάδες της συγκριτικής μελέτης και έχουν υποβληθεί στην ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το φύλο, τον μέσο όρο της ηλικίας τους ανά ομάδα, καθώς και το εύρος των ηλικιών στις επί μέρους ομάδες, όπως φαίνεται και στον πίνακα N^ο 9.

Η στατιστική σύγκριση ως προς το φύλο των τριών ομάδων δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων N = 78 και N = 107 ($X^2 = 1,497$, B.E = 1, $p < 0,30$), ενώ εμφανίζεται ασαφής διαφορά μεταξύ των ομάδων N = 78 και N = 50 ($X^2 = 2,790$, B.E = 1, $p < 0,10$).

Στατιστικώς πολύ σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, εμφανίζεται μεταξύ των ομάδων N = 107 και N = 50 ($X^2 = 6,654$, B.E = 1, $p < 0,01$).

Η στατιστική σύγκριση σχετικά με τον μέσο όρο ηλικίας των τριών ομάδων του ερευνητικού δείγματος της μελέτης δεν εμφανίζει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική (N = 78 & N = 107, B.E = 183, $t = 0,790$, $p < 0,50$, N = 78 & N = 50, B.E = 126, $t = 0,644$, $p < 0,90$, N = 107 & N = 50, B.E = 155, $t = 0,095$, $p < 0,90$).

Στον πίνακα N^ο 9 φαίνεται επίσης το εύρος των ηλικιών των ατόμων, στις τρεις ομάδες της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

Δημογραφικά Στοιχεία του Δείγματος που Συμμετείχε στην Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI, ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση						
Σύνολο N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78		Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107		Απεβίωσαν N = 50	
Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Άγαμοι	51 75,0%	7 70,0%	65 75,6%	17 80,9%	35 72,9%	2 100%
Έγγαμοι	9 13,2%	2 20,0%	10 11,6%	2 9,5%	8 16,6%	0
Διαζευγμ.	8 11,7%	1 10,0%	11 12,8%	0	5 10,4%	0
Χήροι	0	0	0	2 9,5%	0	0
Άγνωστο	0	0	0	0	0	0
Σύνολο	68 99,9%	10 100%	86 100%	21 99,9%	48 99,9%	2 100%

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της μελέτης δεν εμφανίζει καμία διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που τις απαρτίζουν ($\chi^2 = 3,196$, B.E = 6, $p < 0,90$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων N = 78 & N = 107 δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,642$, B.E = 3, $p < 0,50$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων N = 78 & N = 50 δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική, οι δύο ομάδες είναι παρόμοιες ($\chi^2 = 0,129$, B.E = 3, $p > 0,1$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων N = 107 & N = 50 δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική, οι δύο ομάδες είναι παρόμοιες ($\chi^2 = 1,636$, B.E = 3, $p < 0,90$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

Δημογραφικά Στοιχεία του Δείγματος που Συμμετείχε στην Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI, ως προς την Εκπαίδευση

Εκπαίδευση						
Σύνολο N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78		Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107		Απεβίωσαν N = 50	
Φύλο	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
≤ 6 έτη	8 11,7%	1 10%	7 8,1%	0	10 20,8%	0
6 - 9 έτη	30 44,1%	2 20%	47 54,6%	9 42,8%	21 43,7%	1 50%
9 - 12 έτη	25 36,7%	5 50%	25 29,0%	6 28,6%	16 33,3%	0
> 12 έτη	4 5,9%	2 20%	6 6,9%	4 19,0%	1 2,0%	1 50%
Άγνωστο	1 1,5%	0	1 1,1%	2 9,5%	0	0
Σύνολο	68 99,9%	10 100%	86 99,7%	21 99,9%	48 99,8%	2 100%

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της μελέτης δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εκπαίδευση ($X^2 = 9,455$, B.E = 6, $p < 0,20$).

Μεταξύ των ομάδων N = 78 και N = 107 δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($X^2 = 3,872$, B.E = 3, $p < 0,30$), όπως επίσης και μεταξύ των ομάδων N = 78 και N = 50 ($X^2 = 2,530$, B.E = 3, $p < 0,50$).

Η σημαντικότερη διαφορά εμφανίζεται μεταξύ των ομάδων N = 107 και N = 50, η οποία είναι στατιστικά ασαφής ($X^2 = 7,509$, B.E = 3, $p < 0,10$). Η όποια διαφορά προφανώς οφείλεται στην κατηγορία εκπαίδευσης ≤ 6 έτη, όπου οι αποθανόντες αν και λιγότεροι στο σύνολο, από τους μη ολοκληρώσαντες το πρόγραμμα της Θ.Κ, είναι αριθμητικά περισσότεροι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

Στοιχεία που Αφορούν τη Χρήση Ουσιών, ως προς την Ηλικία και Ουσία Έναρξης και το Εύρος Διάρκειας της Χρήσης του Δείγματος που Συμμετείχε στην Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI

Σύνολο N = 235	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78	Διέκοψαν Πρόγραμμα Θ.Κ. N = 107	Απεβίωσαν N = 50
Ηλικία Έναρξης & Διάρκεια Χρήσης	16,6 ± 3,3 12 ↔ 32	16,1 ± 2,2 12 ↔ 30	15,8 ± 3,1 10 ↔ 30
Ουσία Έναρξης			
Χασίς	51 65,4%	69 64,4%	23 46%
Χάπια	18 23,0%	25 23,3%	16 32%
Σιρόπια	2 2,5%	7 6,5%	3 6%
Ηρωίνη	5 6,4%	5 4,6%	6 12%
Κοκαΐνη	1 1,3%	0 0,0%	0 0%
LSD	1 1,3%	1 0,9%	0 0%
Βενζίνη	0 0,0%	0 0,0%	2 4%
Σύνολο	78 99,9%	107 99,7%	50 100%

Η στατιστική σύγκριση των τριών ομάδων ως προς τον μέσο όρο της ηλικίας έναρξης της χρήσης ουσιών, δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική μεταξύ των τριών ομάδων της ερευνητικής μελέτης (N = 78 & N = 107, B.E = 183, t = 1,162, p < 0,30, N = 78 & N = 50, B.E = 126, t = 1,388, p < 0,20, N = 107 & N = 50, B.E = 155, t = 0,615, p < 0,90). Οι δύο ομάδες N = 107 & N = 50 εμφανίζονται παρόμοιες, ως προς τον μέσο όρο ηλικίας έναρξης της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σχετικά με την ουσία έναρξης της χρήσης η στατιστική σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της μελέτης δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 8,639$, B.E. = 6, p < 0,30). Για τη στατιστική σύγκριση των τριών ομάδων της μελέτης ως προς την ουσία έναρξης της χρήσης, έγινε ομαδοποίηση κάποιων ουσιών μεταξύ τους.

Η ομαδοποίηση αφορά κυρίως τις φαρμακευτικές ουσίες, χάπια και σιρόπια, που ταξινομήθηκαν μαζί ως ουσία έναρξης χρήσης, την ηρωίνη με την κοκαΐνη, ως ουσίες που χαρακτηρίζονται ως "σκληρά ναρκωτικά" και LSD με



τη βενζίνη ως ουσίες με παραισθησιογόνο δράση κατά τη χρήση, ενώ η κάνναβη συγκρίνεται μόνη της. Έχουμε λοιπόν τέσσερις κατηγορίες ουσιών κατά τη στατιστική σύγκριση.

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των δύο μεγάλων ομάδων της μελέτης $N = 78$ και $N = 107$, δεν εμφανίζει διαφορά στατιστικά σημαντική ($X^2 = 3,346$, B.E. = 3, $p < 0,50$). Δεν εμφανίζεται επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά και μεταξύ των ομάδων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θ.Κ. $N = 78$ και της ομάδας των ατόμων που έχουν αποβιώσει $N = 50$ ($X^2 = 5,080$, B.E. = 3, $p < 0,20$), ενώ εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων που δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θ.Κ. $N = 107$ και των ατόμων που έχουν αποβιώσει $N = 50$ ($X^2 = 9,639$, B.E. = 3, $p < 0,05$) και αυτό φαίνεται να οφείλεται κυρίως στην χρήση της ηρωίνης, όπου η ουσία εμφανίζεται ως ουσία έναρξης σε ποσοστό υπερδιπλάσιο αριθμό αποθανόντων, από ότι στην άλλη κατηγορία.

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ του συνόλου των ζώντων ατόμων $N = 78 + 107 = 185$, με τα άτομα της ομάδας που έχουν αποβιώσει $N = 50$, εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την ουσία έναρξης της χρήσης ($X^2 = 7,823$, B.E. = 3, $p < 0,05$), και αυτό φαίνεται να οφείλεται στην μεγάλη ποσοστιαία διαφορά της χρήσης ηρωίνης ως ουσίας έναρξης στους αποθανόντες, καθώς και στη χρήση της κάνναβης ως ουσία έναρξης, που εμφανίζεται σε σημαντικά μικρότερη ποσοστιαία αναλογία από ότι στο σύνολο των ζώντων.

7.2. Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI

Στην επεξεργασία των διαγραμμάτων προσωπικότητας του MMPI εξαιρούνται εξ αρχής, τα στατιστικώς αναξιόπιστα διαγράμματα προσωπικότητας, δηλαδή όσα έχουν $F > 70$ και $L, K < 40$ σε συνδυασμό με περισσότερες από έξι (6) κλινικές κλίμακες υψηλότερες από $T = 70$ (Ψευδές Θετικό), όπως και το αντίστροφο $F < 40$ και $K, L > 70$ και έξι (6) τουλάχιστον κλινικές κλίμακες χαμηλότερα από $T = 45$ (Ψευδές Αρνητικό).

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια επιλογής βρέθηκαν από την ομάδα των ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας 86 έγκυρα διαγράμματα προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

Τα παραπάνω έγκυρα διαγράμματα αφορούν εβδομήντα έξι 76 (88,4%) άνδρες και δέκα 10 (11,6%) γυναίκες.

Στην δεύτερη ομάδα των ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν και διέκοψαν την παραμονή τους στην θεραπευτική κοινότητα, σε κάποια χρονική στιγμή πριν από την ολοκλήρωση της διάρκειας των δώδεκα (12) μηνών, βρέθηκαν 117 έγκυρα διαγράμματα προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

Τα παραπάνω έγκυρα διαγράμματα αφορούν ενενήντα έξι 96 (82%) άνδρες και είκοσι μία 21 (18%) γυναίκες.

Η αναλογία ως προς το φύλο στις δύο ομάδες της μελέτης, που αποτελεί την αρχική ερευνητική υπόθεση, όπως προαναφέρθηκε, δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($\chi^2 = 1,530$, B.E = 1, $p < 0,30$).

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI στις κλίμακες αξιοπιστίας και τις κλινικές κλίμακες, μετά την μετατροπή των ακατέργαστων τιμών των κλιμάκων σε T τιμές και έτσι μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν στο σύνολο των ατόμων των ομάδων ανεξάρτητα από το φύλο. Στην περίπτωση μη μετατροπής των τιμών και χρήση των ακατέργαστων τιμών, θα πρέπει να συγκριθούν και αξιολογηθούν χωριστά οι άνδρες και οι γυναίκες και δεν μπορούμε να έχουμε αποτελέσματα στο σύνολο των ατόμων των ομάδων.

Με τον ίδιο τρόπο έγινε μετατροπή των τιμών, σε όλες τις συγκρίσεις των ομάδων της ερευνητικής συγκριτικής μελέτης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

**Σύγκριση Τιμών T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI
μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν και αυτών που Διέκοψαν
το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας**

Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 86 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 117 Μέση τιμή & SD	P
Κλ. Αξιοπιστίας			
L	48,6 ± 9,6	47,9 ± 11,2	NS
F*	60,5 ± 12,6	64,4 ± 14,7	P < 0,05
K	46,2 ± 8,2	44,9 ± 9,4	NS
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	66,1 ± 13,4	69,6 ± 13,0	P < 0,10
D	64,0 ± 12,9	62,0 ± 11,6	NS
Hy	64,4 ± 11,5	65,2 ± 12,1	NS
Pd	66,2 ± 7,9	65,2 ± 9,7	NS
Mf	51,6 ± 10,7	48,7 ± 9,4	NS
Pa	64,0 ± 11,4	63,6 ± 11,4	NS
Pt	62,5 ± 10,2	62,9 ± 10,1	NS
Sc	62,5 ± 12,4	64,7 ± 12,4	NS
Ma	58,4 ± 10,0	60,2 ± 9,3	NS
Si	51,9 ± 10,4	52,9 ± 9,2	NS
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 71,3	615,6 ± 68,3	NS

* $p < 0,05$, t – student test, B.E = 201.

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων αξιοπιστίας και των κλινικών κλιμάκων στις δύο ομάδες της μελέτης, εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μόνο στην κλίμακα αξιοπιστίας F ($t = 2,016$, B.E = 201, $p < 0,05$), που η ομάδα των ατόμων που διέκοψαν το πρόγραμμα, παρουσιάζει υψηλότερη τιμή.

Στον πίνακα N^ο 14 που ακολουθεί, εμφανίζονται οι τιμές T των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη και αφορούν τις δύο ομάδες N = 86 και N = 117 άτομα.

Η στατιστική σύγκριση στις μέσες τιμές των ερευνητικών κλιμάκων των δύο ομάδων, δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε καμία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Πιθανόν να είναι χρήσιμο να αναφερθεί και ίσως προσφέρει κάποιο στοιχείο στη συζήτηση για τον συνδυασμό των ερευνητικών αποτελεσμάτων, η ασαφής στατιστική σημαντικότητα στην ερευνητική κλίμακα Dy ($t = 1,807, p < 0,10$), όπου τα άτομα της ομάδας που διέκοψε έχουν επιτύχει υψηλότερη μέση τιμή.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 14.

Σύγκριση Τιμών T των Ερευνητικών Κλιμάκων του MMPI μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν και αυτών που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 86 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 117 Μέση τιμή & SD	P
Es	35,2 ± 11,8	33,8 ± 10,7	NS
D1	64,3 ± 11,6	64,2 ± 11,1	NS
MacA	70,4 ± 10,6	71,1 ± 9,9	NS
Dy	58,0 ± 9,5	60,4 ± 8,6	P < 0,10
He	75,3 ± 10,7	74,9 ± 10,6	NS
DaS	93,0 ± 13,8	92,9 ± 14,1	NS
DEP	60,8 ± 9,7	61,4 ± 9,3	NS
MAS	60,2 ± 9,4	61,6 ± 9,0	NS
MOR	57,0 ± 9,6	58,8 ± 8,8	NS
SOC	51,0 ± 10,2	52,7 ± 8,8	NS
HOS	53,1 ± 9,2	55,5 ± 9,8	P < 0,10

t – student test, B.E = 201.

Στον πίνακα N° 15 εμφανίζονται συνολικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών T των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) του MMPI, των τριών ομάδων της συγκριτικής ερευνητικής μελέτης. Από τις δύο πρώτες ομάδες έχουν αφαιρεθεί οι ψυχομετρικές δοκιμασίες των ατόμων που έχουν αποβιώσει και έχουν συμπεριληφθεί στην ομάδα των αποθανόντων.



ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

Τιμές T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI των ατόμων που Ολοκλήρωσαν, αυτών που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θ.Κ. και αυτών που Απεβίωσαν σε κάποια χρονική στιγμή μετά την ένταξή τους στο πρόγραμμα απεξάρτησης

Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107	Απεβίωσαν N = 50
Κλίμ. Αξιοπιστίας	Μέση τιμή & SD	Μέση τιμή & SD	Μέση τιμή & SD
L	48,6 ± 9,8	47,9 ± 11,6	45,5 ± 7,5
F	60,1 ± 12,6	63,7 ± 14,3	70,5 ± 16,9
K	46,5 ± 8,1	45,3 ± 9,4	42,3 ± 8,4
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	65,2 ± 12,7	69,5 ± 12,9	71,5 ± 13,6
D	64,4 ± 11,2	61,8 ± 11,8	63,4 ± 13,3
Hy	64,3 ± 10,9	65,1 ± 12,4	65,5 ± 13,0
Pd	66,5 ± 8,0	65,2 ± 9,9	65,8 ± 8,2
Mf	52,3 ± 10,5	48,5 ± 9,6	48,1 ± 10,2
Pa	63,7 ± 11,5	63,2 ± 11,5	66,7 ± 11,9
Pt	62,9 ± 10,0	62,6 ± 10,4	64,1 ± 9,6
Sc	62,2 ± 12,4	64,0 ± 12,3	69,3 ± 13,1
Ma	58,0 ± 10,2	60,3 ± 9,1	63,1 ± 12,2
Si	52,0 ± 10,2	52,2 ± 9,0	56,1 ± 11,0
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 70,8	612,9 ± 69,8	633,7 ± 71,7

Στο σύνολο των τιμών των μέσων όρων των τριών ομάδων, έχουμε τη δυνατότητα να παρατηρήσουμε την ανύψωση κατά 2 – 7 μονάδες στην τρίτη ομάδα από τις δύο προηγούμενες, όπως και την αρκετά υψηλότερη μέση τιμή του συνόλου Sum των κλινικών κλιμάκων, ενώ η μέση τιμή Sum είναι σχεδόν ίδια στις δύο πρώτες ομάδες.

Όπως και προηγούμενα, στον πίνακα N^ο 16 εμφανίζονται συνολικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών T των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, των τριών ομάδων της συγκριτικής ερευνητικής μελέτης.



Από τις δύο πρώτες ομάδες έχουν αφαιρεθεί, οι ψυχομετρικές δοκιμασίες των ατόμων που έχουν αποβιώσει και έχουν συμπεριληφθεί στην ομάδα των αποθανόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.

Τιμές T των Ερευνητικών Κλιμάκων MMPI των ατόμων που Ολοκλήρωσαν, αυτών που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θ.Κ. και αυτών που Απεβίωσαν σε κάποια χρονική στιγμή μετά την ένταξή τους στο πρόγραμμα απεξάρτησης

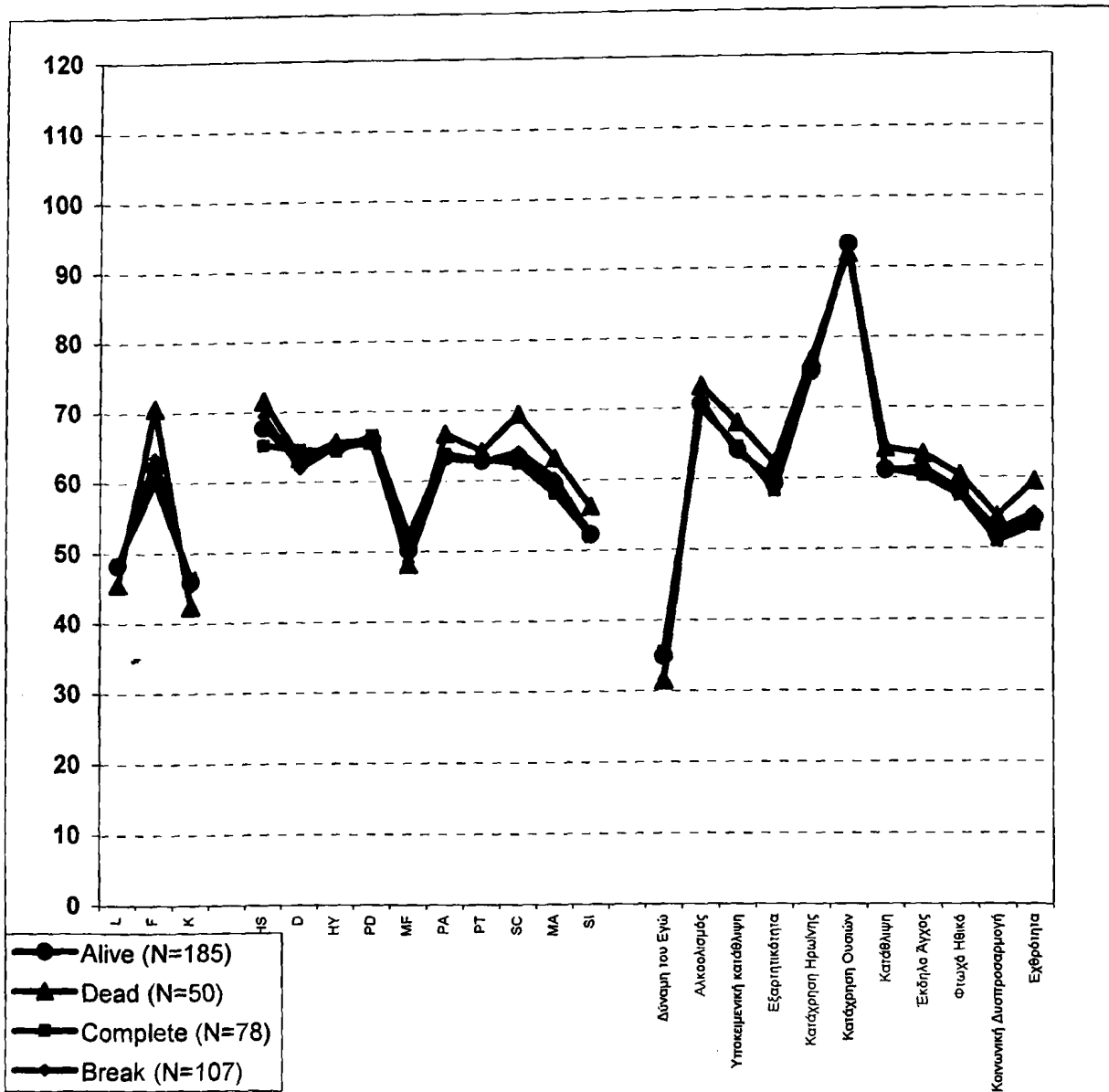
Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD
Es	34,4 ± 12,2	34,4 ± 10,5	31,4 ± 10,9
DI	64,5 ± 11,0	63,5 ± 11,3	67,9 ± 11,2
MacA	69,8 ± 10,5	71,0 ± 10,0	73,1 ± 8,9
Dy	58,2 ± 9,5	59,9 ± 8,7	62,1 ± 8,1
He	75,2 ± 10,9	75,1 ± 10,9	76,8 ± 9,7
DaS	93,4 ± 14,1	93,0 ± 14,3	91,9 ± 12,4
DEP	61,1 ± 9,6	60,9 ± 9,5	64,1 ± 9,5
MAS	60,2 ± 9,2	61,3 ± 9,1	63,3 ± 9,4
MOR	57,4 ± 9,4	58,2 ± 8,8	60,3 ± 9,9
SOC	50,9 ± 9,9	52,4 ± 8,8	54,5 ± 10,3
HOS	53,1 ± 9,1	54,9 ± 9,9	59,4 ± 11,2

Η συνολική παρουσίαση των μέσων τιμών των ερευνητικών κλιμάκων, δίνει τη δυνατότητα να παρατηρήσουμε, την ανύψωση των τιμών στις περισσότερες ερευνητικές κλίμακες στην τρίτη ομάδα, σε σχέση με τις άλλες δύο, εκτός από την ερευνητική κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (Es) όπου η μειωμένη ανύψωση σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες, είναι ένδειξη μειωμένης δύναμης του Εγώ.

Ενδιαφέρον προκαλεί, που θα συζητηθεί η μειωμένη ανύψωση της κλίμακας της Κατάχρησης Ουσιών (DaS), όπου η τρίτη ομάδα εμφανίζει χαμηλότερη μέση τιμή από τις άλλες δύο.



Σχήμα 1



Στον πίνακα N° 17 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις δύο ομάδες N = 78 & N = 107, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

Εμφανίζεται διαφορά με στατιστική σημαντικότητα στις κλινικές κλίμακες της Hs Υποχονδρίασης ($t = 2,239$, B.E = 183, $p < 0,027$) και της Mf Ανδροπρέπειας - Θηλυπρέπειας ($t = 2,498$, B.E = 183, $p < 0,012$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.

Σύγκριση Τιμών T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν και αυτών που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας, χωρίς τους Αποθανόντες

Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	P
Κλ. Αξιοπιστίας			
L	48,6 ± 9,8	47,9 ± 11,6	NS
F	60,1 ± 12,6	63,7 ± 14,3	P < 0,10
K	46,5 ± 8,1	45,3 ± 9,4	NS
Κλινικές Κλίμακες			
Hs *	65,2 ± 12,7	69,5 ± 12,9	P < 0,027
D	64,4 ± 11,2	61,8 ± 11,8	NS
Hy	64,3 ± 10,9	65,1 ± 12,4	NS
Pd	66,5 ± 8,0	65,2 ± 9,9	NS
Mf *	52,3 ± 10,5	48,5 ± 9,6	P < 0,012
Pa	63,7 ± 11,5	63,2 ± 11,5	NS
Pt	62,9 ± 10,0	62,6 ± 10,4	NS
Sc	62,2 ± 12,4	64,0 ± 12,3	NS
Ma	58,0 ± 10,2	60,3 ± 9,1	NS
Si	52,0 ± 10,2	52,2 ± 9,0	NS
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 70,8	612,9 ± 69,8	NS

t – student test, B.E = 183

Στην κλίμακα της Υποχονδρίας (Hs), τα άτομα της ομάδας που διέκοψε το πρόγραμμα, εμφανίζουν υψηλότερη τιμή από την ομάδα που ολοκλήρωσε, στοιχείο που υποδηλώνει, ότι τα άτομα αυτά παραπονούνται για σωματικά ενοχλήματα τα οποία συνήθως δεν εντοπίζονται εργαστηριακά ή κλινικά, ενώ η ανύψωση της κλίμακας πάνω από την τιμή T = 65 αποτελεί ένδειξη ψυχολογικής αιτιολογίας.

Στην κλίμακα της Ανδροπρέπειας – Θηλυπρέπειας (Mf), τα άτομα της ομάδας που διέκοψε εμφανίζουν χαμηλότερη μέση τιμή και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση από την ομάδα που ολοκλήρωσε.



Δεν θεωρείται τυχαίο λοιπόν, ότι τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας, έχουν εγκαταλείψει την προσπάθειά τους για ολοκλήρωση του προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης, εάν λάβουμε υπόψη μας την αίσθηση της δύναμης και του ανδρισμού, σε συνδυασμό με την ανωριμότητα της προσέγγισης της ζωής και της συμπεριφοράς τους, που φαίνεται από την ανυψωμένη Hs κλινική κλίμακα, σε σχέση με την ομάδα N = 78, που κατάφεραν να ολοκληρώσουν την προσπάθεια ψυχολογικής απεξάρτησης.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 18.

Σύγκριση Τιμών T των Ερευνητικών Κλιμάκων του MMPI μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν και αυτών που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας, χωρίς τους Αποθανόντες

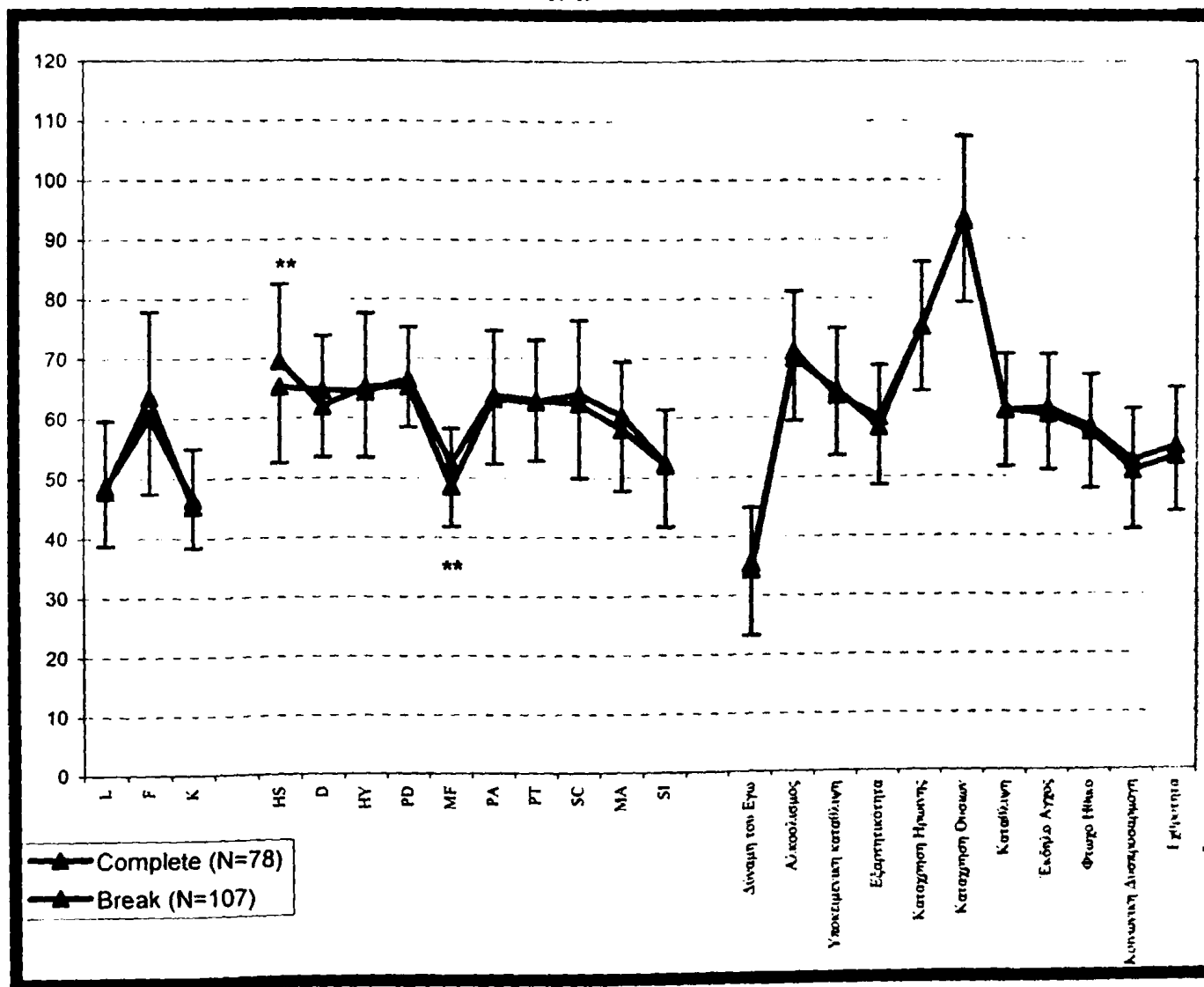
Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	P
Es	34,4 ± 12,2	34,4 ± 10,5	NS
D1	64,5 ± 11,0	63,5 ± 11,3	NS
MacA	69,8 ± 10,5	71,0 ± 10,0	NS
Dy	58,2 ± 9,5	59,9 ± 8,7	NS
He	75,2 ± 10,9	75,1 ± 10,9	NS
DaS	93,4 ± 14,1	93,0 ± 14,3	NS
DEP	61,1 ± 9,6	60,9 ± 9,5	NS
MAS	60,2 ± 9,2	61,3 ± 9,1	NS
MOR	57,4 ± 9,4	58,2 ± 8,8	NS
SOC	50,9 ± 9,9	52,4 ± 8,8	NS
HOS	53,1 ± 9,1	54,9 ± 9,9	NS

t – student test, B.E = 183

Στον πίνακα N^ο 18 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N = 78 & N = 107, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

Δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Μπορούμε να παρατηρήσουμε όμως, κάποια μικρή διαφορά που εμφανίζεται στις κλίμακες MAS, MOR, SOC, HOS, υπέρ της ομάδας των N = 107, που συμφωνεί με την ανύψωση των Mf και Hs κλινικών κλιμάκων, σε αντίθεση με τα άτομα της ομάδας N = 78, που εμφανίζονται περισσότερο καταθλιπτικοί DEP, D1.

Σχήμα 2



ΠΙΝΑΚΑΣ 19.

Πολυπαραγοντική Ανάλυση (Logistic Regression Analysis)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ
ΜΕ ΟΣΟΥΣ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση του Προγράμματος
 (Ολοκλήρωσαν=0, Διέκοψαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	Odds Ratio	95,0% Lower	C.I Upper	Sig.
L	1,006	,957	1,058	
F	1,041	,991	1,093	
K	,964	,877	1,059	
HS	1,101	1,035	1,172	,002
D	,952	,885	1,024	
HY	,981	,916	1,051	
PD	,991	,938	1,046	
MF	,928	,887	,971	,001
PA	,938	,889	,990	,019
PT	,989	,906	1,080	
SC	,981	,913	1,053	
MA	1,041	,985	1,100	
SI	,976	,900	1,057	
Δύναμη του Εγώ	1,023	,965	1,085	
Αλκοολισμός	,980	,936	1,026	
Υποκειμενική κατάθλιψη	,992	,919	1,071	
Εξαρτητικότητα	1,122	1,017	1,237	,022
Κατάχρηση Ηρωίνης	,968	,916	1,022	
Κατάχρηση Ουσιών	1,037	,995	1,082	
Κατάθλιψη	,985	,900	1,079	
Έκδηλο Άγχος	,981	,888	1,084	
Φτωχό Ηθικό	1,034	,941	1,136	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	1,025	,950	1,105	
Εχθρότητα	,967	,893	1,048	

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 19), τεκμηρίωσε μεν τα αποτελέσματα των αναλύσεων που έγιναν με τη δοκιμασία του t-test, ανέδειξε όμως και μερικές άλλες πτυχές του ζητήματος. Έτσι, όσοι διέκοψαν το πρόγραμμα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές «Υποχονδρίασης» και χαμηλότερες «Ταυτότητας του Φύλου», παράλληλα όμως, όταν ληφθούν υπόψη όλες οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη «Εξαρτητικότητα» και σημαντικά μικρότερη «Παρανοϊκότητα» από ό,τι όσοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και μια τάση λιγότερης «Παρανοϊκότητας».

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 20.

Σύγκριση Τιμών T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI
μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν το Πρόγραμμα
της Θεραπευτικής Κοινότητας και των Αποθανόντων

Κλίμακες MMPI Κλ. Αξιοπιστίας	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
L	48,6 ± 9,8	45,5 ± 7,5	P < 0,05
F	60,1 ± 12,6	70,5 ± 16,9	P < 0,001
K	46,5 ± 8,1	42,3 ± 8,4	P < 0,01
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	65,2 ± 12,7	71,5 ± 13,6	p < 0,01
D	64,4 ± 11,2	63,4 ± 13,3	NS
Hy	64,3 ± 10,9	65,5 ± 13,0	NS
Pd	66,5 ± 8,0	65,8 ± 8,2	NS
Mf	52,3 ± 10,5	48,1 ± 10,2	p < 0,027
Pa	63,7 ± 11,5	66,7 ± 11,9	NS
Pt	62,9 ± 10,0	64,1 ± 9,6	NS
Sc	62,2 ± 12,4	69,3 ± 13,1	p < 0,004
Ma	58,0 ± 10,2	63,1 ± 12,2	p < 0,016
Si	52,0 ± 10,2	56,1 ± 11,0	p < 0,038
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,2 ± 70,8	633,7 ± 71,7	P < 0,10



Στον πίνακα Ν° 20 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N=78 και N=50, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ των ομάδων N = 78 και N = 50, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές και στις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας. Στην κλίμακα L του Ψεύδους ($t = 2,002$, B.E = 126, $p < 0,05$), στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας ($t = 3,744$, B.E = 126, $p < 0,001$), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης ($t = 2,782$, B.E = 126, $p < 0,01$).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται σε πέντε (5) από τις δέκα κλινικές κλίμακες του MMPI, μεταξύ των προαναφερόμενων δύο ομάδων.

Εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα Hs της Υποχονδρίας ($t = 2,631$, B.E = 126, $p < 0,01$), στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας ($t = 2,98$, B.E = 126, $p < 0,004$), στην κλίμακα Ma της Υπομανίας ($t = 2,448$, B.E = 126, $p < 0,016$), στην κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας ($t = 2,100$, B.E = 126, $p < 0,038$), και στην κλίμακα Mf της Ανδροπρέπειας – Θηλυπρέπειας ($t = 2,238$, B.E = 126, $p < 0,027$).

Ο συνδυασμός των ανυψώσεων των κλινικών κλιμάκων μεταξύ τους, η ερμηνευτική τους σχέση και η μεγάλης στατιστικής σημαντικότητας διαφοροποίηση των μέσων τιμών των κλιμάκων, μεταξύ των ομάδων N = 78 που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας και N = 50 αυτών που απεβίωσαν, κάνει εμφανή τη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Η σύγκριση των δύο αυτών ομάδων επεκτείνεται και με την εκτίμηση, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάζονται στον πίνακα Ν° 21 που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21.

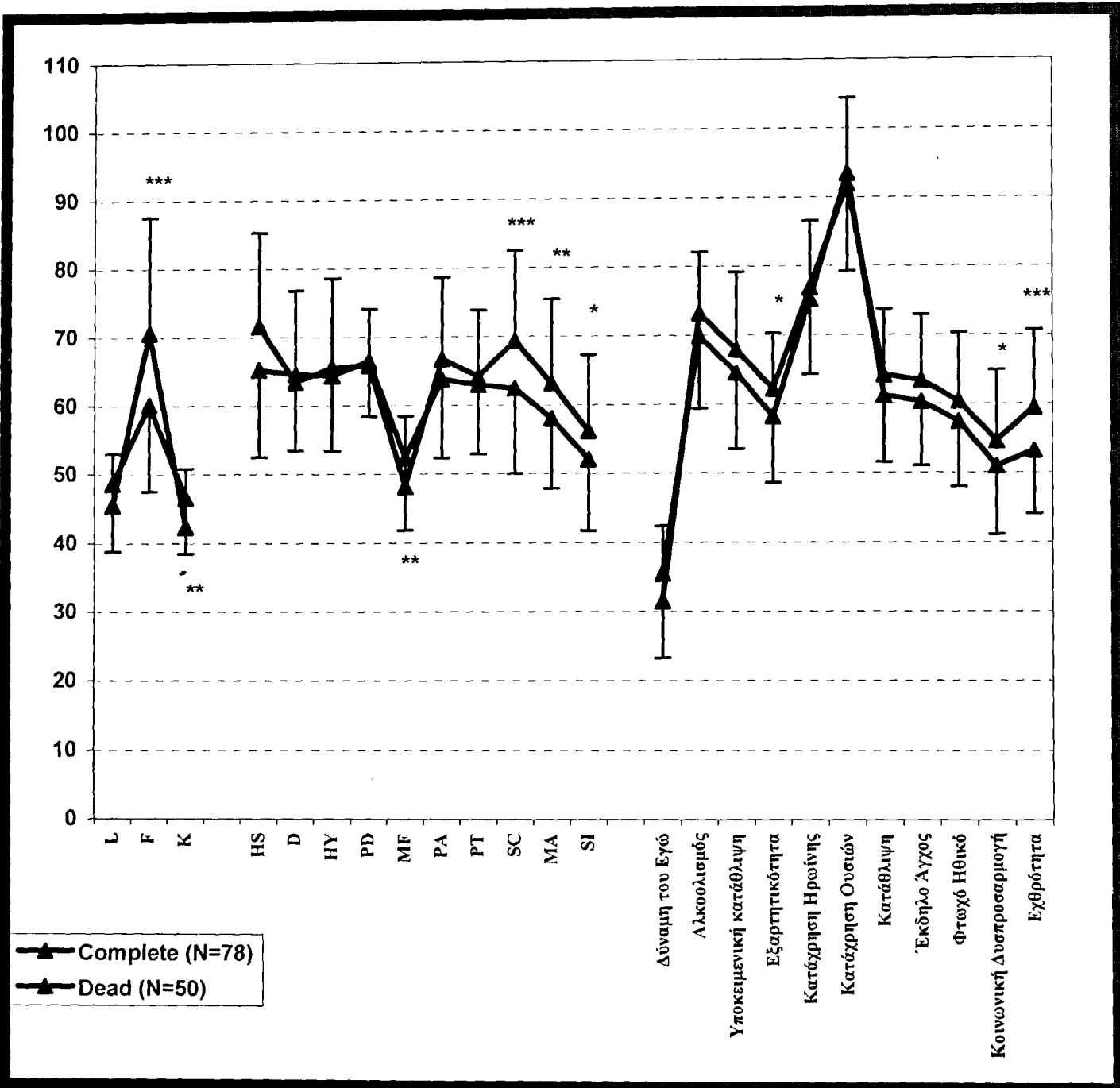
Σύγκριση Τιμών T των Ερευνητικών Κλιμάκων του MMPI
μεταξύ των ατόμων που Ολοκλήρωσαν το Πρόγραμμα
της Θεραπευτικής Κοινότητας και των Αποθανόντων

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Ολοκλήρωσαν Θ.Κ. N = 78 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,4 ± 12,2	31,4 ± 10,9	P < 0,05
DI	64,5 ± 11,0	67,9 ± 11,2	NS
MacA	69,8 ± 10,5	73,1 ± 8,9	P < 0,10
Dy	58,2 ± 9,5	62,1 ± 8,1	P < 0,014
He	75,2 ± 10,9	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,4 ± 14,1	91,9 ± 12,4	NS
DEP	61,1 ± 9,6	64,1 ± 9,5	NS
MAS	60,2 ± 9,2	63,3 ± 9,4	NS
MOR	57,4 ± 9,4	60,3 ± 9,9	NS
SOC	50,9 ± 9,9	54,5 ± 10,3	P < 0,05
HOS	53,1 ± 9,1	59,4 ± 11,2	P < 0,002

◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N = 50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα N = 78, εκτός από την κλίμακα Es, όπου εμφανίζει χαμηλότερες (όμως, όπως είναι φυσικό, η κλίμακα αυτή εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες). Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις κλίμακες Es (t = 1,934, B.E = 112, p < 0,05), Dy της Εξάρτησης (t = 2,501, B.E = 126, p < 0,014), SOC της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής (t = 1,964, B.E = 126, p < 0,05), και της κλίμακας HOS της Εχθρότητας (t = 3,288, B.E = 126, p < 0,002).

Σχήμα 3



Π Ι Ν Α Κ Α Σ 22.

Πολυπαραγοντική Ανάλυση (Logistic Regression Analysis)

ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ

ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση

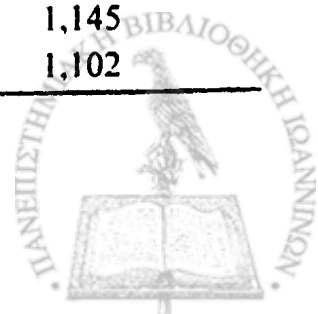
(Απεβίωσαν=0, Ολοκλήρωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές:

Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	Odds Ratio	95,0% C.I.		P
		Lower	Upper	
L	,940	,865	1,021	
F	1,054	,986	1,127	
K	,943	,827	1,075	
HS	1,051	,972	1,137	
D	,950	,869	1,038	
HY	1,004	,921	1,094	
PD	,995	,922	1,075	
MF	,958	,902	1,017	
PA	,952	,891	1,018	
PT	,947	,819	1,095	
SC	1,027	,923	1,142	
MA	1,022	,951	1,099	
SI	1,060	,942	1,193	
Δύναμη του Εγώ	1,094	1,006	1,190	,037
Αλκοολισμός	1,030	,956	1,110	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,066	,971	1,170	
Εξαρτητικότητα	1,059	,938	1,195	
Κατάχρηση Ηρωίνης	,979	,911	1,052	
Κατάχρηση Ουσιών	1,025	,967	1,087	
Κατάθλιψη	,934	,831	1,049	
Έκδηλο Άγχος	1,010	,873	1,168	
Φτωχό Ηθικό	,944	,817	1,090	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	1,028	,923	1,145	
Εχθρότητα	1,001	,909	1,102	



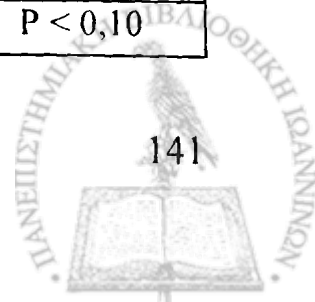
Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 22), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Δύναμη του Εγώ. **Οι χρήστες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της δύναμης του Εγώ από ό,τι όσοι χρήστες απεβίωσαν.** Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες.

Στον πίνακα Ν° 23 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες N=107 και N=50, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των ομάδων μεταξύ τους.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 23.

Σύγκριση Τιμών T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI μεταξύ των ατόμων που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας και όσων Απεβίωσαν

Κλίμακες MMPI	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
Κλ. Αξιοπιστίας			
L	47,9 ± 11,6	45,5 ± 7,5	NS
F	63,7 ± 14,3	70,5 ± 16,9	P < 0,01
K	45,3 ± 9,4	42,3 ± 8,4	P < 0,05
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	69,5 ± 12,9	71,5 ± 13,6	NS
D	61,8 ± 11,8	63,4 ± 13,3	NS
Hy	65,1 ± 12,4	65,5 ± 13,0	NS
Pd	65,2 ± 9,9	65,8 ± 8,2	NS
Mf	48,5 ± 9,6	48,1 ± 10,2	NS
Pa	63,2 ± 11,5	66,7 ± 11,9	NS
Pt	62,6 ± 10,4	64,1 ± 9,6	NS
Sc	64,0 ± 12,3	69,3 ± 13,1	P < 0,02
Ma	60,3 ± 9,1	63,1 ± 12,2	NS
Si	52,2 ± 9,0	56,1 ± 11,0	P < 0,03
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,9 ± 69,8	633,7 ± 71,7	P < 0,10



Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ των ομάδων N = 107 και N = 50, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές στις δύο από τις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας και σε δύο από τις κλινικές κλίμακες του MMPI.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις εμφανίζονται, στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας ($t = 2,455$, B.E = 155, $p < 0,01$), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης ($t = 1,993$, B.E = 155, $p < 0,05$) από τις κλίμακες αξιοπιστίας, καθώς και στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας ($t = 2,394$, B.E = 155, $p < 0,02$), και την κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας ($t = 2,159$, B.E = 155, $p < 0,03$), από τις κλινικές κλίμακες.

Η σύγκριση των δύο αυτών ομάδων επεκτείνεται και με την εκτίμηση, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάζονται στον πίνακα N° 24 που ακολουθεί.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 24.

Σύγκριση Τιμών T των Ερευνητικών Κλιμάκων του MMPI μεταξύ των ατόμων που Διέκοψαν το Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας και όσων Απεβίωσαν

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Διέκοψαν Πρόγρ. Θ.Κ. N = 107 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,4 ± 10,5	31,4 ± 10,9	NS
DI	63,5 ± 11,3	67,9 ± 11,2	P < 0,028
MacA	71,0 ± 10,0	73,1 ± 8,9	NS
Dy	59,9 ± 8,7	62,1 ± 8,1	NS
He	75,1 ± 10,9	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,0 ± 14,3	91,9 ± 12,4	NS
DEP	60,9 ± 9,5	64,1 ± 9,5	P < 0,05
MAS	61,3 ± 9,1	63,3 ± 9,4	NS
MOR	58,2 ± 8,8	60,3 ± 9,9	NS
SOC	52,4 ± 8,8	54,5 ± 10,3	NS
HOS	54,9 ± 9,9	59,4 ± 11,2	P < 0,02

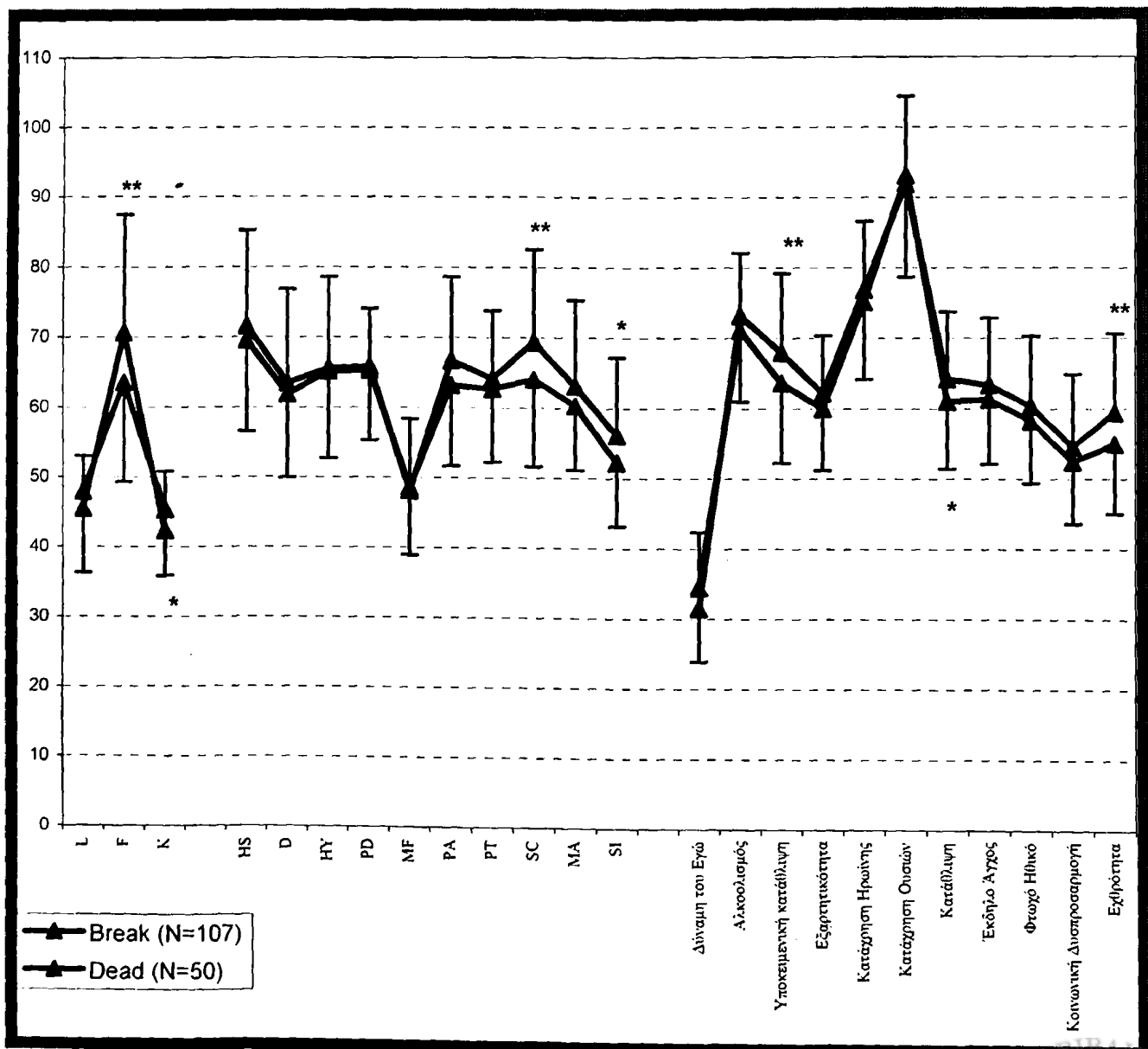
◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.



Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N=50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα N = 107, εκτός από την κλίμακα Das και την κλίμακα Es που εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις ερευνητικές κλίμακες DEP της Κατάθλιψης ($t = 1,936$, B.E = 155, $p < 0,05$), καθώς επίσης και στις κλίμακες D1 της Υποκειμενικής Κατάθλιψης ($t = 2,233$, B.E = 155, $p < 0,028$), και στην κλίμακα HOS της Εχθρότητας προς τους Άλλους ($t = 2,396$, B.E = 155, $p < 0,02$).

Σχήμα 4



Π Ι Ν Α Κ Α Σ 25.

Πολυπαραγοντική Ανάλυση (Logistic Regression Analysis)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕ ΟΣΟΥΣ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση
 (Διέκοψαν = 0, Απεβίωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΗ ΕΙΣΩΣΗ

	Exp(B)	95,0% C.I.		Sig.
		Lower	Upper	
L	,992	,931	1,057	
F	1,019	,972	1,069	
K	,966	,868	1,075	
HS	1,003	,939	1,071	
D	,983	,908	1,065	
HY	,994	,926	1,067	
PD	,997	,938	1,059	
MF	1,000	,946	1,056	
PA	1,014	,957	1,074	
PT	,970	,874	1,076	
SC	1,044	,965	1,129	
MA	,998	,936	1,063	
SI	1,160	1,041	1,293	,007
Δύναμη του Εγώ	,996	,925	1,073	
Αλκοολισμός	1,043	,986	1,104	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,095	,989	1,211	,080
Εξαρτητικότητα	,956	,847	1,079	
Κατάχρηση Ηρωίνης	1,033	,964	1,106	
Κατάχρηση Ουσιών	1,001	,951	1,053	
Κατάθλιψη	,945	,849	1,052	
Έκδηλο Άγχος	,917	,810	1,038	
Φτωχό Ηθικό	,941	,845	1,048	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	,914	,829	1,008	,070
Εχθρότητα	1,031	,945	1,125	



Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 25), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια. **Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες διέκοψαν το πρόγραμμα.** Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης τάσεις στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στις κλίμακες «Υποκειμενικής Κατάθλιψης» και «Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p \leq 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Στους πίνακες Νο 26 & 27 που ακολουθούν, εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν το σύνολο των ζώντων ατόμων ($N = 78 + 107 = 185$) σε σύγκριση με την ομάδα των αποθανόντων ($N = 50$), καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των ομάδων μεταξύ τους.

Στον πίνακα Νο 26 εμφανίζονται συνολικά οι μέσες τιμές T και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων του MMPI, που αφορούν τις ομάδες $N=185$ και $N=50$, καθώς και η στατιστική σύγκριση των μέσων τιμών των δύο ομάδων μεταξύ τους.

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων (κλινικών και αξιοπιστίας) μεταξύ του συνόλου των ατόμων των δύο ομάδων $N = 78 + 107 = 185$ και $N = 50$, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές και στις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας. Στην κλίμακα L του Ψεύδους ($t = 2,087$, B.E = 233, $p < 0,05$), στην κλίμακα F της Αξιοπιστίας ($t = 3,206$, B.E = 233, $p < 0,002$), και στην κλίμακα K της Διόρθωσης ($t = 2,569$, B.E = 233, $p < 0,01$).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται σε τρεις κλινικές κλίμακες, στην Sc της Σχιζοφρένειας ($t = 2,89$, B.E = 233, $p < 0,005$), στην Ma της Υπομανίας ($t = 2,51$, B.E = 233, $p < 0,05$), και στην κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας ($t = 2,313$, B.E = 233, $p < 0,02$).



ΠΙΝΑΚΑΣ 26.

Σύγκριση Τιμών T της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI
μεταξύ του συνόλου των μελών που εντάχθηκαν
στο Πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας και των Αποθανόντων

Κλίμακες MMPI	Σύνολο μελών Θ.Κ. N = 185 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
Κλ. Αξιοπιστίας			
L	48,3 ± 10,8	45,5 ± 7,5	P < 0,05
F	62,2 ± 13,7	70,5 ± 16,9	P < 0,002
K	45,8 ± 8,9	42,3 ± 8,4	P < 0,01
Κλινικές Κλίμακες			
Hs	67,7 ± 13,0	71,5 ± 13,6	P < 0,10
D	63,0 ± 11,6	63,4 ± 13,3	NS
Hy	64,8 ± 11,8	65,5 ± 13,0	NS
Pd	65,8 ± 9,2	65,8 ± 8,2	NS
Mf	50,1 ± 10,1	48,1 ± 10,2	NS
Pa	63,4 ± 11,4	66,7 ± 11,9	P < 0,10
Pt	62,7 ± 10,2	64,1 ± 9,6	NS
Sc	63,6 ± 12,4	69,3 ± 13,1	P < 0,005
Ma	59,3 ± 9,6	63,1 ± 12,2	P < 0,05
Si	52,1 ± 9,5	56,1 ± 11,0	P < 0,02
Sum Κλ. Κλιμάκων	612,6 ± 70,0	633,7 ± 71,7	P < 0,10

Η σύγκριση των δύο ομάδων, δηλαδή του συνόλου των ατόμων της πρώτης και δεύτερης ομάδας $N = 78 + 107 = 185$, που σχετίζονται, όπως είναι γνωστό, με την ολοκλήρωση και την διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος της Θ.Κ, και της ομάδας των ατόμων που έχουν αποβιώσει $N = 50$, επεκτείνεται και με την εκτίμηση, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ερευνητικών κλιμάκων του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν και παρουσιάζονται στον πίνακα N° 27 που ακολουθεί.



ΠΙΝΑΚΑΣ 27.

Σύγκριση Τιμών T των Ερευνητικών Κλιμάκων του MMPI
μεταξύ του συνόλου των μελών που εντάχθηκαν στο Πρόγραμμα
της Θεραπευτικής Κοινότητας και των Αποθανόντων

Ερευνητικές Κλίμακες MMPI	Σύνολο μελών Θ.Κ. N = 185 Μέση τιμή & SD	Απεβίωσαν N = 50 Μέση τιμή & SD	P
◆ Es	34,8 ± 11,2	31,4 ± 10,9	NS
D1	63,9 ± 11,2	67,9 ± 11,2	p < 0,03
MacA	70,5 ± 10,2	73,1 ± 8,9	NS
Dy	59,2 ± 9,0	62,1 ± 8,1	p < 0,03
He	75,1 ± 10,8	76,8 ± 9,7	NS
DaS	93,2 ± 14,2	91,9 ± 12,4	NS
DEP	61,0 ± 9,5	64,1 ± 9,5	P < 0,05
MAS	60,9 ± 9,1	63,3 ± 9,4	NS
MOR	57,9 ± 9,0	60,3 ± 9,9	NS
SOC	51,8 ± 9,3	54,5 ± 10,3	NS
HOS	54,2 ± 9,6	59,4 ± 11,2	P < 0,01

- ◆ Στην Es κλίμακα η ανυψωμένη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη δύναμη του Εγώ.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα N=50 εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα του συνόλου N = 78 + 107 = 185, εκτός από την κλίμακα Das και την κλίμακα Es που εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στην κλίμακα D1 της Υποκειμενικής Κατάθλιψης (t = 2,178, B.E = 233, p < 0,03), στην κλίμακα Dy της Εξάρτησης (t = 2,202, B.E = 233, p < 0,03), στην κλίμακα DEP της Κατάθλιψης (t = 2,026, B.E = 233, p < 0,05), και της κλίμακας HOS της Εχθρότητας προς τους Άλλους (t = 2,980, B.E = 233, p < 0,01).

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 28), έδειξε και εδώ πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια.



ΠΙΝΑΚΑΣ 28.

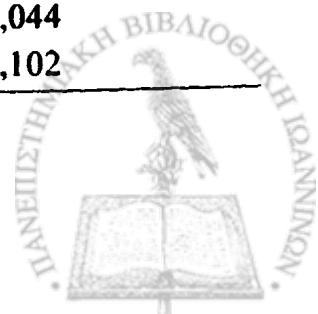
Πολυπαραγοντική Ανάλυση (Logistic Regression Analysis)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΩΝ ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΕΑΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ Ή ΔΙΕΚΟΥΣΑΝ

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Έκβαση
 (Ζουν = 0, Απεβίωσαν=1)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: Όλες οι κλίμακες του MMPI, συμπεριλαμβανομένων των ερευνητικών - Ανάλυση σταθμισμένη (adjusted) ως προς το Φύλο, το Εκπαιδευτικό Επίπεδο και την Οικογενειακή Κατάσταση.

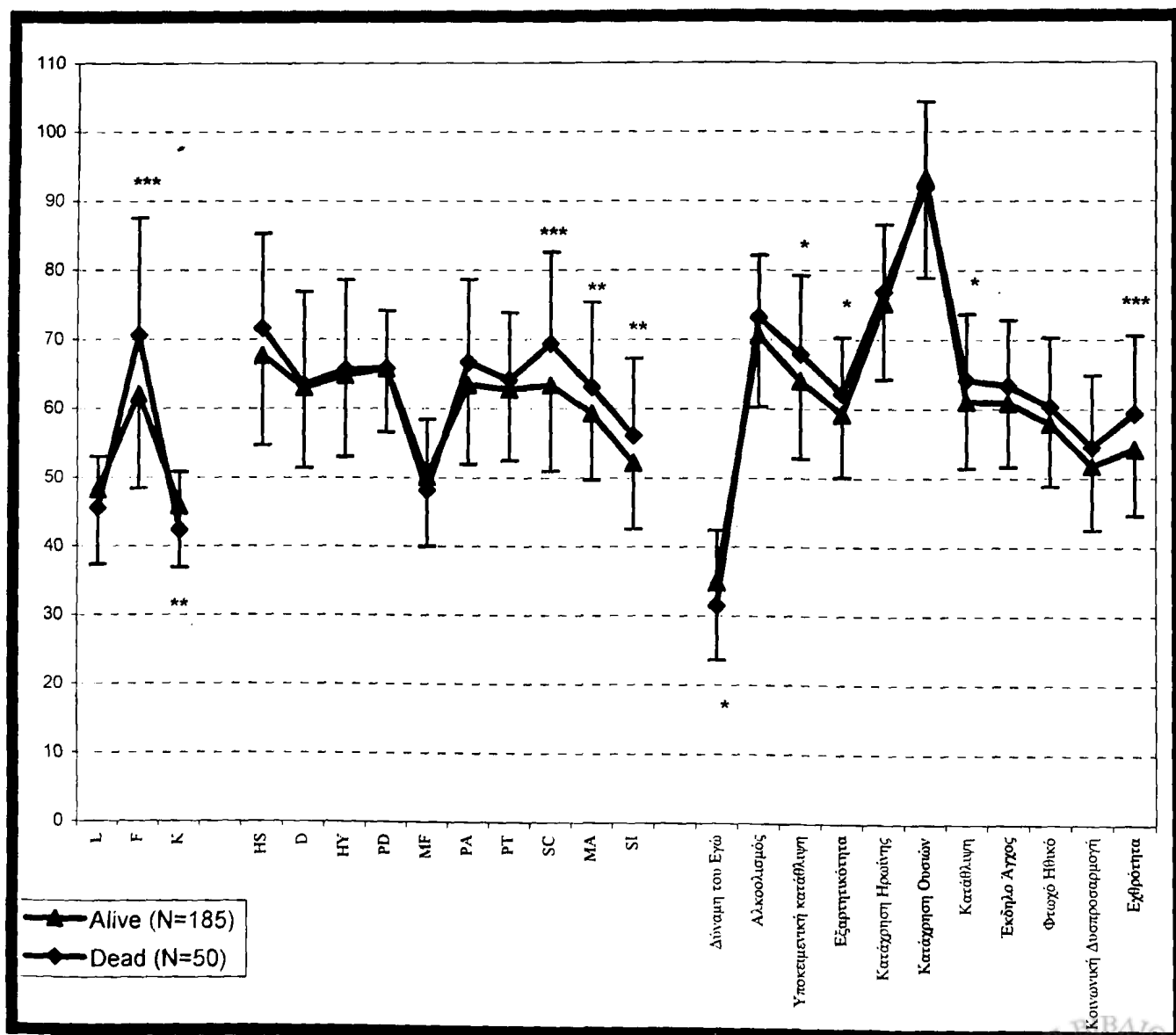
ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΙΣΩΣΗ

	Odds Ratio	95,0% C.I.		P
		Lower	Upper	
L	,981	,926	1,040	
F	1,032	,989	1,077	
K	,960	,874	1,054	
HS	1,035	,976	1,097	
D	,981	,917	1,048	
HY	,984	,922	1,050	
PD	,998	,945	1,054	
MF	,983	,939	1,028	
PA	,995	,948	1,044	
PT	,961	,878	1,052	
SC	1,030	,960	1,105	
MA	1,016	,960	1,075	
SI	1,104	1,014	1,202	,022
Δύναμη του Εγώ	1,029	,969	1,093	
Αλκοολισμός	1,027	,977	1,080	
Υποκειμενική κατάθλιψη	1,068	,988	1,156	,098
Εξαρτητικότητα	,992	,906	1,086	
Κατάχρηση Ηρωίνης	1,009	,955	1,067	
Κατάχρηση Ουσιών	1,007	,963	1,053	
Κατάθλιψη	,957	,876	1,046	
Έκδηλο Άγχος	,941	,844	1,049	
Φτωχό Ηθικό	,954	,867	1,049	
Κοινωνική Δυσπροσαρμογή	,964	,890	1,044	
Εχθρότητα	1,020	,945	1,102	



Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες επιβίωσαν, ανεξάρτητα από το αν συνέχισαν ή αν διέκοψαν το πρόγραμμα. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης και εδώ οι τάσεις που είδαμε και πριν στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στην κλίμακα «Υποκειμενικής Κατάθλιψης», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p < 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Σχήμα 5



Η μετατροπή των ακέραιων τιμών των διαγραμμάτων προσωπικότητας των μελών των ομάδων σε κωδικούς των δύο αριθμών κυρίως, διευκολύνει την ερμηνεία των μέσων διαγραμμάτων και τη σύγκριση μεταξύ τους, καθώς και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων που θα συζητηθούν στη συνέχεια.

Με τη μετατροπή των διαγραμμάτων σε κωδικούς διψήφιους και τριψήφιους αριθμούς, προκύπτουν σημαντικά ευρήματα σχετικά με το προφίλ των ατόμων των ομάδων, καθώς και τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας στη σύγκριση των ομάδων μεταξύ τους.

Στην ομάδα των αποθανόντων $N = 50$ εμφανίζεται σε είκοσι (20) 40% διαγράμματα προσωπικότητας, ο κωδικός αριθμός 68 ή 86, με ανυψωμένες τις τιμές της κλίμακας έξι (6) της Παρανοϊκότητας (Pa) και της κλίμακας οκτώ (8) της Σχιζοφρένειας (Sc), ενώ είναι πιο χαμηλά η κλίμακα επτά (7) της Ψυχασθένειας (Pt). Η εμφάνιση της «ψυχωσικής τριάδας» ή αλλιώς του «ψυχωσικού V», όπως είναι γνωστό από τα εγχειρίδια ερμηνείας του MMPI, αποτελεί ένδειξη ότι τα άτομα εμφανίζουν καθαρά ψυχωτική συμπεριφορά και συνήθως λαμβάνουν τη διάγνωση της Σχιζοφρένειας Παρανοϊκού τύπου, ανάλογα με την ανύψωση των κλιμάκων στο διάγραμμα.

Στους πίνακες που εμφανίζονται οι μέσες τιμές ανύψωσης των κλιμάκων του MMPI, στις ομάδες της μελέτης, είναι εμφανώς περισσότερο ανυψωμένες οι εν λόγω κλίμακες και ιδιαίτερα η κλίμακα της Σχιζοφρένειας, όπου εμφανίζεται και στατιστική σημαντικότητα της τάξης $p < 0,005$, ενώ ασαφής σημαντικότητα εμφανίζεται στην κλίμακα της Παρανοϊκότητας $p < 0,10$, παρόλα αυτά όμως είναι σαφώς περισσότερο ανυψωμένη η μέση τιμή από τις δύο ομάδες, όπως και από το σύνολο των ζώντων.

Η εμφάνιση του «ψυχωσικού V» είναι εμφανής στο μέσο διάγραμμα προσωπικότητας στην ομάδα των αποθανόντων $N = 50$ που αναφέρεται στους άνδρες της ομάδας που αποτελούν την πλειοψηφία της ομάδας $N = 48$ μέλη και δεν αλλάζει το προφίλ του διαγράμματος.

Η αναλογία της εμφάνισης του κώδικα 68 ή 86 στις δύο ομάδες των ζώντων της μελέτης, είναι αντίστοιχα, σε δώδεκα (12) 15,4% διαγράμματα προσωπικότητας, στην ομάδα με $N = 78$ και σε είκοσι (20) 18,7% διαγράμματα προσωπικότητας, στην ομάδα με $N = 107$, ενώ στο σύνολο των δύο ομάδων $N = 185$, η αναλογία εμφάνισης είναι σε τριάντα δύο (32) 17,3% διαγράμματα προσωπικότητας.



Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων της συγκριτικής μελέτης εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά στην συχνότητα εμφάνισης της «ψυχωσικής τριάδας».

Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων των ζώντων ατόμων της μελέτης $N = 78$ και $N = 107$, δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ($X^2 = 0,344$, $B.E = 1$, $p < 0,90$) και επιβεβαιώνει ακόμη μία φορά την πεποίθηση, ότι οι δύο ομάδες έχουν πολύ περισσότερα κοινά στοιχεία από τις διαφορές τους.

Στατιστικά πολύ σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται, στη σύγκριση μεταξύ της ομάδας των αποθανόντων $N=50$ και των ομάδων των ζώντων $N=78$ και $N = 107$ στην συχνότητα εμφάνισης της «ψυχωσικής τριάδας» ($X^2 = 9,846$, $B.E = 1$, $p < 0,01$, και $X^2 = 8,149$, $B.E = 1$, $p < 0,01$) αντίστοιχα. Ενδιαφέρον παρουσιάζεται στη στατιστική σύγκριση της ομάδας των αποθανόντων $N = 50$ με το σύνολο των ζώντων ατόμων των δύο ομάδων $N = 185$, όπου η στατιστική διαφοροποίηση εμφανίζει πάρα πολύ μεγάλη σημαντικότητα ($X^2 = 11,773$, $B.E = 1$, $p < 0,001$).

Εκτός όμως από την μελέτη των κωδικών αριθμών για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το προφίλ προσωπικότητας των ατόμων, σημασία έχει ο βαθμός ανύψωσης των κλιμάκων και ιδιαίτερα σε σχέση με την οριακή τιμή $T = 70$, που αποτελεί το όριο των παθολογικών τιμών ανύψωσης των κλινικών κλιμάκων.

Η μελέτη των τιμών ανύψωσης των κλινικών κλιμάκων πάνω από το όριο $T = 70$, εμφανίζει ενδιαφέροντα στοιχεία, που ενισχύουν την υπόθεση της διαφοροποίησης της ομάδας των αποθανόντων $N = 50$ από τις δύο ομάδες των ζώντων $N = 78$ & $N = 107$, όπως και από το σύνολο $N = 185$. Επίσης, φαίνεται και η ομοιότητα των δύο ομάδων των ζώντων μεταξύ τους, που αποτελεί ένα αισιόδοξο μήνυμα, όσον αφορά τις παραμέτρους της θεραπευτικής προοπτικής που θα συζητηθεί.

Τα αποτελέσματα που εξάγονται σχετικά με την ανύψωση των κλινικών κλιμάκων πάνω από το όριο $T = 70$, είναι τα εξής: Στην ομάδα των αποθανόντων $N = 50$, μόνον πέντε (5) άτομα 10%, δεν υπερβαίνει καμιά κλινική κλίμακα το όριο τιμών $T = 70$, αν και πλησιάζουν πολύ κοντά, ενώ οι κλινικές κλίμακες που υπερβαίνουν το όριο, ανέρχονται σε 187, ποσοστό 374% στο σύνολο των κλινικών κλιμάκων των ατόμων της ομάδας.

Στην ομάδα $N = 78$, δέκα οκτώ (18) άτομα 23% δεν υπερβαίνουν το όριο $T = 70$ των τιμών, ενώ οι κλινικές κλίμακες που υπερβαίνουν το όριο, ανέρχονται σε 217, ποσοστό 278,2% στο σύνολο των κλινικών κλιμάκων των ατόμων της ομάδας.

Στην ομάδα $N = 107$, είκοσι (20) άτομα 18,7% δεν υπερβαίνουν το όριο $T = 70$ των τιμών, ενώ οι κλινικές κλίμακες που υπερβαίνουν το όριο, ανέρχονται σε 308, ποσοστό 287,8% στο σύνολο των κλινικών κλιμάκων των ατόμων της ομάδας.

Στο σύνολο των ατόμων των δύο ομάδων των ζώντων $N = 78$ & $N = 107$, τριάντα οκτώ (38) άτομα 20,5% δεν υπερβαίνουν το συγκεκριμένο όριο των ψυχοπαθολογικών τιμών, ενώ οι κλινικές κλίμακες που υπερβαίνουν το όριο, ανέρχονται σε 525, ποσοστό 283,7% του συνόλου των κλινικών κλιμάκων των ατόμων των δύο ομάδων.

Η στατιστική σύγκριση των ευρημάτων των ανυψώσεων των τιμών των κλινικών κλιμάκων, πάνω από το όριο των ψυχοπαθολογικών τιμών προσωπικότητας του MMPI, εμφανίζει σημαντικά στοιχεία στη σύγκριση των ομάδων μεταξύ τους.

Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων των ζώντων $N = 78$ & $N = 107$ δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα και ενισχύει ακόμη μια φορά την ομοιότητα των δύο ομάδων μεταξύ τους ($t = 0,338$, B.E = 183, $p < 0,90$).

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στη σύγκριση μεταξύ της ομάδας των αποθανόντων $N = 50$ με τις δύο ομάδες των ζώντων $N = 78$ & $N = 107$ διαδοχικά, καθώς και στη σύγκριση με το σύνολο των ζώντων των δύο ομάδων $N = 185$, όπου εμφανίζεται μεγάλη διαφορά, στατιστικά πολύ σημαντική ($t = 2,420$, B.E = 126, $p < 0,02$, $t = 2,431$, B.E = 155, $p < 0,02$, $t = 2,668$, B.E = 233, $p < 0,01$).



8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει και εκτιμήσει τις ψυχολογικές παραμέτρους της εξάρτησης, από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και ιδιαίτερα τη συμβολή της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη στην διαδικασία της θεραπευτικής διαδικασίας της ψυχολογικής απεξάρτησης και αποκατάστασης.

Για το σκοπό αυτό έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων, των δημογραφικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών για την ανίχνευση των όποιων τυχόν διαφορών.

Στην πορεία της μελέτης, εξαγωγής, εκτίμησης και σύγκρισης των στοιχείων, προέκυψε ένα νέο στοιχείο, που δεν είχε προβλεφθεί στην διαδικασία έναρξης της μελέτης. Το νέο στοιχείο αφορά, την διαπίστωση της ύπαρξης ατόμων που έχουν στο μεταξύ αποβιώσει, λόγω της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών.

Γεννήθηκε έτσι η ιδέα της σύγκρισης των δημογραφικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας των αποθανόντων με τις άλλες δύο ομάδες, καθώς και με το σύνολο των ατόμων που αποτελούσαν το ερευνητικό δείγμα στην αρχική υπόθεση.

Εκτός από τα βασικά στοιχεία προς σύγκριση και εξαγωγή συμπερασμάτων, αρκετά άλλα στοιχεία αποτελούν αντικείμενο σχολιασμού και συζήτησης, που θα μας απασχολήσουν σε πρώτη φάση και πριν περάσουμε στο σχολιασμό των κύριων χαρακτηριστικών της συγκριτικής μελέτης.

Σχολιάζοντας τα στατιστικά στοιχεία προσέλευσης των αιτούντων βοήθεια για απεξάρτηση, παρατηρούμε αρχικά την αλματώδη αύξηση των προσερχόμενων χρηστών τα τελευταία χρόνια, καθώς και τη σταδιακά μειούμενη μέση ηλικία και τυπική απόκλιση της ηλικίας, από χρόνο σε χρόνο. Η ετήσια προσέλευση των εξαρτημένων από 121 άτομα και μέση ηλικία τα $31,4 \pm 9,2$ έτη, το έτος 1991, έφθασε τα 492 άτομα και μέση ηλικία τα $26,8 \pm 6,5$ έτη το 2000 και τα 544 άτομα και μέση ηλικία τα $27,5 \pm 6,2$ έτη το 2001. Πρώτη φορά από την έναρξη της λειτουργίας του προγράμματος οι επανερχόμενοι είναι περισσότεροι (280), σε σύγκριση με τα άτομα που απευθύνονται για πρώτη φορά (264). Η διαπίστωση αυτή εξηγεί την μικρή



αύξηση, κατά 0,7 έτη, της μέσης ηλικίας, που εμφανιζόταν σταθερά μειούμενη κατά τα προηγούμενα έτη (Πίνακας 1).

Ο αριθμός των εξαρτημένων χρηστών συνεχώς αυξάνει, η ηλικία έναρξης της χρήσης μειώνεται όπως και η ηλικία της μετάβασης από τη χρήση ή την κατάχρηση, στην κατάσταση της εξάρτησης, φαινόμενο που εμφανίζεται και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Η.Π.Α. (ΕΚΙΙΝΤ 2002). Απόδειξη των παραπάνω αποτελεί, η προσέλευση των 80 εφήβων εξαρτημένων χρηστών την τελευταία πενταετία, με αίτημα τη βοήθεια για απεξάρτηση από την υπηρεσία μας. Η μέση ηλικία των ατόμων, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης και η αναλογία του φύλου των προσελθόντων, είναι ενδεικτικά μιας κατάστασης που διαφοροποιείται από τα συνηθισμένα και καθιερωμένα της τελευταίας 20ετίας. Ενώ στο σύνολο των προσελθόντων η αναλογία φύλου είναι 1/6,5, στους έφηβους η αναλογία είναι 1/2. Το σύνολο των εφήβων όταν απευθύνθηκαν στον Σ.Σ του τμήματος, ήταν ήδη εξαρτημένοι και η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ήταν τα $14 \pm 1,4$ έτη για τα αγόρια και τα $14,6 \pm 1,2$ έτη για τα κορίτσια και η μέση διάρκεια χρήσης των ουσιών είναι $3,2 \pm 1,4$ και $2,8 \pm 1,2$ έτη αντίστοιχα.. Η περίπτωση όμως των εφήβων χρηστών δεν αποτελεί το αντικείμενο της μελέτης, μπορεί όμως να γίνει μια ελάχιστη αναφορά, αφού αποτελούν μέρος του πληθυσμού που προήλθε το δείγμα της μελέτης και μια επισήμανση για ένα σημαντικό δείγμα για διεξοδικότερη διερεύνηση στο εγγύς μέλλον (Ζλατάνος 2001).

Η μελέτη, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ομάδων της μελέτης μεταξύ τους, δεν εμφανίζει κάποια στοιχεία διαφοροποίησης των μελών που τις απαρτίζουν. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να θεωρηθεί ένα στοιχείο, που διαφοροποιεί σε κάποιο βαθμό την ομάδα $N = 50$ των αποθανόντων, από το σύνολο των ατόμων των δύο ομάδων των ζώντων και αυτό παρατηρείται εξαιτίας της συγκέντρωσης αρκετών ατόμων με μορφωτικό επίπεδο ≤ 6 ετών εκπαίδευσης. Αποτελεί λοιπόν το στοιχείο της εκπαίδευσης έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα, που πιθανόν συνδέεται με τα στοιχεία της προσωπικότητας που συζητούνται στη συνέχεια. Έχει διαπιστωθεί άλλωστε, σε μελέτη των Υφαντή και συν. (1990), η συσχέτιση της αρνητικής στάσης προς την εκπαιδευτική διαδικασία



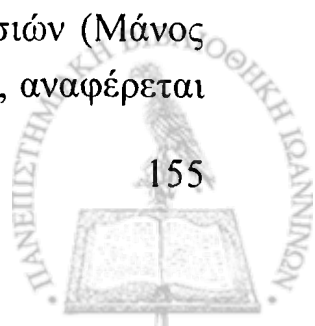
(απουσίες, αποβολές, ανυπακοή, μη αποδοχή κοινωνικών κανόνων), με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών σε μαθητές μέσης εκπαίδευσης.

Σχετικά με τα στοιχεία που αφορούν την ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών, καθώς και την ουσία έναρξης της χρήσης, ενώ δεν εμφανίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων, εντούτοις εντοπίζεται ένα ενδιαφέρον εύρημα σχετικά με την ουσία έναρξης της χρήσης, που εμφανίζει και στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων $N=50$ των αποθανόντων και του συνόλου των ζώντων των δύο άλλων ομάδων $N=185$.

Το εύρημα αφορά την ποσοστιαία μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών από την ομάδα των αποθανόντων $N = 50$, σε σχέση με το σύνολο των ζώντων ατόμων $N = 185$, καθώς και την υπερδιπλάσια αναλογία, της χρήσης ηρωίνης ως ουσία έναρξης, και την μικρή ποσοστιαία αναλογία της χρήσης της κάνναβης.

Η παραπάνω διαπίστωση αναγάγει σε σκέψεις και ερμηνείες της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και αποδόσεις αιτιολογίας που αναφέρονται σε άτομα με μειωμένη αίσθηση της επικινδυνότητας της συμπεριφοράς τους, καθώς και σε καταστάσεις που επιδιώκεται η αναζήτηση “θεραπευτικής αγωγής” και προσπάθειας “αυτοθεραπείας” για την αντιμετώπιση προϋπαρχόντων ψυχολογικών προβλημάτων. Στην αναζήτηση της αυτοϊασης μέσω της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, αναφέρονται και οι Khantzian (1997) και Frances (1997), με την προϋπόθεση της περαιτέρω διερεύνησης του θέματος, σύμφωνα με την δεύτερη αναφορά.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου εμφανίζεται συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, σε άτομα που είναι εξαρτημένα από παράνομες, κυρίως, εξαρτησιογόνες ουσίες. Οι αναφορές που σχετίζονται με τις διαταραχές προσωπικότητας αναφέρονται κυρίως στις διαταραχές, Παρανοειδή, Σχιζοειδή και Σχιζότυπη της πρώτης ομάδας Διαταραχών Προσωπικότητας, και την Αντικοινωνική και Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από την δεύτερη ομάδα, όπου οι τελευταίες δύο διαταραχές προσωπικότητας, φαίνεται σαν να είναι αλληλοσχετιζόμενες και συγχρόνως εμφανιζόμενες με τις διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή αποτελούν το κατάλληλο υπόβαθρο, για την εγκατάσταση και ανάπτυξη διαταραχής λόγω χρήσης ουσιών (Μάνος 1988, 1997). Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας κυρίως, αναφέρεται



σε μελέτες συσχέτισης της κατάχρησης ουσιών με την δομή της προσωπικότητας του χρήστη (Kelley και Petry 2000, Smith και Hilsenroth 2001, Sanchez Huesca 2002), ενώ συχνά διαγιγνώσκονται στους χρήστες ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας των δύο πρώτων ομάδων (Cluster A, B). (Skinstad και Swain 2001, Riesco και συν. 1998).

Υπάρχουν επίσης αναφορές, που καλύπτουν αρκετά μεγάλο φάσμα της ψυχιατρικής ψυχοπαθολογίας, που αναφέρουν συννοσηρότητα με την κατάχρηση ή την εξάρτηση από ουσίες. Συνήθως οι διαταραχές που συνυπάρχουν σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, είναι οι αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές και οι διαταραχές της διάθεσης (Steer και συν. 1989, Bukstein και συν. 1989, Johnsson και Fridell 1997, O'Boyle και Brandon 1998, Ravndal και Vaglum 1999, Skinstad και Swain 2001, Bolognini και συν. 2002, Dalton και συν. 2003). Υπάρχουν επίσης μελέτες, που στη συννοσηρότητα με την εξάρτηση από ουσίες αναφέρονται και διάφορες ψυχωτικές συνδρομές. (APA 1987 & 1994, Λογοθέτης 1976, Στεφανής 1980, WHO 1992, Kokkeni και Stefanis 1995, Serper και συν. 1995, Khantzian 1997, Τουλούμης και συν. 1999, McMahon και συν. 2001).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει το εύρημα, όπου η ομάδα $N = 50$ των αποθανόντων αποτελείται από άτομα, όπου συνυπάρχει και κάποια άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή ταυτόχρονα με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, γεγονός που αποδεικνύεται και από την μελέτη, τη στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών MMPI που ακολουθεί.

Η στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των τιμών T των κλινικών και ερευνητικών κλιμάκων του MMPI, μεταξύ των ομάδων, $N = 86$ που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θ.Κ και $N = 117$ που διέκοψαν την παρακολούθηση του προγράμματος της Θ.Κ., δείχνει ότι πρόκειται για δύο ομάδες ατόμων σχεδόν παρόμοιες, με κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η μόνη κλίμακα που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά, είναι η κλίμακα αξιοπιστίας F που ανυψώνεται, εκτός από τις περιπτώσεις που το test κρίνεται αναξιόπιστο, σε ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές ή σε άτομα που έχουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα και θεωρείται η υψηλή τιμή της F ως "κραυγή για βοήθεια". (Μάνος 1982). Η διαπίστωση αυτή σε συνδυασμό με την οριακή



(ασαφή) στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,10$) στην κλινική κλίμακα Hs της Υποχονδρίασης και την ερευνητική κλίμακα Dy της Εξάρτησης, μπορεί να ερμηνευτεί ως ασυνείδητη έκφραση της ενόχλησης λόγω των υποχονδριακών (μηρυκασμών) ενασχολήσεων και της ανώριμης προσέγγισης της ζωής, σε σχέση με την ανάγκη για εξάρτηση και την υποκειμενική αίσθηση δυσφορίας και δυστυχίας.

Παρόμοια σχεδόν είναι τα στοιχεία της στατιστικής σύγκρισης μεταξύ των δύο πρώτων ομάδων, μετά την αφαίρεση από τις δύο ομάδες της μελέτης, των ατόμων που έχουν αποβιώσει. Η στατιστική σύγκριση εμφανίζει σημαντικότητα στις κλινικές κλίμακες Hs & Mf (Υποχονδρίαση και Ανδροπρέπεια – Θηλυπρέπεια), με τιμές όπου υπερέχουν τα άτομα της ομάδας που εγκατέλειψαν την προσπάθεια για επιτυχή ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. Επίσης, άτομα με ανυψωμένη τιμή στην Hs κλίμακα, χαρακτηρίζονται από έλλειψη ψυχολογικής ενόρασης και ανωριμότητα στην προσέγγισή τους στη ζωή και τις διάφορες δυσκολίες που παρουσιάζονται (Μάνος 1982)

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 19), τεκμηρίωσε μεν τα αποτελέσματα των αναλύσεων που έγιναν με τη δοκιμασία του t-test, ανέδειξε όμως και μερικές άλλες πτυχές του ζητήματος. Έτσι, όσοι διέκοψαν το πρόγραμμα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές «Υποχονδρίασης» και χαμηλότερες «Ταυτότητας του Φύλου», παράλληλα όμως, όταν ληφθούν υπόψη όλες οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη «Εξαρτητικότητα» και σημαντικά μικρότερη «Παρανοϊκότητα» από ό,τι όσοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και μια τάση λιγότερης «Παρανοϊκότητας».

Δεν είναι τυχαίο λοιπόν, ότι τα άτομα της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας, έχουν διακόψει και εγκατέλειψαν την προσπάθεια ολοκλήρωσης του προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας. Στην κλίμακα της Ανδροπρέπειας – Θηλυπρέπειας, τα άτομα της ομάδας που διέκοψε εμφανίζουν χαμηλότερη μέση τιμή και στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση από την ομάδα που ολοκλήρωσε, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα αυτά παρου-

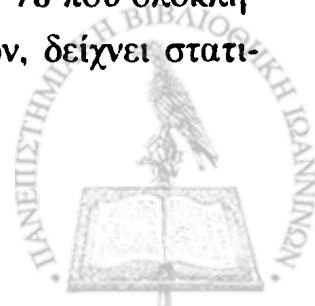
σιάζονται ως υπέρ – άνδρες, εύρημα που είναι συνηθισμένο σε άτομα εξαρτημένα από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες (Ζλατάνος 2001).

Άτομα που εμφανίζουν χαμηλές τιμές T στην κλίμακα Mf περιγράφονται ως εύκολοι στις σχέσεις τους, περιπετειώδεις, άνετοι, που διαθέτουν φυσική δύναμη και αντοχή. (Μάνος 1982).

Δεν θεωρείται τυχαίο λοιπόν, ότι τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας (N = 107), έχουν εγκαταλείψει την προσπάθειά τους για ολοκλήρωση του προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης, εάν λάβουμε υπόψη μας την αίσθηση της δύναμης και του ανδρισμού, σε συνδυασμό με την ανωριμότητα της προσέγγισης της ζωής και της συμπεριφοράς τους, που φαίνεται από την ανυψωμένη Hs κλινική κλίμακα, σε σχέση με ομάδα (N = 78), που κατάφεραν να ολοκληρώσουν την προσπάθεια ψυχολογικής απεξάρτησης.

Στην περίπτωση αυτή είναι εμφανέστερη η ανωριμότητα της στάσης προσέγγισης της ζωής τους, που συνδυάζεται με την αίσθηση της υπεροχής και της αίσθησης της δύναμης. Εάν λάβουμε υπόψη και την υπεροχή των τιμών στις ερευνητικές κλίμακες MAS, MOR, SOC, HOS, σε συνδυασμό με την ανυψωμένη στατιστικώς σημαντική κλίμακα της Εξαρτητικότητας Dy, που προέκυψε από την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η αίσθηση της δύναμης, η ανωριμότητα, η απομόνωση και αποξένωση των ατόμων αυτών, ενισχύει την τάση εγκατάλειψης των προσπαθειών για ολοκλήρωση του προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης. Τα παραπάνω ευρήματα, σχετικά με το προφίλ των ατόμων που εγκατέλειψαν το πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης, συμφωνούν με στοιχεία προσωπικότητας ενός τύπου εξαρτημένων, κατά τους Craig και Olson (1992), όπου υπερέχουν τα χαρακτηριστικά του εξαρτημένου και επαναστατικού ατόμου, με συμπεριφορές εκδραμάτισης (acting out) και ναρκισσιστικά στοιχεία. Επίσης, η υπεροχή των τιμών των συγκεκριμένων ερευνητικών κλιμάκων, υπέρ των ατόμων που διέκοψαν, συμφωνεί με ευρήματα των Gerra και συν. (2001) σε σχέση με την εκδήλωση Εχθρότητας και Επιθετικότητας των εξαρτημένων χρηστών και την Απομόνωση από τους άλλους.

Η σύγκριση των τιμών T των κλινικών και ερευνητικών κλιμάκων του MMPI και η στατιστική αξιολόγηση μεταξύ των ομάδων, N = 78 που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της Θ.Κ. και N = 50 των αποθανόντων, δείχνει στατι-



στικά σημαντική διαφοροποίηση σε πέντε (5) από τις δέκα κλινικές κλίμακες και σε τρεις (3) ερευνητικές κλίμακες του MMPI, στις προαναφερόμενες δύο ομάδες.

Η διαφορά στις κλίμακες L & K εμφανίζεται με ανύψωση υπέρ της ομάδας N = 78, που σημαίνει ότι σε συνδυασμό των δύο κλιμάκων μεταξύ τους, τα άτομα της ομάδας αυτής χρησιμοποιούν πιο ώριμα τους αμυντικούς τους μηχανισμούς, απ' ό,τι η ομάδα N = 50. Επιπλέον, η συσχέτιση της χαμηλής τιμής K με την υψηλή τιμή F, τιμή $T \approx 70$, όπως εμφανίζεται από τις μέσες τιμές της ομάδας N = 50, ενισχύει την άποψη ότι τα συγκεκριμένα άτομα προσπαθούν να δώσουν σκόπιμα εντύπωση άρρωστου ατόμου. Επίσης, η υψηλή τιμή της F μπορεί να ληφθεί υπόψη ως "κραυγή για βοήθεια", που βγαίνει πιο έντονα, χωρίς την εκδήλωση αμυντικότητας κατά τη συμπλήρωση του test.

Εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα Hs της Υποχονδρίας, στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας, στην κλίμακα Ma της Υπομανίας, στην κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας, και στην κλίμακα Mf της Ανδροπρέπειας - Θηλυπρέπειας. Στην κλίμακα Mf υπερέχουν τα άτομα της ομάδας N = 78, που σημαίνει ότι η χαμηλότερη μέση τιμή της ομάδας N = 50, δίνει την αίσθηση στα άτομα αυτά, του εαυτού τους ως υπέρ - άνδρες, άνετοι, περιπετειώδεις, με φυσική δύναμη και αντοχή. Στις άλλες κλινικές κλίμακες όπου εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, υπερέχουν οι μέσες τιμές της ομάδας N = 50. Στην κλίμακα Hs, η ανυψωμένη τιμή εμφανίζει άτομα που ασχολούνται με σωματικά ενοχλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας. Η κλίμακα Sc που η μέση τιμή της αγγίζει την τιμή $T = 70$ όπου εμφανίζεται η πιο σημαντική στατιστική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων, υποδηλώνει άτομα που μοιάζουν με ασθενείς που χαρακτηρίζονται από παράξενες και ασυνήθιστες σκέψεις και εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Επίσης, υψηλές τιμές στην κλίμακα Sc εμφανίζουν άτομα που λαμβάνουν διάγνωση Σχιζοφρένειας ή άτομα με σχιζοειδή συμπεριφορά, καθώς και μεταιχμιακοί ασθενείς, εφόσον όμως είναι ανυψωμένες και οι υπόλοιπες κλινικές κλίμακες εκτός από την Mf. (Μάνος 1982), όπως ακριβώς συμβαίνει στη συγκεκριμένη περίπτωση της σύγκρισης των μέσων τιμών των δύο



ομάδων, που παρατηρούμε ότι στην ομάδα $N = 50$, είναι ανυψωμένες όλες οι κλινικές κλίμακες, εκτός της Mf .

Η κλίμακα Ma , υποδηλώνει άτομα που είναι ανήσυχα, εγωκεντρικά, που παρουσιάζουν εύκολα διάσπαση προσοχής, αλλάζει εύκολα η διάθεσή τους και εμφανίζουν περιοδικά μελαγχολία, δεν εκτιμούν σωστά τις κοινωνικές περιστάσεις και μπορεί να έχουν συχνά προβλήματα με τους άλλους ή και με το νόμο.

Στην περίπτωση της ομάδας $N = 50$, όπου είναι ανυψωμένη η μέση τιμή της Ma και σε συνδυασμό με την ανύψωση της κλίμακας Sc , δημιουργείται ένας συνδυασμός, όπου κυριαρχεί η ανωριμότητα, η στροφή προς τον εαυτό με ανώριμες παιδικές προσδοκίες από τους άλλους και κοινωνική απόσυρση. Δεν συζητάει τις δυσκολίες του και δεν δέχεται ή δηλώνει ότι δεν έχει ανάγκη από ψυχολογική βοήθεια.

Συνήθως υπάρχει σοβαρή ψυχολογική διαταραχή, όταν είναι ανυψωμένες και οι δύο κλινικές κλίμακες της Υπομανίας και της Σχιζοφρένειας, ιδιαίτερα δε στην συγκεκριμένη περίπτωση όπου, η ανυψωμένη τιμή της κλίμακας Si δείχνει άτομα κοινωνικά αποσυρμένα, απαθή και με περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες.

Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα $N = 50$ εμφανίζουν μέσες τιμές στις κλινικές κλίμακες του MMPI που ξεπερνούν οι περισσότερες την τιμή $T = 60$. Εξαιρέση αποτελούν οι κλίμακες Mf & Si , όπου η χαμηλή τιμή στην Mf δείχνει την σε υπερβολικό βαθμό ταύτιση με το φύλο (τάση υπεραναπλήρωσης), ενώ η Si κλίμακα δείχνει άτομα που είναι στραμμένα προς τον εαυτό τους και με τάσεις αποφυγής των κοινωνικών εκδηλώσεων (Μάνος 1982). Οι ανυψωμένες τιμές στις κλινικές κλίμακες της ομάδας των αποθανόντων, εμφανίζουν το προφίλ ατόμων με συννοσηρότητα διαταραχής λόγω χρήσης ουσιών με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Το προφίλ των αποθανόντων συμφωνεί με το προφίλ του δεύτερου τύπου εξαρτημένων, σύμφωνα με τους Craig και Olson (1992), που χαρακτηρίζονται ως άτομα εξαρτημένα και ψυχιατρικοί ασθενείς. Επίσης, οι Ward και Perry (1998) σε μελέτη συσχέτισης της κλίμακας Si και των υποκλιμάκων της ($Si1$, $Si2$, $Si3$) με την κλίμακα της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής, βρήκαν συνάφεια αποτελεσμάτων μεταξύ των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες και ψυχιατρικών ασθενών.



Οι ερευνητικές κλίμακες όπου εμφανίζεται η όποια στατιστική σημαντικότητα ή ακόμη και η υπεροχή στις τιμές έναντι των ατόμων της ομάδας $N = 78$, συμφωνούν με τις διαφορές, που εμφανίστηκαν στις κλινικές κλίμακες του MMPI.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα $N = 50$ εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα $N = 78$, εκτός από την κλίμακα Es, η οποία εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στις κλίμακες Dy της Εξάρτησης, SOC της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής και της κλίμακας HOS της Εχθρότητας, ενώ εμφανίζεται ασαφής στατιστική σημαντικότητα στις κλίμακες MacA, DEP, MAS, με υπεροχή πάντα των τιμών της ομάδας $N = 50$, που ενισχύει τις υποθέσεις και διαπιστώσεις που προέκυψαν από τις διαφορές στις κλινικές κλίμακες. Οι συσχετίσεις των αποτελεσμάτων των ερευνητικών κλιμάκων με τις βιβλιογραφικές αναφορές (Craig και Olson 1992, Ward και Perry 1998), ενισχύουν την εκτίμηση της ύπαρξης ψυχιατρικής συννοσηρότητας στα μέλη της ομάδας των αποθανόντων.

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 22), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Δύναμη του Εγώ. Οι χρήστες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της δύναμης του Εγώ από ό,τι όσοι χρήστες απεβίωσαν. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες.

Η συσχέτιση των ανυψώσεων των κλινικών και ερευνητικών κλιμάκων, στην ομάδα $N = 50$ των αποθανόντων, η ερμηνευτική τους σχέση και η μεγάλης στατιστικής σημαντικότητας διαφοροποίηση, συγκριτικά με τις τιμές της ομάδας $N = 78$ των ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας και ιδιαίτερα η διαφοροποίηση στην ερευνητική κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (Es), κάνει εμφανή τη διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων.

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων μεταξύ των ομάδων, $N = 107$ που διέκοψαν το πρόγραμμα της Θ.Κ. και $N = 50$ των αποθανόντων, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές στις δύο από τις δέκα κλινικές κλίμακες και στις τρεις από τις ένδεκα ερευνητικές κλίμακες του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν. Στην κλίμακα Sc της Σχιζοφρένειας και την κλίμακα Si της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από τις κλινικές κλίμακες και στις ερευνητικές κλίμακες D1 της Υποκειμενικής Κατάθλιψης DEP της Κατάθλιψης και HOS της Εχθρότητας προς τους Άλλους.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι εμφανίζεται ασαφής στατιστική σημαντικότητα και στην κλινική κλίμακα Pa της Παρανοϊκότητας ($p < 0,10$), υπέρ της ομάδας $N = 50$.

Η υψηλή τιμή της F μπορεί να θεωρηθεί ως "κραυγή για βοήθεια" ή και ως ένδειξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας, για τα μέλη της ομάδας $N = 50$. Σημειωτέον ότι τα διαγράμματα που συμπεριλήφθηκαν στην συγκριτική μελέτη πληρούν τους κανόνες αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων που εμφανίζουν. Επίσης η χαμηλή τιμή της K, δείχνει μειωμένη αμυντικότητα και ανωριμότητα χρήσης των αμυντικών μηχανισμών, σε σχέση με την ομάδα των ατόμων $N = 107$.

Στις κλινικές κλίμακες όπου εμφανίζεται διαφορά στατιστικά σημαντική, και στην περίπτωση αυτή, όπως και στην σύγκριση με την ομάδα $N = 78$, τα άτομα της $N = 50$ ομάδας, εμφανίζονται να υποφέρουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Sc).

Η άποψη ενισχύεται και από την ανυψωμένη μέση τιμή της κλίμακας της Παρανοϊκότητας (Pa) που εμφανίζεται ανυψωμένη σε συνδυασμό με την κλίμακα της Σχιζοφρένειας (Sc), σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή. (Μάνος 1982)

Οι παραπάνω ενδείξεις, σε συνδυασμό με την μειωμένη κοινωνική εμπλοκή σε δραστηριότητες και συναναστροφές, καθώς και η στροφή προς τον εαυτό και την απάθεια (κλίμακα Si, $p < 0,007$), συμβάλλουν στην εικόνα του μέσου διαγράμματος των ατόμων της ομάδας $N = 50$ των αποθανόντων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι παραπάνω διαπιστώσεις που εξάγονται, σχετικά με τις ανυψώσεις στις κλινικές κλίμακες, ενισχύονται και με τις διαφορές που προέκυψαν από τις συγκρίσεις των ερευνητικών κλιμάκων και

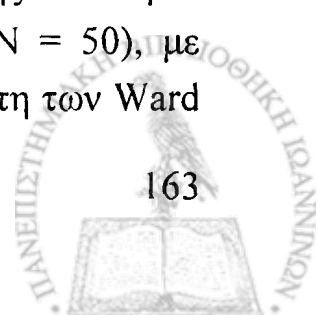


την εμφάνιση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων στις ερευνητικές κλίμακες D1, DEP, και HOS. Συγκεκριμένα, η ένδειξη της Καταθλιπτικής Διάθεσης είτε σε υποκειμενικό επίπεδο είτε αντικειμενικά, αποτελεί σημαντικό στοιχείο στροφής των ατόμων προς τον εαυτό. Επίσης, περιορίζει τα άτομα σε μοναχικές δραστηριότητες, που ενισχύεται από την Εχθρότητα προς τους Άλλους (HOS) και την Κοινωνική Δυσπροσαρμογή (SOC) ($p < 0,07$), που αποκλείουν την κοινωνική εμπλοκή και τη δραστηριοποίηση σε κοινές – ομαδικού τύπου ενασχολήσεις, όπως προέκυψε και από την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

Η ερευνητική κλίμακα Das της Κατάχρησης Ουσιών εμφανίζει τιμή που δείχνει ότι τα άτομα της ομάδας $N = 50$ κάνουν κατάχρηση ουσιών σε μικρότερο βαθμό από τα άτομα της ομάδας $N = 107$ και αυτό μπορεί να εξηγηθεί με την έννοια, ότι τα άτομα αυτά δεν περιορίζονται στην κατάχρηση ουσιών, αλλά είναι σε σημαντικό βαθμό περισσότερο εξαρτημένοι από τα μέλη της άλλης ομάδας.

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 25), έδειξε πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια. **Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες διέκοψαν το πρόγραμμα.** Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης τάσεις στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στις κλίμακες «Υποκειμενικής Κατάθλιψης» και «Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p < 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Το αποτέλεσμα που προέκυψε από την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και διαχωρίζει ουσιαστικά τις δύο ομάδες ($N = 107$ & $N = 50$), με επιβάρυνση στην ομάδα των αποθανόντων, συμφωνεί με την μελέτη των Ward



και Perry (1998), όπου ο συνδυασμός των ανυψώσεων της κλίμακας Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si) με την κλίμακα της Κοινωνικής Δυσπροσαρμογής (SOC), εμφανίζουν προφίλ ατόμων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή.

Στη συνέχεια γίνεται σύγκριση, κλινική και στατιστική αξιολόγηση των μέσων τιμών T των κλιμάκων (κλινικών και ερευνητικών) του MMPI, μεταξύ του συνόλου των ατόμων των δύο ομάδων των ζώντων $N = 78$ και $N = 107$ με τα άτομα που έχουν στο μεταξύ αποβιώσει και αποτελούν την ομάδα $N = 50$.

Η στατιστική σύγκριση των κλιμάκων του MMPI μεταξύ του συνόλου των ζώντων των δύο ομάδων $N = 78 + 107 = 185$ και $N = 50$ των αποθανόντων, έδειξε διαφορές στατιστικά σημαντικές και στις τρεις κλίμακες αξιοπιστίας και σε τρεις (3) από τις δέκα κλινικές κλίμακες. Η διαφορά στις κλίμακες L & K εμφανίζεται με ανύψωση υπέρ της ομάδας των ζώντων $N = 185$, γεγονός που φανερώνει ότι τα άτομα της ομάδας αυτής χρησιμοποιούν πιο ώριμα τους αμυντικούς τους μηχανισμούς, απ' ότι η ομάδα $N = 50$. Επιπροσθέτως, ο συνδυασμός της χαμηλής τιμής K με την υψηλή τιμή F, όπου η τιμή $T \approx 70$, δείχνει είτε ότι τα άτομα προσπαθούν να δώσουν σκόπιμα εντύπωση άρρωστου ατόμου είτε ότι η υψηλή τιμή της F αποτελεί "κραυγή για βοήθεια", που βγαίνει πιο έντονα χωρίς την εκδήλωση αμυντικότητας κατά τη συμπλήρωση του test, όπως εμφανίζεται από τις μέσες τιμές της ομάδας $N = 50$. Στη συγκεκριμένη σύγκριση και εκτίμηση εμφανίζεται και σ' αυτή, όπως και στη σύγκριση της $N = 78$ με την $N = 50$, παρόμοιο προφίλ στις δύο ομάδες, που συγκρίνονται μεταξύ τους. Διαφέρουν μόνον οι δύο συγκρίσεις, ως προς το μέγεθος της στατιστικής σημαντικότητας των συγκρινόμενων κλιμάκων αξιοπιστίας.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται σε τρεις κλινικές κλίμακες, της Σχιζοφρένειας (Sc), της Υπομανίας (Ma) και της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si), ενώ είναι αξιοσημείωτο και στην περίπτωση αυτή, ότι εμφανίζεται ασαφής στατιστική σημαντικότητα στις κλινικές κλίμακες Hs και Pa (Υποχονδρίαση και Παρανοϊκότητα), καθώς και στο σύνολο των μέσων τιμών των κλινικών κλιμάκων Sum ($t = 1.855$, B.E = 233, $p < 0.10$).

Στις κλινικές κλίμακες όπου εμφανίζεται διαφορά στατιστικά σημαντική, και στην περίπτωση αυτή, όπως και στην σύγκριση με την ομάδα $N = 78$, τα άτομα της $N = 50$ ομάδας, εμφανίζονται να υποφέρουν από σοβαρή ψυχιατρική



διαταραχή (Sc, Ma). Η άποψη ενισχύεται και από την ανυψωμένη μέση τιμή της κλίμακας της Παρανοϊκότητας (Pa) που εμφανίζεται ανυψωμένη σε συνδυασμό με την Sc (κωδικός 68 ή 86), σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή. (Μάνος 1982)

Οι παραπάνω ενδείξεις, σε συνδυασμό με την μειωμένη κοινωνική εμπλοκή σε δραστηριότητες και συναναστροφές, καθώς και η στροφή προς τον εαυτό και την απάθεια, η ανωριμότητα και οι υποχονδριακού τύπου ενασχολήσεις με ψυχολογικής αιτιολογίας σωματικά ενοχλήματα (Hs), συμβάλλουν στην εικόνα του μέσου διαγράμματος των ατόμων της ομάδας $N = 50$ των αποθανόντων.

Σημαντική θεωρείται και η ένδειξη της διαφοράς, έστω και ασαφούς στατιστικής σημαντικότητας, του συνόλου (Sum) των μέσων τιμών των κλινικών κλιμάκων των δύο ομάδων $N = 78 + 107 = 185$, με την ομάδα $N = 50$, που φανερώνει την διαφορά υπεροχής των μέσων τιμών των αποθανόντων με το σύνολο των υπολοίπων ατόμων της μελέτης.

Σε όλες τις ερευνητικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, η ομάδα $N = 50$ εμφανίζει υψηλότερες μέσες τιμές από την ομάδα του συνόλου $N = 78 + 107 = 185$, εκτός από την κλίμακα Das και την κλίμακα Es που εκτιμάται αντίθετα από τις άλλες ερευνητικές κλίμακες. Δηλαδή στην μόνη ερευνητική κλίμακα που η μέση τιμή είναι υψηλότερη στην ομάδα $N = 185$ από την ομάδα $N = 50$, είναι στην κλίμακα DaS της Κατάχρησης Ουσιών και αποτελεί ένδειξη ότι η εξάρτηση είναι η κυρίαρχη κατάσταση και όχι η κατάχρηση των ουσιών.

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εμφανίζεται στην κλίμακα της Υποκειμενικής Κατάθλιψης (D1), στην κλίμακα της Εξάρτησης (Dy), στην κλίμακα της Κατάθλιψης (DEP) και στην κλίμακα της Εχθρότητας προς τους Άλλους (HOS).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, εκτός από τις ανυψωμένες μέσες τιμές στις παραπάνω ερευνητικές κλίμακες που εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, η διαφορά στις μέσες τιμές της κλίμακας Es της Δύναμης του Εγώ βρίσκεται στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας, εμφανίζοντας ασαφή σημαντικότητα ($p < 0,10$), όπως και στις ερευνητικές κλίμακες MacA & SOC ($p < 0,10$).

Οι ερευνητικές κλίμακες που εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων της συγκριτικής μελέτης, περιγράφουν το προφίλ ατόμων καταθλιπτικών και απομονωμένων, με μειωμένες ψυχολογικές δυνάμεις και εξαρτημένους αλλά μακριά από τους άλλους. Συγκεκριμένα, η ένδειξη της Καταθλιπτικής Διάθεσης είτε σε υποκειμενικό επίπεδο είτε αντικειμενικά, αποτελεί σημαντικό στοιχείο στροφής των ατόμων προς τον εαυτό και δραστηριότητες μοναχικές χωρίς την συμμετοχή των άλλων.

Η απομόνωση και στροφή προς τον εαυτό (Si), ενισχύεται και από τα συναισθήματα εχθρότητας προς τους άλλους, που αποκλείουν την κοινωνική εμπλοκή και τη δραστηριοποίηση σε κοινές – ομαδικού τύπου ενασχολήσεις, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης που ακολούθησε (Πίνακας 28), έδειξε και εδώ πως σημαντικότερη μεταβλητή από όλες, που διαφοροποιεί τις δύο ομάδες ανεξάρτητα από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών και ανεξάρτητα από την επίδραση του Φύλου, του Εκπαιδευτικού Επιπέδου και της Οικογενειακής κατάστασης των χρηστών, είναι η Κοινωνική Ενδοστρέφεια. Οι χρήστες που απεβίωσαν είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας από ό,τι όσοι χρήστες επιβίωσαν, ανεξάρτητα από το αν συνέχισαν ή αν διέκοψαν το πρόγραμμα. Η μεταβλητή αυτή, διαχωρίζει, ουσιαστικά, τις δύο ομάδες. Υπάρχουν επίσης και εδώ οι τάσεις που είδαμε και πριν στην ίδια ομάδα, εκείνων που απεβίωσαν, για υψηλότερες τιμές στην κλίμακα «Υποκειμενικής Κατάθλιψης», όμως οι τάσεις αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ενδεικτικά μόνον αναφέρονται, καθότι οι πολλές μεταβλητές που χρησιμοποιούμε ενέχουν τον κίνδυνο να αναδεικνύουν και ψευδώς θετικά στατιστικά σημαντικά ευρήματα ακόμη και στις σημαντικότητες $p < 0,05$, πόσο μάλλον στις «τάσεις».

Η ερμηνεία των μέσων τιμών των ανυψώσεων των κλινικών και ερευνητικών κλιμάκων και η σύγκριση των τιμών μεταξύ των δύο ομάδων, εμφανίζει σημαντική επιβάρυνση στην ομάδα των αποθανόντων. Τα μέλη της ομάδας των αποθανόντων εμφανίζουν προφίλ ατόμων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή, λόγω του συνδυασμού των ανυψώσεων των κλιμάκων Sc και Ma (Μάνος 1982), καθώς και με την σημαντικότητα της



ανύψωσης στην κλίμακα Si (ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης) σε συνδυασμό με τις ερευνητικές κλίμακες που ενισχύουν την αποφυγή των κοινωνικών – ομαδικών δραστηριοτήτων (Ward και Perry 1998).

Τα μέσα διαγράμματα προσωπικότητας που εμφανίζουν τις όποιες διαφορές μεταξύ των ομάδων της συγκριτικής μελέτης, είναι αποκαλυπτικά ιδιαίτερα, όσον αφορά τη σύγκριση των ατόμων της ομάδας $N = 50$ των αποθανόντων, με τις δύο άλλες ομάδες $N = 78$ & $N = 107$ των ζώντων, όπως και με το σύνολο $N = 185$ των ζώντων ατόμων, ανεξάρτητα με την έκβαση της σχέσης τους με την ολοκλήρωση ή την διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος (Σχήματα 2-5).

Παρατηρούμε τις μέσες ανυψώσεις των κλινικών κλιμάκων, καθώς και την εμφάνιση των παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπου η επιβάρυνση εντοπίζεται στην ομάδα $N = 50$ των ατόμων που απεβίωσαν. Είναι εμφανής η σχηματοποίηση της ψυχωτικής τριάδας (ψυχωτικό V) στο μέσο διάγραμμα προσωπικότητας των ατόμων της εν λόγω ομάδας. Η διαπίστωση αυτή, σε συνδυασμό με τις μέσες τιμές των ανυψώσεων των κλινικών κλιμάκων που υπερβαίνουν οι περισσότερες την τιμή $T = 65$ και πλησιάζουν την τιμή $T = 70$, σε σχέση με τις μέσες τιμές ανυψώσεων του συνόλου των ζώντων που εμφανίζονται σε σημαντικό βαθμό μειωμένες και με στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,01$ & $p < 0,001$), κάνει εμφανή την διαφορά μεταξύ των ζώντων και των ατόμων που απεβίωσαν και υποστηρίζει την υπόθεση της συμβολής της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, στην πορεία του στη χρήση και την όποια έκβαση της συμπεριφοράς αυτής.

Το μέσο διάγραμμα προσωπικότητας στις γυναίκες δείχνει εμφανώς περισσότερο αυξημένες τις μέσες τιμές των κλινικών κλιμάκων, στις γυναίκες που εγκατέλειψαν την προσπάθεια ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος, χωρίς όμως να εμφανίζεται η βαρύτητα που εμφανίζει το μέσο διάγραμμα προσωπικότητας των ανδρών. Δεν γίνεται σύγκριση του μέσου διαγράμματος των γυναικών που απεβίωσαν, λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος που αποτελείται από δύο (2) μόνον άτομα.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών ολοένα αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων. Η ηλικία έναρξης της χρήσης και η χρονική διάρκεια του περάσματος από την δοκιμαστική ή την "χάριν παιδιάς" και εναντίωσης στο κατεστημένο χρήση, στην κατάχρηση και την εξάρτηση, μειώνονται.

Η μέση ηλικία των εξαρτημένων χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών μειώνεται ραγδαία.

Η σύγκριση των δύο ομάδων, των ατόμων που ολοκλήρωσαν και των ατόμων που εγκατέλειψαν το θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης της Θεραπευτικής Κοινότητας, δείχνει ότι δεν διαφέρουν ιδιαίτερα οι δύο ομάδες μεταξύ τους, θα έλεγε κανείς, ότι τα άτομα που απαρτίζουν τις δύο ομάδες, εμφανίζουν παρόμοια στοιχεία και παρόμοια δομή προσωπικότητας. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να οδηγήσει στο αισιόδοξο συμπέρασμα, ότι όλοι οι εξαρτημένοι χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, έχουν τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης, με βάση την παρόμοια δομή της προσωπικότητάς τους.

Είναι δυνατόν όμως, με βάση τα στοιχεία που διαθέτουμε, να διαμορφώσουμε τα προγράμματα ψυχολογικής απεξάρτησης, σύμφωνα με τις ανάγκες των ατόμων που θα τα χρησιμοποιήσουν και λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη, την δομή της προσωπικότητας των ατόμων αυτών που συνδιαμορφώνεται με την χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών και την εξαρτητική συμπεριφορά. (Ζλατάνος 2001).

Οι θάνατοι εξαιτίας της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνονται συνεχώς κάθε χρόνο και έχουμε το φαινόμενο όπου, οι δέκα (10) επίσημα καταγεγραμμένοι θάνατοι το έτος 1985 φθάνουν στους τριακόσιους είκοσι έναν (321) το έτος 2001 (ΕΚΤΕΠΝ 2002).

Τα αποτελέσματα και η στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση δείχνουν ότι οι θάνατοι που προέρχονται από την δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, δεν οφείλονται όλοι στο τυχαίο γεγονός της υπερδοσολογίας στη χρήση, όπως μέχρι τούδε αναφέρεται



στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. (ΕΚΤΕΠΝ 2001 & 2002, ΕΚΠΝΤ 2002).

Η τυχαία επιλογή αναφορών από την διεθνή ιδιαίτερα βιβλιογραφία, σχετικά με την κατάληξη της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των εξαρτημένων χρηστών, περιορίζεται στην στατιστική ποσοστιαία αναλογία θανάτων από διάφορες αιτιολογίες που σχετίζονται με τη χρήση, όχι όμως σε παράγοντα/ες που μπορεί να συνετέλεσαν στη χρήση και την εξάρτηση που συμμετείχαν στο τραγικό αποτέλεσμα (Puschel 1993, Rossow 1994, Dressler and Roberts 1989, Darke and Zador 1996, Quaglio και συν. 2001, Jeanmonod and Fryc 1990, Robertson και συν. 1994).

Επίσης, οι αναφορές που σχετίζονται με την εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, με την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI ή άλλες δοκιμασίες εκτίμησης της προσωπικότητας, προσανατολίζονται στη συγκριτική μελέτη της προσωπικότητας των εξαρτημένων ανάλογα με την ουσία ή τις ουσίες που χρησιμοποιούν, την παρουσία συννοσηρότητας, την συγκριτική μεταθεραπευτική εκτίμηση της προσωπικότητας ή την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών (Donovan και συν. 1998, Frances και Miller 1998, Kozlov and Buzina 1999, Smith and Hilsenroth 2001, Riesco και συν. 1998, Belding και συν. 1998, Patalano 1998, Schweizer και συν. 1998, Αγοραστήδης 1985, Ζλατάνος 2001).

Τα άτομα που αποβιώνουν εξαιτίας της υπερβολικής δόσης στη χρήση ή παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση όπως, μολυσματικές ασθένειες, αυτοκτονία, ατυχήματα AIDS, έχουν αναπτύξει και διαμορφώσει τη δομή προσωπικότητας που συμβάλλει στην εν λόγω αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, που οδηγεί τελικά στον θάνατο.

Η δομή της προσωπικότητας των ατόμων αυτών, που οι περισσότερες κλινικές κλίμακες έχουν τιμές μεταξύ του $T = 60$ και $T = 70$ και ιδιαίτερα οι κλίμακες Pa και Sc που σχηματίζουν το "ψυχωτικό V" και γενικότερα οι ανυψώσεις των ψυχωτικών κλιμάκων και της κλίμακας Hs που δείχνει την ύπαρξη και σωματικών ενοχλημάτων ψυχολογικής αιτιολογίας, είναι ενδεικτικά της εμφάνισης συννοσηρότητας, με την εξάρτηση από παράνομες



εξαρτησιογόνες ουσίες, που ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την τραγική κατάληξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς.

Η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη, εμφανίζει μια άλλη διάσταση στη χρήση του ψυχομετρικού οργάνου, ως προγνωστικού εργαλείου μέτρησης της επικινδυνότητας, της εν δυνάμει αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.



10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από τη συγκριτική μελέτη, με βάση την ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, ανοίγουν ένα νέο πεδίο έρευνας, που έχει ως αντικείμενο μελέτης, τα στοιχεία που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, ως αιτιολογικού παράγοντα, που συμβάλει στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Η περαιτέρω διεξοδική μελέτη και έρευνα της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου, αποτελεί πλέον έναν σημαντικό παράγοντα για την πολιτική αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης και της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Η μελέτη, αξιολόγηση και σύσταση θεραπευτικών προγραμμάτων με στόχο την εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα, θεωρείται πλέον επιβεβλημένη ανάγκη σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης της τοξικοεξάρτησης, με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας συγκριτικής μελέτης.

Η τακτική της υποβολής στη διερεύνηση της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη με την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI ή άλλου αντίστοιχου ψυχομετρικού οργάνου διερεύνησης των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων, μπορεί να προσφέρει στη θεραπευτική τακτική μια άλλη διάσταση πλέον, που προσανατολίζεται στη πρόληψη του θανάτου, από την δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εξαρτημένου και μπορεί να καθορίσει την εξατομικευμένη θεραπευτική τακτική, σε κατάλληλα οργανωμένες και στελεχωμένες δομές θεραπευτικής αντιμετώπισης των ατόμων αυτών.

11. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα συγκριτική μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της διάστασης, της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, σε σχέση με την δυνατότητα ολοκλήρωσης ή εγκατάλειψης του θεραπευτικού προγράμματος ψυχολογικής απεξάρτησης του Ψ.Ν.Θ. Στην πορεία της ερευνητικής προσπάθειας και αφού διαπιστώθηκε ότι κάποια άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα της ερευνητικής μελέτης είχαν αποβιώσει, συνδυάστηκε και επεκτάθηκε συγκριτικά η διερεύνηση των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών με την δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά τους με κατάληξη το τραγικό αποτέλεσμα του θανάτου, εξαιτίας της εν λόγω συμπεριφοράς και των παραγόντων (αυτοκτονία, μολυσματικές ασθένειες, ατυχήματα, υπερβολική δοσολογία) που συνεπάγονται της εξαρτητικής συμπεριφοράς.

Η μελέτη των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, η στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση που ακολούθησε, έδειξε ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, με την πορεία και έκβαση της θεραπευτικής αντιμετώπισης και ιδιαίτερα με την τραγική κατάληξη της δυνητικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του εξαρτημένου χρήστη.

Καθίσταται αναγκαία λοιπόν, η περαιτέρω και συνεχής διερεύνηση της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, με στόχο, τον προγραμματισμό, σχεδιασμό, στελέχωση και υλοποίηση προγραμμάτων δευτερογενούς κυρίως πρόληψης, που να καλύπτουν και αντιμετωπίζουν θεραπευτικά τις ανάγκες του χρήστη. Καθίσταται επίσης αναγκαία, η δημιουργία θεραπευτικών δομών, στελεχωμένων με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό με σκοπό την έγκαιρη θεραπευτική κάλυψη και αντιμετώπιση των ατόμων που εμφανίζουν συννοσηρότητα με κάποια άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή, ή δομή προσωπικότητας που συμβάλλει στη δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, που οδηγεί στο θάνατο.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης, είναι δυνατόν, με την εξατομικευμένη θεραπευτική κάλυψη σύμφωνα με τα στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του χρήστη, να δράσουμε πρωτογενώς προληπτικά έναντι του πρόωρου θανάτου εξαιτίας της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.



12. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα συγκριτική μελέτη, γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης και αξιολόγησης των διαφορών που προέκυψαν, στα χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, κατά την πρώτη επαφή της ένταξής τους στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Σκοπό της μελέτης αποτελεί η ανίχνευση και αξιολόγηση των στοιχείων της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη, σε σχέση με την ολοκλήρωση ή την εγκατάλειψη του θεραπευτικού προγράμματος. Στην πορεία, η διαπίστωση της ύπαρξης ατόμων που έχουν αποβιώσει, έστρεψε την προσπάθεια στη σύγκριση και της ομάδας των ατόμων που απεβίωσαν, με τις δύο κατηγορίες και με το σύνολο των ζώντων.

Το δείγμα της συγκριτικής μελέτης αποτελείται από $N = 235$ άτομα που κατανέμονται σε τρεις ομάδες μελέτης. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα άτομα που ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης ($N=78$), η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τα άτομα που διέκοψαν το θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης πριν την ολοκλήρωσή του ($N=107$) και η τρίτη ομάδα που περιλαμβάνει άτομα που έχουν αποβιώσει ανεξάρτητα από την πορεία τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα ($N=50$).

Μέθοδος συλλογής των στοιχείων της συγκριτικής μελέτης είναι, η Ημιδομημένη Κλινική Συνέντευξη στην πρώτη επαφή του χρήστη με την υπηρεσία και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Ακολουθεί μελέτη και σύγκριση του Μέσου Διαγράμματος (profile) που προέκυψε στις ομάδες της μελέτης και στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των Μέσων Τιμών των Κλινικών και Ερευνητικών Κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η στατιστική σύγκριση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν στις ποιοτικές μεταβλητές έγινε με το κριτήριο χ^2 και στις ποσοτικές μεταβλητές των τιμών του MMPI έγινε με το κριτήριο t-test, ενώ έγινε και Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression Analysis) με συμμετοχή όλων των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών των ομάδων της μελέτης.



Η σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της μελέτης, δεν εμφάνισε διαφορές μεταξύ των ομάδων των ζώντων, που ολοκλήρωσαν και εγκατέλειψαν το θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ εμφάνισε σημαντικές διαφορές σε όλες τις διαδοχικές μετρήσεις στις κλίμακες του MMPI, κλινικές και ερευνητικές στις συγκρίσεις μεταξύ των ζώντων και των αποθανόντων. Δεν εμφανίζονται επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στα χαρακτηριστικά της χρήσης ουσιών μεταξύ των ομάδων της συγκριτικής μελέτης.

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων, που έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα ($N = 78$) και των αποθανόντων ($N = 50$), εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες αξιοπιστίας L ($p < 0,05$), F ($p < 0,001$), K ($p < 0,01$), στις κλινικές κλίμακες Hs ($p < 0,01$), Mf ($p < 0,027$), Ma ($p < 0,016$), Si ($p < 0,038$) και Sc ($p < 0,004$) και στις ερευνητικές κλίμακες Dy ($p < 0,014$) Es, SOC ($p < 0,05$) και HOS ($p < 0,002$), με επιβάρυνση στην ομάδα των ατόμων που έχουν αποβιώσει. Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η κλίμακα που διαχωρίζει τις δύο ομάδες μεταξύ τους είναι η κλίμακα της Δύναμης του Εγώ (Es, $p < 0,037$).

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων, που έχουν διακόψει το θεραπευτικό πρόγραμμα ($N = 107$) και των αποθανόντων ($N = 50$), εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες αξιοπιστίας F ($p < 0,01$), K ($p < 0,05$), στις κλινικές κλίμακες Sc ($p < 0,02$), Si ($p < 0,03$) και στις ερευνητικές κλίμακες D1 ($p < 0,028$), HOS ($p < 0,02$) και DEP ($p < 0,05$) με επιβάρυνση στην ομάδα των ατόμων που έχουν αποβιώσει. Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η κλίμακα που διαχωρίζει τις δύο ομάδες μεταξύ τους είναι η κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si, $p < 0,007$).

Τέλος, η στατιστική σύγκριση μεταξύ του συνόλου των ζώντων των δύο ομάδων ($N = 185$) και των ατόμων που έχουν αποβιώσει ($N = 50$) εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες αξιοπιστίας L ($p < 0,05$), F ($p < 0,002$), K ($p < 0,01$), στις κλινικές κλίμακες Sc ($p < 0,005$), Ma ($p < 0,05$), Si ($p < 0,02$) και στις ερευνητικές κλίμακες D1, Dy ($p < 0,03$), DEP ($p < 0,05$), HOS ($p < 0,01$), με επιβάρυνση πάντα στην ομάδα των ατόμων που έχουν αποβιώσει. Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η κλίμακα που διαχωρίζει τις δύο ομάδες μεταξύ τους είναι η κλίμακα της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si, $p < 0,022$).



Σημαντικό εύρημα θεωρείται η εμφάνιση της «ψυχωσικής τριάδας» (ψυχωσικό V) στα διαγράμματα των ατόμων που έχουν αποβιώσει (N = 50) σε συχνότητα πολύ μεγαλύτερη από το σύνολο των ζώντων (N = 185) και η στατιστική σημαντικότητα X^2 είναι ($p < 0,001$).

Η παρούσα συγκριτική μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης:

1. της συμμετοχής των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες ατόμων, στην πορεία και εξέλιξη των θεραπευτικών διεργασιών και παρεμβάσεων, στο Πρόγραμμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
2. της συμβολής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με αποτέλεσμα την τραγική κατάληξη του θανάτου.

Τα συγκριτικά αποτελέσματα που προέκυψαν, υποδεικνύουν ότι οι θάνατοι που προκαλούνται από την δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των χρηστών συνδέονται άμεσα με τα στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του χρήστη, όπως προέκυψε από τα ευρήματα της μελέτης και επιβάλλεται να αντιμετωπίζονται σε θεραπευτικές δομές και προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης κατάλληλα διαμορφωμένα και στελεχωμένα, όπου θα λαμβάνεται υπόψη και η συννοσηρότητα.

13. SUMMARY

In this comparative study we attempt to trace and evaluate the differences of the personality characteristics that appear in dependant users of illegal substances, in their first contact with the Therapeutic Program of the Rehabilitation Department of Dependant Persons of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Greece.

The purpose of the study is to trace and evaluate personality elements of the dependant user in connection with the completion or not of the therapeutic program. The realization of the existence of persons that had died turned our attention to the comparison of the group of people that died with the two groups mentioned above and with the total number of survivors.

The sample of the comparative study was N=235 persons distributed in three groups of investigation. The first one includes the persons that completed the therapeutic program and are in full remission of psychological dependency (N=78), the second one contains the persons that withdrew from the therapeutic program before finishing it (N=107) and the third group contains the persons that died irrespective of their progress in the therapeutic program (N=50).

For the collection of the data for the comparative study, we used the Semi-structured Clinical Interview on the first contact of the user with the service and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). This was followed by the study and comparison of the profile emerged from each group and a statistical comparison and evaluation of the Average Rates of the Clinical and Research Scales that were used.

Statistical comparison of results in qualitative variables was performed with the X^2 criterion and in quantitative variables of MMPI scores the t-test criterion.

The comparison between the three study groups revealed no differences between the two groups of survivors, who either completed or dropped out the Therapeutic Program. On the contrary, we did find significant differences in all the consecutive measurements in MMPI scales - Clinical or Research - in the comparison between survivors and deceased. We did not find any statistical significant differences in demographic data or in the characteristics of substance abuse between the three groups of the comparative study.



Comparison between the group that completed the therapeutic program (N=78) and of the deceased (N=50) shows statistical significant differences in the Validity scales L ($p < 0.05$), F ($p < 0.001$), K ($p < 0.01$), in the Clinical Scales Hs ($p < 0.01$), Mf ($p < 0.027$), Ma ($p < 0.016$), Si ($p < 0.038$) and Sc ($p < 0.004$) and in the Research Scales Dy ($p < 0.014$) Es, SOC ($p < 0.05$) and HOS ($p < 0.002$), worst in the subgroup of deceased. The use of Logistic Regression Analysis has proved that the Ego Strength (Es, $p < 0.037$) scale substantially separate the two groups.

Comparison between the group that dropped out from the therapeutic program (N=107) and the group of the deceased (N=50) shows statistically significant differences in Validity Scales F ($p < 0.01$), K ($p < 0.05$), in Clinical Scales Sc ($p < 0.02$), Si ($p < 0.03$) and in Research Scales D1 ($p < 0.028$), HOS ($p < 0.02$) and DEP ($p < 0.05$), worst in the group of deceased. The use of Logistic Regression Analysis has proved that the Social Introversion (Si, $p < 0.007$) scale substantially separate the two groups.

Last, the statistical comparison between the total number of survivors of both groups (N=185) and the group of deceased (N=50) shows significant differences in Validity Scales L ($p < 0.05$), F ($p < 0.002$), K ($p < 0.01$), in Clinical Scales Sc ($p < 0.005$), Ma ($p < 0.05$), Si ($p < 0.02$) and in Research Scales D1, Dy ($p < 0.03$), DEP ($p < 0.05$), HOS ($p < 0.01$), always worst in the deceased group. The use of Logistic Regression Analysis has proved that the Social Introversion (Si, $p < 0.022$) scale substantially separate the two groups.

We consider as an important finding the appearance of the "psychotic V" in the diagrams of the deceased (N=50) much more frequent than in the diagrams of the total number of survivors (N=185). In this case the statistical significance of X^2 is ($p < 0,001$).

This comparative study is an attempt to assess and evaluate:

1. The accountability of Personality elements of persons dependant on illegal drugs in the course and evolution of the therapeutic processes and interventions in the Rehabilitation Program of Dependant Persons, of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki.
2. The contribution of addict' personality in the manifestation of self-destructive behavior resulting in death.

The comparative results which were gathered, indicate that the deaths occurring from users' self-destructive behavior are strongly related with the personality structure of the user as it has been found from our study. Therefore, they must be treated in therapeutic structures and programs of secondly prevention with well organized and well trained personnel, where co-morbidity will always be taken into account.



14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Aaronson AL, Dent OB, Kline CD. (1996)**
Cross-validation of MMPI and MMPI-2 predictor scales, *Clin. Psychol.*, 52(3): 311-5.
- **Αγοραστίδης Χ. (1985)**
Μελέτη της Φαρμακευτικής Εξάρτησης, Συγκριτική Έρευνα Ορισμένων Κοινωνικών Χαρακτηριστικών της στην Ελλάδα και στη Δ. Γερμανία, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη.
- **American Psychiatric Association (APA) (1987)**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3d ed. Revised (DSM-III-R), Washington, D.C.
- **American Psychiatric Association (APA) (1994)**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV), Washington, D.C.
- **Ausloos (1981)**
La dimension familiale, dans l' alcoolisme et les autres toxicomanies, les cahiers du great No 2: 5-36.
- **Bargagli AM, Sperati A, Davoli M, Forastiere F, Perucci CA. (2001)**
Mortality among problem drug users in Rome: an 18-year follow-up study, 1980-97, *Addiction*, 96(10): 1455-63.
- **Barron F. (1953)**
An Ego - Strength Scale which Predicts Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 327-333.
- **Belding MA, Igychi MY, Morral AR, Husband SD. (1998)**
MMPI profiles of opiate addicts: predicting response to treatment, *Pers Assess* 1998 Apr; 70: 324-39.
- **Bergins JI. (1974)**
Subgroups among Opiate Addicts: A Typological investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 1: 65-73.
- **Berman JJ, Meyer J, Coats G. (1984)**
Effects of program characteristics on treatment outcome: an interrupted time series analysis, *Stud. Alcohol*, 45(5): 405-10.

- **Bishop BP, Cave GC, Gay M.J. et. al. (1976)**
A city looks at its problem of drug abuse by injection. *Brit. Jour. Psychiat.* 129: 465.
- **Bradizza MC. and Stastewitz (1997)**
Integrating Substance Abuse treatment for the Seriously Mentally ill into Inpatient Psychiatric treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 14, Nr 2, 103-111.
- **Brill L. (1977)**
The Treatment of Drug Abuse, *Am. Jour. Psychiatry.* 134: 157.
- **Brill L. and Meiselas H. (1973)**
The treatment of drug abuse. Experiences and issues, in L. Brill, E. Harms (Eds), *The Yearbook of Drug Abuse*, New York, Behavioral Publications.
- **Bolognini M, Laget J, Plancherel B, Stephan P, Corcos M, Halfon C. (2002)**
Drug use and suicide attempts: the role of personality factors, *Subst. Use Misuse* 37(3): 337-56.
- **Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. (1989)**
Comorbidity of Substance Abuse and Other Psychiatric Disorders in Adolescents, *American Journal Psychiatrics* 146.
- **Butcher JN. and Pancheri P. (1976)**
Handbook of cross-national MMPI research. University of Minnesota Press, Mineapolis.
- **Γκιουζέπας Ι. (1988)**
Διαταραχές Προσωπικότητας, (κεφάλαιο στον τόμο) "Ψυχιατρική". Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.
- **Comerci GD. and Schwebel R. (2000)**
Substance abuse: an overview, *Adolesc Med*, 11(1): 79-101.
- **Cottle WC. (1950)**
Card versus booklet forms of the MMPI, *J. Appl. Psychol.*, 34, 225-259.
- **Cox M. (1979)**
The Alcoholic Personality: A Review of the Evidence, in B. Maher, ed., *Progress in Experimental Personality Research*, Volume 9, New York.



- **Craig RJ. and Olson R. (1992)**
MMPI subtypes for cocaine abusers, *Am. J. Alcohol Abuse*, 18(2): 197-205.
- **Craig RJ. (1984)**
Can personality tests predict treatment dropouts?, *Int. J. Addict*, 19(6): 665-74.
- **Craig RJ. (1984)**
Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program, *Clin. Psychol.*, 40(1): 351-5.
- **Dahlstrom WG, Welsh GS. and Dahlstrom LE. (1975)**
An MMPI Handbook (A Revised Edition), Vol. II, Research Applications, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- **Dalton et. al. (2003)**
Substance abuse linked to bipolar suicide risk, *Bipolar Disorders*, 5: 58-61.
- **Darke S. and Zador D. (1996)**
From National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia, Fatal heroin "overdose": a review, in *Addiction* 1996 Dec, 91: 1765-72.
- **Darke S, Ross J, Zador D, Sunjic S. (2000)**
Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996, *Drug Alcohol Depend.* 60(2):141-150.
- **Darke S. and Ross J. (2001)**
The relationship between suicide and heroin overdose among methadone maintenance patients in Sydney, Australia, *Addiction* 96: 1443-53.
- **Dell Ortho A. E. (1974)**
The Role and Resources of the Family, During the Drug Rehabilitation Process, Presented at APGA Convention, New Orleans.
- **Donovan JM, Soldz S, Kelley HF, Penk WE. (1998)**
Four addictions: The MMPI and discriminant function analysis, *Addict Dis* 1998, 17 (2): 41-55.
- **Dressler FA. and Roberts WC. (1989)**
From Pathology Branch, N.I.H, Bethesda, Maryland, Modes of death and types of cardiac diseases in opiate addicts: analysis of 168 necropsy cases, in *Am J Cardiol*, 1989 Oct 15; 64(14): 909-920.

- **Duckworth CJ. and Anderson PW. (1994)**
MMPI & MMPI - 2 Interpretation Manual for Counselors and Clinicians, 4th ed., Taylor and Francis eds, Bristol Pennsylvania.
- **Dumas P, Saoud M, Bouafia S, Gutknecht C, Ecochard R, Dalery J, Rochet T, d'Amato T. (2002)**
Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy people, *Psychiatry Res*, 109(1): 27-35.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1994)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1995)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1996)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1997)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1998)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (1999)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2000)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2001)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.
- **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2002)** Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.



- **Epstein DH, Hawkins WE, Covi L, Umbricht A, Preston KL. (2003)**
Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up, *Psychol. Addict Behav*, 17(1): 73-82.
- **Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2002)** Ετήσια Έκθεση Σχετικά με την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία, Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο.
- **Farey C. (1977)**
On the Need to Reconcile the Etiologies of Drug Abuse, In: J.S. Madden, R. Walker, W.H. Kenyon (eds), *Alcoholism and Drug Dependence, a Multidisciplinary Approach*, Plenum Press, New York.
- **Φιλιππόπουλος Γ. (1980)**
Κλινική Ψυχιατρική, Αθήνα
- **Fingl E. and Woodbury DM. (1975)**
General Principles, In: L.S. Goodman and A. Gilman (eds), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, New York, MacMillan, Ch. 1.
- **Fisher LA, Elias JW, Ritz K. (1998)**
Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions, *Alcohol Clin Exp Res*, 22(5): 1041-7.
- **Fort J. (1961)**
The Use and Abuse of Alcohol and Narcotics Around the World, in *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*.
- **Fordyce E. (1979)**
Use of the MMPI in the Assessment of Chronic Pain. *Clinical Notes on the MMPI*, New Jersey.
- **Frances RJ. (1997)**
The wrath of grapes versus the self – medication hypothesis, *Harvard Rev. Psychiatry*, Vol 4, Nr 5, 287-289.
- **Frances RJ. and Miller SI. (1998)**
Clinical textbook of addictive disorders, 1st ed. The Guilford Press, p. 292.
- **Freedman AM, Kaplan HI. and Sadock BJ. (1975)**
Comprehensive Textbook of Psychiatry – II. The Williams and Wilkins Co, Baltimore, p. 694.

- **Frischer M, Goldberg D, Rahman M, Berney L. (1997)**
Mortality and survival among a cohort of drug injectors in Glasgow, 1982-1994, *Addiction*, 92(4): 419-27.
- **Gerra G, Zaimovic A, Raggi MA, Giusti F, Delsignore R, Bertacca S, Brambilla F. (2001)**
Aggressive responding of male heroin addicts under methadone treatment: psychometric and neuroendocrine correlates, *Drug Alcohol Depend.* 65(1): 85-95.
- **Gerstley LJ, Alterman AI, McLellan AT. et. al. (1990)**
Antisocial Personality Disorders in Patients with Substance Abuse Disorders: A Problematic Diagnosis?, *Am. Jour. Psychiat.* 147: 173.
- **Gilmore JD, Lash SJ, Foster MA, Blosser SL. (2001)**
Adherence to substance abuse treatment: clinical utility of two MMPI-2 scales, *J. Pers. Assess.* 77(3): 524-40.
- **Glynn T. and Haenlein M. (1988)**
Family theory and research on adolescent drug use. A review, *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 1(2): 39-56.
- **Goldstein A. (1983)**
Some thoughts about endogenous opioids and addiction, *Drug Alcohol. Dep.* 11: 11.
- **Graham John R. (1977)**
The MMPI: A Practical Guide, New York, Oxford University Press.
- **Goodman and Gilman (1990)**
The pharmacological basis of therapeutics, 8th ed. Pergamon Press, N.Y., p. 1811.
- **Gough HG, McClosky H. & Meehl PE. (1952)**
A Personality Scale for Social Responsibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 73 - 80.
- **Guaglio G, Talamini G, Lechi A, Venturini L, Lugoboni F, Mezzelani P; Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica (GICS). (2001)**
From Medical Service for Addictive Disorders, Department of Internal Medicine, University of Verona, Italy, Study of 2708 heroin – related deaths in north-eastern Italy 1985-1998 to establish the main causes of death, in *Addiction* 2001 Aug; 96(8): 1127-37.



- **Gurling WN, Glifford CA, Murray RM. (1981)**
Genetic Contributions to Alcohol Dependence and its Effect on Brain Function, In: L. Gedder, P. Parisi, W.E. Nance (Eds), Alan Liss, New York.
- **Harris JG. and Lingoies JC. (1955, Corrected version 1968)**
Subscales for the MMPI: an Aid to Profile Interpretation. Mimeographed Materials. Department of Psychiatry, University of California.
- **Hathaway SR. and McKinley JC. (1942)**
A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. J. Psychol. 10, 249-254
- **Hathaway SR. and McKinley JC. (1967)**
The MMPI Manual. The Psychological Corporation, New York.
- **Hill H, Haertzen C, Davis H. (1962)**
An MMPI Factor Analytic Study of Alcoholics, Narcotic Addicts and Criminals. Quart J. Stud Alcohol 23: 411.
- **Hodgson RJ. – Stockwell TR. (1983)**
The Theoretical and Empirical Basis of the Alcohol Dependence Model: A Social Learning Perspective, In: N. Heather, I. Robertson, P. Davies (eds), Alcohol Misuse: three crucial questions, Junction Books, London.
- **Hodgson RJ. (1984)**
Craving and Priming, In: G. Edwards, J. Littleton (eds), Pharmacological Treatments for Alcoholism, Groom Helm, London, Methuen, New York.
- **Hofman FG. (1983)**
A Handbook on Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed, Oxford University Press, Oxford.
- **Holzberg JD. and Alessi S. (1949)**
Reliability of the shortened MMPI. J. Consult. Psychol., 13, 288-292.
- **Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. (2001)**
A 33-year follow-up of narcotics addicts, Arch. Gen. Psychiatry, 58(5): 503-8.
- **Huberty DJ. (1975)**
Treating the Adolescent Drug Abuser: A Family Affair, Contemporary Drug Problems, 4, pp. 179-194.
- **Hurt SW, Clarkin JF, Morey LC. (1990)**
An examination of the stability of the MMPI Personality Disorder Scales, Pers. Assess., 54(1-2): 16-23.

- **Hyphantis T, Koutras V, Liakos A, Marselos M. (1991)**
Alcohol and drug use, family situation and school performance in adolescent children of alcoholics, *The International Journal of Social Psychiatry*, 37(1): 35-42.
- **Husband SD. and Iguchi MY. (1995)**
Comparison of MMPI-2 and MMPI clinical scales and high-point scores among methadone maintenance clients, *Pers Assess*, 64(2): 371-5.
- **Iwashige T, Myojin T, Ohi K, Shibasaki M, Atsukawa R. (1997)**
Effects of a rehabilitation program for alcoholic inpatients based on the MMPI, *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 32(6): 548-57. (Article in Japanese).
- **Jaffe HJ. (1980)**
Drug Addiction and Drug Abuse, In: Goodman and Gilman, eds., "The Pharmacological basis of Therapeutics", New York, Macmillan, p. 535.
- **Jaffe HJ. (1989)**
Drug Dependence. In: Kaplan and Sadock (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5th edition, Williams and Wilkins, Baltimore.
- **Jeanmonod R. and Fryc O. (1990)**
From Institute Universitaire de Medecine Legale, Geneve, Toxicomania: death beyond risk. Analysis of cause – of – death in drug addicts, in *Schweiz Med Wochenschr* 1990 Nov 3; 120(44): 1643-1638.
- **Johnsson E. and Fridell M. (1997)**
Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study, *Acta Psychiatr. Scand.*, 96(5): 362-6.
- **Κατσουγιαννόπουλος Β. (1998)**
Βασική Ιατρική Στατιστική (Τρίτη Έκδοση), Α^{οοι} Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη.
- **Keegan JF. and Lachar D. (1979)**
The MMPI as a predictor of early termination from polydrug abuse treatment, *Pers. Assess*, 43(4): 379-84.
- **Kelemen K. (1987)**
Preclinical Pharmacology of Drug Abuse, in "Proceedings", of International Conference, Rambat 8-11 September 1987, p. 135.
- **Kelley JL. and Petry NM. (2000)**
HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder, *J. Subst. Abuse Treat.*, 19(1): 59-66.



- **Kendall JC, Sherman MF, Bigelow GE. (1995)**
Psychiatric symptoms in polysubstance abusers: relationship to race, sex, and age, *Addict. Behav.*, 20(5): 685-690.
- **Khantzian EJ. (1997)**
The self – medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harvard Rev. Psychiatry*, Vol 4, Nr 5, 231-244.
- **Kleber H. (1981)**
Detoxification from Narcotics, In: J. Lowinsam and P. Ruiz, eds., “Substance Abuse, Clinical Problems and Perspective”, Baltimore, Williams and Wilkins, p. 317.
- **Kleinman PH., Wish ED., Deren S. et. al. (1986)**
Multiple Drug Use: A Symptomatic Behavior, *Jour. Psychoact. Drugs*, 8(2): 77.
- **Klimenko A. (1968)**
A Multifamily Therapy in the Rehabilitation of Drug Addicts, *Perspectives in Psychiatric Care* 6, pp. 220-223, 1968.
- **Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. (1985)**
The Relationship Between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III: Experience with 2.462 Patients. *Am. J. Psychiatry* 142: 207-212.
- **Kokkevi A. and Stefanis C. (1995)**
Drug abuse and Psychiatric Comorbidity, *Comprehensive Psychiatry* 36(5): 329-337.
- **Kolb LC. (1977)**
Modern Clinical Psychiatry, 9th edition, Saunders Co., Philadelphia – London – Toronto, p. 63.
- **Kozlov AA and Buzina TS. (1999)**
The psychological characteristics of patients with drug addiction, *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1999; 99(10): 14-9.
- **Laqueille X, Poirier MF, Jalfre V, Bourdel MC, Willard D, Olie JP. (2001)**
Predictive factors of response to buprenorphine in the substitutive treatment of heroin addicts. Results of a multicenter study of 73 patients, *Presse Med.*, 30(32): 1581-5. (Article in French).

- **Ladd JS. (1998)**
The F(p) Infrequency Psychopathology scale with chemically dependent inpatients. *J. Clin. Psychol.* 54(5): 665-71.
- **Levy T. and Joff W. (1973)**
The Family Systems Approach to Substance Abuse, The Family Program of Dade County Comprehensive Drug Program, Miami.
- **Lewinsohn PM. (1965)**
Dimensions of MMPI Change. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 37-43.
- **Λιάππας Ι. (1992)**
Ναρκωτικά, Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα - Αντιμετώπιση, Πατάκη, Αθήνα.
- **Liepman MR, Calles JL, Kizilbash L, Nazeer A, Sheikh S. (2002)**
Genetic and nongenetic factors influencing substance use by adolescents, *Adolesc Med*, 13(2): 375-401.
- **Lingford-Hughes AR, Davies SJ, McIver S, Williams TM, Daghli MR, Nutt DJ. (2003)**
Addiction, *Br Med Bull*, 65: 209-22.
- **Λογοθέτης Ι. (1976)**
Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Θεσσαλονίκη.
- **Λογοθέτης Κ. (1990)**
Συμβολή στη Μελέτη του Προβλήματος της Θεραπείας των Χρηστών Ναρκωτικών από Νομικής και Κοινωνικής Πλευράς, Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη, 1990.
- **London M. and Ghodse AH. (1989)**
Types of Opiate Addiction and Notification to the Home Office, *Brit. Jour. Psychiat.* 154: 835.
- **MacAndrew C. (1965)**
The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 238-246.
- **Madden JS. (1979)**
A Guide to Alcohol and Drug Dependence, J. Wright and sons Bristol.
- **Madianos M, Gournas G, Tomaras V, Kapsali A. (1995)**
Familial correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey, *Psychopathology*, 28: 85-94.



- **Magoudi A. and Ferbos C. (1986)**
Approche psychanalytique des toxicomanes, Paris, PUF.
- **Μάνος Ν. (1980)**
Συγκριτική Διερεύνηση της Προσωπικότητας του Έλληνα με το MMPI. Διατριβή για υφηγεσία. Θεσσαλονίκη.
- **Μάνος Ν. και Butcher J. (1982)**
MMPI Οδηγός Χρήσης και Ερμηνείας, Θεσσαλονίκη.
- **Manos N. (1985)**
Adaptation of the MMPI in Greece. In: Advances in personality assessment, Volume 4, Butcher J. and Spielberger C., Lawrence Erlbaum Associates Inc. (eds), Hillsdale, New Jersey, pp: 205.
- **Μάνος Ν. (1988)**
Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Μάνος Ν. (1997)**
Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (Αναθεωρημένη έκδοση), University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Marshall LL. and Roiger RJ. (1996)**
Substance user MMPI-2 profiles: predicting failure in completing treatment, Subst. Use Misuse, 31(2): 197-206.
- **Μαρσέλος Μ. (1986)**
Ναρκωτικά, Φαρμακολογία και Τοξικολογία των Εξαρτησιογόνων Ψυχοτρόπων Ουσιών, Λίτσας, Αθήνα.
- **Μαρσέλος Μ. (1998)**
Εξαρτησιογόνες Ουσίες (Φαρμακολογία, Τοξικολογία, Ιστορία, Κοινωνιολογία, Νομοθεσία) Λίτσας, Αθήνα.
- **Mass R, Bardong C, Kindl K, Dahme B. (2001)**
Relationship between cannabis use, schizotypal traits, and cognitive function in healthy people, Psychopathology, 34(4): 209-14.
- **Μάτσα Κ. (1997)**
Ο τοξικομανής και η οικογένειά του (χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος), Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας - Ψυχιατρική Κλινική, Ιωάννινα.

- **Maurer R, Cortes R, Probst A. et. al. (1983)**
Multiple opiate receptor in human brain: An autoradiographic investigation, *Life Sci. Suppl. 1*, 33: 231.
- **McGinnis JM. and Foege WH. (1999)**
Mortality and morbidity attributable to use of addictive substances in the United States, *Proc. Assoc. Am. Physicians*, 111(2): 109-18.
- **McKinley JC. and Hathaway SR. (1943)**
The identification and measurement of psychoneuroses in medical practice: The MMPI. *J. Amer. Med. Ass.*, 122, 161-167.
- **McMahon RC, Malow RM, Penedo FJ. (2001)**
Psychiatric symptoms and HIV risk in MMPI-2 cluster subgroups of polysubstance abusers in treatment, *J. Addict Dis.*, 20(4): 27-40.
- **Mendelson H. and Mello K. (1979)**
The Diagnosis and Treatment of Alcoholism, New York.
- **Menicussi LD. and Wermuth L. (1989)**
Expanding the Family systems approach: cultural, class, developmental and gender influences in drug abuse, *Am. Jour. of family therapy: Sum. No 1*, 17(2): 129-142.
- **Μενούτης Β. και Κρητικού Π. (1990)**
Τοξικοεξάρτηση, προσωπικότητα, περιβάλλον στα ναρκωτικά (άρθρο στον τόμο) "Ναρκωτικά: Κοινωνικά αίτια, πρόληψη, θεραπεία", ΕΣΥΚΑΝΑ, Σύγχρονη Εποχή, σελ, 122-127.
- **Messina N, Farabee D, Rawson R. (2003)**
Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions, *Consult Clin Psychol*, 71(2): 320-9.
- **Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. (1998)**
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): engaging unmotivated users in treatment, *Subst Abuse*, 10(3): 291-308
- **Meyers RJ, Smith JE, Lash DN. (2003)**
The Community Reinforcement Approach, *Recent Dev Alcohol* 16: 183-95.
- **Miller NS. and Gold MS. (1993)**
A neurochemical basis for alcohol and other drug addiction, *Psychoactive Drugs*, 25(2): 121-8.



- **Miles DR, Svikis DS, Kulstad JL. and Haug NA. (2001)**
Psychopathology in pregnant drug-dependent women with and without comorbid alcohol dependence, *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 25 (7): 1012-7.
- **Millon T. (1990)**
The disorders of personality. In: L. A. Pervin (ed), *Handbook of personality theory and research*, New York: Guilford Press, pp. 339-370.
- **Mirin SM, Meyer RE, McNamee B. (1976)**
Psychopathology and mood duration in heroin use: Acute and chronic effects. *Arch Gen. Psychiatry* 33: 1503-1508.
- **Mirin SM, Weiss RD, Sollogul A, Michael J. (1984)**
Psychopathology in families of drug abusers in Ins. M. Mirin (ed): *Substance abuse and psychopathology*, Washington DC American Psychiatric Association Press, p.p 80-106.
- **Mirin SM, Weiss RD, Griffin MI, Michael JK. (1991)**
Psychopathology in drug abusers and their families, *Compr. Psychiatry* 32: 36-51.
- **Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. (1991)**
Axis II Comorbidity in Substance Abusers, *Am. Jour. Psychiat.* 148: 118-120.
- **Nadeau L, Landry M, Racine S. (1999)**
Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction, *Can J Psychiatry*, 44(6): 592-6.
- **Nunn JA, Rizza F, Peters ER. (2001)**
The incidence of schizotypy among cannabis and alcohol users, *J Nerv Ment Dis*, 189(11): 741-8.
- **Navran L. (1954)**
A Rationally Derived MMPI Scale to Measure Dependence. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 192.
- **O'Boyle M. and Brandon EA. (1998)**
Suicide attempts, substance abuse, and personality, *J. Subst. Abuse Treat.*, 15(4): 353-6.
- **OKANA (2002)**
Έκθεση Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών. Απολογισμός Έργου Τριετίας 1999-2002. OKANA. Αθήνα

- **Okpaku SO. (1986)**
Psychoanalytically oriented psychotherapy of substance abuse (with observations on the Penn-VA Study), *Adv. Alcohol Subst. Abuse*, Fall ;6(1) :17-33.
- **Olievenstein Cl. (1987)**
Place et Object des Thérapies Transitionnelles dans le Traitement des Grands Toxicomanes, dans *La Clinique du Toxicomane*. Les éditions universitaires.
- **Pacula RL. and Chaloupka FJ. (2001)**
The effects of macro-level interventions on addictive behavior, *Subst Use Misuse*, 36(13): 1901-22.
- **Παραδέλης Α. (1992)**
Κλινική Φαρμακολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Patalano F. (1998)**
MMPI diagnostic classification of substance abusers of the 1970s, *Psychol Rep* 1998 Apr;82(2): 505-6.
- **Penk W. (1981)**
Assessing the Substance Abuse with the MMPI, Dallas, Texas.
- **Pervin AL. and John PO. (1997)**
Personality: Theory and Research. J. Wiley and Sons, Inc. (Μετάφραση στα ελληνικά, Αλεξανδροπούλου Α. και Δασκαλοπούλου Ε.) εκδ. Δάρδανος, Αθήνα, 2001.
- **Petersen R. (1987)**
Drug Abuse and Drug Abuse Research: The Second Triennial Report to Congress, NIDA, Rockville, Maryland.
- **Πετρίδου Μ. και Βασιλειάδης Ν. (1995)**
Το γενετικό υπόστρωμα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, Πρακτικά 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 377-384.
- **Phillips GT, Gossop M, Bradley B. (1986)**
The Influence of Psychological Factors on the Opiate Withdrawal Syndrome, *Brit. Jour. Psychiat.* 149: 235.
- **Pihl O. and Spiers P. (1978)**
Individual Characteristics in the Etiology of Drug Abuse, In: B. Maher ed., *Progress in Experimental Personality Research*, Volume 8, New York.



- **Plant MA. (1980)**
Drugtaking and Prevention: The Implications of Research for Social Policy, Brit. Jour. Addict. 75: 245.
- **Platt J. and Labate C. (1976)**
Heroin Addiction, Willey, New York.
- **Plomin R. (1994)**
Genetic and experience: The interplay between nature and nurture. Newbury Park, Calif: Sage.
- **Plomin R, Chipuer HM, Loehlin JC. (1990)**
Behavioral genetics and personality. In: L.A. Pervin (ed), Handbook of personality: Theory and research (pp. 225-243). New York: Guilford Press.
- **Puschel K. (1993)**
From Institut fur Rechtszmedizin, Universitat Hamburg, Germany, Drug - related death, an update, in Forensic Sci Int, 1993 Nov, 62: 121-128.
- **Quaglio G, Talamini G, Lechi A, Venturini I, Lugoboni F, Mezzelani P. (2001)**
Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death, Addiction, 96(8) : 1127-37.
- **Raistrick D. and Davidson R. (1985)**
Alcoholism and Drug Addiction, Churchill, London.
- **Ravndal E. and Vaglum P. (1998)**
Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers, J. Subst. Abuse Treat., 15(2): 135-42.
- **Ravndal E. and Vaglum P. (1999)**
Overdoses and suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers, Eur. Addict Res., 5(2): 63-70.
- **Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber O, Ling W. (2002)**
A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence, Arch Gen Psychiatry, 59(9): 817-24.

- **Riesco Y, Perez Urdaniz A, Rubio V, Izquierdo JA, Sanchez Iglesia S, Santos JM, Carrasco JL. (1998)**
The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI, *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998 May-Jun;26(3): 151-4.
- **Ρογκότης Χ., (1994)**
Μια Θεραπευτική Πρόταση για την Αντιμετώπιση των Τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη.
- **Roberts S. and Fallon LF.Jr. (2001)**
Administrative issues related to addiction in the workplace, *Occup Med*, 16(3): 509-515.
- **Robertson JR, Ronald PJ, Raab GM, Ross AJ, Patria T. (1994)**
From Edinburgh Drug Addiction Study, Muirhouse Medical Group, Deaths, HIV infection, abstinence, and other outcomes in a cohort of injecting drug users followed up for 10 years, in *BMJ* 1994 Aug 6; 309(6951): 369-372.
- **Rossow (1994)**
Suicide among drug addicts in Norway, in *Addiction* 1994 Dec, 89: 1667-73
- **Sanchez Huesca R, Guisa Cruz VM, Cedillo Conzalez A, Pascual Blanco Y. (2002)**
Personality profile among cocaine users, *Actas Esp. Psiquiatr.*, 30(2): 91-8. (Article in Spanish).
- **Schuckit AM. (1979)**
Drug and Alcohol Abuse, A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment, Plenum Medical Books Co., New York.
- **Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G, Garcia – Espana F. (1998)**
The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients, *Psychol Med* 1998 May; 28(3): 713-20.
- **Serper MR, Albert M, Richardson NA, Dickson S, Allen M, Werner A. (1995)**
Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia, *Am. J. Psych.* 152(10): 1464-9.
- **Shaffer HJ. (1997)**
The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos, *Subst. Use Misuse* 32(11): 1573-80.



- **Shalev U, Grimm JW, Shaham Y. (2002)**
Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review, *Pharmacol Rev*, 54(1): 1-42.
- **Siegel S. (1979)**
The Role of Conditioning in Drug Tolerance and Addiction, In: J. Keihn, ed., "Psychopathology in Animals", New York, Academic Press.
- **Skosnik PD, Spatz-Glenn L, Park S. (2001)**
Cannabis use is associated with schizotypy and attentional disinhibition, *Schizophr Res*, 48(1): 83-92.
- **Smith SR and Hilsenroth MJ. (2001)**
Discriminative validity of the MacAndrew Alcoholism Scale with Cluster B personality disorders, *J Clin Psychol* 2001 Jun; 57(6): 801-13.
- **Smith JE, Meyers RJ, Miller WR. (2001)**
The Community Reinforcement Approach to the treatment of substance use disorders, *Am J Addict*, 10 Suppl: 51-9.
- **Skinstad AH. and Swain A. (2001)**
Comorbidity in a clinical sample of substance abusers, *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 27(1): 45-64.
- **Stanton D. (1979)**
Family treatment approaches to drug abuse problems: a review, *Family process*. 18: 251-280.
- **Stanton D, Todd T, Hearb BD, Kirschener S, Kleiman IJ, Mowatt TD, Riley P, Scott MS, Van Deusen MJ. (1982)**
Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model, *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 5 (2): 125-150.
- **Steer RA, Platt JJ, Hendrighs MV. et. al. (1989)**
Types of Self-reported Psychopathology in Dutch and American Heroin Addicts, in *Drug Alcohol Dependence* 24: 175.
- **Στεφανής Κ. (1980)**
Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα.
- **Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. (2002)**
Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study, *Am J Psychiatry*, 159(10): 1760-6.

- **Swadi H. (1990)**
"Experimenting" with Drugs: A Critical Evaluation, *Drug Alcoh. Dep.* 26: 189.
- **Szczepanska L. (2001)**
Analysis of psychopathological symptoms in patients dependent on "Polish heroin", treated in the detoxification unit, *Przegl. Lek.* 58(4): 281-6. (Article in Polish).
- **Taylor JA. (1953)**
A personality scale of manifest anxiety in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- **Textor MR. (1987)**
Family therapy with drug addicts: an integrated approach, *Am. Jour. of orthopsychiatry* 57(4): 497-507.
- **Τουλούμης Χ, Παχή Α, Βαχτσεβάνος Π, Τερεντίου Α. (1999)**
Η Εμπλοκή της Χρήσης Τοξικών Ουσιών σε Εισαχθέντες σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Ασθενείς, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 66: 127-133.
- **Tran GQ, Bux DA, Haug NA, Stitzer ML, Svikis DS. (2001)**
MMPI-2 typology of pregnant drug-dependent women in treatment, *Psychol. Assess.* 13(3): 336-346.
- **Tretter F. and Sonntag G. (2001)**
Approaches to systematic analysis of addiction management, *Gesundheitswesen*, 63(4): 212-20.
- **Τριχόπουλου Δ. (1975)**
Ιατρική Στατιστική, Αθήνα.
- **Ward LC. (1995)**
Correspondence of the MMPI-2 and MCMI-II in male substance abusers, *Pers Assess*, 64(2): 390-3.
- **Ward LC. and Perry MS. (1998)**
Measurement of social introversion by the MMPI-2, *Pers Assess*, 70(1):171-82.
- **Wiggins JS. (1966)**
Substantive dimensions of self – report in the MMPI item pool, in *Psychological Monographs*, 80, American Psychological Association.
- **Williams JH, Wellman NA, Rawlins JN. (1996)**
Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people, *Addiction*, 91(6): 869-77.



- **Wong J.L. and Besett T.M. (1999)**
Sex differences on the MMPI-2 substance abuse scales in psychiatric inpatients, *Psychol. Rep.* 84(2): 582-4.
- **World Health Organization (WHO) (1992)**
The ICD – 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva. (Απόδοση στα ελληνικά Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 1993).
- **Wurmser L. (1981)**
Addictive Personalities, in: JR Lion (ed): *Personality Disorders: Diagnosis and Management*, Williams and Wilkins.
- **Υφαντής Θ, Κούτρας Β, Καφετζόπουλος Ε, Μαρσέλος Μ. (1990)**
Οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, προσωπικοί και γενικότεροι κοινωνικοί παράγοντες ως προγνωστικοί δείκτες της χρήσης και της κατάχρησης οιοπνευματωδών ποτών από μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης, *Ιατρική*, 58(3):264-272.
- **Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτιο) (1981)**
Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινнесότα (MMPI), Hathaway S.R. and McKinley J.C., Psychological Corporation, New York, 1948.
- **Zador D. and Sunjic S. (2000)**
Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1900-1995, *Addiction*, 95(1): 77-84.
- **Ζαφειρίδης Φ. (1989)**
Βασικές Θέσεις στο Πρόβλημα της Χρήσης Εξαρτητικών Ουσιών, *Κοινωνική Εργασία*, 15: 157-162.
- **Ζλατάνος Δ, Χριστοφορίδου Μ, Ρογκότης Χ. (1994)**
Η Συνεργασία με την Οικογένεια του Χρήστη σαν Συντελεστής στη Διαδικασία Απεξάρτησης, Ανακοίνωση στο 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (ΕΨΕ), Περιλήψεις, σελ. 80.
- **Ζλατάνος Δ. και Χριστοφορίδου Μ. (1996)**
Εργασία με την Οικογένεια του Χρήστη και η Εργασιακή Απασχόληση ως Συντελεστές στη Διαδικασία της Απεξάρτησης, Πρακτικά 2^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Μελέτης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 385-391.

- **Ζλατάνος Δ, Χριστοφορίδου Μ, Ρογκότης Χ. (1998)**
Ψυχοεκπαιδευτική Ομάδα Γονέων του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Τρία Χρόνια Λειτουργίας, Κοινωνική Εργασία, 49, σελ. 41-46.
- **Ζλατάνος Δ, Χριστοφορίδου Μ, Τζουβάρα Ξ, Αλεκτορίδης Π. (2001)**
Επανεκτίμηση (follow-up) πρώην χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκριτική Προκαταρκτική μελέτη. Τετράδια Ψυχιατρικής, 73: 77-88.
- **Ζλατάνος Δ. (2001)**
Επανεκτίμηση (follow-up) πρώην χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκριτική μελέτη. Τετράδια Ψυχιατρικής, 76-77: 56-70 & 80-82.
- **Ζλατάνος Δ. (2001)**
Έφηβοι Χρήστες Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών. Προκαταρκτική Μελέτη. Το Στίγμα, Περιοδική Επιστημονική Έκδοση, Ψ.Ν.Θ., 5: 22-31.

