

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ



Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας: Προσαρμογή και αξιολόγηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας μέτρησης «Χρονικοί παράγοντες της υποτροπής (ΧΠΥ)» σε εφήβους που παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μπούτσαλη Μαρία

Επιβλέπων καθηγητής:

Ι. Τσαούσης

Ρέθυμνο, 2017-2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.....	6
1.1.1. Η έννοια του ολισθήματος.....	7
1.1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα.....	8
1.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.....	9
1.2.1. Πρόληψη υποτροπής σύμφωνα με το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο.....	9
1.2.1.1. Θεραπευτικοί Στόχοι.....	12
1.2.1.2. Αποτελεσματικότητα του γνωσιακού συμπεριφορικού μοντέλου πρόληψης υποτροπής.....	13
1.2.2. Το θεωρητικό μοντέλο της Litman.....	14
1.2.3. Η Υποτροπή σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Saunders και Allsop...16	
1.2.4. Η νευροβιολογική θεώρηση της υποτροπής.....	18
1.2.5. Το θεωρητικό μοντέλο της υποτροπής του Adinoff και των συνεργατών του.....	19
1.3. Η ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
1.3.1. Αυτοαποτελεσματικότητα και υποτροπή.....	21
1.3.2. Προσδοκίες σχετικά με την έκβαση των αποτελεσμάτων και υποτροπή.....	22
1.3.3. Σφοδρή επιθυμία και υποτροπή.....	22
1.3.4. Κίνητρο και υποτροπή.....	23
1.3.5. Συναισθηματική κατάσταση και υποτροπή.....	24
1.3.6. Δεξιότητες διαχείρισης και υποτροπή.....	25
1.3.7. Σύνδρομο στέρησης και υποτροπή.....	26

1.3.8. Υποστηρικτικό πλαίσιο και υποτροπή.....	26
1.3.9. Παρορμητικότητα και υποτροπή.....	27
1.3.9.1. Ορισμός και μέτρηση της παρορμητικότητας.....	27
1.3.9.2.. Παρορμητικότητα και χρήση ουσιών.....	28
1.3.9.3. Παρορμητικότητα, εφηβεία και χρήση ουσιών.....	29
1.3.10. Υποτροπή και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.....	30
1.3.11. Υποτροπή και ιδιοσυγκρασία.....	30
1.4. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.....	32
1.4.1. Η κλίμακα των Adinoff και συν., (2010).....	32
1.4.2. Ερωτηματολόγια μέτρησης της υποτροπής.....	34
1.5. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ TRQ.....	36
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	37
2.1. Συμμετέχοντες.....	37
2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	37
2.3. Ερευνητική Διαδικασία.....	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
3.1. Περιγραφικοί δείκτες.....	41
3.2.Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (CFA) για την κλίμακα ΧΠΥ.....	42
3.3. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.....	47
3.4. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Test-retest)	48
3.5. Συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα.....	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
Περιορισμοί.....	56
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	58

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχο της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η προσαρμογή της κλίμακας μέτρησης «Χρονικοί παράγοντες της υποτροπής (ΧΠΥ)», σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες (14-24 ετών) που παρακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης ($N=100$). Αξιολογήθηκε το μοντέλο των τριών παραγόντων, όπως προέκυψε από αρχική κατασκευή της κλίμακας, το μοντέλο του ενός παράγοντα, το ιεραρχικό μοντέλο, και το μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8, το οποίο προέκυψε από τις αναλύσεις της συγκεκριμένης έρευνας. Η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων έδειξε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8, παρουσίασε μια σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα. Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, η κλίμακα παρουσίασε σχετικά ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Όμως η κλίμακα παρουσίασε χαμηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

Λέξεις κλειδιά: προσαρμογή, TRQ, ΧΠΥ, υποτροπή, παραγοντική δομή, αξιοπιστία, εγκυρότητα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Ο όρος υποτροπή έχει εξεταστεί ευρέως στη βιβλιογραφία, καθώς αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας και της απεξάρτησης. Η έννοια της υποτροπής έχει οριστεί με διαφορετικούς τρόπους και αξίζει να αναφερθεί πως η ασυνέπεια που έχει προκύψει από τους διάφορους ορισμούς δεν έχει περάσει απαρατήρητη από τη βιβλιογραφία (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986. Steckler, Witkiewitz, & Marlatt, 2013. Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Αρχικά ο όρος υποτροπή προέρχεται από ένα ιατρικό μοντέλο θεώρησης της εξάρτησης από τη χρήση ουσιών. Στα πλαίσια λοιπόν αυτού του μοντέλου ως υποτροπή ορίζεται η επιστροφή του ατόμου στη προηγούμενη κατάσταση της διαταραχής έπειτα από μία περίοδο ύφεσης των συμπτωμάτων (Marlatt & Donovan, 2005. Marlatt & George, 1984). Στο συλλογικό λεξικό του Webster έχουν προταθεί δύο ορισμοί της υποτροπής, όπως αυτοί αναγράφονται στην εκτεταμένη και λεπτομερή ανασκόπηση του Brownell και των συνεργατών του (Brownell και συν., 1986). Ο πρώτος ορισμός λοιπόν περιγράφει την υποτροπή ως ένα αποτέλεσμα και ο δεύτερος ως μία διαδικασία. Ο πρώτος ορισμός που αντιλαμβάνεται την υποτροπή ως ένα αποτέλεσμα περιγράφει την υποτροπή ως «την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων μιας διαταραχής ύστερα από μία περίοδο βελτίωσης». Αυτός ο ορισμός διατυπώνει την άποψη ότι ένας άνθρωπος είτε θα είναι άρρωστος και κατ'επέκταση θα παρουσιάζει συμπτώματα αυτής της ασθένειας είτε θα είναι υγιής και δεν θα παρουσιάζει συμπτώματα κάποιας διαταραχής. Ο δεύτερος ορισμός που περιγράφει την υποτροπή ως μια διαδικασία, αναφέρεται σε κάθε ολίσθημα που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της απομάκρυνσης από την επίτευξη της αλλαγής. Οι ερευνητές καταλήγουν πως ο ορισμός της υποτροπής ως ένα αποτέλεσμα και ως μία διαδικασία δεν είναι επαρκής και δεν καλύπτει όλες τις πτυχές της έννοιας της υποτροπής (Brownell και συν., 1986).

Έτσι στα πλαίσια της ανάπτυξης διαφορετικών θεωρητικών μοντέλων για τη κατανόηση της υποτροπής, η έννοια της υποτροπής όπως αυτή περιγραφόταν στο ιατρικό μοντέλο εξασθένησε και άρχισε να χρησιμοποιείται για να περιγράψει το τι

συμβαίνει σε ένα εύρος συμπεριφορών, όπως είναι για παράδειγμα η ψυχική ασθένεια, η χρόνια σωματική ασθένεια και η διαταραχή χρήσης ουσιών (Marlatt & Donovan, 2005. Marlatt & George, 1984. Witkiewitz & Marlatt, 2007). Μάλιστα οι Witkiewitz και Marlatt (2007) καταλήγουν ότι για τις διαφορές που διακρίνουν τους ορισμούς της υποτροπής ευθύνεται η χρήση του όρου σε αυτό το πλήθος συμπεριφορών.

Ακόμα οι Marlatt και George (1984) όρισαν την υποτροπή ως μια «μεταβατική διαδικασία», στη διάρκεια της οποίας το άτομο μαθαίνει, ανακαλύπτει και κινητοποιείται. Για αυτό ακριβώς το λόγο περιγράφουν αυτή τη μεταβατική διαδικασία περισσότερο ως ολίσθημα παρά ως υποτροπή. Επιπλέον η υποτροπή μπορεί να οριστεί ως η κατανάλωση ενός ποτού, ως μια περίοδος ανεξέλεγκτης κατανάλωσης αλκοόλ ή χρήσης ουσιών και ως η επιστροφή σε μία προηγούμενη συμπεριφορά που σχετιζόταν με τη χρήση ουσιών (Scholz & Kaltenbach, 1995). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως αυτή η διάκριση εξαρτάται από το αν το άτομο έχει θέσει ως στόχο την πλήρη αποχή από τις ουσίες, τον έλεγχο της χρήσης ή τη μείωση αυτής (Miller, Westerberg, Harris, & Tonigan, 1996).

Ακόμα εξίσου σημαντικό είναι να αναφερθεί πως σε κάποιες μελέτες οι ορισμοί της υποτροπής είναι πολύ γενικοί και την περιγράφουν ως επιστροφή στη χρήση ουσιών ενώ άλλοι ερευνητές ορίζουν ως υποτροπή, κάθε χρήση που συμβαίνει ύστερα από ένα διάστημα δύο εβδομάδων αποχής από τη χρήση ουσιών (Ramo, Prince, Roesch, & Brown, 2012). Οι Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak, και Cetin (2012) στη μελέτη τους όρισαν την υποτροπή ως την επιστροφή στη κατανάλωση αλκοόλ ύστερα από μία περίοδο αποχής, χρησιμοποιώντας έτσι έναν ορισμό που δεν είναι ούτε πολύ γενικός ούτε πολύ ειδικός.

1.1.1. Η έννοια του ολίσθηματος

Σε αυτό το σημείο είναι αρκετά σημαντικό να οριστεί ο όρος ολίσθημα (lapse), ώστε να διαφοροποιηθεί από τον όρο υποτροπή (relapse). Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι όταν κάποιος προσπαθεί να αλλάξει μία συμπεριφορά που την ορίζει ως προβληματική (όπως είναι για παράδειγμα η μείωση του βάρους, η διακοπή του καπνίσματος ή της χρήσης άλλων ουσιών κλπ.) είναι πιθανό να παρουσιάσει κάποιο ολίσθημα σε αυτή τη προηγούμενη προβληματική συμπεριφορά

(Steckler και συν., 2013. Witkiewitz & Marlatt, 2004). Σύμφωνα με τον Marlatt και Gordon (1985) ως ολίσθημα χαρακτηρίζεται μία διαδικασία, μία συμπεριφορά, ένα γεγονός ή ένα λάθος, τα οποία μπορεί να συμβούν μία φορά και να αποτελούν την επανάληψη μιας προηγούμενης συνήθειας. Οι Witkiewitz και Marlatt, (2004) υποστηρίζουν πως όταν ένα άτομο βιώσει κατά τη διάρκεια της αλλαγής του κάποιο ολίσθημα, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να επιστρέψει στη προηγούμενη προβληματική συμπεριφορά (relapse). Όμως επειδή το ολίσθημα θεωρείται ως ένα λάθος το οποίο υπάρχει η δυνατότητα να διορθωθεί, τότε ένα ολίσθημα δεν θεωρείται ότι επιφέρει συνέπειες που δεν μπορούν να διορθωθούν αλλά είναι πολύ πιθανό το άτομο να καταφέρει να επανέλθει πάλι στην πορεία της θετικής αλλαγής (prolapse) (Steckler και συν., 2013. Witkiewitz & Marlatt, 2004).

1.1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα

Παρά την ανάπτυξη και εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων για τις διαταραχές χρήσης ουσιών, ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων επιστρέφει στη χρήση ουσιών μετά από ένα διάστημα αποχής (Chalana, Kundal, Gupta, & Malhari, 2016. Hakansson & Hallén, 2014).

Αρχικά έχει βρεθεί (Chalana και συν., 2016) πως υπάρχει μειωμένη πιθανότητα αποχής από τις ουσίες, ένα χρόνο μετά το τέλος της απεξάρτησης. Αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν πως η πιθανότητα υποτροπής ύστερα από το πέρασμα 12 έως 26 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας, ποικίλλει από 72 έως 88%. Μετά το διάστημα έξι μηνών από το τέλος της θεραπείας η πιθανότητα υποτροπής ποικίλλει από 32 έως 70% (Chalana, Sachdeva, Kundal, Malhari, & Choudhary, 2015). Μάλιστα υπάρχει πιθανότητα μέσα στο διάστημα μίας εβδομάδας που μεσολάβησε μετά το τέλος της θεραπείας, το 59% των ατόμων που έχει διακόψει τη χρήση ουσιών, να επιστρέψει στη χρήση (Smyth, Barry, Keenan, & Ducray, 2010).

Όσον αφορά τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες, έρευνες έχουν δείξει πως υπάρχει αυξημένη πιθανότητα υποτροπής ύστερα από την ολοκλήρωση ενός προγράμματος απεξάρτησης (Hakansson & Hallén, 2014. Smyth και συν., 2010). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως το 66% των εφήβων που έχουν ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης έκανε πάλι χρήση ουσιών μέσα σε ένα διάστημα έξι μηνών (Pompili και συν., 2015). Ακόμα είναι πιθανό οι έφηβοι να οδηγηθούν στην υποτροπή

μέσα στο διάστημα τριών μηνών μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος (Godley και συν., 2014. Pompili και συν., 2015). Επιπλέον όσοι έφηβοι έχουν διαγνωσθεί με ψυχική διαταραχή, όπως είναι για παράδειγμα η κατάθλιψη και έχουν ολοκληρώσει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα για τη χρήση ουσιών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθούν στην υποτροπή εξαιτίας της ύπαρξης αυτής της ψυχικής διαταραχής (Samet, Fenton, Nunes, Greenstein, Aharonovich, & Hasin, 2013). Όμως αποτελέσματα άλλων ερευνών δεν έχουν επιβεβαιώσει κάποια σχέση μεταξύ της ηλικίας και της εμφάνισης της υποτροπής (Chalana, Kundal, & Malhari, 2017).

1.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Εξαιτίας της αυξανόμενης ανάγκης για την κατανόηση και την εξήγηση του κύκλου της υποτροπής έχει προκύψει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών ως προς την ανάγκη ύπαρξης διαφορετικών πολυπαραγοντικών μοντέλων. Όσον αφορά τη διαταραχή χρήσης ουσιών, έχουν διατυπωθεί διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα για τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η επαναφορά ενός ανθρώπου στη χρήση ουσιών ύστερα από μια περίοδο αποχής (Adinoff και συν., 2010. Allsop, 1990. Koob, & Volkow, 2010. Litman, 1986. Marlatt, 1978. Saunders & Allsop, 1990).

1.2.1. Πρόληψη υποτροπής σύμφωνα με το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο

Το 1978 ο Marlatt (Marlatt, 1978) διατύπωσε το πρώτο γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο θεώρησης της διαδικασίας της υποτροπής. Για να διατυπώσει αυτή τη θεωρία βασίστηκε σε κλινικά δεδομένα που προέκυψαν από την ποιοτική έρευνα που πραγματοποίησε με 70 άνδρες χρόνια αλκοολικούς. Πιο συγκεκριμένα, συνέλεξε λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους λόγους για του οποίους αυτοί οι άνδρες επέστρεψαν στη χρήση αλκοόλ μέσα σε διάστημα 90 ημερών μετά την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης. Με βάση λοιπόν αυτά τα δεδομένα το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο επικεντρώνεται στις καταστάσεις οι οποίες περιγράφονται ως υψηλού κινδύνου και στον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει το άτομο σε μία κατάσταση υψηλού κινδύνου.

Επομένως το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη ενός προγράμματος πρόληψης της υποτροπής. Το πρόγραμμα αυτό

απευθύνεται κατά κύριο λόγο σε όσους ανθρώπους έχουν λάβει ή συνεχίζουν να λαμβάνουν θεραπεία σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα για τη χρήση ουσιών. Το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο αποστασιοποιήθηκε από τη θεώρηση της υποτροπής ως ένα διχοτομικό αποτέλεσμα που μέχρι τότε υποστήριζε το ιατρικό μοντέλο. Για αυτό ακριβώς το λόγο δε θεωρεί την υποτροπή ως την ολοκληρωτική επιστροφή του ατόμου στη προηγούμενη κατάσταση, αλλά ως ένα ολίσθημα που μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους που προσπαθούν να επιτύχουν μία αλλαγή στη ζωή τους (Marlatt, 1985. Steckler και συν., 2013. Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το συγκεκριμένο μοντέλο (Marlatt & Gordon, 1985) υποστηρίζει πως άμεσοι καθοριστικοί παράγοντες ή στιγμιαίοι παράγοντες, όπως οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου, συμβάλλουν σημαντικά στην υποτροπή. Για αυτό ακριβώς το λόγο οι θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες βασίζονται στο πρόγραμμα της πρόληψης της υποτροπής, ξεκινούν με τη διερεύνηση των καταστάσεων αυτών που αποτελεί υψηλό κίνδυνο για κάθε θεραπευόμενο για να υποτροπιάσει. Σε αυτό το σημείο είναι αρκετά σημαντικό να διευκρινιστεί το τι είναι οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Ως καταστάσεις υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι συνθήκες αυτές κατά τις οποίες η προσπάθεια ενός ατόμου να αποφύγει μία συμπεριφορά κλονίζεται. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως για κάθε άνθρωπο υπάρχουν διαφορετικές καταστάσεις υψηλού κινδύνου που του προκαλούν ευαλωτότητα. Η συναναστροφή του ατόμου με μέρη, πρόσωπα και γεγονότα που είχε συνδέσει με αυτή τη συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν ως καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Ακόμα ως καταστάσεις υψηλού κινδύνου μπορεί να θεωρηθούν η γνωστική και θυμική κατάσταση του ατόμου, όπως είναι το αρνητικό θυμικό και η μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα, τα εξαρτημένα ερεθίσματα που έχουν συνδεθεί με τη χρήση ουσιών και η φυσιολογική κατάσταση του ατόμου, όπως η αίσθηση στέρησης της χρήσης ουσιών. Ακόμα είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μπορεί ένας άνθρωπος να έρθει αντιμέτωπος με καταστάσεις υψηλού κινδύνου χωρίς κάποια προειδοποίηση. Αυτό γιατί είναι αρκετά πιθανό ένας άνθρωπος να λάβει κάποιες αποφάσεις απερίσκεπτα, οι οποίες όμως μπορεί να τον οδηγήσουν στο κίνδυνο του ολισθήματος και κατ' επέκταση στην υποτροπή. Μία τέτοια απόφαση θα μπορούσε να είναι για παράδειγμα το να επιστέψει στο σπίτι του από διαφορετικό δρόμο και να βρεθεί μπροστά από το αγαπημένο του μπαρ (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Επομένως το γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο βασίζεται στον τρόπο με τον οποίο αποκρίνεται ένα άτομο στις καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Στη περίπτωση που ένα άτομο δεν διαθέτει τις κατάλληλες δεξιότητες διαχείρισης και δεν έχει αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα (Bandura, 1977) ώστε να διαχειριστεί τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπος, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να κάνει ξανά χρήση ουσιών (Marlatt & Gordon, 1985). Το αν θα κάνει τελικά χρήση ουσιών ή όχι διαμεσολαβείται από τις προσδοκίες του ατόμου σχετικά με το τι θα του προσφέρει η ουσία, έχοντας ως γνώμονα την αρχική επίδραση των ουσιών στον ίδιο (Marlatt & George, 1984). Όσοι τελικά κάνουν χρήση ουσιών τότε ίσως είναι ευαίσθητοι στο «φαινόμενο παραβίασης της αποχής» (abstinence violation effect). Όταν αναφέρεται κάποιος στην «επίδραση της παραβίασης της αποχής» κάνει λόγο για το αίσθημα ντροπής, ενοχής και απώλειας ελέγχου που βιώνουν τα άτομα όταν παραβιάζουν ένα προσωπικό όριο που έχουν θέσει και στη προκειμένη περίπτωση είναι αυτό της αποχής (Curry, Marlatt, & Gordon, 1987).

Αργότερα, οι Witkiewitz και Marlatt (2004), αναπροσάρμοσαν το δυναμικό μοντέλο θεώρησης της υποτροπής, βασιζόμενοι στην κλινική τους έρευνα και εμπειρία. Διατύπωσαν την υπόθεση ότι η υποτροπή είναι περίπλοκη διαδικασία και δεν μπορεί να εξηγηθεί εύκολα από απλές γραμμικές προβλέψεις. Σύμφωνα λοιπόν με τη κλινική τους έρευνα και εμπειρία, ένας άνθρωπος μπορεί να οδηγηθεί σε ολίσθημα, το οποίο μπορεί να έχει πυροδοτηθεί από πολύ μικρά ερεθίσματα. Για παράδειγμα αν σημειωθούν αλλαγές σε ένα παράγοντα κινδύνου όπως είναι η αυτοαποτελεσματικότητα τότε υπάρχει πιθανότητα να αυξηθεί η ακαταμάχητη επιθυμία για τη χρήση ουσιών, να δημιουργηθούν θετικές προσδοκίες σχετικά με τις επιδράσεις της χρήσης ουσιών και έντονα αρνητικά συναισθήματα (Witkiewitz & Marlatt, 2004, 2007).

Το αναπροσαρμοσμένο δυναμικό μοντέλο της υποτροπής περιλαμβάνει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πληροφοριών που σχετίζονται με το παρελθόν (χρόνια εξάρτησης, κοινωνική υποστήριξη, οικογενειακό ιστορικό, συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή), με τις γνωστικές (αυτοαποτελεσματικότητα, προσδοκίες σχετικά με την έκβαση, κίνητρο, ακαταμάχητη επιθυμία, «επίδραση της παραβίασης της αποχής»), των συμπεριφορικών (δεξιότητες διαχείρισης), τις συναισθηματικές (άγχος, αρνητική διάθεση, θυμός) και τις σωματικές (συμπτώματα στέρησης) διαδικασίες, που προηγούνται πριν και κατά τη διάρκεια των καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Σε αυτό

το μοντέλο δίνεται έμφαση στις δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ πολλών παραγόντων κινδύνου και καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την υποτροπή (Witkiewitz & Marlatt, 2004, 2007). Αξιοσημείωτο είναι ότι αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνονται και στο αρχικό μοντέλο κατανόησης της υποτροπής, όπως είχε προταθεί από τον Marlatt και τους συνεργάτες του (Marlatt & Gordon, 1985). Όμως το αναπροσαρμοσμένο μοντέλο δεν υποστηρίζει πως συγκεκριμένοι παράγοντες έχουν μεγαλύτερη επιρροή στην υποτροπή σε σχέση με άλλους παράγοντες (Witkiewitz & Marlatt, 2004, 2007).

1.2.1.1. Θεραπευτικοί Στόχοι

Το γνωσιακό συμπεριφορικό μοντέλο πρόληψης της υποτροπής κατά κύριο λόγο βασίζεται στην εκμάθηση συμπεριφορικών δεξιοτήτων, στην εφαρμογή γνωστικών παρεμβάσεων και στη ψυχοεκπαίδευση με στόχο την πρόβλεψη και την αποφυγή καταστάσεων υψηλού κινδύνου, του ολισθήματος και της υποτροπής (Marlatt & Donovan, 2005). Ακόμα έχοντας ως αρχικό σημείο διερεύνησης των καταστάσεων υψηλού κινδύνου, είναι σημαντικό στα πλαίσια της θεραπείας να διερευνηθούν οι προσωπικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υποτροπή. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να κατανοήσει ποιες καταστάσεις είναι υψηλού κινδύνου, ποιοι παράγοντες πυροδοτούν την υποτροπή του και ποιες γνωστικές και συμπεριφορικές δεξιότητες διαχείρισης χρειάζεται να διαθέτει, ώστε να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά (Hendershot και συν., 2011. Marlatt & Donovan, 2005).

Επιπλέον η θεραπεία στα πλαίσια της πρόληψης της υποτροπής εστιάζει στη γνωστική αναδόμηση των εσφαλμένων αντιλήψεων και των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων του ατόμου. Η αμφισβήτηση των μύθων σχετικά με τις θετικές προσδοκίες που σχετίζονται με τη δράση των ουσιών αποτελεί έναν ακόμα στόχο της θεραπείας. Ακόμα είναι σημαντικό στα πλαίσια της θεραπείας να γίνει συζήτηση σχετικά με την «επίδραση της παραβίασης της αποχής» και να προετοιμαστεί ο θεραπευόμενος σχετικά με τη πιθανότητα του ολισθήματος, καθώς με αυτό τον τρόπο μειώνεται η πιθανότητα της υποτροπής. Ακόμα στη περίπτωση του ολισθήματος είναι σημαντικό να δουλέψει ο θεραπευόμενος πάνω στις αρνητικές σκέψεις, ώστε να μη θεωρεί το ολίσθημα ως απόλυτη καταστροφή αλλά ως κάτι που μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της αλλαγής (Hendershot και συν., 2011). Επιπλέον ο θεραπευτής σε

συνεργασία με το θεραπευόμενο μπορούν να δουλέψουν πάνω σε υποθετικά σενάρια σχετικά με τις επιλογές που έχουν όταν βρεθούν αντιμέτωποι με μία κατάσταση υψηλού κινδύνου και τις κατάλληλες δεξιότητες που πρέπει να εφαρμόσουν. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται τόσο η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου και προλαμβάνεται η υποτροπή (Marlatt & Donovan, 2005).

Ύστερα από την εκπαίδευση και την εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, η πρόληψη της υποτροπής στοχεύει στην εφαρμογή δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν το άτομο γενικότερα στο τρόπο ζωής που έχει επιλέξει να ζει. Ο τρόπος ζωής που έχει επιλέξει το κάθε άτομο να ζει αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση της αποχής. Επομένως η πρόληψη υποτροπής στοχεύει στην διερεύνηση του τρόπου ζωής του και των παραγόντων αυτών που θα μπορούσαν να ωθήσουν το άτομο στην υποτροπή. Για παράδειγμα στη περίπτωση που ένα άτομο βιώνει στη καθημερινότητα του στρεσογόνους παράγοντες τότε είναι σημαντικό ο θεραπευτής να δουλέψει με το θεραπευόμενο έτσι ώστε να μειώσει το στρες ή να αυξήσει τις δραστηριότητες που προκαλούν ευφορία ώστε να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στους αρνητικούς και θετικούς παράγοντες με τους οποίους έρχεται αντιμέτωπος στη καθημερινότητά του (Marlatt & Donovan, 2005. Marlatt & George, 1984).

1.2.1.2. Αποτελεσματικότητα του γνωσιακού συμπεριφορικού μοντέλου πρόληψης υποτροπής

Αρκετές έρευνες έχουν εξετάσει κατά πόσο είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις που έχουν προταθεί στα πλαίσια του γνωσιακού συμπεριφορικού μοντέλου της πρόληψης υποτροπής για τη χρήση ουσιών (Carroll, 1996. Donovan & Witkiewitz, 2012. Pashaei και συν., 2013. Salehi & Alizadeh, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, η ανασκόπηση του Carroll (1996) περιλαμβάνει συνεπή ευρήματα πως το πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής ήταν εξίσου αποτελεσματικό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Διαπίστωσαν όμως ότι υπάρχουν και αντικρουόμενα ευρήματα ως προς την αποτελεσματικότητα του μοντέλου πρόληψης της υποτροπής, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ανασκόπηση επιπλέον έδειξε ότι το πρόγραμμα πρόληψης της υποτροπής είναι αποτελεσματικό στη μείωση της πιθανότητας υποτροπής, στη βελτίωση των οφελών της θεραπείας και την εκμάθηση

συγκεκριμένων δεξιοτήτων διαχείρισης ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του θεραπευόμενου.) Αργότερα οι Donovan και Witkiewitz (2012) στην ανασκόπηση τους επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος πρόληψης υποτροπής.

Επιπλέον οι Pashaei και συν., (2013) στη μελέτη τους βρήκαν ότι μόνο το 36,4% των ατόμων που είχαν λάβει θεραπεία σύμφωνα με το πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής υποτροπίασαν, επιβεβαιώνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αντίθετα το 63.6% των ατόμων της ομάδας ελέγχου που δεν είχαν λάβει τέτοιας μορφής θεραπείας υποτροπίασε. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε μία μετέπειτα μελέτη, όπου βρέθηκε ότι μετά το διάστημα των 6 μηνών μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος πρόληψης της υποτροπής το 84% των ατόμων συνέχισε να απέχει από τις ουσίες, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 48% (Salehi & Alizadeh, 2018).

1.2.2. Το θεωρητικό μοντέλο της Litman

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω ο Marlatt μέσα από την ανάπτυξη του γνωστικού συμπεριφορικού μοντέλου της υποτροπής, συνέβαλε σημαντικά στην κατανόηση του κύκλου της υποτροπής, υπήρχαν και άλλοι σημαντικοί ερευνητές που συνέβαλαν σημαντικά σε αυτό. Πιο συγκεκριμένα, η Litman ήταν μία από τις πρώτες ερευνήτριες που διατύπωσε την άποψη ότι παρά τις διαφορετικές μεθόδους και στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της υποτροπής, ο αριθμός των ατόμων που υποτροπιάζουν και καταναλώνουν αλκοόλ παραμένει αρκετά μεγάλος. Έτσι λοιπόν διατύπωσε ένα μοντέλο στο οποίο προτείνει ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου με μία κατάσταση υψηλού κινδύνου με την οποία έρχεται αντιμέτωπος (the person-situation interactional model) (Litman, Eiser, Rawson, & Oppenheim, 1977. Litman, Eiser, Rawson, & Oppenheim, 1979. Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg, & Jackson, 1984).

Σύμφωνα λοιπόν με την Litman και τους συνεργάτες της (Litman και συν., 1977, 1979, 1984), η υποτροπή είναι μια κατάσταση που περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μίας κατάστασης που το άτομο αντιλαμβάνεται ως υψηλού κινδύνου, τις διαθέσιμες τις δεξιότητες διαχείρισης που διαθέτει το άτομο, την καταλληλότητα

των συγκεκριμένων δεξιοτήτων διαχείρισης για να εφαρμοστούν στη συγκεκριμένη κατάσταση υψηλού κινδύνου και την αυτοεκτίμηση, την αυτοαποτελεσματικότητα και την αβοηθησία που νιώθει ένα άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με μία κατάσταση. Για παράδειγμα, όταν κάποιος νιώθει αβοήθητος σε μία κατάσταση υψηλού κινδύνου τότε υπάρχει μειωμένη πιθανότητα να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες δεξιότητες διαχείρισης και αυξημένη πιθανότητα να οδηγηθεί στην υποτροπή. Όταν μάθει κατάλληλες δεξιότητες διαχείρισης και αποτελεσματικές συμπεριφορές, ώστε να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα και η αυτοεκτίμησή του. Στο συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο (Litman, και συν., 1977) ως καταστάσεις υψηλού κινδύνου θεωρούνται η αρνητική διάθεση, οι καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση, το κοινωνικό, το διαπροσωπικό άγχος, το γεγονός ότι ένας άνθρωπος μπορεί να μη βρίσκεται πάντα σε γνωστική επαγρύπνηση και να μη θεωρήσει σημαντικό το να πιει ένα ποτό.

Ακόμα η Litman και οι συνεργάτες της (Litman και συν., 1984) πρότειναν ότι η απόκτηση στρατηγικών αντιμετώπισης σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου παίζει αρκετό ρόλο στην πρόληψη της υποτροπής. Επιπρόσθετα (Litman και συν., 1979) έχουν προτείνει ότι η «επαγρύπνηση κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας των πληροφοριών» είναι καθοριστική για την αλλαγή της συμπεριφοράς και την πρόληψη της υποτροπής. Αυτό γιατί σε μία έρευνά όπου συνέκριναν τους «υποτροπιάζοντες» με τους «επιζώντες», δηλαδή αυτούς που κατάφεραν να απέχουν από τη χρήση ουσιών, διαπίστωσε ότι η «γνωστική επαγρύπνηση» βοήθησε τους τελευταίους να συνειδητοποιούν και να είναι ευαίσθητοι ως προς τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Ακόμα οι «επιζώντες» ανέφεραν ότι όταν βρέθηκαν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου αυτό που τους βοήθησε αρκετά ήταν η υπενθύμιση των αρνητικών συνεπειών που προκαλούσε η χρήση του αλκοόλ και των θετικών συνεπειών που είχε επιφέρει η νηφαλιότητά τους. Έτσι οι «επιζώντες» με αυτό τον τρόπο κατάφεραν να επαναβεβαιώσουν την αρχική τους πρόθεση να απέχουν από τη χρήση ουσιών. Αυτό αποτελεί ένα κλινικό παράδειγμα που επιδεικνύει τη σημαντικότητα του να αναγνωρίζουν οι άνθρωποι τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου και να ενεργούν αποτελεσματικά με στόχο την αποφυγή τους (Litman και συν., 1979). Όσον αφορά τους «υποτροπιάζοντες» (Litman και συν., 1984) φαίνεται πως δεν ευθύνεται για την

υποτροπή τους μόνο το είδος των καταστάσεων υψηλού κινδύνου με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι αλλά και ο αριθμός αυτών.

1.2.3. Η Υποτροπή σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Saunders και Allsop

Οι Saunders και Allsop έχουν προτείνει ένα διαφορετικό μοντέλο κατανόησης της διαδικασίας της υποτροπής (Allsop, 1990). Πιο αναλυτικά, οι Saunders και Allsop (1987), χρησιμοποίησαν τον όρο «Resolution Breakdown», δηλαδή την εγκατάλειψη της αρχικής απόφασης για αλλαγή, για να περιγράψουν τη διαδικασία της υποτροπής. Έχουν προτείνει ότι η απόφαση του ατόμου να εγκαταλείψει την αρχική του απόφαση για αλλαγή μπορεί να είναι είτε προσωρινή είτε μόνιμη.

Μέχρι τώρα η έρευνα για την κατανόηση της υποτροπής είχε εστιάσει στο ρόλο της επιπολαιότητας και της απουσίας των αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης στην απόφαση των ατόμων να εγκαταλείψουν την αρχική τους απόφαση για αλλαγή. Ακόμα είχε δοθεί έμφαση στην ύπαρξη τόσο εσωτερικών όσο και εξωτερικών ερεθισμάτων που επηρεάζουν την πορεία των ατόμων ως προς την αλλαγή. Οι ερευνητές δεν αρνούνται την ύπαρξη αυτών των παραγόντων όμως οι αμφιβολίες τους έγκειται στον τρόπο με τον οποίο συλλέχθηκαν τα κλινικά δεδομένα και τον τρόπο με τον οποίο διάφοροι ερευνητές κατέληξαν σε αυτά τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα κλινικά δεδομένα σχετικά με την υποτροπή προέρχονταν από ανθρώπους που είχαν υποτροπιάσει κάποια στιγμή στο παρελθόν, είχαν βιώσει αρνητικές συνέπειες και είχαν επιστρέψει πίσω σε κάποια κλινική για θεραπεία. Με αυτό τον τρόπο υποστηρίζουν πως η έρευνα άφηνε απ' έξω ένα μεγάλο κομμάτι ανθρώπων που αποφάσισε να εγκαταλείψει την απόφαση για αλλαγή, βίωσε θετικά συναισθήματα και δεν επέστρεψε για θεραπεία. Οι ερευνητές καταλήγουν πως δίνοντας έμφαση στην αδυναμία των ανθρώπων να εφαρμόσουν τις κατάλληλες στρατηγικές διαχείρισης, δεν υπολογίζεται το γεγονός ότι υπάρχει η πιθανότητα η υποτροπή να αποτελεί μία συνειδητή απόφαση του ατόμου (Allsop, 1990. Allsop, Saunders, Phillips, & Carr, 1997).

Δεδομένων λοιπόν των παραπάνω διαπιστώσεων, οι ερευνητές πρότειναν πως ανάμεσα στη διαδικασία της εγκατάλειψης της αρχικής απόφασης για αλλαγή και της υποτροπής, παρεμβάλλονται τέσσερα στάδια. Πιο αναλυτικά τα στάδια αυτά είναι η λήψη της απόφασης για αλλαγή, η δέσμευση για αλλαγή, η δράση και η διατήρηση

της αποχής. Υπάρχουν διαφορετικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το κάθε στάδιο. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι για παράδειγμα ο βαθμός της εξάρτησης, η μείωση των γνωστικών λειτουργιών, το φύλο, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι μειωμένες γνωστικές λειτουργίες μπορεί να συνδέονται με την ανικανότητα του ατόμου να μάθει και να εφαρμόσει τις δεξιότητες διαχείρισης, η υψηλή εξάρτηση από μία ουσία να συνδέεται με την ύπαρξη αυξημένων εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που συνδέονται με την ουσία και η μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα με την αδυναμία να εφαρμόσει κάποιος αποτελεσματικές δεξιότητες, ώστε να αντισταθεί στη χρήση της ουσίας. Συγκεκριμένες τεχνικές παρέμβασης έχουν προταθεί για καθένα από αυτά τα στάδια με άμεσο στόχο την επίτευξη της αλλαγής (Allsop και συν., 1997. Allsop, Saunders, & Phillips, 2000). Είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθεί πως στη μελέτη των Allsop και συν., (2000) βρέθηκε πως τα άτομα με αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα είχαν μειωμένη πιθανότητα να οδηγηθούν σε ολίσθημα και υποτροπή μετά το διάστημα του ενός έτους από το τέλος της θεραπείας.

Όσον αφορά τα εμπειρικά δεδομένα που υποστηρίζουν την αξιοπιστία του δεδομένου θεωρητικού μοντέλου για την υποτροπή, οι Allsop και συν., (1997) διαπίστωσαν πως όσα άτομα ακολούθησαν τις στρατηγικές που έχουν προταθεί στο θεωρητικό τους μοντέλο, είχαν μειωμένη πιθανότητα ολίσθηματος και υποτροπής. Το πρόγραμμα που ακολούθησε η πειραματική ομάδα περιλάμβανε αρχικά την ανάπτυξη, την ενίσχυση και τη διατήρηση της δέσμευσης του ατόμου με απώτερο στόχο την επίτευξη της αλλαγής. Ακόμα οι θεραπευόμενοι εκπαιδεύονταν στο να βοηθούν ο ένας τον άλλον να εντοπίσει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου που μπορεί να τους οδηγήσει πιθανώς σε ολίσθημα και σε υποτροπή. Εξίσου σημαντικό κομμάτι του προγράμματος αποτέλεσε η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης σε καταστάσεις που πυροδοτούν την υποτροπή και η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Τέλος το τελευταίο κομμάτι του προγράμματος περιλάμβανε την συνειδητοποίηση ότι ένα ολίσθημα δεν οδηγεί οπωσδήποτε σε υποτροπή αλλά υπάρχει η πιθανότητα αλλαγής (Saunders & Allsop, 1991).

1.2.4. Νευροβιολογική θεώρηση της υποτροπής

Σύμφωνα με τη νευροβιολογική θεώρηση, ο εθισμός θεωρείται ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος. Αυτή η χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος χαρακτηρίζεται από την καταναγκαστική χρήση μιας ουσίας, την έλλειψη ελέγχου και την εμφάνιση του συνδρόμου στέρησης. Αν και παρατηρούνται συνεχείς προσπάθειες διακοπής τη χρήσης, η αποχή από την ουσία ακολουθείται στις περισσότερες περιπτώσεις από την υποτροπή (Koob & Volkow, 2010). Η πιθανότητα πρόκλησης υποτροπής αυξάνεται σε περιπτώσεις έκθεσης σε ερεθίσματα τα οποία έχουν συνεξαρτηθεί στο παρελθόν με τη χρήση ουσιών, έντονου στρες και διαθεσιμότητας της ουσίας (See, 2002. Self & Nestler, 1998).

Αρχικά, σημαντικό ρόλο στη πρόκληση της ακαταμάχητης επιθυμίας και κατ' επέκταση της υποτροπής, διαδραματίζει η διαδικασία της κλασικής εξάρτησης. Σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία, διάφορα περιβαλλοντικά ερεθίσματα συνδέονται με τη χρήση ουσιών. Αυτά τα εξαρτημένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα έχουν την ικανότητα να οδηγήσουν το άτομο στη χρήση και στην υποτροπή, ύστερα από μία περίοδο αποχής, καθώς το άτομο καταφέρνει να τα συνδυάσει με συγκεκριμένους τρόπους με την ουσία (See, 2002). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών τα εξαρτημένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα συνδέονται με την ενεργοποίηση τμημάτων των φλοιικών και μεταχιακών περιοχών του εγκεφάλου, όπως είναι για παράδειγμα η αμυγδαλή, ο κογχομετωπιαίος φλοιός, ο επικλινής πυρήνας, ο προμεταιχμιακός φλοιός και το πρόσθιο τμήμα του προσαγωγίου (Cardinal, Parkinson, Hall, & Everitt, 2002. See, 2002. Self & Nestler, 1998).

Εξίσου σημαντική είναι η παρουσία του στρες. Έχει προταθεί πως οι άνθρωποι που βιώνουν έντονο στρες κάνουν χρήση ουσιών για να μειώσουν τα αρνητικά συμπτώματα που προκαλούνται εξαιτίας αυτού. Η υποτροπή που προκαλείται από το στρες σχετίζεται με ορμόνες του στρες, με τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, με περιοχές του εγκεφάλου όπως είναι η αμυγδαλή και με νευροδιαβιβαστές, όπως είναι το γλουταμινικό οξύ και ο παράγοντας απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης CRF (Roberts & Koob, 1997. Self & Nestler, 1998).

Τέλος η διαθεσιμότητα της ουσίας επηρεάζει την πιθανότητα πρόκλησης υποτροπής. Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτες με ζώα έχει βρεθεί πως αν τους δοθεί μία

μικρή δόση της ουσίας που είχαν εξαρτηθεί στο παρελθόν, τότε αυτή η μικρή δόση είναι ικανή να προκαλέσει την αυτοχορήγηση της ουσίας, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο στην υποτροπή (Self & Nestler, 1998). Η υποτροπή που προκαλείται με αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, σχετίζεται με την ενεργοποίηση του μεσομεταιχμιακού ντοπαμινεργικού συστήματος (Di Chiara & Imperato, 1988. Self & Nestler, 1998).

1.2.5. Το θεωρητικό μοντέλο της υποτροπής του Adinoff και των συνεργατών του

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, διάφορα θεωρητικά μοντέλα έχουν προταθεί με στόχο την κατανόηση και την εξήγηση της διαδικασίας της υποτροπής. Οι Adinoff και οι συνεργάτες του (2010) στην έρευνα τους έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο που έχει η παρορμητικότητα στην υποτροπή. Έχουν διατυπώσει την άποψη ότι η υποτροπή είναι μια αυτόματη διαδικασία, η οποία γίνεται πολύ γρήγορα και δεν σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες, καταστάσεις υψηλού κινδύνου, την ακαταμάχητη επιθυμία για τη χρήση ουσιών ή με την πρόθεση του ατόμου να κάνει χρήση. Έτσι οι ερευνητές υποστηρίζουν πως όταν η υποτροπή συμβαίνει πάρα πολύ γρήγορα, οι άνθρωποι δεν έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής των τεχνικών που έχουν διδαχθεί.

Για να το εξηγήσουν αυτό περισσότερο, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μία από τις δηλώσεις του Bill D. στο μεγάλο βιβλίο των ανώνυμων αλκοολικών (Authors A. Alcoholics Anonymous, 2001). Στη συγκεκριμένη πρόταση ο Bill D. αναφέρει, ότι ενώ γνώριζε ότι δεν μπορεί να πιεί ούτε ένα ποτό καθώς βρισκόταν σε αποχή, βρέθηκε μεθυσμένος στο σπίτι του. Ήπιε ποτό επειδή κάποιος του το πρότεινε και εκείνος το δέχτηκε. Οι ερευνητές συνεχίζουν λέγοντας ότι όταν οι άνθρωποι υποτροπιάζουν με ένα παρορμητικό τρόπο, κατανοούν αυτή τη παρορμητική τους συμπεριφορά εκ των υστέρων. Μάλιστα αντιδρούν με το αίσθημα της απογοήτευσης, της λύπης και της ανάγκης για απομόνωση ύστερα από μία υποτροπή που συμβαίνει παρορμητικά (Adinoff και συν., 2007).

Οι ερευνητές μέσα από την έρευνα τους με 25 ανθρώπους που απείχαν από τη χρήση ουσιών και είχαν υποτροπιάσει κάποια στιγμή στο παρελθόν, κατέληξαν στο ότι η υποτροπή μπορεί να επέλθει παρορμητικά. Πιο συγκεκριμένα, τους ζήτησαν να

θυμηθούν το χρόνο, τις περιστάσεις και τις γνωστικές διεργασίες που συνέβησαν λίγο πριν την πιο πρόσφατη υποτροπή τους. Μέσα από τα στοιχεία που συνέλεξαν, κατέληξαν στη διαπίστωση ότι μία «προγραμματισμένη» υποτροπή διαφέρει από μία «παρορμητική» υποτροπή ως το χρόνο που μεσολαβεί από την απόφαση για να κάνει κάποιος χρήση ουσιών μέχρι αυτό να συμβεί (Adinoff και συν., 2007).

Οι Adinoff και συν., (2007) κάνουν λόγο για τρεις παρορμητικές διαδικασίες που σχετίζονται με διαφορετικά στυλ υποτροπής. Οι παρορμητικές αυτές διαδικασίες είναι η έννοια του αυτοματισμού, η άρση των αναστολών και η μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Αρχικά η Tiffany (1990), περιέγραψε μια διαδικασία υποτροπής, την οποία ονόμασε αυτοματισμό. Η διαδικασία του αυτοματισμού περιλαμβάνει στερεοτυπικές συμπεριφορές, δηλαδή συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται συνεχώς και πραγματοποιούνται γρήγορα, συμπεριφορές που είναι συνδεδεμένες με κάποιο εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα, συμπεριφορές που εμφανίζονται αβίαστα και συμπεριφορές που δεν τις αντιλαμβάνεται το άτομο και δεν υπόκεινται σε κάποιον έλεγχο (Adinoff και συν., 2007. Moors & De Houwer, 2006. Tiffany, 1990). Η άρση αναστολών, η οποία περιλαμβάνεται ανάμεσα στις παρορμητικές διαδικασίες, αναφέρεται στην αδυναμία του ατόμου να παρεμποδίζει την εμφάνιση προηγούμενων συμπεριφορών, οι οποίες είχαν ένα λειτουργικό ρόλο στη ζωή του ατόμου στο παρελθόν όμως δεν θεωρούνται πλέον ευνοϊκές για το άτομο. Και οι δύο διαδικασίες που αναφέρθηκαν παραπάνω γίνονται σε λίγα μόνο λεπτά. Η μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων συγκαταλέγεται και αυτή στις παρορμητικές διαδικασίες. Χαρακτηριστικό των ατόμων με μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων είναι το ότι παρόλο που αξιολογούν τα θετικά και τα αρνητικά μιας κατάστασης κάνουν μία επιλογή η οποία έχει βραχυπρόθεσμα και όχι μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Adinoff και συν., 2007).

1.3. Η ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η μελέτη της υποτροπής έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Επομένως είναι σημαντικό να διερευνηθούν και να εξεταστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την υποτροπή. Με βάση τα αποτελέσματα ερευνών έχουν προταθεί διάφοροι ατομικοί καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υποτροπή όπως είναι η αυτοαποτελεσματικότητα (Chavarría,

Stevens, Jason, & Ferrari, 2012), οι προσδοκίες σχετικά με τις επιδράσεις της ουσίας (Hayaki, Anderson, & Stein, 2008), η σφοδρή επιθυμία για χρήση ουσιών (Ferguson & Shiffman, 2009), η παρουσία κινήτρου (Kelly, Urbanoski, Hoerpner, & Slaymaker, 2012), η συναισθηματική κατάσταση (Witkiewitz & Villarroel, 2009), οι δεξιότητες διαχείρισης καταστάσεων υψηλού κινδύνου (Adan, Antúnez, & Navarro, 2017) και η παρουσία υποστηρικτικού πλαισίου (Creswell, Cheng, & Levine, 2014). Επίσης η παρορμητικότητα (Pattij & De Vries, 2013), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Bottlender & Soyka, 2005) και της ιδιοσυγκρασίας (Paulino, Pombo, Ismail, Figueira, & Lesch, 2017) φαίνεται να σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και με την πιθανότητα υποτροπής.

1.3.1. Αυτοαποτελεσματικότητα και υποτροπή

Ως αυτοαποτελεσματικότητα ορίζεται ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο νιώθει ικανό και έτοιμο να εκτελέσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Η αυτοαποτελεσματικότητα κατά τη διάρκεια της αποχής από τη χρήση ουσιών αναφέρεται στο βαθμό που ένα άτομο νιώθει ικανό και έτοιμο να εκτελέσει μία δεσμευτεί σε μία συμπεριφορά, ώστε να διατηρήσει την αποχή του (Bandura, 1977).

Όπως έχει προταθεί στο γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο πρόληψης της υποτροπής (Marlatt & Gordon, 1985), η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό διαπροσωπικό παράγοντα για την πρόληψη της υποτροπής κατά τη διάρκεια της αποχής από την χρήση ουσιών. Έρευνες έχουν δείξει πως υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας συνδέονται με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και με μικρότερη πιθανότητα υποτροπής τόσο σε γυναίκες όσο και σε άνδρες στο μέλλον (Chavarría και συν., 2012. Dolan, Martin, & Rohsenow, 2008. Ibrahim, Kumar, & Samah, 2011). Ακόμα έχει βρεθεί πως προβλέπει την έκβαση της θεραπείας και την αποχή σε άτομα που είναι εξαρτημένα σε διάφορες ουσίες, όπως είναι για παράδειγμα το κάπνισμα και η χρήση κοκαΐνης (Dolan και συν., 2008. Martinez και συν., 2010). Πιο αναλυτικά, η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα κατά την εμφάνιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου συνδέθηκε με την επίτευξη της αποχής σε ένα διάστημα 3 και 6 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας (Dolan και συν., 2008) και με μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ μετά από 16 χρόνια (Moos & Moos, 2007). Η μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα (Shiffman και συν., 2000) προέβλεπε την

πιθανότητα ολισθήματος μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα. Τέλος, οι Kelly και συν., (2012) βρήκαν στη μελέτη τους ότι η ύπαρξη κίνητρου για αλλαγή και αυτοαποτελεσματικότητα προβλέπει την αποχή από τη χρήση ουσιών σε ένα διάστημα τριών μηνών μετά το τέλος της θεραπείας.

1.3.2. Προσδοκίες σχετικά με την έκβαση και υποτροπή

Επίσης μια αρκετά σημαντική διεργασία, είναι οι προσδοκίες που έχει κάθε άτομο σχετικά με το τι συνέπειες (outcome expectancies) μπορεί να επιφέρει μία μελλοντική του συμπεριφορά, όπως είναι η χρήση ουσιών (Hayaki και συν., 2008). Οι προσδοκίες ορίζονται ως οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες ή άμεσες επιδράσεις που θα επιφέρει η χρήση μιας συγκεκριμένης ουσίας. Έτσι οι προσδοκίες ενός ατόμου σχετικά με τις επιδράσεις που θα επιφέρει η χρήση ουσιών επηρεάζουν το πόσο και το πότε ένα άτομο δεσμεύεται στη χρήση ουσιών (Jones, Corbin, & Fromme, 2001) και δημιουργούνται από την άμεση ή έμμεση εμπειρία ενός ατόμου με μία συγκεκριμένη ουσία. Οι προσδοκίες ενός ατόμου αξιολογούνται ως θετικές όταν αναμένει η χρήση να του προσφέρει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα και ως αρνητικές όταν αναμένει ότι θα του προσφέρει ένα μη επιθυμητό αποτέλεσμα (George, Frone, Cooper, Russell, Skinner, & Windle, 1995).

Σε αρκετές μελέτες έχει διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των προσδοκιών για τις επιδράσεις που θα επιφέρει η χρήση μιας συγκεκριμένης ουσίας με την εμφάνιση της υποτροπής. Έχει βρεθεί πως θετικά ενισχυμένες προσδοκίες σχετικά με το αποτέλεσμα που θα προκαλέσει μία ουσία συνδέονται με μικρές πιθανότητες επιτυχίας στη θεραπεία και με μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής (Hayaki και συν., 2008). Αντίθετα αρνητικά ενισχυμένες προσδοκίες σχετικά με το αποτέλεσμα που θα προκαλέσει η ουσία συνδέονται με αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας στη θεραπεία και με μειωμένη πιθανότητα υποτροπής (Hayaki και συν., 2008. Jones & McMahon, 1996).

1.3.3. Σφοδρή επιθυμία και υποτροπή

Η μελέτη της σφοδρής επιθυμίας (craving) για τη χρήση μιας ουσίας, έχει απασχολήσει εδώ και πολλά χρόνια ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ειδικών και αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα του κλάδου των εξαρτήσεων. Τα τελευταία χρόνια

έχουν διατυπωθεί διαφορετικοί ορισμοί (Sayette, Shiffman, Tiffany, Niaura, Martin, & Shadel, 2000) και διαφορετικές θεωρίες για τις αιτίες πρόκλησής της σφοδρής επιθυμίας που προκαλείται στους χρήστες ουσιών (Drummond, 2001).

Στο DSM-V η σφοδρή επιθυμία ορίζεται ως μια έντονη ενασχόληση με την επιθυμητή ουσία και βιώνεται από τους χρήστες ουσιών ως μια έντονη επιθυμία για τη χρήση αυτής (APA, 2012). Παρά τις έντονες διαφωνίες, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι είναι μια υποκειμενική εμπειρία που βιώνεται διαφορετικά από κάθε άτομο (Carroll, 1998). Για παράδειγμα, κάποιοι χρήστες ουσιών, αναφέρουν ότι βιώνουν τη σφοδρή επιθυμία για μία ουσία ως ένα σωματικό σύμπτωμα, όπως μια αίσθηση στο στομάχι, ενώ κάποιοι άλλοι ως μια γνωστική εκδήλωση, καθώς δεν μπορούν να σταματήσουν να τη σκέφτονται (Carroll, 1998).

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι η σφοδρή επιθυμία για τη χρήση ουσιών προβλέπει την εμφάνιση της υποτροπής (Ferguson, & Shiffman, 2009), ενώ σε άλλες μελέτες οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει σε παρόμοια ευρήματα (Drummond, Litten, Lowman & Hunt, 2000. Witkiewitz & Marlatt, 2004). Οι Drummond και συν., (2000) πρότειναν στη μελέτη τους ότι ίσως δεν προκαλεί την υποτροπή η υποκειμενική εμπειρία της σφοδρής επιθυμίας αλλά ότι η υποτροπή μπορεί να προβλεφθεί από τους μηχανισμούς που αποτελούν τη βάση της σφοδρής επιθυμίας.

Οι χρήστες ουσιών είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε διάφορα ερεθίσματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών και τους πυροδοτούν τη σφοδρή επιθυμία για τη χρήση μιας ουσίας (Ferguson & Shiffman, 2009). Τέτοια ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση μιας ουσίας και αποτελούν εξωτερικούς παράγοντες ενεργοποίησης της σφοδρής επιθυμίας είναι οι άνθρωποι με τους οποίους έκαναν χρήση τα άτομα, οι διακινητές αλλά και η ίδια η ουσία. Ενώ παραδείγματα εσωτερικών δεικτών αποτελούν το άγχος, η κατάθλιψη και η ευτυχία (Carroll, 1998).

1.3.4. Κίνητρο και υποτροπή

Ως κίνητρο ορίζεται ως μια εσωτερική νοητική κατάσταση που συμπεριλαμβάνει «τις προσωπικές εκτιμήσεις, τις δεσμεύσεις, τους λόγους και τις προθέσεις που οδηγούν ένα άτομο να εκτελέσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά» (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

Όσον αφορά το κίνητρο, φαίνεται να επηρεάζει την υποτροπή με δύο διαφορετικούς τρόπους. Πιο αναλυτικά, ο πρώτος τρόπος αφορά το κίνητρο του ατόμου για αλλαγή και ο δεύτερος τρόπος αφορά το κίνητρο του ατόμου να παραμείνει στη προηγούμενη προβληματική συμπεριφορά (Marlatt & Donovan, 2005). Αυτοί οι δύο διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους επηρεάζει το κίνητρο την υποτροπή αντικατοπτρίζει την αμφιθυμία των ατόμων όταν προσπαθούν να αλλάξουν μία προβληματική συμπεριφορά. Το υψηλό κίνητρο κατά τη διάρκεια της θεραπείας για την απομάκρυνση από τη χρήση ουσιών συνδέεται με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι DiClemente και Prochaska (1984) πρότειναν ένα διαθεωρητικό μοντέλο θεώρησης της ετοιμότητας για αλλαγή, το οποίο αποτελείται από 5 στάδια. Τα στάδια αυτά είναι η προπερισυλλογή, η περισυλλογή, η προετοιμασία, η δράση και η συντήρηση. Κάθε στάδιο χαρακτηρίζεται από διαφορετικό επίπεδο κινήτρου και ετοιμότητας και σε κάθε στάδιο προτείνονται διαφορετικές παρεμβάσεις με στόχο την ενίσχυση του κινήτρου. Το στάδιο της προπερισυλλογής αντιπροσωπεύει το χαμηλότερο επίπεδο ετοιμότητας (DiClemente & Hughes, 1990). Έχει βρεθεί πως έφηβοι οι οποίοι παρακολουθούσαν τις συναντήσεις των ανώνυμων ναρκομανών και των ανώνυμων αλκοολικών, επωφελούνταν αρκετά κατά τη διάρκεια της αποχής τους καθώς κατά τη διάρκεια αυτών των συναντήσεων διατηρούταν αλλά και ενισχυόταν το κίνητρο τους για αποχή (Kelly, Myers, & Brown, 2000, 2002). Ακόμα έχει βρεθεί (Kelly και συν., 2012) πως η ύπαρξη κινήτρου και αυτοαποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της αποχής, προβλέπει την αποχή από τη χρήση ουσιών σε ένα διάστημα 3 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας.

1.3.5. Συναισθηματική κατάσταση και υποτροπή

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της συναισθηματικής κατάστασης ενός ατόμου (που βρίσκεται σε αποχή από τη χρήση ουσιών) και της υποτροπής. Έχει βρεθεί πως η παρουσία του αρνητικού συναισθήματος προέβλεπε την εμφάνιση ενός ολισθήματος ή της υποτροπής, ύστερα από την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης (Baker και συν., 2004. Witkiewitz & Villarroel, 2009). Ακόμα το αρνητικό συναίσθημα προέβλεπε την υποτροπή σε ανθρώπους με συνυπάρχουσα συναισθηματική διαταραχή (Conner, Sorensen, & Leonard, 2005. Kodl, Fu, Willenbring, Gravelly, Nelson, & Joseph, 2008).

Διάφορες μελέτες έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος και της χρήσης ουσιών (Armeli και συν., 2003. Cohen, McCarthy, Brown, & Myers, 2002). Σύμφωνα με την υπόθεση της αυτοθεραπείας τα άτομα κάνουν χρήση ουσιών για να μειώσουν το αρνητικό συναίσθημα που νιώθουν (Khantzian, 1997). Έτσι έχει προταθεί πως η μείωση του αρνητικού συναισθήματος κατά τη διάρκεια του συνδρόμου στέρησης, αποτελεί το βασικό κίνητρο για να επιστρέψει κάποιος στη χρήση ουσιών (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004). Ακόμα οι Cohen και συν., (2002) στην έρευνα τους βρήκαν ότι οι προσδοκίες σχετικά με τις θετικές ή με τις αρνητικές επιδράσεις της ουσίας διαμεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος και του καπνίσματος. Τέλος, οι Gwaltney και συν., (2001) διαπίστωσαν στη μελέτη τους ότι η αυτοαποτελεσματικότητα κατά τη διάρκεια της αποχής ήταν μικρότερη όταν τα άτομα ένιωθαν αρνητικό συναίσθημα.

Ακόμα ένα ερώτημα που έχει τεθεί είναι εάν το αρνητικό θυμικό είναι επαγόμενο από τη χρήση ουσιών ή αν προϋπάρχει της χρήσης. Στην έρευνα των Samet και συν., (2013) βρέθηκε πως τόσο η κατάθλιψη που προϋπήρχε της χρήσης ουσιών όσο και η κατάθλιψη που επαγόταν από αυτή, συνδέονταν με την επιστροφή στη χρήση και τη μη διατήρηση της αποχής ύστερα από το τέλος της θεραπείας.

1.3.6. Δεξιότητες διαχείρισης και υποτροπή

Οι δεξιότητες διαχείρισης σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984) ορίζονται ως οι συμπεριφορικές και γνωστικές προσπάθειες των ατόμων που αποσκοπούν στη διαχείριση των εσωτερικών και των εξωτερικών απαιτήσεων του ατόμου ή του περιβάλλοντος που ζει το άτομο. Οι δεξιότητες διαχείρισης ταξινομούνται ως προσαρμοστικές οι οποίες στοχεύουν στη διαχείριση του άγχους και των σχετικών συναισθημάτων και ως αποφευκτικές, οι οποίες έχουν ως στόχο να αποφευχθεί μια αγχογόνα κατάσταση και των σχετικών συναισθημάτων (Anderson, Ramo, & Brown, 2006. Kiluk, Nich, & Carroll, 2011. Adan και συν., 2017. Hruska, Fallon, Spoonster, Sledjeski, & Delahanty, 2011).

Διάφοροι ερευνητές έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ των δεξιοτήτων διαχείρισης και της υποτροπής. Έχει προταθεί ότι είναι σημαντική η αύξηση των δεξιοτήτων διαχείρισης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με στόχο την

αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους που προκαλείται από μία συγκεκριμένη κατάσταση, των πειρασμών και της διατήρησης της αποχής (Adan και συν., 2017. Dolan, Rohsenow, Martin, & Monti, 2013. Morgenstern & Longabaugh, 2000). Ακόμα έχει διατυπωθεί η υπόθεση πως εάν ένα άτομο καταφέρει να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά τις κατάλληλες δεξιότητες διαχείρισης για κάθε κατάσταση που έχει να αντιμετωπίσει, παρά την ύπαρξη άλλων παραγόντων, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτό το άτομο να μην οδηγηθεί στη υποτροπή (Dolan, Rohsenow, Martin, & Monti, 2013). Μάλιστα έχει προταθεί πως η εφαρμογή των προσαρμοστικών δεξιοτήτων διαχείρισης μειώνει την πιθανότητα υποτροπής (Anderson και συν., 2006. Kiluk και συν., 2011). Αντίθετα οι αποφευκτικές δεξιότητες διαχείρισης αυξάνουν το βαθμός εξάρτησης από τη χρήση ουσιών (Adan και συν., 2017. Hruska και συν., 2011).

1.3.7. Σύνδρομο στέρησης και υποτροπή

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την επιστροφή στη χρήση ουσιών είναι το σύνδρομο στέρησης. Όταν ένας άνθρωπος μειώνει τη χρήση ουσιών ή απέχει από αυτές τότε βιώνει σωματικά συμπτώματα στέρησης. Ακόμα είναι σύνηθες τα άτομα να βιώνουν το αίσθημα του φόβου εξαιτίας αυτού του συμπτώματος στέρησης, το οποίο τους οδηγεί στη διαίωνιση της χρήσης ουσιών. Ο φόβος που προκαλείται εξαιτίας των επερχόμενων συμπτωμάτων στέρησης, ονομάζεται άγχος που σχετίζεται με το σύνδρομο στέρησης. Αυτό το άγχος που σχετίζεται με το σύνδρομο στέρησης έχει βρεθεί πως αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής (Becker, 2014). Αυτό επιβεβαιώθηκε και σε άλλες μελέτες σύμφωνα με τα αποτελέσματα των οποίων το σύνδρομο στέρησης είναι ο κύριος λόγος που δεν επιτρέπει στα άτομα να σταματήσουν τη χρήση ουσιών και να διατηρήσουν την αποχή τους (Allsop, Copeland, Norberg, Fu, Molnar, Lewis, & Budney, 2012. Paolini & De Biasi, 2011).

1.3.8. Υποστηρικτικό πλαίσιο και υποτροπή

Ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο θεωρεί ότι λαμβάνει κοινωνική και συναισθηματική στήριξη προβλέπει τη διατήρηση της αποχής από τη χρήση ουσιών (Creswell και συν., 2014. Havassy, Hall, & Wasserman, 1991. Lawhon, Humfleet, Hall, Reus, & Muñoz, 2009. Stout, Kelly, Magill, & Pagano, 2012).

Οι Havassy και συν., (1991) στην έρευνα τους διαπίστωσαν πως η παρουσία του κοινωνικού υποστηρικτικού πλαισίου μειώνει τη πιθανότητα υποτροπής όμως αυτή στη σχέση διαμεσολαβούσε η μείωση των στερητικών συμπτωμάτων. Ακόμα έχει βρεθεί πως παράγοντες όπως είναι η πίεση που δέχεται το άτομο για τη χρήση ουσιών και η ύπαρξη συγκρούσεων με ανθρώπους που αποτελούν το κοινωνικό του υποστηρικτικό πλαίσιο αυξάνει την πιθανότητα της υποτροπής (Brown, Vik, & Creamer, 1989).

1.3.9. Παρορμητικότητα και υποτροπή

1.3.9.1. Ορισμός και μέτρηση της παρορμητικότητας

Σύμφωνα με τους Evenden (1999) οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν επιδείξει παρορμητική συμπεριφορά. Για παράδειγμα μπορεί κάποιος να επέδειξε παρορμητική συμπεριφορά όταν ήπιε ένα παραπάνω ποτό ή να αποφάσισε να μιλήσει στο κινητό του ενώ οδηγούσε. Αν και υπάρχει η δυνατότητα ανάκλησης τόσων παραδειγμάτων παρορμητικής συμπεριφοράς, η παρορμητικότητα έχει θεωρηθεί ως μία περίπλοκη εννοιολογική κατασκευή και έχουν προκύψει διαφωνίες όσον αφορά τον ορισμό της. Διαφωνίες υπάρχουν και ως προς το είδος της παρορμητικής συμπεριφοράς που είναι κοινωνικά αποδεκτή, η οποία μάλιστα μπορεί να ποικίλλει από πολιτισμό σε πολιτισμό, από περιοχή σε περιοχή και να είναι ανάλογη με την ηλικία του κάθε ατόμου (Evenden, 1999).

Δεδομένου λοιπόν ότι η παρορμητικότητα είναι μία πολυδιάστατη έννοια αποτελείται από χαρακτηριστικά όπως είναι η γρήγορη λήψη των αποφάσεων, η πράξη χωρίς να προηγείται η σκέψη, η σκέψη σχετικά με το παρόν και όχι για το μέλλον, η δυσκολία στη συγκέντρωση, η αναστολή απόκρισης, την ανάληψη ρίσκου, την αναζήτηση της ευχαρίστησης (Barratt, 1985. Evenden, 1999. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001. Loree, Lundahl, & Ledgerwood, 2015. Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Ο Moeller και συν., (2001) όρισαν την παρορμητικότητα ως την τάση του ανθρώπου να αποκρίνεται γρήγορα και απρόβλεπτα τόσο σε εσωτερικά όσο και εξωτερικά ερεθίσματα. Επιπλέον χαρακτηριστικό είναι ότι αυτή η γρήγορη και απρόβλεπτη αντίδραση γίνεται χωρίς να αναλογιστεί το άτομο την αρνητική επίδραση που θα έχει η ενέργειά του τόσο στον ίδιο όσο και στους άλλους.

Σύμφωνα με τον Evenden (1999) δεν υπάρχει μία μορφή της παρορμητικότητας η οποία ισχύει για όλους τους ανθρώπους. Αντίθετα θεωρεί πως υπάρχουν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι ταξινομούνται μαζί με την παρορμητικότητα και θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως διαφορετικές μορφές παρορμητικής συμπεριφοράς. Επομένως όταν μετρά κανείς την παρορμητικότητα μετρά ταυτόχρονα το κατά πόσο κάποιος είναι απρόσεκτος, αναστέλλει την απόκρισή του, αναλαμβάνει ένα ρίσκο, αναζητά νέες εμπειρίες κλπ.

1.3.9.2. Παρορμητικότητα και χρήση ουσιών

Η σχέση μεταξύ της παρορμητικότητας, της διαταραχής χρήσης ουσιών και των συμπεριφορικών εθισμών έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον αρκετών ερευνητών (Shin, Hong, & Jeon, 2012. Stevens, Goudriaan, Verdejo-Garcia, Dom, Roeyers, & Vanderplasschen, 2015). Πλήθος ερευνών έχει διερευνήσει την παρουσία της παρορμητικότητας σε ανθρώπους που παρουσιάζουν συμπεριφορική εξάρτηση από τον τζόγο και το ίντερνετ (Lee, Choi, Shin, Lee, Jung, & Kwon, 2012), από νόμιμες ουσίες όπως είναι η νικοτίνη (Ryan, MacKillop, & Carpenter, 2013), το αλκοόλ (Dick, Smith, Olausson, Mitchell, Leeman, O'malley, & Sher, 2010) και παράνομες ουσίες όπως είναι η κάνναβη (Solowij, και συν., 2012), η ηρωίνη (Nielsen, Ho, Bahl, Varma, Kellogg, Borg, & Kreek, 2012), η κοκαΐνη (Moeller, Dougherty, Barratt, Schmitz, Swann, & Grabowski, 2001) και η έκσταση (Hanson, Luciana, & Sullwold, 2008).

Η παρορμητικότητα σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι πιθανό να αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη εθισμού αλλά και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που αναπτύσσεται και εντείνεται στους χρήστες ως συνέπεια της χρόνιας χρήσης ουσιών (Meda και συν., 2009). Ακόμα η παρορμητικότητα φαίνεται να συνδέεται και με την υποτροπή (Loree και συν., 2015. Pattij & De Vries, 2013). Σύμφωνα με έρευνες οι παρορμητικοί άνθρωποι νιώθουν ακαταμάχητη επιθυμία κατά τη διάρκεια της αποχής από τις ουσίες και αυξάνεται η πιθανότητα υποτροπής. Για παράδειγμα, οι Doran, Spring, McChargue, Pergadia, και Richmond (2004), διαπίστωσαν στην έρευνά τους πως άνθρωποι με παρορμητικότητα υποτροπίασαν πιο γρήγορα σε σχέση με άτομα που δεν ήταν παρορμητικά. Επιπρόσθετα φαίνεται πως η *ικανότητα σχεδιασμού*, η *προσοχή* και η *δραστηριότητα* που αποτελούν διαστάσεις της παρορμητικότητας σε συνδυασμό με τη δεκτικότητα

στην εμπειρία, αυξάνουν την ακαταμάχητη επιθυμία για τη χρήση ουσιών και την πιθανότητα υποτροπής (Evrén και συν., 2012). Τέλος σε μελέτες με ζώα έχει βρεθεί πως η παρορμητική συμπεριφορά προβλέπει την επίμονη αναζήτηση ουσιών που βρίσκονται σε αποχή και αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής (Broos, Diergaarde, Schoffelmeer, Pattij, & De Vries, 2013).

1.3.9.3. Παρορμητικότητα, εφηβεία και χρήση ουσιών

Η εφηβεία αποτελεί μία αναπτυξιακή περίοδο η οποία χαρακτηρίζεται από πολλές αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα οι έφηβοι βιώνουν βιολογικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές. Στα πλαίσια αυτών των αλλαγών οι έφηβοι συχνά επιδεικνύουν επικίνδυνες συμπεριφορές και αναζητούν νέες εμπειρίες. Επιπρόσθετα ένα χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι η παρουσία της παρορμητικότητας (Harden & Tucker-Drob, 2011).

Έρευνες έχουν δείξει πως η παρουσία της παρορμητικότητας κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αυξάνει τη πιθανότητα για τη δοκιμή της χρήσης ουσιών σε μικρότερη ηλικία και της εξάρτησης από αυτές. Όσον αφορά την έναρξη της χρήσης, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους ηλικίας 15 έως 20 ετών βρέθηκε πως η παρουσία της παρορμητικότητας και η έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ σε μικρή ηλικία συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εξάρτησης τόσο από το αλκοόλ όσο και από άλλες ουσίες (Von Diemen, Bassani, Fuchs, Szobot, & Pechansky, 2008). Μάλιστα η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο κατά την οποία οι έφηβοι ξεκινούν τη χρήση ουσιών στα πλαίσια του πειραματισμού με τις ουσίες. Αυτός όμως ο πειραματισμός με τις ουσίες αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης ουσιών και η χρήση σχετίζεται εξίσου με διαφορετικά στάδια της χρήσης και της εξάρτησης από ουσίες. Η παρορμητικότητα φαίνεται να συνδέεται με την έναρξη της χρήσης ουσιών, τη συνέχεια της χρήσης αλλά και με την υποτροπή, ύστερα από περίοδο αποχής (Pattij & De Vries, 2013). Άλλη έρευνα έχει βρει πως αν και οι έφηβοι χρήστες κάνναβης είχαν αυξημένη παρορμητικότητα κατανοούσαν τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης και η παρορμητικότητα ήταν εμφανής μόνο όταν δεν υπήρχαν αρνητικές συνέπειες (Solowij και συν., 2012).

1.3.10. Υποτροπή και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αποτελούν σημαντικούς ατομικούς παράγοντες, επηρεάζουν το αποτέλεσμα της θεραπείας και κατ' επέκταση την πιθανότητα υποτροπής σε ένα πλήθος διαταραχών. Παραδείγματα τέτοιων διαταραχών αποτελούν η κατάθλιψη (Newton-Howes και συν., 2014), οι αγχώδεις διαταραχές (Tyter, Tyter, Yang, & Guo, 2016), η νευρική ανορεξία (Martinez & Craighead, 2015) και η σχιζοφρένεια (Wickett, Essman, Beck-Jennings, Davis, McIlvried, & Lysaker, 2006).

Επιπλέον το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει προκαλέσει η μελέτη της σχέσης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της υποτροπής, σε ανθρώπους με διαταραχή χρήσης ουσιών (Müller, Weijers, Böning, & Wiesbeck, 2008). Όσον αφορά τον *ψυχωτισμό* και την *επιμονή*, άνθρωποι που ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ, είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα απεξάρτησης και ύστερα υποτροπίασαν είχαν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα του *ψυχωτισμού* (Müller και συν., 2008). Στη συγκεκριμένη έρευνα αξιολογήθηκαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σύμφωνα με ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1975). Ακόμα έχει μελετηθεί αρκετά ο ρόλος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σύμφωνα με τους 5 παράγοντες (ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια, η δεκτικότητα στην εμπειρία, η προσήνεια και η ευσυνειδητότητα) στη διαταραχή χρήσης ουσιών (Costa & McCrae, 1985. 1992. 1995). Έχει βρεθεί πως ο κίνδυνος για υποτροπή ύστερα από ένα έτος από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, αυξάνεται σε ανθρώπους που υψηλή βαθμολογία στον *νευρωτισμό*. Αντίθετα, όσοι άνθρωποι παρουσίαζαν με υψηλή *ευσυνειδησία*, *προσήνεια* και *εξωστρέφεια* είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να απέχουν από τη χρήση ουσιών (Bottlender & Soyka, 2005. Fisher, Elias, & Ritz, 1998. McCormick, Dowd, Quirk, & Zegarra, 1998).

1.3.11. Υποτροπή και ιδιοσυγκρασία

Η ιδιοσυγκρασία εκφράζεται μέσα από ένα σύνολο χαρακτηριστικών και σημείων τα οποία εκδηλώνονται μέσα από μια συγκεκριμένη σταθερότητα της διάθεσης, τη στάση απέναντι στο περιβάλλον, την ευαισθησία στα εξωτερικά ερεθίσματα και τα χαρακτηριστικά του τρόπου αντίδρασης. Οι Cloninger, Svrakic και Przybeck (1993) οι οποίοι πρότειναν τη ψυχοβιολογική θεωρία της προσωπικότητας,

υπέθεσαν ότι υπάρχει αλληλεπίδραση τόσο κληρονομικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων (Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath, & Eaves, 1996).

Οι περισσότερες μελέτες που διερευνούσαν τον ρόλο της ιδιοσυγκρασίας στην υποτροπή μετρούσαν τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με την κλίμακα Ιδιοσυγκρασιακών-Χαρακτηριολογικών Στάσεων του Cloninger (Ehren, και συν., 2012. Foulds, Newton-Howes, Guy, Boden, & Mulder, 2017. Meszaros, και συν., 1999). Πιο αναλυτικά, η *αναζήτηση νέων εμπειριών*, έχει βρεθεί ότι προβλέπει την επιστροφή στη χρήση αλκοόλ, ύστερα από την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος (Meszaros και συν., 1999). Αυτό είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Ehren και συν., 2012. Foulds και συν., 2017), καθώς έχει βρεθεί πως όσοι άνθρωποι ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ και υποτροπίασαν, παρουσίαζαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην *αναζήτηση νέων εμπειριών*, σε σχέση με όσους ανθρώπους συνέχιζαν να απέχουν από το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα αυτά όμως αφορούν μόνο τους άνδρες και όχι τις γυναίκες. Όσον αφορά τις γυναίκες, η *αποφυγή της βλάβης*, προβλέπει την επιστροφή στη χρήση αλκοόλ μέσα σε ένα διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά το τέλος της θεραπείας (Meszaros και συν., 1999). Ακόμα έχει βρεθεί πως η διάσταση της *αναζήτησης νέων εμπειριών*, σε συνεργασία με τη διάσταση της *παρορμητικότητας* θέτουν τη βάση για την υποτροπή (Meszaros και συν., 1999. Ehren και συν., 2012. Foulds και συν., 2017). Επιπλέον οι Foulds και συν., (2017) βρήκαν ότι όσοι άνθρωποι υποτροπίασαν ύστερα από μία περίοδο αποχής από το αλκοόλ παρουσίασαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην αναζήτηση νέων εμπειριών, χαμηλότερη στην επιμονή, στην εξάρτηση από την επιβράβευση και στην ικανότητα συνεργασίας. Τέλος οι Müller και συν., (2008) βρήκαν ότι η επιμονή προβλέπει την υποτροπή και τη χρήση αλκοόλ σε ανθρώπους που βρίσκονται σε αποχή.

Η θυμική διάσταση της ιδιοσυγκρασίας ορίζεται ως μία θεμελιώδης βιολογική προδιάθεση της διάθεσης, είναι σταθερή και αναλλοίωτη κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και μπορεί να αντιπροσωπεύει υποκλινικές εκδηλώσεις συναισθηματικών διαταραχών. Η θυμική διάσταση της ιδιοσυγκρασίας περιλαμβάνει την *υπερθυμία*, την *κατάθλιψη*, την *κυκλοθυμία*, την *ευερεθιστότητα*, όπως αυτές προτάθηκαν από τον Kraepelin, όπως αναφέρει ο Akiskal (1994). Αργότερα ο Akiskal (1994), προσέθεσε την *αγχώδη* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας στο μοντέλο του Kraepelin. Ο συγκεκριμένος ερευνητής εξήγαγε μια σειρά από μελέτες για να διερευνήσει τα πέντε

αυτά είδη ιδιοσυγκρασίας, με τη χρήση της κλίμακας TEMPS-A. Η *υπερθυμία* χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ένταση, η *κατάθλιψη* διακρίνεται από ένα χαμηλό επίπεδο ενέργειας, η *κυκλοθυμία* από μία συναισθηματική αστάθεια, η *ευερεθιστότητα* από την αυξημένη άσκηση κριτικής και η *αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας από μία έντονη ανάγκη για διαβεβαίωση και υπερευαισθησία στον αποχωρισμό (Akiskal, 1992. Akiskal & Akiskal, 2005-α. Akiskal & Akiskal, 1992. Placidi, Signoretta, Liguori, Gervasi, Maremmani, & Akiskal, 1998).

Τα τελευταία χρόνια, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει εστιάσει το ενδιαφέρον του στο ρόλο των συναισθηματικών διαταραχών στη διαταραχή χρήσης ουσιών (Khazaal και συν., 2013. Maremmani και συν., 2009. Pacini, Maremmani, Vitali, Santini, Romeo, & Ceccanti, 2009. Pombo και συν., 2013. Vyssoki και συν., 2011). Σύμφωνα με μελέτες η *κυκλοθυμία* ως διάσταση της ιδιοσυγκρασίας των ανθρώπων αυξάνει την πιθανότητα να ξεκινήσουν σε μικρότερη ηλικία τη χρήση ουσιών (Pombo και συν., 2013). Επομένως έχει διατυπωθεί η υπόθεση πως οι διαστάσεις της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας σχετίζεται με τα αποτελέσματα της θεραπείας για τη χρήση ουσιών και την πιθανότητα υποτροπής (Paulino και συν., 2017. Vyssoki και συν., 2011). Στη μελέτη των Vyssoki και συν., (2011) βρέθηκε πως η *κυκλοθυμία*, η *κατάθλιψη* και η *αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας αποτελούν αρνητικούς παράγοντες πρόγνωσης για τη πορεία της θεραπείας για τη χρήση αλκοόλ. Μάλιστα έχει βρεθεί πως η *κυκλοθυμική* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας σε σχέση με τις άλλες τέσσερις διαστάσεις, προβλέπει την υποτροπή σε ένα διάστημα τριών μηνών μετά το τέλος της θεραπείας (Paulino και συν., 2017).

1.4. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

1.4.1. Η κλίμακα των Adinoff και συν., (2010)

Οι Adinoff και συν., (2010) είναι οι πρώτοι που κατασκεύασαν μία κλίμακα που να μετρά αποκλειστικά το χρόνο που μεσολαβεί από την αρχική σκέψη μέχρι τη πραγματοποίηση της χρήσης ουσιών (Time to Relapse Questionnaire, TRQ). Η κλίμακα TRQ των Adinoff και συν., (2010) είναι η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για να προσαρμοστεί σε χρήστες ουσιών που παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί το πόσο γρήγορα οδηγούνται στην υποτροπή τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Ο χρόνος που

μεσολαβεί από την αρχική σκέψη ως την πραγματοποίηση της αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο αξιολόγησης.

Η δημιουργία της συγκεκριμένης ψυχομετρικής κλίμακας πραγματοποιήθηκε συνολικά σε τρία διαφορετικά στάδια και χορηγήθηκε σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς. Τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στα τρία διαφορετικά στάδια ανάπτυξης της κλίμακας, ήταν ενήλικες που είχαν καταφέρει να απεξαρτηθούν από τη χρήση ουσιών και συνέχιζαν να παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης (Adinoff και συν., 2010).

Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης της κλίμακας διενεργήθηκε μία ημιδομημένη συνέντευξη με 24 άτομα. Οι ερωτήσεις που απευθύνθηκαν σε αυτά τα άτομα αφορούσαν τις συνθήκες, τις γνωστικές λειτουργίες και το χρόνο που μεσολαβούσε πριν την επιστροφή τους στη χρήση ουσιών. Τα αποτελέσματα αυτών των συνεντεύξεων έδειξαν πως το 60% των συνεντευξιζόμενων δήλωσαν πως από τη στιγμή που σκέφτηκαν να κάνουν χρήση μέχρι την πραγματοποίηση αυτής της σκέψης είχε μεσολαβήσει λιγότερο από μία ώρα. Ακόμα ένα 20% των ατόμων δήλωσε πως μεσολάβησε λιγότερο από ένα λεπτό από τη σκέψη της χρήσης ουσιών μέχρι την πραγματοποίηση αυτής της σκέψης (Adinoff και συν., 2010).

Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα δημιουργήθηκε η πρώτη μορφή της κλίμακας. Η κλίμακα αυτή περιλάμβανε 33 στοιχεία και χορηγήθηκε σε 183 συμμετέχοντες. Ο κάθε συμμετέχοντας είχε τη δυνατότητα απόκρισης σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου likert (1=διαφωνώ απόλυτα έως 5=συμφωνώ απόλυτα). Από την ανάλυση κυρίων συνιστωσών προέκυψαν 4 παράγοντες που εξηγούσαν το 44% της συνολικής διακύμανσης. Όσα στοιχεία παρουσίαζαν φόρτωση κάτω από .40 σε κάποιο παράγοντα, παρουσίαζαν φόρτωση πάνω από .30 σε παραπάνω από 1 παράγοντες ή δεν ταίριαζαν εννοιολογικά με τον παράγοντα στον οποίο φόρτωναν, διαγράφονταν. Ύστερα από τη διενέργεια μιας δεύτερης διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν 20 στοιχεία τα οποία εξηγούσαν το 46% της συνολικής διακύμανσης και φόρτωναν σε τρεις διαφορετικούς παράγοντες. Τέλος, εξετάζοντας την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τη χρήση του δείκτη alpha του Cronbach (*Cronbach's α* =.67) οι ερευνητές κατέληξαν ότι η κλίμακα με τα 20 στοιχεία παρουσιάζει μέτρια αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Adinoff και συν., 2010).

Στο επόμενο στάδιο της έρευνας (Adinoff και συν., 2010), ο στόχος των ερευνητών ήταν να βελτιώσουν την εγκυρότητα περιεχομένου της κλίμακας με τα 20 στοιχεία. Σε 120 από του 194 συμμετέχοντες, οι ερευνητές ζήτησαν να του εξηγήσουν με δικά τους λόγια δύο (με τυχαία σειρά) από τα στοιχεία της κλίμακας και ύστερα βαθμολόγησαν τον βαθμό κατανόησης τους. Από τη διερευνητική ανάλυση παραγόντων προέκυψαν 9 στοιχεία τα οποία φόρτωναν σε τρεις παράγοντες, διατηρώντας έτσι την παραγοντική δομή των 20 προηγούμενων στοιχείων. Η ψυχομετρική αξιολόγηση της τελικής κλίμακας με τα 9 στοιχεία έδειξε ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τη χρήση δείκτη alpha του Cronbach ήταν .61. και όσον αφορά την εγκυρότητα περιεχομένου, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν υψηλό ποσοστό συνέπειας στις απαντήσεις τους ($MO= 1.12 \pm .07$).

Οι τρεις παράγοντες που προέκυψαν στη τελική κλίμακα με τα 9 στοιχεία ονομάστηκαν *ξαφνική υποτροπή, μικρής καθυστέρησης υποτροπή και μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή*. Ο παράγοντας *ξαφνική υποτροπή* αποτελείται από τρία στοιχεία που περιγράφουν μία απροσδόκητη, ξαφνική και γρήγορη (π.χ. μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα) επιστροφή του ατόμου στη χρήση ουσιών. Ακόμα η επιστροφή αυτή στη χρήση γίνεται χωρίς να έχει σχεδιαστεί και χωρίς να έχει αντιληφθεί συνειδητά το άτομο την επικείμενη υποτροπή. Όσα άτομα παρουσιάζουν υψηλές επιδόσεις στο παράγοντα *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* φαίνεται να επιστρέφουν στη χρήση ουσιών άμεσα όχι όμως ξαφνικά, χωρίς να έχει προηγηθεί μία παρατεταμένη σκέψη της χρήσης ουσιών. Τέλος όσα άτομα παρουσιάζουν υψηλές επιδόσεις στον παράγοντα *μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή* σημαίνει ότι παρουσιάζουν γνωστικό έλεγχο όσον αφορά την επιθυμία τους για τη χρήσης ουσιών, με αποτέλεσμα η υποτροπή να μη γίνεται απροσδόκητα και ξαφνικά. Τα άτομα αυτά φαίνεται να υποδηλώνουν μια μεγάλη αμφιθυμία ως προς τη χρήση ουσιών (Adinoff και συν., 2010).

1.4.2. Ερωτηματολόγια μέτρησης της υποτροπής

Σύμφωνα με τους Adinoff και συν., (2010) υπάρχει μια σειρά από ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στον τομέα της χρήσης ουσιών και φαίνεται να καλύπτουν κάποιες παρόμοιες έννοιες με το δικό τους ερωτηματολόγιο. Τέτοιες κλίμακες είναι η κλίμακα «ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής κατανάλωσης αλκοόλ» (Anton, Moak, & Latham, 1995. Bohn, Barton, & Barron, 1996) και η

κλίμακα «μειωμένης αναστολής απόκρισης στον αλκοολισμό» (Guardia, Trujols, Burguete, Luquero, & Cardús, 2007).

Η κλίμακα «ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής κατανάλωσης αλκοόλ» (Obsessive Compulsive Drinking Scale) είναι μία αυτοχορηγούμενη κλίμακα, αποτελείται από 10 στοιχεία τα οποία φορτώνουν σε τέσσερις παράγοντες. Έχει αποδειχθεί πως είναι ειδικά κατασκευασμένη για να διακρίνει τα ψυχαναγκαστικά και καταναγκαστικά χαρακτηριστικά της σκέψης που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, την ακαταμάχητη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ, και την ικανότητα αντίστασης σε αυτές τις σκέψεις και στην ακαταμάχητη επιθυμία. Απευθύνεται σε άτομα που είτε κάνουν κατάχρηση είτε είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Ακόμα χρησιμοποιείται για να διαχωρίσει αυτά τα άτομα από τα άτομα που δεν κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Anton και συν., 1995. Bohn και συν., 1996). Η εν λόγω κλίμακα περιλαμβάνει έναν παράγοντα ο οποίος δηλώνει αυτοματισμό. Τα στοιχεία που φορτώνουν σε αυτό τον παράγοντα αναφέρονται στη προσπάθεια του ατόμου να αντισταθεί στις σκέψεις που σχετίζονται με την ουσία, στην ακαταμάχητη επιθυμία και στην κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με τον παράγοντα *ζαφνική υποτροπή* του ερωτηματολογίου TRQ (Adinoff, και συν., 2010). Οι Bohn και συν., (1996) προτείνουν ότι απαιτείται να προστεθούν περισσότερα στοιχεία στη κλίμακα «ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής κατανάλωσης αλκοόλ», ώστε να αξιολογείται καλύτερα ο αυτοματισμός. Τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να αξιολογούν για παράδειγμα την ταχύτητα της κατανάλωσης αλκοόλ, ο βαθμός στον οποίο η κατανάλωση αλκοόλ σχεδιάστηκε σκόπιμα. Και τα δύο αυτά στοιχεία αξιολογούνται στη κλίμακα TRQ (Adinoff και συν., 2010).

Η κλίμακα «μειωμένης αναστολής απόκρισης στον αλκοολισμό» (Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism) είναι μια αυτοχορηγούμενη κλίμακα που αποτελείται από 16 στοιχεία. Τα 16 αυτά στοιχεία μετρούν το βαθμό που κάποιος παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα αναστολής συμπεριφοράς σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Η κλίμακα αυτή απευθύνεται σε ανθρώπους που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ. Από την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων προέκυψε ότι τα στοιχεία της κλίμακας φορτώνουν σε ένα μόνο παράγοντα, ο οποίος ονομάστηκε *μειωμένη αναστολή*. Οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα απόκρισης σε μία τετραβαθμιαία κλίμακα τύπου likert (0=ναι, πάντα 1=ναι, συχνά, 2=όχι, τόσο συχνά,

3=όχι, ποτέ). Η συγκεκριμένη κλίμακα εμφανίζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Guardia και συν., 2007). Οι Adinoff και συν., (2010) διαπιστώνουν ότι η συγκεκριμένη κλίμακα εκτός από το ότι αποτελείται από ένα μόνο παράγοντα, απευθύνεται μόνο στην υποτροπή που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ.

1.5. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ TRQ

Στόχο της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η προσαρμογή της κλίμακας ΧΠΥ σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών που παρακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Η κλίμακα δεν έχει προσαρμοστεί σε αρκετά πολιτισμικά πλαίσια. Πιο συγκεκριμένα, έχει προσαρμοστεί σε μία μόνο χώρα, την Περσία.

Αρχικά οι Khazae-Pool, Moridi, Ponnet, Turner, και Pashaei, (2016) στη μελέτη τους μετέφρασαν στα ιρακινά, την κλίμακα των Adinoff και συν., (2010). Στόχος της μελέτης τους ήταν η αξιολόγηση της αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 Ιρανοί που είχαν διαγνωσθεί με διαταραχή χρήσης ουσιών και παρακολουθούσαν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές εξέτασαν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την παραγοντική δομή της κλίμακας.

Κατά την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων στη κλίμακα με τα 9 στοιχεία, προέκυψαν τρεις παράγοντες με τρία στοιχεία ο καθένας, επιβεβαιώνοντας ότι υπάρχει μια καλή προσαρμογή του μοντέλου. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συνεπές με τη παραγοντική δομή που προέκυψε και στη κλίμακα των Adinoff και συν., (2010). Από την αξιολόγηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας προέκυψε ότι η περσική εκδοχή της κλίμακας παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τη χρήση του δείκτη alpha του Cronbach ήταν .76. Επομένως, η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής είναι ικανοποιητική, καθώς τα αποτελέσματα υπερβαίνουν το όριο του .70. Επιπλέον η κλίμακα παρουσίαζε πολύ υψηλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($r = .85$), καθώς η τιμή ξεπερνούσε το επιθυμητό όριο του .70, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει συνέπεια στο χρόνο όσον αφορά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Ακόμα βρέθηκε πως παρουσιάζει μια καλή φαινομενική εγκυρότητα, καθώς οι τιμές ήταν ίσες ή μεγαλύτερες του 1.5 (από 1.5 έως 4.7) για τα στοιχεία της κλίμακας και η κλίμακα παρουσιάζει καλή εγκυρότητα περιεχομένου ($CVI = .93$, $CVR = .81$).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 100 έφηβοι και νεαροί ενήλικες που παρακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης ΟΚΑΝΑ-Ατραπός. Από το δείγμα αυτό 72 είναι άνδρες και 28 είναι γυναίκες. Το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων ορίζεται από 14 έως 24 έτη ($M.O=19.3$, $T.A=3.3$). Η κύρια ουσία χρήσης των συμμετεχόντων ήταν η κάνναβη. Η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική. Από την έρευνα αποκλείστηκαν όσοι συμμετέχοντες παρουσίαζαν συννοσηρότητα με κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

Όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν την κλίμακα ΧΠΥ, που αποτελεί τη βασική κλίμακα μέτρησης του χρόνου που μεσολαβεί για τη χρήση ουσιών, το TEMPS-A που μετρά την ιδιοσυγκρασία, το τεστ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας 5 (ΤΕΧΑΠ5) και την κλίμακα παρορμητικότητας του Barratt (BIS-11). Όμως επειδή είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί αν η κλίμακα ΧΠΥ παρουσιάζει αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test retest) η κλίμακα χορηγήθηκε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές στην ίδια ομάδα ατόμων (100).

2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Το Τεστ Χαρακτηριστικών της Προσωπικότητας 5 (ΤΕ-ΧΑΠ-5): Το ΤΕ-ΧΑΠ-5 αποτελείται από 75 προτάσεις (Tsaousis & Kerpelis, 2004) που μετρούν τις πέντε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Εξωστρέφεια, Νευρωτισμός, Δεκτικότητα στην εμπειρία, Ευσυνειδησία, Προσήγεια) των Costa και McCrae (1992). Η αρχική μορφή της κλίμακας ΤΕ-ΧΑ-Π5 περιλάμβανε 180 προτάσεις (Τσαούσης, 1998) ενώ η σύντομη έκδοσή της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελείται από 75 προτάσεις. Για κάθε πρόταση, υπάρχουν πέντε επιλογές, οι οποίες αντιστοιχούν σε αριθμούς από το ένα «διαφωνώ απόλυτα» μέχρι το πέντε «συμφωνώ απόλυτα». Αφού διαβάσουν την κάθε πρόταση οι συμμετέχοντες, επιλέγουν μία από τις πέντε επιλογές, ανάλογα με το πόσο αυτή τους αντιπροσωπεύει ή όχι. Η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Tsaousis & Kerpelis, 2004).

The Temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San-Diego-autoquestionnaire version (TEMPS-A): Η αρχική εκδοχή της κλίμακας TEMPS-A που αποτελείται από 110 προτάσεις (Akiskal & Akiskal 1992, 2005-α, 2005-β) μετρά τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας. Η σύντομη εκδοχή της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα, περιλαμβάνει 39 στοιχεία που είναι σχεδιασμένα να μετρούν τις διακυμάνσεις στην ιδιοσυγκρασία των ανθρώπων με ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και ανθρώπων που ανήκουν σε υγιή πληθυσμό (Akiskal και συν., 2005). Όπως και στην αρχική μορφή της κλίμακας έτσι και στη σύντομη εκδοχή της προκύπτουν πέντε υποκλίμακες μέτρησης της ιδιοσυγκρασίας, η *κυκλοθυμία*, η *κατάθλιψη*, η *ευερεθιστότητα*, η *υπερθυμία* και η *αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας. Οι συμμετέχοντες επιλέγουν ανάμεσα στο σωστό ή το λάθος, ανάλογα με το πόσο τους αντιπροσωπεύει κάθε πρόταση. Τέλος η κλίμακα TEMPS-A παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Akiskal και συν., 2005).

Κλίμακα παρορμητικότητας του Barratt (BIS-11): Το Bis-11 είναι μία αναθεωρημένη μορφή του Bis-10 (Patton και συν., 1995). Είναι μία κλίμακα που έχει δημιουργηθεί για να μετρά την παρορμητικότητα και περιλαμβάνει 30 προτάσεις που ελέγχουν τη *δραστηριότητα*, την *προσοχή* και την *ικανότητα σχεδιασμού* του κάθε συμμετέχοντα. Το Bis-11 έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό, επομένως στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε αυτή η εκδοχή της κλίμακας (Πάπλος, Χαβάκη-Κονταξάκη, Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2002). Τα άτομα καλούνται να απαντήσουν στα στοιχεία της κλίμακας δηλώνοντας τον βαθμό που τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=σπανίως/ ποτέ, 2=περιστασιακά, 3=συχνά, 4=πάντα/σχεδόν πάντα). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει προσαρμοστεί σε διαφορετικούς πολιτισμούς και έχει δείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Επιπρόσθετα η συγκεκριμένη κλίμακα στα πλαίσια ερευνών έχει χορηγηθεί σε χρήστες ουσιών, σε ανθρώπους με ψυχιατρικές διαταραχές και σε υγιή πληθυσμό (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009).

Time to relapse questionnaire (TRQ): Το TRQ (Adinoff και συν., 2010) όπως περιγράφηκε και παραπάνω είναι η κλίμακα που θα χρησιμοποιηθεί για να προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Μετρά το χρόνο που μεσολαβεί από την αρχική σκέψη χρήσης ουσιών μέχρι την πραγματοποίηση αυτής της σκέψης. Αποτελείται από 9 στοιχεία και τρεις υποκλίμακες. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον

βαθμό κατά τον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μία τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=ψευδές, 2=μερικώς αληθές, 3=αληθές, 4=πολύ αληθές).

2.3. Ερευνητική διαδικασία

Η γλωσσική και εννοιολογική προσαρμογή του εργαλείου από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα έγινε με τη μέθοδο της επιτροπής (Bradley, 1994). Αρχικά, το εργαλείο δόθηκε σε τρία διαφορετικά δίγλωσσα άτομα, όπου το καθένα ξεχωριστά το μετέφρασε από τα αγγλικά στα ελληνικά, δημιουργώντας έτσι τρεις διαφορετικές μεταφράσεις. Ύστερα, οι τρεις μεταφραστές αφού συζήτησαν από κοινού τις διαφορές στη μετάφρασή τους, κατέληξαν σε μια κοινά αποδεκτή μετάφραση για όλα τα στοιχεία του εργαλείου. Στο τελικό στάδιο της γλωσσικής και εννοιολογικής προσαρμογής του εργαλείου, ένα δίγλωσσο άτομο, που ενήργησε ως ανεξάρτητος μεταφραστής (verifier), επιβεβαίωσε την μετάφραση, που προέκυψε από την επιτροπή. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και για την σύντομη εκδοχή της κλίμακας TEMPS-A που μετρά την ιδιοσυγκρασία, καθώς ούτε αυτή η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα.

Η ερευνήτρια για τη συλλογή του δείγματός του απευθύνθηκε σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες χρήστες ουσιών (κύρια ουσία χρήσης κάνναβη), ηλικίας 14 έως 24 ετών που παρακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων OKANA-Ατραπός. Η επαφή με τους συμμετέχοντες της έρευνας έγινε από την ίδια την ερευνήτρια στα πλαίσια της πρακτικής της άσκησης στη συγκεκριμένη θεραπευτική δομή. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε από τον Ιανουάριο του 2018 ως τον Μάιο του 2018.

Δικαίωμα συμμετοχής στην έρευνα είχαν όλοι οι άνδρες και γυναίκες από 14-24 ετών, οι οποίοι είχαν ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα και είτε είχαν διακόψει τη χρήση ουσιών είτε δεν τα είχαν καταφέρει ακόμα. Αυτό γιατί η βασική κλίμακα μέτρησης ζητούσε από τους συμμετέχοντες να θυμηθούν μια στιγμή στο παρελθόν που είχαν διακόψει τη χρήση ουσιών (έστω για μία εβδομάδα) και ύστερα είχαν αρχίσει ξανά. Επομένως δεν υπήρχε περιορισμός στο αν οι έφηβοι τη δεδομένη χρονική στιγμή έκαναν ή όχι χρήση ουσιών. Η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική, χωρίς κάποιο κίνητρο και αποζημίωση. Σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας δόθηκε έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης το οποίο και θα κληθούν να

υπογράφουν. Επειδή στην έρευνα συμμετείχαν και έφηβοι χρήστες κάτω των 18 ετών το έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης υπογράφηκε τόσο από τους ίδιους τους έφηβους όσο και από τους γονείς τους. Ακόμα και αν οι γονείς δέχονταν τη συμμετοχή των εφήβων, οι έφηβοι είχαν το δικαίωμα να αρνηθούν την συμμετοχή τους σε αυτή. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως και σε αυτή την περίπτωση ακολουθήθηκε η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών και της διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων των γονέων.

Επιπλέον οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν γραπτά στα ερωτηματολόγια μόνο το φύλο και την ηλικία τους για να διασφαλίζεται έτσι η ανωνυμία τους. Επειδή όμως η κλίμακα χορηγήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές στην ίδια ομάδα ατόμων (περίπου 100) για να αξιολογηθεί αν παρουσιάζει αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test retest) χρησιμοποιήθηκε κώδικα που προστάτευε την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Ο κώδικας αποτελούταν από το αρχικό γράμμα του ονόματος του συμμετέχοντα (Γιώργος), από το αρχικό γράμμα του ονόματος της μητέρας (Μαρία), το αρχικό γράμμα της οδού που μένει (Καποδιστρίου), και από την ημερομηνία που γεννήθηκε (08-07-1992). Έτσι είναι αδύνατη η σύνδεση των δεδομένων με συγκεκριμένα άτομα κατά την ανάλυσή τους.

Το απόρρητο διασφαλίστηκε με την ανωνυμία των ερωτηματολογίων, τη φύλαξη τους σε απόρρητο φάκελο προσβάσιμο μόνο από τον ερευνητή και τη φύλαξη των υπογεγραμμένων εντύπων ενήμερης συγκατάθεσης σε ξεχωριστό απόρρητο φάκελο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Περιγραφικοί δείκτες

Συνολικά για κάθε μια από τις μεταβλητές της παρούσας έρευνας υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, καθώς επίσης και ο δείκτης εσωτερικής συνοχής (alpha) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Δείκτης Εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) των μεταβλητών της έρευνας (N=100)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Μ.Ο</i>	<i>Τ.Α</i>	<i>alpha</i>
ΧΠΥ			
ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ	6.7	2.2	.58
ΜΙΚΡΗΣ ΚΑΘ ΥΠ	5.3	2.1	.68
ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΑΘ ΥΠ	6.2	2.6	.80
ΧΠΥ-ΣΥΝ	18.3	4.8	.70
TEMPS-A			
ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ	6.7	2.9	.75
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	2.8	1.7	.53
ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	3.9	2.2	.72
ΥΠΕΡΘΥΜΙΑ	3.6	1.9	.62
ΑΓΧΩΔΗΣ	1.3	1.1	.69
TEMPS-ΣΥΝ	20.1	6.2	.80
BIS-11			
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	23.8	4.8	.66
ΠΡΟΣΟΧΗ	18.8	3.2	.44
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	27.1	5.1	.68
BIS-ΣΥΝ	69.7	11.1	.81
TE-XA-II			
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	49.8	8.9	.77
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	43.7	9.8	.79
ΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	50.4	10.2	.79
ΠΡΟΣΗΝΕΙΑ	46.6	8.4	.77
ΕΥΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑ	44.4	9.4	.81

Σημείωση. ΧΠΥ-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο ΧΠΥ, ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ.: Ξαφνική υποτροπή, ΜΙΚΡΗΣ ΚΑΘ. ΥΠ.: Μικρής καθυστέρησης υποτροπή, ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΑΘ. ΥΠ.: Μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή, TEMPS-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο TEMPS, BIS-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο BIS-1.

Όσον αφορά την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι υποκλίμακες της κλίμακας ΧΠΥ (εννέα στοιχεία), *ξαφνική υποτροπή* και *μικρής καθυστέρησης υποτροπή*, έχουν χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, καθώς οι τιμές του δείκτη alpha δεν ξεπερνούν το .70. Συνολικά η κλίμακα παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, καθώς έχει τιμή ίση με .70. Οι υποκλίμακες του TEMPS-A *κατάθλιψη*, *υπερθυμία*, *αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας έχουν δείκτη αξιοπιστίας μικρότερο από .70. Όμως η συνολική επίδοση της κλίμακας παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (*Cronbach's α* =.80). Οι τρεις υποκλίμακες του BIS-11, παρουσιάζουν χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Συνολικά η κλίμακα έχει υψηλή εσωτερική συνέπεια (*Cronbach's α* =.81). Τέλος, οι πέντε υποκλίμακες του TE-XA-Π παρουσιάζουν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής.

3.2. Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (CFA) για την κλίμακα ΧΠΥ

Κατά την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων αξιολογήθηκε αρχικά το μοντέλο των τριών παραγόντων, όπως προέκυψε από την μελέτη των Adinoff, και συν., (2010) και επιβεβαιώθηκε από την προσαρμογή της κλίμακας στην Περσία (Khazae-pool και συν., 2016). Ακόμα αξιολογήθηκε ένα μονοπαραγοντικό μοντέλο και ένα ιεραρχικό μοντέλο της κλίμακας ΧΠΥ. Επιπλέον αξιολογήθηκε το μοντέλο των τριών παραγόντων, ύστερα από την αφαίρεση του στοιχείου 8. Ο στόχος της αξιολόγησης των τεσσάρων αυτών διαφορετικών μοντέλων ήταν να διαπιστωθεί ποιο προσαρμόζεται καλύτερα στον ελληνικό πληθυσμό.

Αρχικά, εξετάστηκε το μοντέλο με τους τρεις παράγοντες που προέκυψε από την μελέτη των Adinoff και συν., (2010) και επιβεβαιώθηκε από την προσαρμογή της κλίμακας στην Περσία (Khazae-pool και συν., 2016). Η ανάλυση του μοντέλου με τους τρεις παράγοντες έδειξε ότι τα δεδομένα της έρευνας δεν προσαρμόστηκαν στα δεδομένα του δείγματος, καθώς το πηλίκo χ^2/β αθμοί ελευθερίας (χ^2/df)=2.1, ο δείκτης Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)= .10, ο δείκτης Standardised Root Mean Square Residual (SRMR)= .09 και ο Goodness-of-Fit-Index (CFI)= .88. Για να θεωρηθεί ότι το μοντέλο προσαρμόζεται στα δεδομένα του δείγματος πρέπει δύο από τους τέσσερις δείκτες καλής προσαρμογής να παρουσιάζουν ιδανικές τιμές. Σε αυτή την περίπτωση ο δείκτης χ^2/df παρουσιάζει ιδανική τιμή, μικρότερη από 3.0, οι δείκτες καλής προσαρμογής RMSEA και SRMR είναι μεγαλύτεροι από .08, που

είναι το επιθυμητό όριο και ο δείκτης CFI βρίσκεται κοντά στο επιθυμητό όριο του .90. Επομένως καταλήγουμε ότι το μοντέλο με τους τρεις παράγοντες δεν προσαρμόζεται στα δεδομένα του δείγματος, καθώς μόνο ο πρώτος δείκτης παρουσιάζει επιθυμητή τιμή, οι δύο δείκτες δεν έχουν ιδανικές τιμές και ο τέταρτος βρίσκεται κοντά στο επιθυμητό όριο (Διάγραμμα 1).

Στη συνέχεια το μονοπαραγοντικό μοντέλο χρησιμοποιήθηκε ως βασικό μοντέλο για να εξεταστεί αν η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από έναν παράγοντα. Η ανάλυση του μονοπαραγοντικού μοντέλου (Διάγραμμα 2) έδειξε ότι δεν προσαρμόστηκε στα δεδομένα της έρευνας, καθώς το πηλίκιο $\chi^2/\text{βαθμοί ελευθερίας}$ (χ^2/df)=3.9, ο δείκτης Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)= .17, ο δείκτης Standardised Root Mean Square Residual (SRMR)= .13 και ο Goodness-of-Fit-Index (CFI)= .65. Στη προκειμένη περίπτωση η μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα του δείγματος οφείλεται στο ότι ο δείκτης χ^2/df παρουσιάζει τιμή μεγαλύτερη από 3.0, οι δείκτες καλής προσαρμογής RMSEA και SRMR είναι μεγαλύτεροι από .08, που είναι το επιθυμητό όριο, ο τρίτος δείκτης, CFI δεν υπερβαίνει το επιθυμητό όριο του .90.

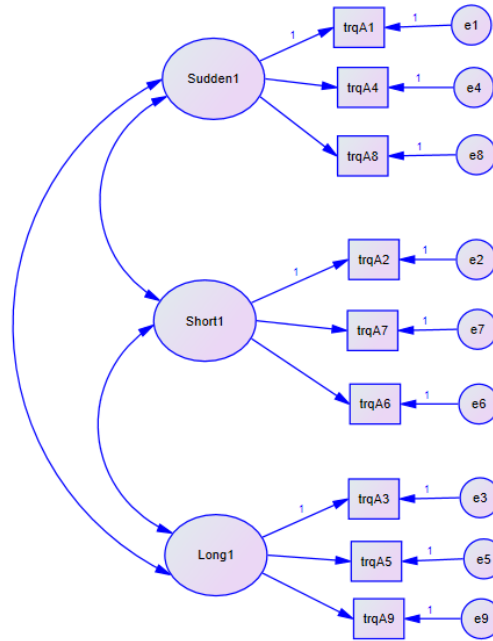
Το επόμενο εναλλακτικό μοντέλο που εξετάστηκε ήταν το ιεραρχικό μοντέλο. Από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των τριών παραγόντων, *ξαφνική υποτροπή, μικρής καθυστέρησης υποτροπή και μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή*, βρέθηκε ότι οι δύο παράγοντες μεταξύ τους παρουσίαζαν υψηλή συσχέτιση και δημιουργήθηκε η υποψία ότι μπορεί να υπάρχει ιεραρχική δομή όσον αφορά τους παράγοντες. Επομένως το ιεραρχικό μοντέλο εξετάστηκε για να ελεγχθεί αν υπάρχει ένας ανώτερος ιεραρχικά παράγοντας (G factor). Το μοντέλο αυτό δε δείχνει να προσαρμόζεται στα δεδομένα του δείγματος, (χ^2/df)=2.01, (RMSEA)=.10, (SRMR)=.09, (CFI)=.88 (Διάγραμμα 3), καθώς μόνο ο χ^2/df παρουσιάζει τιμή μικρότερη από 3.0, που είναι το επιθυμητό όριο και οι άλλοι δείκτες δεν βρίσκονται μέσα στο επιθυμητό όριο.

Μέχρι τώρα τα τρία μοντέλα που έχουν εξεταστεί φαίνεται πως δεν παρουσιάζουν καλή προσαρμογή στα δεδομένα. Κατά τη διαδικασία ανάλυσης της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής στο μοντέλο με τους τρεις παράγοντες, παρατηρήθηκε πως το στοιχείο 8 παρουσιάζει χαμηλή συσχέτιση σε σχέση με τα άλλα στοιχεία ($r=.02$). Το Στοιχείο 8 περιλαμβάνει την πρόταση «Όταν ξεκινώ και πάλι τη χρήση (ναρκωτικών), αυτό δεν είναι προγραμματισμένο». Ύστερα από την

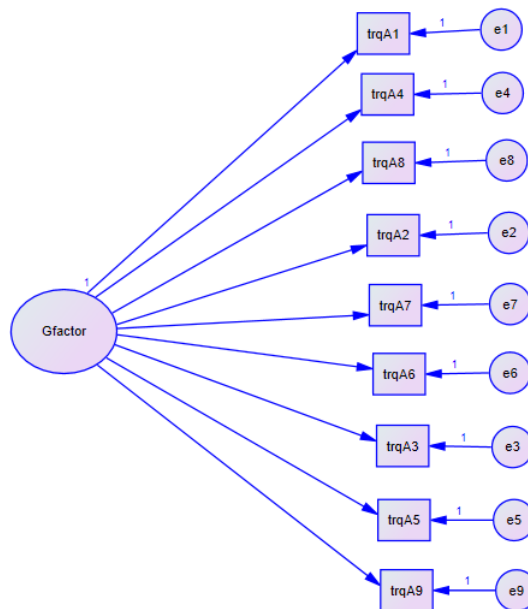
αφαίρεση του στοιχείου 8, εξετάστηκε ξανά το μοντέλο των τριών παραγόντων. Το μοντέλο αυτό δείχνει να προσαρμόζεται στα δεδομένα του δείγματος σε σχέση με τα προηγούμενα μοντέλα, (χ^2/df)=2.3, (RMSEA)= .11, (SRMR)= .07, (CFI)= .89, καθώς οι τρεις από τους τέσσερις δείκτες βρίσκονται μέσα στο επιθυμητό όριο. Πιο συγκεκριμένα, δείκτης χ^2/df έχει τιμή μικρότερη από 3, ο δείκτης SRMR σε αυτό το μοντέλο είναι μικρότερος από το όριο του .08 και ο δείκτης CFI είναι σχεδόν ίσος με 90.. Μόνο ο δείκτης RMSEA εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερος από το όριο του .08 (Διάγραμμα 4). Επομένως, φαίνεται πως το συγκεκριμένο μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8, παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα του δείγματος, καθώς οι δείκτες καλής προσαρμογής οριακά γίνονται αποδεκτοί.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8 παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα του δείγματος. Για να επιβεβαιωθεί αν τελικά μπορούμε να επιλέξουμε το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία, ως αυτό που προσαρμόζεται καλύτερα στα δεδομένα έγινε σύγκριση των επιπέδων των δεικτών καλής προσαρμογής Akaike information criterion (AIC) και Corrected Akaike information criterion (CAIC) μεταξύ όλων των μοντέλων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ο AIC για το μονοπαραγοντικό μοντέλο ήταν ίσος με 142.408 και ο CAIC ίσος με 207.301. Στο ιεραρχικό μοντέλο ο AIC ήταν 90.406 και ο CAIC 158.905 και στο μοντέλο των τριών παραγόντων ο AIC παρουσίαζε τιμή ίση με 93.104 και ο CAIC ίση με 168.812. Τέλος ο AIC για το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία ήταν ίσος με 78.373 και ο CAIC ίσος με 146.871.

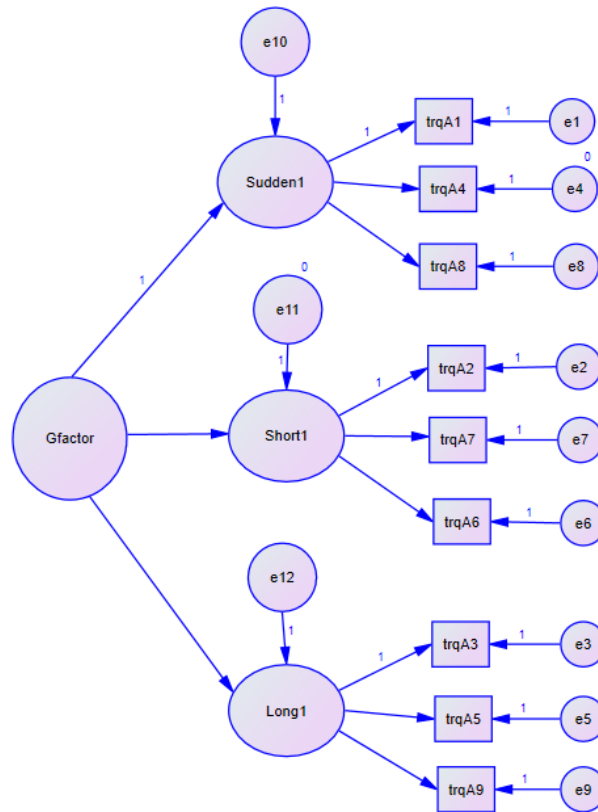
Από αυτή τη σύγκριση προέκυψε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα 8 στοιχεία προσαρμόζεται καλύτερα στα δεδομένα του δείγματος, καθώς ως καταλληλότερο θεωρείται το μοντέλο με τις μικρότερες τιμές στους συγκεκριμένους δείκτες.



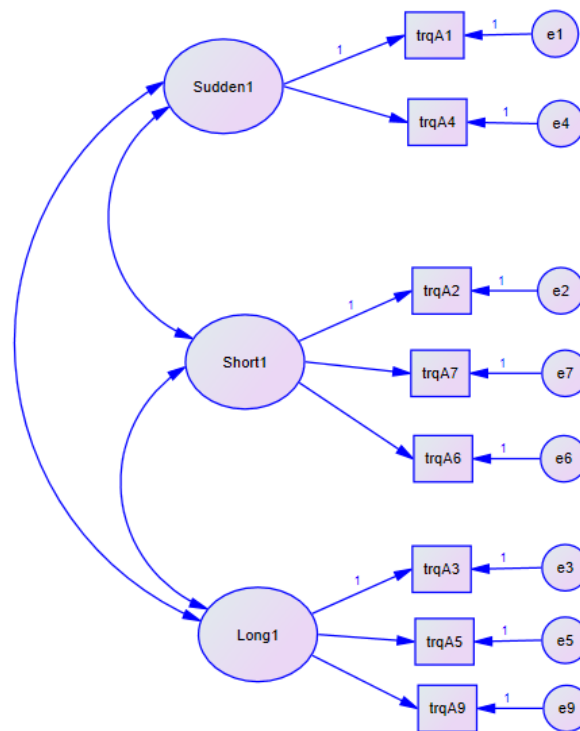
Διάγραμμα 1. Παραγοντική δομή του μοντέλου με τους τρεις παράγοντες (εννέα στοιχεία).



Διάγραμμα 2. Μονοπαραγοντική δομή του μοντέλου με τα εννέα στοιχεία.



Διάγραμμα 3. Παραγοντική δομή του ιεραρχικού μοντέλου με τα εννέα στοιχεία.



Διάγραμμα 4. Παραγοντική δομή του μοντέλου με τους τρεις παράγοντες (οκτώ

στοιχεία).

3.3. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Για να εκτιμηθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της ΧΠΥ και για να διαπιστωθεί ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην επίδοση του ατόμου στο κάθε ξεχωριστό στοιχείο με την συνολική επίδοση στο τεστ, υπολογίστηκε ο δείκτης alpha του Cronbach στο μοντέλο με τους τρεις παράγοντες μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8 (Πίνακας 3). Στο μοντέλο με τα οκτώ στοιχεία, ο δείκτης για την συνολική επίδοση ήταν ίσος με .74, ενώ στις υποκλίμακες *ξαφνική υποτροπή*, *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* και *μεγάλη καθυστέρησης υποτροπή*, ήταν .57 και .68 και .80, αντίστοιχα.

Πίνακας 3

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Δείκτης Εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) των μεταβλητών την έρευνας στο μοντέλο με τα οκτώ στοιχεία (N=100)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>alpha</i>
ΧΠΥ			
ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ	4.2	1.6	.57
ΜΙΚΡΗΣ ΚΑΘ ΥΠ	5.3	2.1	.68
ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΑΘ ΥΠ	6.2	2.6	.80
ΧΥΠ-ΣΥΝ	15.7	4.7	.74

Σημείωση. ΧΠΥ-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο ΧΠΥ, ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ.: Ξαφνική υποτροπή, ΜΙΚΡΗΣ ΚΑΘ. ΥΠ.: Μικρής καθυστέρησης υποτροπή, ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΑΘ. ΥΠ.: Μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή.

Από τον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 2) προκύπτει ότι συνολικά η κλίμακα ΧΠΥ παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή, καθώς τα αποτελέσματα υπερβαίνουν το επιθυμητό όριο του .70. Όσον αφορά τις υποκλίμακες της, η υποκλίμακα *ξαφνική υποτροπή* παρουσιάζει χαμηλότερη εσωτερική συνοχή σε σχέση με τις άλλες δύο, καθώς δεν υπερβαίνει το επιθυμητό όριο. Η υποκλίμακα *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* πλησιάζει σχεδόν το όριο του .70 και μόνο η υποκλίμακα *μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή* παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

3.4. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Test-retest)

Για να εκτιμηθεί η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων χορηγήθηκε η κλίμακα ΧΠΥ σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές στην ίδια ομάδα ατόμων ($N=100$). Ο χρόνος διάρκειας ανάμεσα στις δύο χορηγήσεις ήταν περίπου 4 εβδομάδες. Μετά την αφαίρεση από το μοντέλο του στοιχείου 8, όπως προέκυψε από την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων, υπολογίστηκε η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της συνολικής επίδοσης στη κλίμακα και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της κάθε υποκλίμακας της κλίμακας (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($N=100$)

	<i>ΧΠΥΒ_ΣΥΝ</i>	<i>ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ (B)</i>	<i>ΜΙΚΡΗΣ Κ (B)</i>	<i>ΜΕΓΑΛΗΣ Κ (B)</i>	<i>N</i>
<i>ΧΠΥΑ_ΣΥΝ</i>	.71				100
<i>ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ (A)</i>		.62			100
<i>ΜΙΚΡΗΣ Κ (A)</i>			.61		100
<i>ΜΕΓΑΛΗΣ Κ (A)</i>				.67	100

Σημείωση. *ΧΠΥΑ-ΣΥΝ:* Συνολική επίδοση στο ΧΠΥ -Α' χορήγηση, *ΧΠΥΒ-ΣΥΝ:* Συνολική επίδοση στο ΧΠΥ-Β' χορήγηση, *ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ(A):* Ξαφνική υποτροπή-Α' χορήγηση, *ΞΑΦΝΙΚΗ ΥΠ(B):* Ξαφνική υποτροπή-Β' χορήγηση, *ΜΙΚΡΗΣ Κ (A):* Μικρής καθυστέρησης υποτροπή-Α' χορήγηση, *ΜΙΚΡΗΣ Κ (B):* Μικρής καθυστέρησης υποτροπή-Β' χορήγηση, *ΜΕΓΑΛΗΣ Κ (A):* Μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή-Α' χορήγηση, *ΜΕΓΑΛΗΣ Κ (B):* Μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή-Β' χορήγηση.

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα (Πίνακας 4) προκύπτει ότι η κλίμακα με τα οκτώ στοιχεία που χορηγήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικά στιγμές στα ίδια άτομα παρουσιάζει μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, καθώς ο αριθμός που προκύπτει ($r=.71$) ξεπερνά το όριο του .70. Όσον αφορά τις τρεις υποκλίμακες της κλίμακας, η υποκλίμακα *ξαφνική υποτροπή* παρουσιάζει αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ίση με $r=.62$, η υποκλίμακα *μικρής καθυστέρησης*

υποτροπή ίση με $r=.61$ και η υποκλίμακα μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή ίση με $r=.67$. Από τα παραπάνω προκύπτει πως οι τρεις υποκλίμακες της κλίμακας παρουσιάζουν μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, καθώς οι τιμές που προκύπτουν πλησιάζουν αλλά δεν ξεπερνούν το όριο του .70.

3.5 Συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα

Με τη χρήση του Pearson R υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής επίδοσης στη κλίμακα ΧΠΥ, στο BIS-11, στο TEMPS-A, στο TE-XA-Π και των υποκλιμάκων τους.

Πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης στο ΧΠΥ και της υποκλίμακας του TEMPS-A κατάθλιψη ήταν $r=.21$, $p=.03$. Η συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας ξαφνική υποτροπή του ΧΠΥ και της υποκλιμάκας του TEMPS-A, κυκλοθυμία, ήταν $r=.21$, $p=.03$. Η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης στο ΧΠΥ και στο BIS-11 ήταν $r=.21$, $p=.03$ και η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης στο ΧΠΥ και των υποκλιμάκων του BIS-11, κίνητρο, προσοχή ήταν $r=.20$, $p=.04$, $r=.27$, $p=.007$, αντίστοιχα. Όσον αφορά τις υποκλίμακες του ΧΠΥ βρέθηκε ότι η ξαφνική υποτροπή παρουσίαζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική επίδοση του BIS-11 ($r=.29$, $p=.004$) όσο και με τις υποκλίμακες του BIS-11, δραστηριότητα, σχεδιασμός ($r=.29$, $p=.003$, $r=.27$, $p=.006$, αντίστοιχα). Οι άλλες δύο υποκλίμακες του ΧΠΥ, μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή και μικρής καθυστέρησης υποτροπή παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα του BIS-11 προσοχή, $r=.20$, $p=.04$, $r=.23$, $p=.02$. Τέλος δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης, των υποκλιμάκων του ΧΠΥ και των υποκλιμάκων του TE-XA-Π (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας ΧΠΥ, BIS-11, TEMPS-A και TE-XA-Π και των υποκλιμάκων τους (οκτώ στοιχεία)

Μεταβλητές	ΧΠΥ-ΣΥΝ	ΞΑΦΝ. ΥΠ.	ΜΕΓ. ΚΑΘ. ΥΠ.	ΜΙΚ. ΚΑΘ. ΥΠ.
------------	---------	--------------	------------------	------------------

<i>Pearson r</i>				
TEMPS-A				
ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ	.16	.21*	.05	.13
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	.21*	.07	.16	.19
ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ	.07	.05	.05	.04
ΥΠΕΡΘΥΜΙΑ	-.02	.002	-.01	-.02
ΑΓΧΩΔΗΣ	.07	-.04	.15	.001
TEMPS-ΣΥΝ	.16	.08	.15	.10
BIS-11				
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	.20*	.29**	.05	.15
ΠΡΟΣΟΧΗ	.27**	.13	.20*	.23*
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	.08	.27**	.39	.07
BIS-ΣΥΝ	.21*	.29**	.56	.18
TE-ΧΑ-Π				
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	-.08	-.007	-.09	-.06
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	.13	.06	.09	.13
ΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	-.03	-.13	.06	-.04
ΠΡΟΣΥΝΕΙΑ	.08	-.04	.17	.01
ΕΥΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑ	-.07	-.15	.03	-.07

Σημείωση. ΧΠΥ-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο ΧΠΥ, ΞΑΦΝ. ΥΠ.: Ξαφνική υποτροπή, ΜΕΓ. ΚΑΘ. ΥΠ: Μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή, ΜΙΚ. ΚΑΘ. ΥΠ.: Μικρής καθυστέρησης υποτροπή, TEMPS-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο TEMPS, BIS-ΣΥΝ: Συνολική επίδοση στο BIS-11.

* $p < .05$. ** $p < .01$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η προσαρμογή του ψυχομετρικού εργαλείου ΧΠΥ (Adinoff και συν., 2010) σε εφήβους ηλικίας 14 έως 24 ετών που παρακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης εφήβων ΟΚΑΝΑ-Ατραπός, με κύρια ουσία χρήσης την κάνναβη. Η κλίμακα χορηγήθηκε σε 100 άτομα, αξιολογήθηκε η παραγοντική της δομή και εξετάστηκαν τα ψυχομετρικά της χαρακτηριστικά, όπως είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα.

Αρχικά, για να αξιολογηθεί η παραγοντική δομή της κλίμακας εφαρμόστηκε η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Κατά τη διαδικασία αυτή εξετάστηκε το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα εννέα στοιχεία όπως προέκυψε από την αρχική κατασκευή της κλίμακας (Adinoff και συν., 2010), το μονοπαραγοντικό μοντέλο, το ιεραρχικό μοντέλο και το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία, όπως προέκυψε από τις αναλύσεις. Τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων, έδειξαν ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα εννέα στοιχεία, το μονοπαραγοντικό και το ιεραρχικό μοντέλο δεν παρουσίαζαν καλή προσαρμογή στα δεδομένα του δείγματος, καθώς οι δείκτες καλής προσαρμογής δεν βρίσκονταν μέσα στα επιθυμητά όρια. Στο μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8, οι τρεις από τους τέσσερις δείκτες καλής προσαρμογής αν και βρίσκονταν μέσα στα επιθυμητά όρια, παρουσίαζαν τιμές οριακά αποδεκτές. Επομένως καταλήγουμε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή σε σχέση με τα προηγούμενα μοντέλα. Όμως για να επιβεβαιωθεί αν το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία προσαρμόζεται καλύτερα σε σχέση με τα άλλα μοντέλα, έγινε σύγκριση των επιπέδων των δεικτών AIC και CAIC στο μοντέλο των τριών παραγόντων με τα εννέα στοιχεία, στο μονοπαραγοντικό, στο ιεραρχικό και στο μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία. Από τη σύγκριση προέκυψε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία, το οποίο παρουσιάζει τη μικρότερη τιμή στους συγκεκριμένους δείκτες, προσαρμόζεται καλύτερα στα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού.

Αξίζει να σημειωθούν οι λόγοι για τους οποίους το στοιχείο 8 *«Όταν ξεκινώ και πάλι τη χρήση (ναρκωτικών), αυτό δεν είναι προγραμματισμένο»*, αφαιρέθηκε από το μοντέλο των τριών παραγόντων. Από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής με τη χρήση του δείκτη alpha,

βρέθηκε ότι το στοιχείο 8 παρουσίαζε τη χαμηλότερη συσχέτιση σε σχέση με τα άλλα στοιχεία της κλίμακας. Αυτή η χαμηλή συσχέτιση του στοιχείου 8 σε σχέση με τα άλλα στοιχεία της κλίμακας θα μπορούσε να οφείλεται στην αδυναμία των συμμετεχόντων να καταλάβουν τη συγκεκριμένη πρόταση ή στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη πρόταση δεν ισχύει για όλους τους συμμετέχοντες. Ακόμα σε περίπτωση που το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν μεγαλύτερο, θα υπήρχε η πιθανότητα το στοιχείο αυτό να εμφάνιζε μεγαλύτερο βαθμό συσχέτισης.

Αφού καταλήξαμε στην επιλογή του μοντέλου με τους τρεις παράγοντες και με τα οκτώ στοιχεία, στη συνέχεια εξετάστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (α) για τη συνολική επίδοση στη κλίμακα ΧΠΥ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα ΧΠΥ είναι μία κλίμακα με σχετικά ικανοποιητική αξιοπιστία ($Cronbach's\ a=.74$). Αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης των Khazaee-pool και συν., (2016), όπου ο δείκτης εσωτερικής συνοχής για τη συνολική επίδοση ήταν ίσος με .76 και σε αντίθεση με την αρχική εκδοχή της κλίμακας, όπου ο δείκτης εσωτερικής συνοχής για τη συνολική επίδοση στην κλίμακα ήταν ίσος με .61 (Adinoff και συν., 2010).

Όσον αφορά τις υποκλίμακες της κλίμακας ΧΠΥ, στη συγκεκριμένη έρευνα η υποκλίμακα *ξαφνική υποτροπή* παρουσιάζει χαμηλή εσωτερική συνοχή σε σχέση με τις άλλες δύο ($Cronbach's\ a=.57$), καθώς δεν υπερβαίνει το επιθυμητό όριο. Η υποκλίμακα *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* πλησιάζει σχεδόν το όριο του .70 και μόνο η υποκλίμακα *μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή* παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Αυτό είναι κάτι που παρατηρήθηκε και στην αρχική εκδοχή της κλίμακας, καθώς επιβεβαιώθηκε ότι και σε αυτή την περίπτωση η μία υποκλίμακα βρίσκεται μέσα στο επιθυμητό όριο, η άλλη δεν το υπερβαίνει και η τρίτη πλησιάζει σχεδόν το όριο του .70 (Adinoff και συν., 2010). Όμως τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της μελέτης των Khazaee-pool και συν. (2016), οι οποίοι επιβεβαιώνουν πως και οι τρεις υποκλίμακες παρουσιάζουν καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, καθώς ξεπερνούν το όριο του .70. Στην εν λόγω έρευνα, η χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της υποκλίμακας *ξαφνική υποτροπή*, θα μπορούσε να οφείλεται στον αριθμό των στοιχείων της συγκεκριμένης υποκλίμακας, καθώς αποτελείται από λιγότερα από τρία στοιχεία. Επίσης η χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της υποκλίμακας θα μπορούσε να εξηγηθεί μέσω της αδυναμίας των συμμετεχόντων να κατανοήσουν τα στοιχεία που απαρτίζουν την

υποκλίμακα. Ακόμα μία πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι η συγκεκριμένη ψυχομετρική κλίμακα δεν ταιριάζει στο δείγμα συμμετεχόντων αυτής της έρευνας.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να εξηγηθεί η παραπάνω υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η συγκεκριμένη ψυχομετρική κλίμακα δεν ταιριάζει στο δείγμα συμμετεχόντων αυτής της έρευνας. Στη συγκεκριμένη έρευνα η κύρια ουσία χρήσης των συμμετεχόντων ήταν η κάνναβη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες παρουσιάζουν μειωμένη αντίληψη του κινδύνου που συνδέεται με τη χρήση κάνναβης (Grevenstein, Nagy, & Kroeninger-Jungaberle, 2015. Piontek, Kraus, Bjarnason, Demetrovics, & Ramstedt, 2013). Δεδομένης αυτής της διαπίστωσης, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς πως υπάρχει η πιθανότητα οι έφηβοι να μην αντιλαμβάνονται ως υποτροπή τη χρήση κάνναβης, ύστερα από ένα διάστημα αποχής. Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει το λόγο για τον οποίο οι συμμετέχοντες της έρευνας δεν αντιλαμβάνονταν πολλά από τα στοιχεία της κλίμακας και το λόγο που η κλίμακα παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού.

Η ανάλυση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής για τις άλλες μεταβλητές της έρευνας, έδειξε ότι οι υποκλίμακες του TEMPS-A *κατάθλιψη, υπερθυμία και αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας έχουν δείκτη αξιοπιστίας μικρότερο από .70, παρόλο που η συνολική επίδοση της κλίμακας παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Στη μελέτη των Akiskal και συν., (2005) επιβεβαιώθηκε πως μόνο η *αγχώδης* διάσταση της ιδιοσυγκρασίας παρουσίαζε χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Οι τρεις υποκλίμακες του BIS-11, παρουσιάζουν χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, ενώ συνολικά η κλίμακα έχει υψηλή εσωτερική συνέπεια. Στην προσαρμογής της κλίμακας στον ιταλικό πληθυσμό βρέθηκε πως δύο από τις τρεις υποκλίμακες παρουσίαζαν χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Fossati, Di Ceglie, Acquarini, & Barratt, 2001). Στη συγκεκριμένη έρευνα, η χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των συγκεκριμένων υποκλιμάκων θα μπορούσε να οφείλεται στην αδυναμία των συμμετεχόντων να κατανοήσουν τα στοιχεία των υποκλιμάκων. Επίσης είναι πιθανό τα ίδια τα στοιχεία των υποκλιμάκων να οφείλονται για τη χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

Επιπλέον, για να εκτιμηθεί κατά πόσο η κλίμακα ΧΠΥ παρουσιάζει αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων χορηγήθηκε δύο φορές μέσα στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων, στα ίδια άτομα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η κλίμακα

ΧΠΥ παρουσιάζει μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($r=.71$). Όσον αφορά τις τρεις υποκλίμακες της κλίμακας, παρουσιάζουν μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, αφού οι τιμές που προκύπτουν δε ξεπερνούν το επιθυμητό όριο του .70. Αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της περσικής εκδοχής της κλίμακας (Khazaei-pool και συν., 2016). Η διαφορετική επίδοση του ατόμου από τη μία χορήγηση στην άλλη μπορεί να οφείλεται στους συμμετέχοντες (π.χ. επίδραση διάθεσης, κινήτρου) ή στη μεσολάβηση κάποιου παράγοντα που μπορεί να έχει αλλάξει τη συμπεριφορά (π.χ. οι συμμετέχοντες προσπαθούσαν να ανακαλέσουν τις προηγούμενες απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο).

Μετά την εξέταση της αξιοπιστίας, σειρά είχε η αξιολόγηση της εγκυρότητας της κλίμακας. Για τον υπολογισμό της συγκλίνουσας και της αποκλίνουσας εγκυρότητας υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής επίδοσης, των υποκλιμάκων της κλίμακας ΧΠΥ και της συνολικής επίδοσης και των υποκλιμάκων των άλλων εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα.

Παρατηρώντας τις συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας ΧΠΥ με τη συνολική βαθμολογία και τις υποκλίμακες του BIS-11, βλέπουμε πως η συνολική επίδοση στο ΧΠΥ παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τη συνολική επίδοση και με τις υποκλίμακες *δραστηριότητα* και *προσοχή* του BIS-11. Η υποκλίμακα της κλίμακας ΧΠΥ, *ξαφνική υποτροπή* παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τη συνολική επίδοση και με τις υποκλίμακες *δραστηριότητα* και *σχεδιασμό* του BIS-11. Όσον αφορά τις άλλες δύο υποκλίμακες του ΧΠΥ, *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* και *μεγάλης καθυστέρησης υποτροπή* παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με την υποκλίμακα *προσοχή* του BIS-11. Όμως όλες οι παραπάνω συσχετίσεις ήταν αρκετά χαμηλές, επιβεβαιώνοντας έτσι ότι υπάρχει χαμηλή συγκλίνουσα εγκυρότητα μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης των Adinoff και συν. (2010) οι οποίοι επιβεβαίωσαν μία χαμηλή στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ της υποκλίμακας του ΧΠΥ, *μικρής καθυστέρησης υποτροπή* και των υποκλιμάκων, *δραστηριότητα* και *προσοχή* του BIS-11. Αυτά τα αποτελέσματα σε σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ήταν αναμενόμενα, καθώς έχει βρεθεί πως και οι τρεις υποκλίμακες της παρορμητικότητας αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής (Ehren και

συν., 2012). Όμως στην έρευνα αυτή οι συσχετίσεις που βρέθηκαν ήταν αρκετά χαμηλές.

Ακόμα η κλίμακα ΧΠΥ βρέθηκε ότι δε συσχετίζεται με τις πέντε υποκλίμακες του ΤΕ-ΧΑ-Π, *την εξωστρέφεια, το νευρωτισμό, τη δεκτικότητα στην εμπειρία, την προσήνεια και την ευσυνειδησία*. Αν και οι μεταξύ τους συσχετίσεις ήταν αρκετά χαμηλές ήταν παράλληλα και στατιστικά μη σημαντικές. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν στη μελέτη των Adinoff και συν., (2010), οι οποίοι βρήκαν στη μελέτη τους ότι η συγκεκριμένη κλίμακα δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας. Όμως σε σχέση με άλλες έρευνες τα αποτελέσματα αυτά δεν αναμένονταν, καθώς μέχρι τώρα στη βιβλιογραφία έχει βρεθεί πως η υψηλή βαθμολογία στον *νευρωτισμό*, στη *δεκτικότητα στην εμπειρία* και η χαμηλή βαθμολογία στην *ευσυνειδησία, προσήνεια και εξωστρέφεια* αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής, ύστερα από ένα έτος από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος (Bottlender & Soyka, 2005. Evren και συν., 2012. Fisher, Elias, & Ritz, 1998. McCormick, Dowd, Quirk, & Zegarra, 1998).

Παρατηρώντας τις συσχετίσεις μεταξύ του ΧΠΥ με τις υποκλίμακες του TEMPS, βλέπουμε πως με κάποιες παρουσιάζει συγκλίνουσα εγκυρότητα ενώ με κάποιες άλλες αποκλίνουσα. Όσον αφορά τη συγκλίνουσα εγκυρότητα παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα ΧΠΥ και της υποκλίμακας του TEMPS-A *κατάθλιψη* ήταν στατιστικά σημαντική, παρουσιάζει όμως χαμηλό δείκτη συσχέτισης. Όσον αφορά την υποκλίμακα του ΧΠΥ, *ζαφνική υποτροπή* παρουσιάζει μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα *κυκλοθυμία* του TEMPS-A, όμως και σε αυτή την περίπτωση παρατηρήθηκε χαμηλός δείκτης συσχέτισης. Αυτά τα αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Μέχρι τώρα οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και μετρούν τη σχέση μεταξύ της θυμικής διάστασης της ιδιοσυγκρασίας και της υποτροπής, επιβεβαιώνουν πως η διάσταση της *κυκλοθυμίας* σχετίζεται με την πιθανότητα υποτροπής μέσα σε ένα διάστημα τριών μηνών μετά το τέλος της θεραπείας (Paulino και συν., 2017). Ακόμα έχει βρεθεί (Samet και συν., 2013) πως η κατάθλιψη συνδέεται με την επιστροφή στη χρήση και τη μη διατήρηση της αποχής ύστερα από το τέλος της θεραπείας. Όμως στη συγκεκριμένη έρευνα οι συσχετίσεις αν και είναι στατιστικά σημαντικές, ο δείκτης συσχέτισης παρουσιάζει πολύ χαμηλές

τιμές, με αποτέλεσμα να καταλήγουμε πως υπάρχει χαμηλή συγκλίνουσα εγκυρότητα.

Σχετικά με την αποκλίνουσα εγκυρότητα, η κλίμακα ΧΠΥ βρέθηκε να μην συσχετίζεται με τις δύο υποκλίμακες του TEMPS-A, *υπερθυμία* και *ευερεθιστότητα*. Αυτά τα αποτελέσματα αναμένονταν, καθώς δεν έχουν αναφερθεί σε άλλες μελέτες και σαν έννοιες δεν σχετίζονται με το χρόνο που μεσολαβεί από την αρχική σκέψη για τη χρήση ουσιών μέχρι την εκπλήρωση αυτής της σκέψης. Το να έχει κάποιος συναισθηματική ένταση ή να ασκεί αυξημένη κριτική δεν σχετίζεται με το αν θα υποτροπιάσει ή όχι.

Όσον αφορά την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, αν και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, οι συσχετίσεις αυτές ήταν πολύ χαμηλές, με αποτέλεσμα να θεωρηθούν ως επιβεβαίωση χαμηλής συγκλίνουσας εγκυρότητας. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος της έρευνας ή στο ότι η συγκεκριμένη ψυχομετρική κλίμακα δεν ταιριάζει στο δείγμα συμμετεχόντων αυτής της έρευνας, όπως εξηγήθηκε παραπάνω.

Συμπερασματικά, στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκαν τέσσερα διαφορετικά, ώστε να καταλήξουμε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων μετά την αφαίρεση του στοιχείου 8, παρουσιάζει μια σχετικά ικανοποιητική προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό. Ακόμα παρουσιάζει μία σχετικά ικανοποιητική αξιοπιστία τόσο εσωτερικής συνοχής και μέτρια αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Σε συνδυασμό με την ένδειξη της χαμηλής εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής της συγκεκριμένης κλίμακας, επιβεβαιώνεται ότι η έρευνα βρίσκεται στο όριο αδυναμίας ένδειξης ισχύος (power). Αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να οφείλεται στο μικρό δείγμα συμμετεχόντων που πήραν μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα.

Περιορισμοί

Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μοντέλο τριών παραγόντων με τα οκτώ στοιχεία προσαρμόζεται ικανοποιητικά στα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού, έχουν δημιουργηθεί κάποιες αμφιβολίες σχετικά με αυτό το ζήτημα. Αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το αποτελούσαν άνδρες, ο αριθμός των οποίων ήταν σχεδόν τριπλάσιος από τους άνδρες. Επομένως, δημιουργούνται αμφιβολίες σχετικά με την καταλληλότητα του δείγματος. Ακόμα το

δείγμα είναι σχετικά μικρό, καθώς στην έρευνα δεν συμμετείχαν άτομα που παρουσίαζαν συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία με τη μεγαλύτερη περισυλλογή του δείγματος.

Οι συμμετέχοντες της συγκεκριμένης έρευνας, προέρχονταν από θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων OKANA-Ατραπός. Στο πρόγραμμα αυτό απευθύνονται κατά κύριο λόγο έφηβοι και νεαροί ενήλικες που κάνουν χρήση κάνναβης. Έτσι στο δείγμα δεν έχουν συμπεριληφθεί έφηβοι ή νεαροί ενήλικες που κάνουν χρήση άλλων ουσιών. Είναι πιθανό ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα δεν θεωρούν, ότι αν σταματήσουν τη χρήση κάνναβης και ύστερα κάνουν πάλι, είναι ένδειξη υποτροπής. Επομένως τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο η συγκεκριμένη ψυχομετρική κλίμακα ταιριάζει στο συγκεκριμένο δείγμα συμμετεχόντων.

Επιπλέον στην έρευνα δεν συμμετείχαν έφηβοι και νεαροί ενήλικες από κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, το οποίο θα έχει διαφορετικό τρόπο λειτουργίας από τη μονάδα εφήβων OKANA-Ατραπός. Επομένως το επόμενο ζήτημα που τίθεται είναι η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και κατά πόσο τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευτούν. Επιπλέον δε μπορεί να υποστηριχτεί με ακρίβεια ότι όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν με ειλικρίνεια τα ερωτηματολόγια. Επομένως δεν μπορεί να απορριφθεί η πιθανότητα της τυχαίας απάντησης.

Σχετικά με τους δείκτες καλής προσαρμογής οι τρεις από τους τέσσερις είχαν επιθυμητές τιμές, και ο δείκτης CFI πλησίαζε το επιθυμητό όριο του .90, επομένως μπορεί να θεωρηθεί ότι η κλίμακα προσαρμόζεται σχετικά ικανοποιητικά στον ελληνικό πληθυσμό. Όμως η τιμή του δείκτη RMSEA δεν ξεπέρασε το επιθυμητό όριο του .08. Ακόμα όσον αφορά την αξιοπιστία της κλίμακας, η μία από τις τρεις υποκλίμακες παρουσίασε χαμηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Επιπλέον η κλίμακα παρουσίασε χαμηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, με αποτέλεσμα να καταλήγουμε ότι η κλίμακα δεν παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Ακόμα, δεν συμπεριλήφθηκε στην έρευνα και κάποιο άλλη κλίμακα που να μετρά την υποτροπή, ώστε να εξεταστεί κατά πόσο παρουσιάζει συγχρονική εγκυρότητα με την κλίμακα ΧΠΥ που προσαρμόστηκε στο ελληνικό πληθυσμό. Επίσης η συγκεκριμένη έρευνα δεν μέτρησε την προβλεπτική εγκυρότητα της

κλίμακας. Δηλαδή δεν αξιολόγησε τον βαθμό στον οποίο οι ατομικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε κάθε παράγοντα συσχετίζονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και κατ' επέκταση με τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσαν να προσαρμόσουν την κλίμακα ΧΠΥ και σε άλλους πολιτισμούς, καθώς μέχρι τώρα η συγκεκριμένη κλίμακα έχει προσαρμοστεί μόνο στην Περσία. Ακόμα, η κλίμακα ΧΠΥ θα μπορούσε να σταθμιστεί και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια με εφήβους και νεαρούς ενήλικες που κάνουν χρήση άλλων ουσιών. Εξίσου ενδιαφέρον θα ήταν να σταθμιστεί η συγκεκριμένη κλίμακα σε ενήλικες χρήστες ουσιών που παρακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Ακόμα είναι απαραίτητο σε μια επόμενη μελέτη η συγκεκριμένη κλίμακα να συμπληρωθεί από ένα μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα τα αποτελέσματα να έχουν ισχύ.

Ακόμα εξίσου σημαντικό είναι να αξιολογηθεί σε μία μελλοντική έρευνα, η προβλεπτική εγκυρότητα της κλίμακας. Δηλαδή να μετρηθεί ο βαθμός στον οποίο οι ατομικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε κάθε παράγοντα συσχετίζονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και κατ' επέκταση με τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής. Επίσης θα μπορούσε να αξιολογηθεί η συγχρονική εγκυρότητα της κλίμακας ΧΠΥ που προσαρμόστηκε στο ελληνικό πληθυσμό. Δεδομένου ότι στην εν λόγω έρευνα επιβεβαιώθηκε χαμηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και σχετικά ικανοποιητική αξιοπιστία, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί ξανά η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας, ώστε να αρχίσει να χρησιμοποιείται.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη έρευνα εκτός από το κίνητρο που παρέχει για περαιτέρω έρευνα, αποτελεί μία αφετηρία εκκίνησης για τη διερεύνηση του φαινομένου της υποτροπής τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ψυχομετρικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα αυτή δεν έχει προσαρμοστεί σε άλλα πολιτισμικά πλαίσια, επομένως έγινε προσπάθεια της προσαρμογής της στον ελληνικό πληθυσμό και συγκεκριμένα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Αυτό γιατί η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει και την έννοια της «παρορμητικής υποτροπής», η εφηβεία αποτελεί μια αναπτυξιακή περίοδο κατά την οποία οι έφηβοι παρουσιάζουν αυξημένη παρορμητικότητα. Ακόμα δεδομένου ότι η κλίμακα δεν έχει προσαρμοστεί σε άλλους

πολιτισμούς, η συγκεκριμένη έρευνα συνέβαλε στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών της χαρακτηριστικών, της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς της. Τέλος, η έρευνα συμβάλλει σημαντικά και στο κλινικό τομέα, καθώς θέτει στο προσκήνιο την χρονική διάσταση της υποτροπής. Ένας θεραπευτής ο οποίος λαμβάνει υπόψη τον χρόνο τον οποίο ο θεραπευόμενος οδηγείται στην υποτροπή, επιτρέπει τόσο στον ίδιο όσο και στον θεραπευόμενο να αναγνωρίσει τους κινδύνους. Η υιοθέτηση συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων συμβάλλει στην προστασία των ατόμων από τον κίνδυνο της υποτροπής, τόσο αυτών που έχουν υποτροπιάσει ξανά στο παρελθόν, όσο και αυτών που απέχουν από τη χρήση ουσιών και δεν έχουν οδηγηθεί στην υποτροπή.

Επομένως η συγκεκριμένη έρευνα συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση και στην εξέλιξη του θεωρητικού, του ερευνητικού και του κλινικού τομέα σε σχέση με την έννοια της υποτροπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adan, A., Antúnez, J. M., & Navarro, J. F. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*, *251*, 325-332.
- Adinoff, B., Rilling, L. M., Williams, M. J., Schreffler, E., Schepis, T. S., Rosvall, T., & Rao, U. (2007). Impulsivity, neural deficits, and the addictions: the “oops” factor in relapse. *Journal of Addictive Diseases*, *26*(S1), 25-39.
- Adinoff, B., Talmadge, C., Williams, M. J., Schreffler, E., Jackley, P. K., & Krebaum, S. R. (2010). Time to Relapse Questionnaire (TRQ): a measure of sudden relapse in substance dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*(3), 140-149.
- Akiskal, H. S. (1992). Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *Journal of Personality Disorders*, *6*(4), 326-342.
- Akiskal, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*(s379), 32-37.
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. (1992). Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*.
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2005- α). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders*, *85* (1), 1-242.
- Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005- β). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, *85*(1), 231-239.

- Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of Affective Disorders*, *85*(1), 45-52.
- Allsop, S. (1990). Relapse prevention and management. *Drug and Alcohol Review*, *9*(2), 143-153.
- Allsop, D. J., Copeland, J., Norberg, M. M., Fu, S., Molnar, A., Lewis, J., & Budney, A. J. (2012). Quantifying the clinical significance of cannabis withdrawal. *PloS One*, *7*(9), e44864.
- Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, *95*(1), 95-106.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, *92*(1), 61-74.
- American Psychiatric Association (2012). DSM-5 development. <http://www.dsm5.org>
- Anderson, K. G., Ramo, D. E., & Brown, S. A. (2006). Life stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, *38*(3), 255-262.
- Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *19*(1), 92-99.
- Armeli, S., Tennen, H., Todd, M., Carney, M. A., Mohr, C., Affleck, G., & Hromi, A. (2003). A daily process examination of the stress-response dampening effects of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17*(4), 266.

- Authors A. Alcoholics Anonymous: The Story of How Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 2001
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, *111*(1), 33.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness defined within a systems model of personality. *Advances in Personality Assessment*, *5*, 113-132.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191.
- Becker, H. C. (2014). Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. *Neurobiology of Alcohol Dependence*, 377-410.
- Bohn, M. J., Barton, B. A., & Barron, K. E. (1996). Psychometric Properties and Validity of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *20*(5), 817-823.
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry Research*, *136*(1), 61-67.
- Bradley, C. L. A. R. E. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. *Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*, *43*, 55.
- Broos, N., Diergaarde, L., Schoffelmeer, A. N., Pattij, T., & De Vries, T. J. (2012). Trait impulsive choice predicts resistance to extinction and propensity to relapse to cocaine seeking: a bidirectional investigation. *Neuropsychopharmacology*, *37*(6), 1377.

- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors, 14*(3), 291-300.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*(7), 765.
- Cardinal, R. N., Parkinson, J. A., Hall, J., & Everitt, B. J. (2002). Emotion and motivation: the role of the amygdala, ventral striatum, and prefrontal cortex. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 26*(3), 321-352.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*(1), 46.
- Carroll, K. M. (1998). Therapy Manuals for Drug Addiction, Manual 1: A Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. *National Institute on Drug Abuse*.
- Chalana, H., Kundal, T., Gupta, V., & Malhari, A. S. (2016). Predictors of Relapse after Inpatient Opioid Detoxification during 1-Year Follow-Up. *Journal of Addiction, 2016*.
- Chalana, H., Kundal, T., & Malhari, A. S. (2017). Depression as a Risk Factor for Relapse After Inpatient Opioid Detoxification: 1-Year Follow-Up Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, 6*(3).
- Chalana, H., Sachdeva, J. K., Kundal, T., Malhari, A. S., & Choudhary, R. (2015). A double-blind, placebo-controlled, randomized study comparing quetiapine with placebo, along with oral naltrexone, in the treatment of opioid dependent patients. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 4*(53), 9158-9167.

- Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *30*(4), 422-432.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(1), 92.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, *50*(12), 975.
- Cohen, L. M., McCarthy, D. M., Brown, S. A., & Myers, M. G. (2002). Negative affect combines with smoking outcome expectancies to predict smoking behavior over time. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*(2), 91.
- Conner, K. R., Sorensen, S., & Leonard, K. E. (2005). Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *66*(3), 401-406.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985) *The NEO personality inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, *13*(6), 653-665.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *64*(1), 21-50.
- Creswell, K. G., Cheng, Y., & Levine, M. D. (2014). A test of the stress-buffering model of social support in smoking cessation: is the relationship between

- social support and time to relapse mediated by reduced withdrawal symptoms?. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(5), 566-571.
- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 145.
- Di Chiara, G., & Imperato, A. (1988). Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85(14), 5274-5278.
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O'malley, S. S., & Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, 15(2), 217-226.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119.
- DiClemente, C., & Prochaska, J. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Homewood IL, USA: Dow Jones Irwin*.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.
- Donovan, D., & Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention: From radical idea to common practice. *Addiction research & theory*, 20(3), 204-217.

- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 641-647.
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug & Alcohol Dependence*, 128(1), 8-14.
- Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33-46.
- Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C., & Hunt, W. A. (2000). Craving research: future directions. *Addiction*, 95(8s2), 247-255.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E., & Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 81-90.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. Hodder and Stoughton.
- Ferguson, S. G., & Shiffman, S. (2009). The relevance and treatment of cue-induced cravings in tobacco dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 235-243.
- Fisher, L. A., Elias, J. W., & Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 1041-1047.

- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology, 57*(6), 815-828.
- Foulds, J. A., Newton-Howes, G. M., Guy, N. H., Boden, J. M., & Mulder, R. T. (2017). Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*.
- George, W. H., Frone, M. R., Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., & Windle, M. (1995). A revised Alcohol Expectancy Questionnaire: factor structure confirmation, and invariance in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol, 56*(2), 177-185.
- Guardia, J., Trujols, J., Burguete, T., Luquero, E., & Cardús, M. (2007). Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism (IRISA): Development and Psychometric Properties of a New Scale for Abstinence-Oriented Treatment of Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(2), 269-275.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passetti, L. L., & Petry, N. M. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 40.
- Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Substance Use & Misuse, 50*(3), 376-386.
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Normal, G. J., Paty, J. A., Kassel, J. D., Gnys, M., ... & Balabanis, M. (2001). Does smoking abstinence self-efficacy vary across

- situations? Identifying context-specificity within the Relapse Situation Efficacy Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 516.
- Hakansson, A., & Hallén, E. (2014). Predictors of dropout from inpatient opioid detoxification with buprenorphine: a chart review. *Journal of addiction*, 2014.
- Hanson, K. L., Luciana, M., & Sullwold, K. (2008). Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users. *Drug & Alcohol Dependence*, 96(1), 99-110.
- Harden, K. P., & Tucker-Drob, E. M. (2011). Individual differences in the development of sensation seeking and impulsivity during adolescence: further evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, 47(3), 739.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235-246.
- Hayaki, J., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2008). Drug use expectancies among nonabstinent community cocaine users. *Drug & Alcohol Dependence*, 94(1), 109-115.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17.
- Hruska, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2011). Alcohol use disorder history moderates the relationship between avoidance

- coping and posttraumatic stress symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 405.
- Ibrahim, F., Kumar, N., & Samah, B. A. (2011). Self efficacy and relapsed addiction tendency: An empirical study. *Social Sciences*, 6(4), 277-282.
- Jones, B. T., Corbin, W., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 96(1), 57-72.
- Jones, B. T., & McMahon, J. O. H. N. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancy and value and their multiplicative composite as predictors of post-treatment abstinence survivorship. *Addiction*, 91(1), 89-99.
- Πάπλος, Κ. Γ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. Ι., Κονταξάκης, Β. Π., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2002). Παρορμητικότητα και ψυχιατρικές διαταραχές. *Ψυχιατρική*, 13, 209-221.
- Kelly, J. F., Myers, M. G., & Brown, S. A. (2000). A multivariate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 376.
- Kelly, J. F., Myers, M. G., & Brown, S. A. (2002). Do adolescents affiliate with 12-step groups? A multivariate process model of effects. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 293-304.
- Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). "Ready, willing, and (not) able" to change: Young adults' response to residential treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 121(3), 224-230.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.

- Khazae-Pool, M., Moridi, M., Ponnet, K., Turner, N., & Pashaei, T. (2016). Psychometric properties of the Persian version of the time to relapse questionnaire (TRQ) in substance use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *42*(6), 682-688.
- Khazaal, Y., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Voide, R., ... & Aubry, J. M. (2013). Affective temperaments in alcohol and opiate addictions. *Psychiatric Quarterly*, *84*(4), 429-438.
- Kiluk, B. D., Nich, C., & Carroll, K. M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, *114*(2), 169-176.
- Kodl, M. M., Fu, S. S., Willenbring, M. L., Gravely, A., Nelson, D. B., & Joseph, A. M. (2008). The impact of depressive symptoms on alcohol and cigarette consumption following treatment for alcohol and nicotine dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *32*(1), 92-99.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 217.
- Lawhon, D., Humfleet, G. L., Hall, S. M., Reus, V. I., & Muñoz, R. F. (2009). Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. *Health Psychology*, *28*(4), 465.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Publishing Company.
- Lee, H. W., Choi, J. S., Shin, Y. C., Lee, J. Y., Jung, H. Y., & Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*(7), 373-377.

- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S., & Oppenheim, A. N. (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2(3), 157-162.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S., & Oppenheim, A. N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 17(2), 89-94.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M., & Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *Addiction*, 79(4), 283-291.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 119-134.
- Maremmani, I., Pacini, M., Popovic, D., Romano, A., Maremmani, A. G., Perugi, G., ... & Akiskal, H. (2009). Affective temperaments in heroin addiction. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 186-192.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In P. E. Nathan & G. A. Marlatt (Eds), *Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment* (pp. 271-314). New York: Plenum Press.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *Addiction*, 79(3), 261-273.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Martinez, M. A., & Craighead, L. W. (2015). Toward person (ality)-centered treatment: How consideration of personality and individual differences in anorexia nervosa may improve treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 296-314.
- Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., & Schnoll, R. A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive behaviors*, 35(2), 175-178.
- McCormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra, J. H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviors*, 23(4), 497-507.
- Meda, S. A., Stevens, M. C., Potenza, M. N., Pittman, B., Gueorguieva, R., Andrews, M. M., ... & Pearlson, G. D. (2009). Investigating the behavioral and self-report constructs of impulsivity domains using principal component analysis. *Behavioural Pharmacology*, 20(5-6), 390.
- Meszaros, K., Lenzinger, E., Hornik, K., Füreder, T., Willinger, U., Fischer, G., ... & Aschauer, H. N. (1999). The Tridimensional Personality Questionnaire as a Predictor of Relapse in Detoxified Alcohol Dependents. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23(3), 483.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(12s1), 155-172.

- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783-1793.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*(4), 193-198.
- Moors, A., & De Houwer, J. (2006). Automaticity: a theoretical and conceptual analysis. *Psychological Bulletin, 132*(2), 297.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug & Alcohol Dependence, 86*(1), 46-54.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction, 95*(10), 1475-1490.
- Müller, S. E., Weijers, H. G., Böning, J., & Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology, 57*(4), 159-164.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., & Schoevers, R. (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders, 28*(4), 577-593.
- Nielsen, D. A., Ho, A., Bahl, A., Varma, P., Kellogg, S., Borg, L., & Kreek, M. J. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug & Alcohol Dependence, 124*(1), 113-120.

- Pacini, M., Maremmani, I., Vitali, M., Santini, P., Romeo, M., & Ceccanti, M. (2009). Affective temperaments in alcoholic patients. *Alcohol, 43*(5), 397-404.
- Paolini, M., & De Biasi, M. (2011). Mechanistic insights into nicotine withdrawal. *Biochemical pharmacology, 82*(8), 996-1007.
- Pashaei, T., Shojaeizadeh, D., Foroushani, A. R., Ghazitabatabae, M., Moeeni, M., Rajati, F., & Razzaghi, E. M. (2013). Effectiveness of relapse prevention cognitive-behavioral model in opioid-dependent patients participating in the methadone maintenance treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health, 42*(8), 896.
- Pattij, T., & De Vries, T. J. (2013). The role of impulsivity in relapse vulnerability. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(4), 700-705.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.
- Paulino, S., Pombo, S., Ismail, F., Figueira, M. L., & Lesch, O. (2017). The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and Mental Health, 11*(4), 278-289.
- Placidi, G. F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmani, I., & Akiskal, H. S. (1998). The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14–26-year-old students. *Journal of Affective Disorders, 47*(1), 1-10.
- Piontek, D., Kraus, L., Bjarnason, T., Demetrovics, Z., & Ramstedt, M. (2013). Individual and country-level effects of cannabis-related perceptions on cannabis use. A multilevel study among adolescents in 32 European countries. *Journal of Adolescent Health, 52*(4), 473-479.

- Pompili, M., Venturini, P., Lamis, D. A., Waford, R. N., Erbuto, D., Serafini, G., ... & Girardi, P. (2015). Rehabilitation of the Adolescent with a Substance use Disorder: Overview of Treatment Efficacy. *alcohol*, 2, 6.
- Pombo, S., Figueira, M. L., da Costa, N. F., Ismail, F., Yang, G., Akiskal, K., & Akiskal, H. (2013). The burden of cyclothymia on alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1090-1096.
- Ramo, D. E., Prince, M. A., Roesch, S. C., & Brown, S. A. (2012). Variation in substance use relapse episodes among adolescents: A longitudinal investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 44-52.
- Roberts, A. J., & Koob, G. F. (1997). The neurobiology of addiction: an overview. *Alcohol Research and Health*, 21(2), 101.
- Ryan, K. K., MacKillop, J., & Carpenter, M. J. (2013). The relationship between impulsivity, risk-taking propensity and nicotine dependence among older adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(1), 1431-1434.
- Salehi, L., & Alizadeh, L. (2018). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Relapse Prevention Model in the Treatment of Opioid Dependence in Iran: A Randomized Clinical Trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 19(5).
- Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E., & Hasin, D. (2013). Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction*, 108(1), 115-123.
- Saunders, B., & Allsop, S. (1987). Relapse: a psychological perspective. *Addiction*, 82(4), 417-429.

- Saunders, B., & Allsop, S. (1991). Alcohol problems and relapse: Can the clinic combat the community?. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 1*(3), 213-221.
- Sayette, M. A., Shiffman, S., Tiffany, S. T., Niaura, R. S., Martin, C. S., & Schadel, W. G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction, 95*(8s2), 189-210.
- Scholz, M., & Kaltenbach, M. (1995). Cigarette, alcohol and drug use in 12 to 13-year-old adolescents--an anonymous survey of 2,979 students. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 57*(6), 339-344.
- See, R. E. (2002). Neural substrates of conditioned-cued relapse to drug-seeking behavior. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 71*(3), 517-529.
- Self, D. W., & Nestler, E. J. (1998). Relapse to drug-seeking: neural and molecular mechanisms. *Drug & Alcohol Dependence, 51*(1), 49-60.
- Shiffman, S., Balabanis, M. H., Paty, J. A., Engberg, J., Gwaltney, C. J., Liu, K. S., ... & Paton, S. M. (2000). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology, 19*(4), 315.
- Shin, S. H., Hong, H. G., & Jeon, S. M. (2012). Personality and alcohol use: the role of impulsivity. *Addictive Behaviors, 37*(1), 102-107.
- Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E., & Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*.
- Solowij, N., Jones, K. A., Rozman, M. E., Davis, S. M., Ciarrochi, J., Heaven, P. C., ... & Yücel, M. (2012). Reflection impulsivity in adolescent cannabis users: a comparison with alcohol-using and non-substance-using adolescents. *Psychopharmacology, 219*(2), 575-586.

- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1996). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions?. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(1), 127.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, *47*(5), 385-395.
- Steckler, G., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2013). Relapse and Lapse. In P. Millar (Ed.), *Principles of Addiction*, (pp. 125-132). Charleston: Academic Press.
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-Garcia, A., Dom, G., Roeyers, H., & Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, *45*(10), 2083-2093.
- Stout, R. L., Kelly, J. F., Magill, M., & Pagano, M. E. (2012). Association between social influences and drinking outcomes across three years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *73*(3), 489-497.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, *97*(2), 147.
- Tsaousis, I. (1998). The traits personality questionnaire (TPQue): A Greek measure for the five factor model. *Personality and Individual Differences*, *26*(2), 271-283.
- Tsaousis, I., & Kerpelis, P. (2004). The traits personality questionnaire 5 (TPQue5). *European Journal of Psychological Assessment*, *20*(3), 180-191.

- Tyrer, P., Tyrer, H., Yang, M., & Guo, B. (2016). Long-term impact of temporary and persistent personality disorder on anxiety and depressive disorders. *Personality and Mental Health, 10*(2), 76-83.
- Von Diemen, L., Bassani, D. G., Fuchs, S. C., Szobot, C. M., & Pechansky, F. (2008). Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents: a population based case-control study. *Addiction, 103*(7), 1198-1205.
- Vyssoki, B., Blüml, V., Gleiss, A., Friedrich, F., Kogoj, D., Walter, H., ... & Erfurth, A. (2011). The impact of temperament in the course of alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders, 135*(1), 177-183.
- Wickett, A., Essman, W., Beck-Jennings, J., Davis, L., McIlvried, J., & Lysaker, P. H. (2006). Cluster B and C personality traits, symptom correlates, and treatment utilization in postacute schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9), 650-653.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist, 59*(4), 224.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 724-738.
- Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A. (2009). Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 633.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ «ΧΡΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ
(ΧΠΥ)»**

(Adinoff, Talmadge, Williams, Schreffler, Jackley, & Krebaum, 2010)

Προσαρμογή στα Ελληνικά Μπούτσαλη Μαρία

Θα θέλαμε να κάνουμε μερικές ερωτήσεις σχετικά με το τι συμβαίνει όταν δεν κάνετε χρήση ουσιών για κάποιο διάστημα και μετά ξεκινάτε και πάλι να κάνετε χρήση ουσιών. Παρακαλούμε σκεφτείτε τι συμβαίνει τις τελευταίες φορές που διακόψατε οικειοθελώς τη χρήση κάθε ουσίας για διάστημα τουλάχιστον μιας εβδομάδας.

Χρησιμοποιώντας ως οδηγό τις διαβαθμίσεις που παρουσιάζονται παρακάτω, σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις προτάσεις που ακολουθούν μαυρίζοντας τον κατάλληλο κύκλο. Δώστε μόνο μια απάντηση για κάθε πρόταση. Οι επιλογές που έχετε ως απάντηση είναι οι παρακάτω:

1.	Ψευδές	2.	Μερικώς Αληθές	3.	Αληθές	4.	Πολύ Αληθές
-----------	---------------	-----------	---------------------------	-----------	---------------	-----------	------------------------

1	Ποτέ δεν ξέρω εκ των προτέρων εάν πρόκειται να ξεκινήσω και πάλι τη χρήση.	①	②	③	④
2	Νιώθω ακαταμάχητη επιθυμία για λιγότερο από μια ώρα, πριν αρχίσω ξανά τη χρήση ναρκωτικών.	①	②	③	④
3	Το σχεδιάζω (για) αρκετές μέρες, πριν αρχίσω ξανά τη χρήση.	①	②	③	④
4	Ποτέ δε γνωρίζω αν πρόκειται να κάνω και πάλι χρήση ναρκωτικών, μέχρι που αυτό συμβαίνει.	①	②	③	④
5	Σκέφτομαι τη χρήση ναρκωτικών για περισσότερο από μία μέρα, πριν αρχίσω και πάλι τη χρήση.	①	②	③	④
6	Σκέφτομαι τη χρήση ναρκωτικών για λιγότερο από μία ώρα πριν αρχίσω ξανά τη χρήση.	①	②	③	④
7	Νιώθω ακαταμάχητη επιθυμία για λιγότερο από μία ημέρα, πριν αρχίσω ξανά τη χρήση.	①	②	③	④
8	Όταν ξεκινώ και πάλι τη χρήση (ναρκωτικών), αυτό δεν είναι προγραμματισμένο.	①	②	③	④

9	Σκέφτομαι πολύ τη χρήση ναρκωτικών, πριν ξεκινήσω και πάλι τη χρήση.
----------	--

①	②	③	④
---	---	---	---