



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Επανεκτίμηση (Follow – up) των στοιχείων της Προσωπικότητας χρηστών παράνομων  
ψυχοδραστικών ουσιών.

**ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
Dr. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012**



## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Επανεκτίμηση (Follow – up) των στοιχείων της Προσωπικότητας, χρηστών παράνομων  
ψυχοδραστικών ουσιών.

**ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
**Dr. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	8
Περίληψη.....	9
Abstract.....	10
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>13</b>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	15
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	18
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση των όρων της τοξικοεξάρτησης.....	18
2.2 Κύριες Κατηγορίες Ψυχοδραστικών Ουσιών.....	22
2.3 Θεωρητικές – Επιστημονικές απόψεις για την Εξάρτηση.....	24
<b>2.3.1 Διαχρονικές προσεγγίσεις.....</b>	<b>24</b>
<i>2.3.1.1 Σύγχρονες βιβλιογραφικές αναφορές.....</i>	<i>28</i>
2.4 Αιτιοπαθογένεια της Εξάρτησης.....	29
<b>2.4.1 Ψυχοκοινωνικό Υπόβαθρο.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4.2 Βιολογικοί Παράγοντες.....</b>	<b>32</b>
2.5 Γενικά Χαρακτηριστικά Χρηστών και Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα.....	35
2.6 Ψυχιατρικά Προβλήματα και Κλινική Κατάσταση.....	36
2.7 Προσωπικότητα και Εξάρτηση.....	38
3. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ MMPI ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	45
3.1 Βασικές αρχές της Ψυχομετρικής Δοκιμασίας MMPI.....	45
3.2 Η χρήση του MMPI στο θεραπευτικό σχεδιασμό και τη θεραπευτική τακτική.....	50
3.3 Διάκριση των εξαρτημένων ως προς τον παράγοντα προσωπικότητα, με τη δοκιμασία MMPI και άλλες δοκιμασίες.....	52
3.4 Εκτίμηση κα Επανεκτίμηση (follow – up) της θεραπευτικής τακτικής.....	54

4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ «ΙΑΝΟΣ» ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.....	57
4.1 Προφίλ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.....	57
4.2 Οργάνωση του Νοσοκομείου.....	57
4.3 Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ».....	58
4.4 Ιδεολογία του ΨΝΘ και του τμήματος «ΙΑΝΟΣ».....	59
4.5 Στατιστικά Μεγέθη.....	60
<b>II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>65</b>
5. ΣΚΟΠΟΣ, ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	67
5.1 Σκοπός της μελέτης.....	67
<b>5.1.1 Γενικός σκοπός και στόχοι.....</b>	<b>67</b>
<b>5.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....</b>	<b>67</b>
5.2 Υλικό της Μελέτης.....	67
<b>5.2.1 Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....</b>	<b>67</b>
<b>5.2.2 Πληθυσμός και επιλογή του δείγματος.....</b>	<b>68</b>
5.3 Μεθοδολογία της μελέτης.....	69
<b>5.3.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....</b>	<b>69</b>
<b>5.3.2 Εργαλείο στατιστικής σύγκρισης αποτελεσμάτων της έρευνας.....</b>	<b>69</b>
5.3.2.1 Σύγκριση μεταξύ των μετρήσεων στις κλίμακες <i>MMPI</i> πριν και μετά την παρέμβαση.....	70
5.3.2.2 Έλεγχος της επίπτωσης του διαμεσολαβούντος χρόνου μεταξύ των μετρήσεων της ηλικίας και του φύλου των υποκειμένων στις μεταβολές των κλιμάκων <i>MMPI</i> .....	71
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	72
6.1 Συγκρίσεις ως προς τα δημογραφικά στοιχεία.....	72

6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία με βάση το φύλο και την ηλικία.....	72
6.1.2 Δημογραφικά στοιχεία με βάση την Εκπαίδευση.....	75
6.2 Διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων.....	77
6.2.1 Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI.....	77
6.2.2 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI.....	77
6.2.2.1 Σύγκριση στο σύνολο του δείγματος.....	77
6.2.2.2 Σύγκριση σε δείγμα ανδρών.....	78
6.2.2.3 Σύγκριση σε δείγμα γυναικών.....	78
6.3 Εξέταση της επίπτωσης του χρόνου, ηλικίας και φύλου στις διαφορές.....	92
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	93
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	99
9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	114

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Ζλατάνο Δημήτριο για την καθοδήγηση και την πολύτιμη συμβουλή του σε κάθε φάση της δημιουργίας της.

Επίσης, το σύνολο των καθηγητών που αποτέλεσαν μέρος της ακαδημαϊκής και εκπαιδευτικής μου μόρφωσης, αλλά και το ίδιο το Πανεπιστήμιο ως ανεξάρτητο φορέα, για την δυνατότητα που μου έδωσε να εκπληρώσω ένα μεγάλο στόχο.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου, στην γυναίκα μου και τις δύο κόρες μου, που όλα αυτά τα χρόνια μου συμπαραστάθηκαν με πολύ αγάπη και κατανόηση και διαμόρφωσαν γύρω μου ένα άνετο περιβάλλον, μέσα στο οποίο μπορούσα να εργαστώ.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το ζήτημα της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες ένα πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η διεθνής επιστημονική κοινότητα, με τη συμμετοχή επιστημονικών κλάδων με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο. Η επικέντρωση στην ανθρώπινη δραστηριότητα και συμπεριφορά, αποτελεί κοινό σημείο αναφοράς για όλους τους επιστήμονες.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης, είναι η συγκριτική εκτίμηση και αξιολόγηση των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων, που απευθύνθηκαν στο τμήμα 'ΙΑΝΟΣ' του ΨΝΘ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης), εντάχθηκαν και ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα επιτυχώς και απέχουν έκτοτε από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Υλικό της μελέτης απετέλεσαν, χρόνιοι χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, που απευθύνθηκαν στον Συμβουλευτικό Σταθμό του τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση, στη χρονική διάρκεια 1993 - 2010. Μέθοδος συλλογής των στοιχείων απετέλεσε η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, καθώς και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI. Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics for Windows, έκδοση 20.

**Αποτελέσματα:** Η σύγκριση του δείγματος μελέτης, στις δύο φάσεις θεραπείας, εμφάνισε σημαντικές διαφορές, σε 11 από τις 13 κλίμακες του MMPI, κλινικές και αξιοπιστίας.

**Συζήτηση:** Τα αποτελέσματα που αναδεικνύονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ουσιαστικά επιβεβαιώνουν τα ευρήματα, ελληνικών και διεθνών μελετών, σε ότι αφορά την ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση. Η επανεκτίμηση των στοιχείων της προσωπικότητας, εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες αξιοπιστίας, K ( $p < 0,001$ ) και F ( $p < 0,001$ ), καθώς και στις κλινικές κλίμακες, Hs ( $p < 0,001$ ), D ( $p < 0,001$ ), Hy ( $p < 0,001$ ), Pd ( $p < 0,001$ ), Pa ( $p < 0,001$ ), Pt ( $p < 0,001$ ), Sc ( $p < 0,001$ ), Ma ( $p < 0,002$ ), Si ( $p < 0,001$ ). Η παρούσα συγκριτική μελέτη, αποτελεί μια προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης της συμμετοχής των στοιχείων της προσωπικότητας, των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, στην πορεία και εξέλιξη των θεραπευτικών διεργασιών και παρεμβάσεων.

**Συμπεράσματα:** Η ανάλυση των αποτελεσμάτων, επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα της πλήρους και σφαιρικής διερεύνησης, του παράγοντα της προσωπικότητας του τοξικοεξαρτημένου, επειδή στο σχεδιασμό και στην εξέλιξη της θεραπείας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του χρήστη παίζουν αποφασιστικό ρόλο.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The issue of dependence on illicit psychoactive substances, in recent decades is a problem facing the international scientific community involving disciplines with different subject. The focus on human activity and behavior, a common reference for all scientists.

**Objective of the study:** comparative assessment and evaluation of certain personality traits of dependent subjects, who have turned to the Addictions' Department IANOS of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, have been integrated in the therapeutic processes, have completed it successfully and abstain any from substance use since completion.

**Population and Methodology:** the population consists of chronic users of illegal psychoactive substances presenting at the Counseling Station of the Addictions' Department IANOS of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki from 1993 to 2010 with the treatment demand of detoxification and consequent psychosocial support.

All subjects were given a semi-structured clinical interview and the psychometric personality test MMPI. Statistical analysis was performed using IBM SPSS.

**Results:** comparison of the results at the two distinctive treatment times of the population sample showed significant differences in 11 of the 13 MMPI Scales, in both clinical and reliability measurements.

**Discussion:** The results of the demographic characteristics verify the findings of greek and international research regarding age, sex and educational status. Reevaluation of the personality characteristics shows a statistically significant difference in the reliability scales, K ( $p<0,001$ ) and F ( $p<0,001$ ), as well as in the clinical scales, Hs ( $p<0,001$ ), D ( $p<0,001$ ), Hy ( $p<0,001$ ), Pd ( $p<0,001$ ), Pa ( $p<0,001$ ), Pt ( $p<0,001$ ), Sc ( $p<0,001$ ), Ma ( $p<0,001$ ), Si ( $p<0,001$ ).

The present comparative study comprises an attempt to assess and evaluate the impact of the personality traits of substance users on the course and on the development of therapeutic processes and interventions.

**Conclusions:** Analysis of the data confirms the necessity of a complete and global investigation of the users' personality, since the role of the personality factor is of outstanding importance on treatment planning and outcome.



## I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποδοχή της εξάρτησης ως ουσιαστική κατάργηση της ελευθερίας της βούλησης και της συναισθηματικής έκφρασης του ατόμου, επιτάσσει την προσέγγιση και την ερμηνεία της επιρροής της στην ανθρώπινη υπόσταση,- βασισμένη σε διαφορετικές επιστημονικές αντιλήψεις για την ψυχοβιολογική σύσταση του ατόμου και τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες- καθώς και την παράλληλη διερεύνηση πρακτικών αντιμετώπισής της.

Το ζήτημα της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες ένα πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η διεθνής επιστημονική κοινότητα, με τη συμμετοχή επιστημονικών κλάδων με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο. Η επικέντρωση στην ανθρώπινη δραστηριότητα και συμπεριφορά, αποτελεί κοινό σημείο αναφοράς για όλους τους επιστήμονες.

Ο χρήστης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, δεν αποτελεί καμιά στερεότυπη εικόνα και δεν πρέπει να θεωρείται ηθικά κατώτερος. Θεωρείται επιβεβλημένη μια λεπτομερή ψυχιατρική και ψυχολογική εξέταση με τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών, όπως το MMPI, λόγω των πολλαπλών επιπλοκών της κατάχρησης και εξάρτησης.

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

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

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

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη καταγραφή και διερεύνηση της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, μέσω της μελέτης ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας των εξαρτημένων από τις εν λόγω ουσίες ατόμων. Για το σκοπό αυτό, εκτός από τη χρήση γενικών



παραμέτρων, που είναι κυρίως κοινωνικο-δημογραφικές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία MMPI για την ανίχνευση ψυχολογικών συντελεστών.

## 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

### 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση των όρων της τοξικοεξάρτησης

**Ο όρος «ναρκωτικά»** έχει επικρατήσει ως δηλωτικό όλων των παράνομων ουσιών που δεν χρησιμοποιούνται για ιατρικούς σκοπούς. Η διάκριση αυτή βασίζεται σε νομικά κριτήρια. Υπάρχει επίσης ένα πλήθος όρων, όπως «αναλγητικά» ή «σκληρά ναρκωτικά». Τα ιατρικά κριτήρια ταξινομούν τα αναλγητικά φάρμακα σε ισχυρά και ελαφρά, ανάλογα με την ικανότητά τους να εξαλείφουν δυνατούς ή ελαφρούς πόνους, αντίστοιχα. Στην αγγλική ιατρική βιβλιογραφία ο όρος «ναρκωτικά» (narcotics) είναι σχεδόν άγνωστος. Αντί αυτού χρησιμοποιείται ο όρος drug (φάρμακο) (Γρίβας, 1995).

Επίσης, αντί του όρου «**ναρκωτικά**» χρησιμοποιείται ο όρος «**ψυχοδραστική ουσία**», που αναφέρεται σε χρήση κάθε ουσίας με οποιονδήποτε τρόπο, που εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, μέσω οποιασδήποτε οδού και η οποία προκαλεί, κυρίως, αλλαγές στις λειτουργίες του εγκεφάλου, στην αντίληψη, στην κριτική ικανότητα και στη συναισθηματική διάθεση του χρήστη (Fingl & Woodbury, 1975), ενώ σύμφωνα με το ICD-10<sup>1</sup> (WHO<sup>2</sup>, 1992), οι ψυχοδραστικές ουσίες χαρακτηρίζονται έτσι από το αποτέλεσμά τους και τις συνέπειές τους στο χρήστη, περιλαμβάνοντας διαταραχές προσωπικότητας, συμπεριφοράς ή ψυχωτικές.

**Οι ψυχοτρόπες ουσίες** επενεργούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα ενισχύοντας ή αποδυναμώνοντας διάφορες λειτουργίες του, δηλαδή δρουν διεγερτικά ή κατασταλτικά και εμφανίζουν διάφορους βαθμούς επικινδυνότητας, ανάλογα με το αν τροποποιούν τις λειτουργίες του ΚΝΣ<sup>3</sup> μόνιμα ή παροδικά, αν προκαλούν ψυχοδιανοητικές και σωματικές βλάβες, αν προκαλούν εξάρτηση κι αν παράγουν επιθετικές συμπεριφορές (Γρίβας, 1995).

**Η χρήση (drug use) ουσιών** αναφέρεται σε απλή, δοκιμαστική και περιστασιακή λήψη και δεν συνεπάγεται πάντα την κατάχρηση ή την εξάρτηση, ενώ διαφέρει από την επιβλαβή χρήση κατά ICD-10 (WHO, 1992) και την παθολογική κατά DSM-IV<sup>4</sup> (APA<sup>5</sup> 1994) χρήση, που επιφέρουν αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη και που συνδέονται με την κοινωνικά και πολιτισμικά κατακριτέα συμπεριφορά.

---

<sup>1</sup> ICD: International Classification of Diseases

<sup>2</sup> WHO: World Health Organization

<sup>3</sup> ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

<sup>4</sup> DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>5</sup> APA: American Psychiatric Association

**Κατάχρηση (drug abuse)** είναι η υπερβολική σε ποσότητα - είτε συνεχής είτε κατά διαστήματα - χρήση της ουσίας, σε βαθμό που να υπερβαίνει το αποδεκτό της χρήσης από την ιατρική ή την κοινωνική πλευρά (Jaffe, 1980). Η κατάχρηση ενέχει και τη σημασία της αξιολόγησης της συμπεριφοράς ενός ή περισσότερων ατόμων, που θεωρείται ως βλαβερή για το άτομο και κοινωνικά απαράδεκτη (Πιπερόπουλος, 2001). Ο όρος χρησιμοποιείται για να χαρακτηριστεί η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά της χρήσης μίας ουσίας, σε άτομα που δεν πληρούν κάποια κριτήρια, που θα αναφερθούν στη συνέχεια, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης (Λιάππας, 1992).

Σύμφωνα με τον ΟΗΕ<sup>6</sup>, ο όρος **«ναρκομανία»** αναφέρεται σε μία κατάσταση περιοδικής ή χρόνιας τοξίκωσης, επιβλαβούς για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο, που δημιουργείται με επαναλαμβανόμενη χρήση ενός φαρμάκου (Πιπερόπουλος, 2001).

**Η οργανική έξη** αναφέρεται στη δημιουργία οργανικής συνήθειας, μετά από μακροχρόνια χρήση των φαρμάκων. Συνδεδεμένο είναι το σύνδρομο της αποχής ή αποστέρησης που χαρακτηρίζει τα οργανικά και ψυχολογικά επακόλουθα της ξαφνικής στέρησης του φαρμάκου (Πιπερόπουλος, 2001).

Από το 1991, στις επιστημονικές εργασίες αντικαταστάθηκε ο απαξιωτικός όρος «τοξικομανία» με τον ουδέτερο όρο «εξάρτηση» και ο προσβλητικός όρος «τοξικομανής» με τον όρο «εξαρτημένος» (Γρίβας, 2002).

**Ο όρος «εξάρτηση»** δεν ορίζεται από το νόμο, ενώ ο ΠΟΥ<sup>7</sup> υιοθετεί τον ορισμό, ως: «μία κατάσταση ψυχική και μερικές φορές σωματική, που προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός ζώντος οργανισμού κι ενός ναρκωτικού, που χαρακτηρίζεται από επιδράσεις στη συμπεριφορά, ή άλλες, οι οποίες περιλαμβάνουν πάντοτε μία εσωτερική ώθηση για λήψη ναρκωτικού σε διαρκή ή περιοδική βάση, με σκοπό τη βίωση ψυχικών εμπειριών και, σε ορισμένες περιπτώσεις, για την αποφυγή των ενοχλήσεων που προκαλούνται από την έλλειψή τους» (Παρασκευόπουλος, 1997). Επίσης, κατά το **«σύνδρομο της εξάρτησης»** η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό σύμφωνα με το ICD-10, (WHO, 1992). Κεντρικό περιγραφικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης είναι η επιθυμία (συχνά έντονη και πολλές φορές ακατανίκητη) για τη λήψη ουσιών.

Κατά τον Γρίβα (1995), η εξάρτηση αφορά στην εγκατάσταση μίας ειδικής σχέσης ανάμεσα σε ένα άτομο και μία ουσία, που εκδηλώνεται με την εμφάνιση στερητικού

<sup>6</sup> ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

<sup>7</sup> ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

συνδρόμου, σε περίπτωση διακοπής λήψης της ουσίας. Η ένταση της εξάρτησης είναι συναρτημένη με το είδος, τη δόση, τον τρόπο λήψης και κυρίως, με τη συχνότητα και τη διάρκεια της χρήσης μίας εξαρτησιογόνου ουσίας. Κατά την άποψη του ίδιου, πρόκειται για σύνθετο, πρωτίστως βιολογικό και δευτερευόντως ψυχικό γεγονός, στο οποίο υπεισέρχονται ορισμένοι κοινωνικοί παράγοντες, ενώ, το θέμα των «ναρκωτικών» είναι κατεξοχήν πολιτικό γεγονός, στο οποίο παρεισδύουν διάφοροι βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (Γρίβας, 2002).

Η διάγνωση της εξάρτησης προϋποθέτει την ύπαρξη μίας δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς της χρήσης μίας εξαρτησιογόνου ουσίας, σε άτομα που πληρούν τα κριτήρια, σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994). Επίσης, τίθεται ένα χρονικό διάστημα δώδεκα μηνών συνεχούς εμφάνισης της συμπεριφοράς, χωρίς να παρατηρείται το φαινόμενο της ανοχής, των στερητικών συμπτωμάτων ή της καταναγκαστικής χρήσης, που διακρίνουν την κατάσταση της εξάρτησης. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη από την APA έκδοση DSM-IV TR<sup>8</sup> (2000), ως κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες εντοπίζονται τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω, που μπορεί να συμβαίνουν ανά πάσα στιγμή κατά την 12μηνη προαναφερόμενη περίοδο (DSM-IV & DSM-IV TR, 2000):

1. Ανοχή, όπως αυτή αναγνωρίζεται από τα ακόλουθα:
  - i. Ανάγκη αξιοσημείωτης αύξησης της ουσίας, προκειμένου να επέλθει τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.
  - ii. Αξιοσημείωτη μείωση του αποτελέσματος, μέσω συνεχιζόμενης χρήσης μίας σταθερής δόσης της ουσίας.
2. Αποστέρηση (στερητικό σύνδρομο), όπως αυτή φανερώνεται από τα παρακάτω:
  - i. Χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα για την ουσία
  - ii. Η ίδια (ή παρεμφερής) ουσία λαμβάνεται για ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων απόσυρσης.
3. Η ουσία συχνά καταναλώνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο απ' τη σχεδιαζόμενη.
4. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας.
5. Αφιερώνεται σημαντικός χρόνος σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας (επίσκεψη σε διάφορους γιατρούς ή μετάβαση σε μακρινές αποστάσεις), για χρήση της ουσίας (π.χ. κάπνισμα), ή για ανάκαμψη από τις επιδράσεις της.

---

<sup>8</sup> DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision

6. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή δημιουργικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται, λόγω της χρήσης της ουσίας.
7. Συνεχίζεται η χρήση της ουσίας παρά την επίγνωση των επίμονων ή επαναλαμβανόμενων βιολογικών ή ψυχολογικών προβλημάτων που είναι πιθανόν να έχουν προκληθεί ή να έχουν επιδεινωθεί λόγω της ουσίας.

Η ερμηνεία του φαινομένου της ανοχής αναδεικνύεται από τις έρευνες της νευροχημείας (Λιάππας, 1992), που είναι τόσο εντυπωσιακές, που τείνουν να αποδείξουν ένα αποκλειστικά νευροχημικό υπόβαθρο στις εξαρτήσεις, μέσω βιολογικών μηχανισμών.

**Η διασταυρούμενη ανοχή** είναι ένα συχνό φαινόμενο μεταξύ χρηστών, όπου, η ανάπτυξη ανοχής σε μία ουσία επεκτείνεται κατά συνέπεια και σε άλλες φαρμακολογικά και χημικά συγγενείς ουσίες (οπιούχα, βενζοδιαζεπίνες κ.λ.π.) (Madden, 1979, Jaffe, 1980).

Η φαρμακευτική εξάρτηση, από καθαρά φαρμακολογική και τοξικολογική άποψη διακρίνεται σε ψυχολογική και σωματική ή φυσική.

**Η ψυχολογική εξάρτηση** αναφέρεται, στην ανάγκη του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών, για λήψη μιας ουσίας, ώστε να νιώσει καλά και να διατηρήσει την ψυχική του συνοχή. Η ψυχολογική εξάρτηση θεωρείται υποκειμενική κατάσταση, οπότε δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με αντικειμενικά ή ποσοτικά κριτήρια, διότι τα δυσάρεστα επακόλουθα αφορούν και επηρεάζουν μόνον το εξαρτημένο άτομο. Τα σημαντικότερα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν είναι (Fingl & Woodbury, 1975, Madden, 1979): α) επιθυμία συνεχούς χρήσης και κατάχρησης, β) απουσία ή μικρή τάση για αύξηση της δόσης, γ) ψυχική μόνο εξάρτηση με σκοπό την ευχαρίστηση ή αποφυγή της δυσφορίας, που προκαλείται από τη στέρηση

**Η σωματική εξάρτηση** κατά το Γρίβα (1995), είναι χαρακτηριστικό ειδοποιό γνώρισμα ορισμένων ουσιών και υποδηλώνεται με την εμφάνιση ενός συνόλου στερητικών συμπτωμάτων, σε περίπτωση διακοπής της λήψης της. Έτσι, από επιστημονική άποψη, κάθε ορισμός της εξάρτησης που δεν περιορίζεται αυστηρά στο ειδοποιό χαρακτηριστικό της σωματικής εξάρτησης, θεωρείται λανθασμένος και ανυπόστατος.

Τα επακόλουθα από τη σωματική στέρηση της ουσίας εκδηλώνονται, τόσο στον εξαρτημένο, όσο και στο περιβάλλον του, ενώ, κατά την ψυχολογική εξάρτηση η ενόχληση είναι υποκειμενική. Τα σωματικά συμπτώματα εξαρτώνται από την κατηγορία και τη φαρμακολογική δράση κάθε ουσίας, ενώ φαίνεται ότι νευροχημικοί μηχανισμοί, παίζουν τον κυριότερο ρόλο στην πρόκλησή τους (Raistrick & Davidson, 1985).

**Το στερητικό σύνδρομο** αφορά στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, στην περίπτωση που κάποια ουσία, στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός,

διακόπτεται ή ελαττώνεται σημαντικά με απότομο τρόπο. Ο χρόνος εμφάνισης του συνδρόμου, η ένταση των συμπτωμάτων κλπ. εξαρτώνται από την ημι-περίοδο ζωής της ουσίας, το ρυθμό μεταβολισμού κάθε χρήστη, το μέγεθος της δόσης κλπ. Συνιστά φαινόμενο με ποικιλία συμπτωμάτων, που αφορούν κυρίως τις λειτουργίες του ΚΠΝΣ<sup>9</sup> (Λιάππας, 1992, Hosztafi, 2011). Πρόκειται για πολύπλοκη και ορισμένες φορές επικίνδυνη αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού στη στέρηση της ουσίας, από την οποία είναι εξαρτημένος. Το στερητικό σύνδρομο των οπιούχων, παρότι είναι επώδυνο, θεωρείται, ότι κατά κανόνα δεν συνεπάγεται κινδύνους για τη ζωή και μόνο σε ορισμένες εξαιρετικές περιπτώσεις, μπορεί να αποβεί θανατηφόρο. Ένα άτομο εξαρτημένο μπορεί να αποφύγει τα συμπτώματα της στέρησης παίρνοντας είτε την ίδια ουσία είτε κάποια άλλη με παρεμφερείς φαρμακολογικές δράσεις. **Το μετά-στερητικό σύνδρομο** βιώνεται με δυσάρεστο τρόπο ως δυσβάστακτο, έχει μεγάλη διάρκεια (1-5 χρόνια) και χαρακτηρίζεται από στοιχεία έντονης κατάθλιψης, προσωπικού κενού, μειωμένης αντοχής στον ψυχικό και σωματικό πόνο, αδυναμίας για άμυνα και εντονότατη επιθυμία για οπιούχα κατά περιόδους (Γρίβας, 1995, Hosztafi, 2011).

**Ο όρος υπερβολική δόση** υποδηλώνει, τη λήψη μίας ποσότητας στην οποία ο οργανισμός δεν έχει αναπτύξει ανοχή, οπότε το σώμα αντιδρά με διάφορους τρόπους, όπως, με «κλασική» θανατηφόρα δηλητηρίαση με χρόνο εξέλιξης από 1 έως 12 ώρες. Οι ανταγωνιστές των ουσιών (που προσφέρουν ανακούφιση στα συμπτώματα στέρησης, αλλά δεν υποκαθιστούν τα οπιούχα), μπορούν να αντιστρέψουν τα φαινόμενα, αλλά μπορούν να επιφέρουν και συμπτώματα στέρησης. Θάνατος μπορεί να επέλθει από οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Η υπερβολική δόση είναι η πιο συνηθισμένη αιτία της οξείας δηλητηρίασης από οπιούχα και θεωρείται ότι συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου μετά από διακοπή της χρήσης, επαναλαμβάνεται η ίδια δόση, που χρησιμοποιούνταν πριν τη διακοπή, όταν η ουσία μπορεί να είναι «καθαρότερη», από αυτήν που συνήθως διατίθεται και το άτομο εμφανίζει μικρότερη ανοχή στην ουσία (Τάιλερ, 1996).

## 2.2 Κύριες Κατηγορίες Ψυχοδραστικών Ουσιών

Σύμφωνα με την ορολογία του πεδίου των «ψυχοτρόπων ουσιών», τα φάρμακα που απαλείφουν τον πόνο διακρίνονται στα «ναρκωτικά-αναλγητικά» (οπιούχα και οπιοειδή) και τα «μη-ναρκωτικά» αναλγητικά, ανάλογα αν ελέγχονται ή όχι από τη νομοθεσία «περί ναρκωτικών». Στις εξαρτησιογόνες ουσίες ανήκουν, ο καπνός, το οινόπνευμα, οι

<sup>9</sup> Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα

αμφεταμίνες, διάφορα φάρμακα ευρείας κατανάλωσης (ηρεμιστικά, βαρβιτουρικά) και τα οπιούχα-οπιοειδή (κυρίως μορφίνη-ηρωίνη) (Γρίβας, 1995).

Οι κύριες κατηγορίες των ψυχοδραστικών ουσιών είναι (Κοβάτση, 2007):

- Αναλγητικά.
- Διεγερτικά, που λαμβάνονται για αύξηση της διανοητικής και σωματικής ενέργειας.
- Παραισθησιογόνα, που λαμβάνονται για μεταβολή της νοητικής κατάστασης.
- Αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά και ηρεμιστικά, που λαμβάνονται για ηρεμία των αισθήσεων, για μείωση του άγχους ή για πρόκληση ύπνου.
- Φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για άνοδο της ευχαρίστησης σε κατάσταση διασκέδασης ή σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- Αναβολικά, που λαμβάνονται για κτίσιμο μυών, αύξηση αντοχής ή βελτίωση της αθλητικής δραστηριότητας.
- Αλκοόλ.
- Άλλες εισπνεόμενες ουσίες.

Το όπιο επιφέρει αναλγησία, που αναφέρεται σε ανακούφιση του πόνου, χωρίς να χαθούν οι αισθήσεις, μπορεί να επιφέρει αλλαγή διαθέσεων και ναυτία, ενώ η χρόνια χρήση μπορεί να επιφέρει ορμονικές επιδράσεις (Stimmel, 2002). Τα οπιούχα (φυσικές ή συνθετικές ουσίες που παράγονται από όπιο), έχουν τις εξής ιδιότητες: (α) είναι αναλγητικά, (β) είναι εξαρτησιογόνα και η αποχή από αυτά προκαλεί σοβαρά φυσιολογικά συμπτώματα. Φυσικά οπιούχα είναι το όπιο και η μορφίνη (το πρωταρχικό φάρμακο που παράγεται από το όπιο). Η κωδεΐνη είναι το δεύτερο, περισσότερο χημικά κατεργασμένο συστατικό του οπίου, που χρησιμοποιείται ως ισχυρό αναλγητικό και ανασταλτικό του βήχα. Η ουσία Thebaine είναι ένα μικρότερης αξίας συστατικό του οπίου, που έχει διεγερτικές, παρά αντικαταθλιπτικές επιδράσεις. Συνθετικά οπιούχα είναι, η μεθαδόνη και η ηρωίνη. Η ηρωίνη είναι ένα παράγωγο της μορφίνης, που είναι τουλάχιστον, όσο εξαρτησιογόνα είναι η μορφίνη. Χορηγείται σε μορφή ενέσιμη, διά της εισπνοής ή διά του καπνίσματος. Οι βραχυπρόθεσμες επιδράσεις της ηρωίνης περιλαμβάνουν ένα κύμα ευφορίας και νεφελώδη σκέψη, που ακολουθείται άλλοτε από καταστάσεις επαγρύπνησης κι άλλοτε υπνηλίας. Η ηρωίνη μειώνει τον όγκο του αέρα στους πνεύμονες, οπότε, κάθε υπερδοσολογία μπορεί να είναι μοιραία. Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται ιατρικά για τη θεραπεία των χρόνια εξαρτημένων από ηρωίνη (Κοβάτση, 2007). Τα οπιούχα, όπως σημειώνει ο Γρίβας (1995), είναι εξαρτησιογόνες ουσίες με χαμηλή τοξικότητα.

Διεγερτικά φάρμακα είναι, για παράδειγμα, οι αμφεταμίνες, το MDMA (ecstasy) και η κοκαΐνη. Η παρατεταμένη τους χρήση μπορεί να επιφέρει ανησυχία, παράνοια, επικίνδυνα μεγάλες θερμοκρασίες του σώματος, ακανόνιστους παλμούς κ.ά.

Παραισθησιογόνες ουσίες θεωρούνται, η μαριχουάνα (φύλλα ινδικής κάνναβης, παραισθησιογόνο THC), το χασίς (ρετσίνη ινδικής κάνναβης) και η ουσία LSD. Ως παρενέργειές τους αναφέρονται, παραισθήσεις, πανικός, αυξημένη θερμοκρασία σώματος, καρδιακοί παλμοί, άνοδος της πίεσης του αίματος, υπνηλία και απώλεια όρεξης. Υπάρχουν έρευνες, που συμπεραίνουν, ότι, η χρήση κάνναβης δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση και δεν επιφέρει αρνητικά βιολογικά αποτελέσματα κατά τη συντηρητική χρήση (Γρίβας, 2002).

Αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά και ηρεμιστικά, είναι ουσίες, που μπορούν να έχουν δυσάρεστες ή επικίνδυνες παρενέργειες από κατάχρηση ή κακή χρήση, ενώ μπορεί να είναι πιο επικίνδυνες, όταν συνδυάζονται μεταξύ τους ή με αλκοόλ ή βαρβιτουρικά (Κοβάτση, 2007).

## 2.3 Θεωρητικές – Επιστημονικές απόψεις για την Εξάρτηση

### 2.3.1 Διαχρονικές προσεγγίσεις

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

α) Την πολυπαραγοντική φύση των αιτιολογικών συντελεστών της εξάρτησης, που δρουν εκλυτικά και περιλαμβάνουν προσωπικούς – ατομικούς παράγοντες (Plant, 1980, Gurling et al, 1981, Λιάππας, 1992).

β) Την ιδιαίτερη σημασία που έχει το κοινωνικό πλαίσιο όπου αναπτύσσεται το άτομο και την επίδρασή του στη διαμόρφωση της προσωπικότητας (Madden, 1979, Bukstein et al, 1989, Gerstley et al, 1990, Μενούτης, 1991, Nace et al, 1991).

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



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

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

Οι Mendelson & Mello (1979), δέχονται την περίπτωση καθοριστικών γενετικών παραγόντων που επιδρούν στην εξάρτηση, όπως επίσης και ο Mirin και οι συνεργάτες του (1976, 1984, 1991), σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM – III, βρήκαν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών, τόσο στους γονείς, όσο και σε αδέλφια εξαρτημένων ατόμων. Τα ευρήματά τους, σε αναλογία ως προς το φύλο των συγγενών, δείχνει μεγαλύτερη τάση κατάχρησης αλκοόλης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στους άρρενες, ενώ μεγαλύτερο ποσοστό εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών ή και πανικού στις θήλεις συγγενείς.

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

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

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

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

Οι θεωρητικοί της Κοινωνικής Μάθησης, συμφωνούν με την αρχή ότι, το φαινόμενο της εξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες, είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς, που

διαμορφώνεται μέσα από πολλαπλές διαδικασίες κλασσικής και ενεργητικής μάθησης, με τη συμμετοχή και γνωστικού τύπου λειτουργιών (Hodgson-Stockwell, 1983, Hodgson, 1984).

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

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

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

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

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

Εκτός όμως από την παραπάνω τοποθέτηση απέναντι στην εξάρτηση, οφείλει κανείς να αναγνωρίσει και άλλες κατηγορίες ατόμων που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, χωρίς να νοσούν αρχικά από κάποια ψυχική νόσο. Τέτοια άτομα είναι οι περιστασιακοί χρήστες, που ξεκινώντας από περιέργεια ή λόγω συναναστροφής με άλλους χρήστες, εξαρτημένους όμως από κάποια συγκεκριμένη ουσία, μετατρέπονται και οι ίδιοι σε

εξαρτημένους και αποτελούν σημαντικό ποσοστό (Kleinman et al, 1986, Petersen, 1987, London & Ghodse, 1989, Swadi, 1990).

Η ψυχοβιολογική εξέλιξη προς την εξάρτηση είναι άμεσα και στέρα συνδεδεμένη με τη διαδικασία συγκρότησης της χαρακτηρισιοδομής κάθε ανθρώπου (Γεωργάκας, 2007).

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

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

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

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

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

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

Υπάρχουν επίσης έρευνες, που σχετίζονται με τα αποτελέσματα ψυχολογικών δοκιμασιών (tests) προσωπικότητας, όπου εμφανίζεται ως αποτέλεσμα, σημαντικά αυξημένη

ψυχοπαθολογία στους εξαρτημένους χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (Hill et al, 1962, Bergins, 1974, Ζλατάνος, 2001).

### *2.3.1.1 Σύγχρονες βιβλιογραφικές αναφορές*

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

Οι Wong & Besett (1999), διαπίστωσαν τη χρησιμότητα των υποκλιμάκων του MMPI που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών, στη διάκριση ως προς το φύλο, μεταξύ των ενδονοσοκομειακών ασθενών που κάνουν κατάχρηση ουσιών και αυτών που δεν κάνουν. Οι Tran και συν. (2001), καθόρισαν την πλέον κατάλληλη θεραπευτική τακτική (φαρμακευτική αγωγή), με τη διαπίστωση του τύπου προσωπικότητας εξαρτημένων γυναικών σε κατάσταση εγκυμοσύνης, με τη δοκιμασία προσωπικότητας MMPI.

Οι Fabry και συν. (2011), χρησιμοποιώντας την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, διαπίστωσαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ανήλικων παραβατών, τόσο σε αγόρια όσο και σε κορίτσια, που δυνητικά οδηγούν σε κατάχρηση ουσιών.

Ο Szczepanska (2001), διαπίστωσε την κινητοποίηση για παραμονή στη θεραπεία των εξαρτημένων χρηστών, που απευθύνθηκαν στην μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης, με την ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, ενώ οι Belding και συν. (1998), οι Laqueille και συν. (2001) και Poirier και συν. (2004), με τη διερεύνηση της δομής της

προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών, επιδίωξαν την πρόγνωση της απάντησης στη χορήγηση της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης, αντίστοιχα, καθώς και την έκβαση της θεραπευτικής τακτικής.

Η ψυχομετρική δοκιμασία MMPI χρησιμοποιείται επίσης, ως προγνωστικός δείκτης ολοκλήρωσης ή διακοπής (dropout), της προτεινόμενης θεραπευτικής τακτικής, με την εκτίμηση και αξιολόγηση των στοιχείων της δομής της προσωπικότητας του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών (Craig, 1984, Marshall & Roiger, 1996, Aaronson et al, 1996, Mulder et al, 2009).

Η εκτίμηση και επανεκτίμηση (follow-up) του θεραπευτικού αποτελέσματος ή της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής τακτικής, επιτυγχάνεται συνήθως, με την επαναλαμβανόμενη χορήγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών προσωπικότητας MMPI (Berman et al, 1984, Hurt et al, 1990, Iwashige, 1997, Ζλατάνος και συν. 2001, Ζλατάνος, 2001, Polimeni et al, 2010).

Η εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας του εξαρτημένου χρήστη συσχετίζεται με άλλες ψυχομετρικές και νευροενδοκρινολογικές και κλινικές εξετάσεις, με σκοπό την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής (Gerra και συν. 2001), καθώς επίσης, και την θεραπευτική επιλογή, σύμφωνα με την ψυχοδραστική ουσία που χρησιμοποιείται ως κύρια ουσία κατάχρησης, σε συνδυασμό με στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του χρήστη (Craig & Olson, 1992, Schweizer et al, 1998, Ladd, 1998, Sanchez Huesca, 2002, Gerra et al, 2008).

## 2.4 Αιτιοπαθογένεια της Εξάρτησης

Για την ερμηνεία της εξάρτησης διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες, που ταξινομούνται συνήθως, σε τέσσερις γενικές κατηγορίες: ψυχολογικές, ψυχοκοινωνιολογικές, κοινωνιολογικές και βιολογικές. Η εξάρτηση υποστηρίζεται ότι υποδηλώνει την εγκατάσταση μίας βιολογικής σχέσης, που αναπτύσσεται σε οποιονδήποτε κάνει συστηματική χρήση μίας ουσίας για ικανό χρονικό διάστημα, έτσι ώστε, οι άλλες μη βιολογικές θεωρίες μοιάζουν αδύναμες, όταν παραγνωρίζουν το γεγονός της βιολογικής σχέσης (Γρίβας, 1995).

#### 2.4.1 Ψυχοκοινωνικό Υπόβαθρο

Το κοινωνικό υπόβαθρο βασίζεται στη συμμετοχή των ανθρώπων σε ομάδες, η οποία χαρακτηρίζεται από την αλληλόδραση που υφίστανται σ' αυτές. Τα κύρια χαρακτηριστικά που παίζουν ρόλο στη λειτουργία μίας ομάδας, είναι, το μέγεθός της, η δομή της, η συνοχή και οι κοινωνικοί κανόνες. Τα φαινόμενα των ομάδων μελετούν πολλές θεωρίες, όπως η ψυχοδυναμική, η συμπεριφορική κλπ., που αναφέρονται στην επιρροή των μελών τους (Κουλιεράκης, Μεταλληνού & Πάντζου, 2000).

Ο κοινωνιολόγος Howard Becker έδειξε στο περίφημο άρθρο του «comment on deviant fumeur de marijuana?» ότι, η ευχαρίστηση από το κάπνισμα αυτής της ουσίας δεν είναι άμεση, αλλά το αποτέλεσμα μίας εκμάθησης που συντελείται χάριν στην ένταξη σε μία ομάδα καπνιστών, οπότε σταδιακά, με την επαφή των άλλων, οι αντιλήψεις του αρχάριου αλλάζουν. Σε γενικές γραμμές, η ένταξη σε ένα πολιτιστικό πρότυπο μπορεί να προσφέρει στο άτομο το πλαίσιο, στο οποίο γεννιούνται συνήθειες, ασθένειες και συμπτώματα (Adam & Herzlich, 1999).

Η συμπεριφορά ενός ατόμου κατά την πορεία του στη ζωή, έως το στάδιο του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών, γίνεται περισσότερο κατανοητή, αν ληφθούν υπόψη οι διαδικασίες ενίσχυσης που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του, όπως, οι μαθησιακές εμπειρίες και το γονικό παράδειγμα. Οι περισσότεροι ερευνητές των θεωρητικών της Κοινωνικής Μάθησης συγκλίνουν, ότι, το φαινόμενο της ουσιοκατάχρησης είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς, που διαμορφώνεται μέσω διαδικασιών μάθησης και συμμετοχής γνωστικού τύπου λειτουργιών. Ερευνητές υποστηρίζουν, ότι το γονικό παράδειγμα είναι πιο σημαντικό και από τα ίδια τα γονίδια για τη διαμόρφωση μίας συμπεριφοράς χρήστη ουσιών. Οι θεωρίες αυτές ωστόσο επικεντρώνονται περισσότερο στη διατήρηση και ενίσχυση μίας συμπεριφοράς κατάχρησης, παρά στη γένεσή της (Λιάππας, 1992).

Μια αρχική προσέγγιση της προσωπικότητας των εξαρτημένων, αναδεικνύει δύο βασικές ομάδες χαρακτηριστικών της.

- Χαρακτηριολογικά στοιχεία που οικοδομήθηκαν σταδιακά στη διάρκεια της εξέλιξης τους ως άτομα, πριν την ένταξή τους στον κόσμο των εξαρτήσεων.
- Επίκτητα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και συμπεριφοράς τους, αποτέλεσμα της εξάρτησης, της παράνομης δραστηριότητάς τους και των συνεπειών της. Τα αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά του εξαρτημένου είναι αυτά που οικοδομήθηκαν

κυρίως κατά την πορεία του στην εξάρτηση, με αποτέλεσμα να επικαλύπτονται εκείνα που τον οδήγησαν σε αυτή ( Γεωργάκας, 2007).

Σε ερευνητική μελέτη στην Ελλάδα για τη σχέση μεταξύ εξαρτητικής ή άλλων μορφών ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς των γονέων και της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν παράγοντα προδιάθεσης για τη χρήση αυτών των ουσιών από τα παιδιά κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Madianos, και συν., 1995). Σε άλλη μελέτη για τη διερεύνηση των συνθηκών του οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών, διαπιστώθηκε ότι ο χρήστης βιώνει αρνητικά το οικογενειακό κλίμα και με διαφορετικό τρόπο από τους γονείς του. Η οικογένεια έχει χαμηλή συνεκτικότητα και έκφραση συναισθημάτων, όπως επίσης συγκρούσεις και μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικό-πολιτιστικά γεγονότα, σε σχέση με άλλες οικογένειες. Η εκδήλωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς του μέλους της οικογένειας αποτελεί το σύμπτωμα της κρίσης, που η οικογένεια διάγει (Μάτσα, 1997).

Η αλλαγή στην οικογενειακή δομή, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, ως συνέπεια των ευρύτερων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτισμικών αλλαγών, είχε ως αποτέλεσμα την μετάβαση από τη «μοναρχική» διοίκηση της οικογένειας, σε ένα σύστημα «διαρχίας». Οι ζυμώσεις που προήλθαν, αποσταθεροποίησαν την κλασική μορφή της οικογένειας και κατ'επέκταση τον κοινωνικό ιστό, του οποίου θεμέλιο, αποτελεί η οικογένεια (Γεωργάκας, 2001). Η διακοπή της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, μπορεί να αποτελεί ατομική απόφαση, που στηρίζεται σε πληροφορίες ή κανόνες, αλλά, για να εκτιμηθεί η δυσκολία, θα πρέπει να κατανοηθούν οι σχετικές εμπλοκές που δημιουργούνται, από τη μορφή του πολιτιστικού μορφώματος, που ανήκει το άτομο (Adam & Herzlich, 1999).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Ουσιών των ΗΠΑ (1987), συσχέτισε τους παράγοντες που ανιχνεύονται συχνά σε στερημένο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον (ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και εγκληματικότητας) με κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον, σημειώνονται επίσης, αντικοινωνική συμπεριφορά, έλλειψη ενδιαφέροντος των παιδιών για το σχολείο, αμέλεια και ισχυρή σύνδεση με την παιδική κακοποίηση (Abadinsky, 2008). Η άποψη ότι την εξάρτηση μπορούν να γεννήσουν οι κοινωνικές ανισότητες, αναφέρεται στα αίτια χρήσης ουσιών, που μπορεί να είναι, η ανεργία, η φτώχεια, η περιθωριοποίηση, η έλλειψη ευκαιριών, η ανισότητα, η αλλοτρίωση κλπ. Η θεωρία αυτή στηρίζεται και σε μελέτες που παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό χρηστών σε χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, μοιάζει όμως υπεραπλουστευμένη, καθώς αρκετά μεγάλα είναι και τα ποσοστά χρήσης στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και το

κλίμα αυτό δεν διαμορφώνεται αποκλειστικά μέσω των αντιξοοτήτων της ζωής, οπότε χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση αυτών των συσχετισμών (Κωνσταντινίδης, 2004).

Μερικές θεωρίες ψυχολογίας που εξετάζουν τη σύνδεση της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών με την προσωπικότητα, υποστηρίζουν, ότι η κατάχρηση, πρωταρχικά, είναι θέμα προσωπικότητας και άκαρπης προσαρμογής στη ζωή, που χαρακτηρίζουν τα άτομα με συγκεκριμένες προδιαθέσεις στην προσωπικότητά τους (Abadinsky, 2008).

Σε έρευνα των Wells & Stacey (1967), σε ομάδα χρηστών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, αυτοί είχαν υψηλότερα προβλήματα στην παιδική και σχολική ηλικία από την ομάδα ελέγχου της έρευνας, υψηλότερο ποσοστό νευρωτισμού και άγχους, έκαναν συχνότερα χρήση καπνού και οινοπνεύματος και αντιμετώπιζαν περισσότερα θέματα εργασιακής προσαρμογής. Επίσης, από άλλη έρευνα σε μεγάλο δείγμα φυλακισμένων ηρωινομανών γυναικών προέκυψε, ότι αυτές, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν πολυχρήστες και αντιμετώπιζαν προβλήματα διαλυμένων οικογενειών, παράνομων δραστηριοτήτων, αποτυχίας σε σπουδές, καθώς και δυσκολίες προσαρμογής στον εργασιακό τομέα, διαταραχές συναισθηματικού τύπου και αυτοκαταστροφικές τάσεις στο διάστημα της ζωής τους, στο οποίο δεν έκαναν χρήση ουσιών. Σε άλλη περίπτωση (Λιάππας, 1992), ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ εξαρτημένων και εγκληματικότητας, οπότε βρέθηκε, ότι, περίπου οι μισοί είχαν καταδικές για αξιόποινες πράξεις πριν την ανάμειξή τους με τις ουσίες.

Τέλος, σε μελέτη των Pacula & Chaloupka (2001), παρουσιάζεται άλλος ένας παράγοντας, που σχετίζεται με τις συμπεριφορές εξάρτησης και αφορά τις αλλαγές των τιμών ψυχοδραστικών ουσιών. Παρατηρήθηκε ότι, όσο αυξάνεται η τιμή του εθιστικού αγαθού, τόσο μειώνεται η κατανάλωσή του.

#### **2.4.2 Βιολογικοί Παράγοντες**

Οι θεωρίες που βασίζονται σε βιολογικές παραμέτρους πρωταρχικά εξετάζουν το γενετικό προσδιορισμό και τις αστάθειες του μεταβολισμού. Η γενετική θεωρία, που στηρίζεται σε σχετικά πορίσματα ερευνών, υποστηρίζει ότι, ένα άτομο είναι προδιατεθειμένο για εθισμό σε ψυχοδραστικές ουσίες και αλκοόλ, μέσω κληρονομικής προδιάθεσης (Goldberg, 2009).

Παρά τη σπουδαιότητα αυτού του παράγοντα, οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επίσης, συντελούν σημαντικά. Οι βιολογικές διαφορές μεταξύ ατόμων, που δεν είναι εύκολο να διαχωρισθούν από τους άλλους παράγοντες, καθορίζουν παράλληλα το επίπεδο επίδρασης του κάθε οργανισμού από ουσίες, έτσι ώστε, ανάλογος είναι και ο



βαθμός κατανάλωσής τους και το επίπεδο μεταβολισμού τους για τον καθένα (Goldberg, 2009).

Αποτελέσματα κλινικών και νευροχημικών ερευνών παρουσίασαν ενδείξεις μίας κοινής γενεαλογικής προδιάθεσης της εξαρτησιογόνου συμπεριφοράς, οπότε, ο ρόλος της ανοχής ή της εξάρτησης στην κατάσταση εθισμού, υποδεικνύει μία ομοιοστατική απάντηση του εγκεφάλου στην παρουσία ξένης ουσίας (Miller & Gold, 1993).

Πολλές μελέτες υπογραμμίζουν το σημαντικό ρόλο που έχουν οι διάφοροι φαρμοκοκινητικοί παράγοντες, στη δημιουργία προδιάθεσης για μελλοντική κατάχρηση μίας ουσίας. Τα αποτελέσματα της δράσης κάθε ουσίας ποικίλλουν σημαντικά. Η κάθε ουσία διανύει τρία στάδια, τη φάση απορρόφησης, τη φάση κατανομής και τη φάση αποβολής. Η χρονική διάρκεια κάθε φάσης παίζει σημαντικό ρόλο στη συνολική διάρκεια δράσης της ουσίας. Η ταχύτητα με την οποία μία ουσία συγκεντρώνεται στο ΚΝΣ πιθανόν είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη δημιουργία της ευφορικής κατάστασης, που προκαλεί η ουσία στο χρήστη και επομένως είναι καθοριστική ως εθιστική ιδιότητα της ουσίας, διότι ενθαρρύνει την επανάληψη της χρήσης και οδηγεί στην εξάρτηση (Λιάππας, 1992).

Λαμβάνοντας υπόψη την ύπαρξη των λεγόμενων ενδογενών μορφινών στο νευρικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, οι οποίες συνδέονται με την ψυχική και σωματική ευεξία, με τη σεξουαλική δραστηριότητα κλπ., η συστηματική λήψη οπιούχων (μορφίνης, ηρωίνης κλπ.) προστίθεται στις φυσιολογικώς υπάρχουσες ενδογενείς μορφίνες. Αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν στο νευρικό σύστημα αυξημένες ποσότητες οπιούχων, που επικαλύπτουν τους ειδικούς υποδοχείς των οπιοειδών. Η προσφορά των οπιούχων επί ικανό χρονικό διάστημα προκαλεί αναστολή της παραγωγής φυσικών ενδορφινών, προκειμένου να αποκατασταθεί η διαταραχθείσα ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης στον οργανισμό των αναγκών των υποδοχέων. Η εξάρτηση από τα εξωγενή οπιούχα εγκαθίσταται από τη στιγμή που συντελείται η αναστολή της παραγωγής των ενδογενών μορφινών, εξαναγκάζοντας τον οργανισμό να καλύπτει τις ανάγκες του σε μορφίνες με την πρόσληψη εξωγενών οπιούχων. Οι υποδοχείς του εξαρτημένου, μετά από διακοπή της λήψης των εξωγενών οπιούχων, δεν καλύπτονται από την ποσότητα των ενδογενών μορφινών και εξαιτίας αυτού, εκδηλώνονται στερητικά φαινόμενα, που εξελίσσονται σε φάσεις στερητικού και μεταστερητικού συνδρόμου (Γρίβας, 1995).

Το στερητικό σύνδρομο συντελείται, αφού έχει εγκατασταθεί η εξάρτηση και επιχειρείται η διακοπή λήψης των εξωγενών οπιούχων, επειδή η παραγωγή των ενδογενών μορφινών, στα επίπεδα που ήταν πριν την εξάρτηση, δεν αποκαθίσταται αυτόματα. Η αποκατάσταση αυτή είναι πολύ βραδεία και η έλλειψη της δράσης στους υποδοχείς των

οπιούχων προκαλεί μία βίαιη σωματική αντίδραση μικρής διάρκειας (4-5 εικοσιτετράωρα), που περιλαμβάνει κάποιες κατηγορίες εκδηλώσεων, που είναι ακριβώς αντίθετες από αυτές, που σημειώνονται από την επίδραση των οπιούχων στους υποδοχείς. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι (Γρίβας, 1995): (α) επίταση αναπνοής, δυσφορία και άρση κεντρικής αναλγησίας, με συνακόλουθο φαινόμενο την αδυναμία άμυνας απέναντι σε οποιοδήποτε πόνο, που γίνεται αντιληπτός σε μεγέθυνση, (β) ανησυχία, διεύρυνση της κόρης των ματιών και άρση περιφερικής αναλγησίας (με σχετικά επώδυνα φαινόμενα που συνεπάγεται αυτό) και (γ) υποβάθμιση της αναπνευστικής και αγγειοκινητικής λειτουργίας. Ο χρόνος που απαιτείται (4-5 εικοσιτετράωρα) αφορά στην αποκατάσταση των φυσικών ενδορφινών.

Το μεταστερητικό σύνδρομο για έναν εξαρτημένο χρήστη είναι μεγάλης διάρκειας (2-5 χρόνια) και εξαρτάται από το χρόνο που διάρκεσε η επίδραση των εξωγενών οπιούχων. Πρόκειται για δυσβάστακτη κατάσταση, όπου το άτομο βιώνει στοιχεία κατάθλιψης, μειωμένη αντοχή στο σωματικό και ψυχικό πόνο, αδυναμία προβολής άμυνας κλπ. Έτσι, με αντικειμενικά βιολογικά δεδομένα, ο εξαρτημένος αισθάνεται την ανάγκη να διαφύγει από αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση, συχνά ξανακάνοντας χρήση οπιούχων (Γρίβας, 1995).

Πρόσφατες μελέτες στο πεδίο της γενετικής έρευνας, καθώς και σε απεικονίσεις του εγκεφάλου, προβάλλουν την εξάρτηση ως μία χρόνια εγκεφαλική διαταραχή, που τη χαρακτηρίζουν η σύνθετη αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Maldonado R, 2003, Homby ES, 2006, McClung CA, 2006).

Οι Lingford-Hughes και συν. (2003), εκμεταλλευόμενοι τα πλεονεκτήματα της τεχνολογίας των νευρωνικών απεικονίσεων, καταλήγουν στην άποψη, ότι οι αποδείξεις που προκύπτουν, από τις προόδους των νευρωνικών απεικονίσεων, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προάγγελοι, μιας νέας βιολογικής θεραπείας στον ευαίσθητο τομέα του εθισμού.

Οι Shalev και συν. (2002), αναφέρονται σε πειραματικά δεδομένα ερευνών, που αποκαλύπτουν τη νευροβιολογική θεώρηση της υποτροπής στην ηρωίνη και την κοκαΐνη, σε συνδυασμό με στοιχεία της θεωρίας της εξαρτημένης μάθησης και αντίδρασης.

Οι Comerci & Schwebel (2000), αναφέρονται στον κίνδυνο που διατρέχουν οι έφηβοι από την συμπεριφορά κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και στους τρόπους εκτίμησης, αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης. Περιγράφεται το φαινόμενο του εθισμού, ως "ασθένεια του εγκεφάλου", που συνοδεύεται από περιβαλλοντικές επιρροές. Προτείνεται η πλήρης εργαστηριακή, κλινική, ιατρική και ψυχιατρική διερεύνηση για την ανίχνευση συνοδού συννοσηρότητας και χρήσης φαρμακευτικών ουσιών.

## 12.5 Γενικά Χαρακτηριστικά Χρηστών και ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών για τα «Ναρκωτικά στην Ελλάδα» το 1984 και ολοκληρώθηκε το 1988, στην οποία εξετάστηκε ένα πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.297 ατόμων, ηλικίας 12-64 ετών, καταγράφηκαν διάφορα ενδιαφέροντα συμπεράσματα, μεταξύ των οποίων οι κοινωνικο-ψυχολογικές συνέπειες από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, τα χαρακτηριστικά των χρηστών (δημογραφικά κλπ.), η γενικότερη κατάσταση της υγείας τους κ.ά.

Συγκεκριμένα (Μαδιανού, και συν. 1992):

- Ένα ποσοστό 18,5% των χρηστών ανέφεραν, ότι η χρήση τους δημιούργησε κάποιο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Το ποσοστό ήταν περίπου ίδιο για όλες τις επιμέρους ηλικιακές ομάδες που ερευνήθηκαν (18-64 ετών).
- Οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών - και ιδιαίτερα οι συστηματικοί - βρέθηκε πως είχαν γεννηθεί κατά πλειοψηφία σε αστικές περιοχές.
- Η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας των ατόμων του δείγματος στις διάφορες κατηγορίες χρήσης ουσιών, για τις δύο πρώτες ηλικιακές ομάδες, έδειξε, ότι τα ποσοστά των ατόμων με κακή σωματική υγεία αύξαναν μεταξύ των χρηστών, έναντι των μη χρηστών.
- Οι χρήστες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι είχαν στη ζωή τους εμπειρίες ψυχολογικών προβλημάτων έναντι των μη χρηστών.
- Σύμφωνα με δηλώσεις των χρηστών, σε μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρθηκαν δυσaréσκεια από τη ζωή τους, την οικογένειά τους, τις σχέσεις τους με άλλους, τις σπουδές τους κλπ. σε σύγκριση με τους μη χρήστες.
- Ως κυριότερη πηγή πληροφόρησης για τις ψυχοδραστικές ουσίες, αναφέρθηκαν, η παρέα και οι φίλοι, ενώ η μέση ηλικία των χρηστών κυμάνθηκε από 22,4 έως 31,1 έτη.

- Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες έχουν μεγαλύτερη κινητικότητα απ' τον υπόλοιπο πληθυσμό, περισσότερες πιθανότητες νοσηλείας, φυλάκισης και μη μόνιμης κατοικίας.

## 2.6 Ψυχιατρικά Προβλήματα και Κλινική Κατάσταση

Μεταξύ των κυριότερων κλινικών ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών είναι (Λιάππας, 1992):

- Αντιδράσεις πανικού, που συνδέονται με το φόβο, ότι η χρήση προκαλεί ανεπανόρθωτο κακό στον οργανισμό, αίσθημα απώλειας και ικανότητας ελέγχου του μυαλού, αυτονομική υπερδραστηριότητα, όπως, άγχος, ταχυκαρδία-ταχυσφυγμία, ταχύπνοια, εφίδρωση κλπ.
- Αναδρομική βίωση, που κυρίως βιώνουν τα άτομα, που στο παρελθόν έχουν κάνει χρήση κάνναβης ή παραισθησιογόνων, η οποία χαρακτηρίζεται από οπτικές πανοραμικές ψευδαισθήσεις και η οποία ακολουθείται από αντίδραση πανικού.
- Τοξική αντίδραση, που είναι η κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ο χρήστης, μετά από υπερβολική δόση κάποιας ουσίας για τον οργανισμό του. Συνήθως, την τοξική αντίδραση προκαλούν, τα οπιοειδή και τα κατασταλτικά του ΚΝΣ και χρειάζεται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση, καθώς, πρόκειται για επικίνδυνη κατάσταση, που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.
- Ψυχωσιακού τύπου αντίδραση, που προκαλείται κυρίως από παραισθησιογόνα, διεγερτικά του ΚΝΣ κλπ. Η κλινική εικόνα είναι οξύτατη και δραματική, με απώλεια ελέγχου, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, αυτονομική υπερδραστηριότητα (ταχυκαρδία, ιδρώτας, ταχύπνοια και αύξηση της αρτηριακής πίεσης). Η κατάσταση συνήθως είναι αναστρέψιμη.
- Οργανικό Ψυχοσύνδρομο, που είναι μία κλινική συνδρομή, χαρακτηριζόμενη από σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού, μείωση διανοητικών λειτουργιών, οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις, άγχος, φοβίες και διέγερση. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να προκληθεί, θεωρητικά, από κάθε χημική ουσία και να οδηγήσει σε κώμα ή και στο θάνατο.
- Συναισθηματικού τύπου διαταραχές ονομάζονται όλα τα είδη των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, που αφορούν τη συναισθηματική λειτουργία, όπως, η κατάθλιψη, το άγχος, η ευερεθιστότητα και η δυσφορία. Κοινή

κατάσταση στους ουσιοεξαρτημένους είναι, η παρουσία συναισθηματικού τύπου ψυχοπαθολογίας, με κυρίαρχη την κατάθλιψη. Σε πολλές περιπτώσεις ο διαχωρισμός των συμπτωμάτων συναισθηματικού τύπου, από τη γνήσια συναισθηματική νόσο δεν είναι εύκολος, ενώ εμφανίζεται αρκετή διχογνωμία στο θέμα.

Διάφορες άλλες επιστημονικές έρευνες στη βιβλιογραφία, καταλήγουν, ότι παραμένουν άθικτες οι ψυχικές λειτουργίες του χρόνιου χρήστη οπιούχων, όπως, και ότι δεν προκύπτουν στοιχεία χρόνιων ψυχώσεων ή εγκεφαλικών βλαβών. Ο οπιομανής ωστόσο δημιουργεί ισχυρό ψυχολογικό δεσμό με το όπιο (Γρίβας, 1995).

## 2.7 Προσωπικότητα και Εξάρτηση

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

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

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

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

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

Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του ατόμου, γίνονται φανερά, καθώς εκδηλώνονται στις καθημερινές σχέσεις και συναλλαγές του ατόμου, στο κοινωνικό περιβάλλον που ζει και δραστηριοποιείται (Plomin, 1994).

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

ενόχληση και αίσθηση ανησυχίας, τότε θεωρούμε, ότι τα χαρακτηριστικά αυτά στοιχειοθετούν διαταραχή προσωπικότητας (WHO 1992, APA 1994).

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

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

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

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

**Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

#### **Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

#### **Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν, τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής προσωπικότητας, που θα συζητηθεί, σε σχέση με την ανύψωση της κλινικής κλίμακας της Σχιζοφρένειας στην ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, που αναφέρεται στο κεφάλαιο με τα



αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης, διότι άτομα που είναι εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες, εμφανίζουν έντονα τα στοιχεία της διαταραχής προσωπικότητας (Wurmser, 1981, Jaffe, 1989, Nace et al., 1991, Craig & Olson 1992, Williams et al, 1996, Riesco et al, 1998, Mass et al, 2001, Skosnik et al, 2001, Nunn et al, 2001, Dumas et al, 2002).

#### **Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

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

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

#### **Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

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

#### **Δραματική διαταραχή προσωπικότητας.**

Τα άτομα που έχουν χαρακτηριστικά της δραματικής δομής προσωπικότητας, τείνουν να προσελκύουν το ενδιαφέρον των άλλων με σαγηνευτικούς τρόπους και με την επιτηδευμένα προσεγμένη εξωτερική εμφάνιση και συμπεριφορά. Αναπτύσσουν εύκολα σχέσεις, αλλά χωρίς περιεχόμενο και με ρηχή έκφραση συναισθημάτων. Είναι άτομα υποβόλιμα με εύκολα μεταβαλλόμενο συναίσθημα. Επιδιώκουν να είναι το κέντρο της προσοχής και νιώθουν άβολα, εάν δεν το κατορθώνουν. Συχνά, αντιδρούν με συμπεριφορές εκδραμάτισης (acting out), όπως απειλές ή απόπειρες αυτοκτονίας για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των άλλων

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

#### **Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.**

Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που συνθέτουν τη ναρκισσιστική προσωπικότητα, έχουν σχέση με την μεγαλειώδη ιδέα εαυτού και την έλλειψη εμπαθητικής κατανόησης προς τους άλλους, που διακρίνει το άτομο. Θεωρεί τον εαυτό του πολύ σπουδαίο, άξιο θαυμασμού με ιδιαίτερες ικανότητες και προνόμια έναντι των άλλων, τους οποίους δεν διστάζει να εκμεταλλεύεται για να επιτύχει τα σχέδιά του. Ο φθόνος κυριαρχεί ως συναίσθημα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και η προβολή των συναισθημάτων του.

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

#### **Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

#### **Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

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

#### **Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας.**

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

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

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

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

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

#### **Διαταραχή Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.**

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

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

### 3. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ MMPI ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

#### 3.1 Βασικές αρχές της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI

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

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

Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται η ελληνική έκδοση του MMPI (Μάνος 1982).

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

Οι δέκα κλινικές κλίμακες είναι οι εξής:

- Υποχονδρίαση (Hs)
- Κατάθλιψη (D)
- Υστερία (Hy)
- Ψυχοπαθητικότητα (Pd)
- Ανδροπρέπεια – Θηλυπρέπεια (Mf)
- Παρανοϊκότητα (Pa)
- Ψυχασθένεια (Pt)
- Σχιζοφρένεια (Sc)
- Υπομανία (Ma)
- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (Si)

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

Όλες οι κλίμακες, κλινικές και ελέγχου της αξιοπιστίας, αναφέρονται με μια συντόμευση και οι κλινικές κλίμακες και με έναν κωδικό αριθμό (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.  
**Βασικές Κλίμακες του MMPI.**

---

Ονομασία Κλίμακας	Συντόμευση	Κωδικός Αριθμός
-------------------	------------	-----------------

---

Κλίμακες ελέγχου αξιοπιστίας

ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΠΩ (CANNOT SAY)	- ?	
ΨΕΥΔΟΣ (LIE)	- L	
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (VALIDITY)	- F	
ΔΙΟΡΘΩΣΗ (CORRECTION)	- K	

Κλινικές Κλίμακες

ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ (HYPOCHONDRIASIS)	- Hs	1
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (DEPRESSION)	- D	2
ΥΣΤΕΡΙΑ (HYSTERIA)	- Hy	3
ΨΥΧΟΠΑΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (PSYCHOPATHIC DEVIATE)	- Pd	4
ΑΝΔΡΟΠΡΕΠΕΙΑ - ΘΗΛΥΠΡΕΠΕΙΑ (MASCULINITY - FEMININITY)	- Mf	5
ΠΑΡΑΝΟΪΚΟΤΗΤΑ (PARANOIA)	- Pa	6
ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ (PSYCHASTHENIA)	- Pt	7
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (SCHIZOPHRENIA)	- Sc	8
ΥΠΟΜΑΝΙΑ (HYPMANIA)	- Ma	9
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΕΙΑ (SOCIAL INTROVERSION)	- Si	10

---

Η καταμέτρηση των απαντήσεων ξεχωριστά για κάθε κλίμακα οδηγεί στις αρχικές ή ακατέργαστες τιμές των κλιμάκων. Οι ακατέργαστες τιμές σημειώνονται στην ειδική

περιοχή του εντύπου αποτύπωσης διαγράμματος της προσωπικότητας. Πέντε κλίμακες έχουν δύο ακατέργαστες τιμές, χωρίς τη διόρθωση K και με την προσθήκη της διόρθωσης.

Υπάρχουν διαφορετικά έντυπα για τον άνδρα και για την γυναίκα. Η ακατέργαστη τιμή αποτυπώνεται με ένα σημείο σε ανάλογο ύψος της κάθε κλίμακας χωριστά. Η συνένωση με μια γραμμή των σημείων αυτών που αντιστοιχούν στις ανυψώσεις των κλιμάκων, αποτελεί το διάγραμμα προσωπικότητας.

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

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

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

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

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

**Η κλίμακα K** (Διόρθωση), μετρά τη στάση του εξεταζόμενου απέναντι στη δοκιμασία και σχετίζεται με τις κλίμακες L και F, σχετικά με την αμυντικότητά του απέναντι στη δοκιμασία. Υψηλή τιμή της κλίμακας K δείχνει μεγάλη αμυντικότητα, ενώ χαμηλή τιμή της K δείχνει ειλικρίνεια και έντονη αυτοκριτική του εξεταζόμενου.

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

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

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

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

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

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

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

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



ενώ σε φυσιολογικές περιπτώσεις η ανύψωση συναντάται σε συνδυασμό μόνον με την Sc και σε ηπιότερες περιπτώσεις σε συνδυασμό με τις ανυψώσεις των κλιμάκων Hs, D, Hy και Mf.

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

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

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

**Η κλίμακα Sc** (Σχιζοφρένεια) εξετάζει την ομοιότητα ατόμων με ψυχιατρικούς ασθενείς που εμφανίζουν παράξενη και ασυνήθιστη συμπεριφορά. Η υψηλή τιμή της κλίμακας Sc αν και δεν εξετάζεται μόνη της αλλά σε συνδυασμό με τις άλλες κλίμακες, μας παραπέμπει σε πολύ σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και είναι φρόνιμο να συνδυάζεται η ερμηνεία του διαγράμματος και με την κλινική διαγνωστική συνέντευξη.

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

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

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

Όλες οι τιμές των κλιμάκων, κλινικών και αξιοπιστίας, που αναφέρθηκαν παραπάνω, ερμηνεύονται σε συνδυασμό με τις ανυψώσεις ή τις χαμηλές τιμές και όχι καθεμιά χωριστά, για να έχουμε έγκυρα αποτελέσματα και εκτιμήσεις της προσωπικότητας των εξεταζόμενων (Μάνος, 1982).

### 3.2 Η χρήση του MMPI στο θεραπευτικό σχεδιασμό και τη θεραπευτική τακτική.

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

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

Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει μέχρι πρόσφατα, ότι οι εξαρτημένοι χρήστες ουσιών κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις ομάδες, ανάλογα με την ψυχοδραστική ουσία της επιλογής τους. Οι διαφορετικές ομάδες των εξαρτημένων περιλαμβάνουν τους χρήστες αλκοόλης, ηρωίνης, κοκαΐνης και αυτούς που κάνουν κατάχρηση πολλαπλών ουσιών. Ανεξάρτητα από την ομάδα μελέτης που ανήκουν οι χρήστες, εμφανίζουν συνήθως μέσο διάγραμμα προσωπικότητας του τύπου 4-2/2-4 (Ψυχοπαθητικότητα – Κατάθλιψη) ή 4-8/8-4 (Ψυχοπαθητικότητα – Διαταραχή της Σκέψης), και ότι υπάρχει διαφορά, ως προς τη βαρύτητα της διαταραχής προσωπικότητας, ανάλογα με την ουσίας επιλογής, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στους χρήστες πολλαπλών ουσιών, τους χρήστες αλκοόλης που εμφανίζουν ηπιότερης βαρύτητας στοιχεία προσωπικότητας, ενώ κάπου ενδιάμεσα, όσον αφορά την παθολογία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, εντάσσονται οι χρήστες ηρωίνης ή

κοκαΐνης. Ο Donovan και οι συνεργάτες του, προχώρησαν την προσπάθεια διερεύνησης των διαφορών των χαρακτηριστικών προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών, με τη μέθοδο της διακριτικής λειτουργικής ανάλυσης. Οι διαφορές έγιναν περισσότερο σαφείς και διακριτές, γεγονός που χρησιμεύει στην κατανόηση των διαφορετικών αποτελεσμάτων της θεραπευτικής τακτικής και των θεραπευτικών επιλογών.

Ο Patalano (1998), σε αναδρομική μελέτη ανάλυσης διαγραμμάτων προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, 160 χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών της δεκαετίας του '70, αναφέρει ότι, 54% των ατόμων εμφανίζουν χαρακτηρισιολογικές διαταραχές, 32% διαταραχές της σκέψης και 9% συναισθηματικές διαταραχές, ενώ 4% των διαγραμμάτων ήταν χωρίς κάποια μορφή συμπτωματολογία. Τα συμπεράσματα αυτά τα δημοσιεύει ο συγγραφέας, για να δείξει την ευρεία ποικιλία της ψυχοπαθολογίας στους χρήστες ουσιών της δεκαετίας του '70 και για χρήση και σύγκριση των στοιχείων αυτών, από τους ερευνητές στην τρέχουσα χρονική περίοδο.

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

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

Ψυχοπαθητικότητας (Pd), της Διαταραχής της Σκέψης (Sc) και της Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si), από ότι στα αντίστοιχα διαγράμματα των γυναικών που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα με εξάρτηση από αλκοόλη. Το μέσο διάγραμμα προσωπικότητας των γυναικών που εμφανίζουν συννοσηρότητα είναι 2-4-8 (Κατάθλιψη – Ψυχοπαθητικότητα – Σχιζοφρένεια) με τιμές  $T > 65$ , ενώ στο αντίστοιχο διάγραμμα των γυναικών χωρίς συννοσηρότητα, μόνο η κλίμακα Pd (4) της Ψυχοπαθητικότητας εμφανίζεται ανυψωμένη.

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

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

Οι Husband & Iguchi (1995), σε ερευνητική μελέτη που συμμετείχαν εθελοντές εξαρτημένοι σε πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη, χορήγησαν τις ψυχομετρικές δοκιμασίες προσωπικότητας MMPI και MMPI-2, με σκοπό τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο δοκιμασιών στο ίδιο δείγμα πληθυσμού. Δεν παρατηρήθηκαν κάποιες σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ψυχομετρικών εργαλείων. Η ομοιότητα των ανυψώσεων των ζευγών των κλινικών κλιμάκων του διαγράμματος προσωπικότητας, κυμάνθηκε από 61% ως 92%, ανάλογα με τον καθορισμό της ομοιότητας, από τους ερευνητές. Η μελέτη δείχνει την εγκυρότητα των μετρήσεων των δύο ψυχομετρικών δοκιμασιών σε κοινό ερευνητικό δείγμα.

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

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

Οι Wong & Besett (1999), διαπίστωσαν τη χρησιμότητα των υποκλιμάκων του MMPI-2, που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών (Αναθεωρημένη Κλίμακα Αλκοολισμού

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

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

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

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

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

προσωπικότητας των συγκεκριμένων γυναικών, καθώς και η χρήση της ψυχομετρικής δοκιμασίας σε μελλοντικές αντίστοιχες περιπτώσεις.

Οι Riesco και συν. (1998), μελέτησαν την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των κρατούμενων για διάφορα ποινικά αδικήματα. Η εκτίμηση των διαταραχών έγινε με δύο ψυχομετρικές δοκιμασίες προσωπικότητας, την κλασική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI και την πρόσφατα δημοσιευμένη δοκιμασία προσωπικότητας International Personality Disorder Examination (IPDE), που εγκρίθηκε από τον Π.Ο.Υ., για τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV και ICD-10. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 56 κρατούμενους για αδικήματα που αφορούσαν την εμπορία και κατάχρηση ναρκωτικών, ληστείες, κλοπές, αδικήματα κατά της δημόσιας υγείας, αλλά και ανθρωποκτονίες και απόπειρες ανθρωποκτονίας, βιασμούς και απαγωγές. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν, στο 91% του δείγματος, την εμφάνιση μιας ή περισσότερων διαταραχών προσωπικότητας, με συχνότητα εμφάνισης την Αντικοινωνική (79%), Παρανοϊκή (52%) και Μετ αιχμιακή (41%) σύμφωνα με το IPDE, ενώ αντίστοιχα με το MMPI η συχνότητα εμφάνισης ήταν, η Ψυχοπαθητικότητα (59%), Παράνοια (46%) και Σχιζοφρένεια (41%).

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

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

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

Οι Hurt και συν. (1990), μελέτησαν την σταθερότητα των μετρήσεων της δοκιμασίας προσωπικότητας MMPI με επαναλαμβανόμενη χορήγηση δοκιμασιών προσωπικότητας σε 67 άτομα, που νοσηλεύονταν ενδονοσοκομειακά, για μικρό χρονικό διάστημα, λόγω

κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων, μετά από παρέλευση τριών εβδομάδων θεραπείας εμφάνισαν υψηλά επίπεδα σταθερότητας στις μετρήσεις των κλιμάκων στα σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας των υποκειμένων.

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

Οι Iwashige και συν. (1997), μελέτησαν την έκβαση της θεραπείας, με δείγμα μελέτης αποτελούμενο από 53 άνδρες εξαρτημένους από αλκοόλη. Η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπευτικής διαδικασίας ήταν διάρκειας 84 ημερών. Χορηγήθηκε η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI σε δύο διαδοχικές χρονικές περιόδους, κατά την προσέλευση των ατόμων στο θεραπευτικό πλαίσιο και μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. Στην αρχική μέτρηση εμφανίζονταν ανυψωμένες, με τιμές T υψηλότερες της τιμής 60, οι κλίμακες F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc και MAS. Στη μέτρηση της επανεκτίμησης, οι 20 από τις 27 κλίμακες του MMPI που χρησιμοποιήθηκαν, είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από την αρχική μέτρηση, αποτέλεσμα που θεωρείται, ότι προκύπτει ως συνέπεια της θεραπείας.

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

Οι εξαρτημένοι κρατούμενοι του δείγματος της μελέτης εντάχθηκαν υποχρεωτικά στο θεραπευτικό πρόγραμμα κατά τη χρονική περίοδο 1962-64, όταν συνελήφθησαν. Έκτοτε

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

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

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

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



## 4. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΝΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

### 4.1 Προφίλ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) είναι Ειδικό Νοσοκομείο στο χώρο της ψυχικής υγείας, λειτουργώντας παράλληλα και σαν φορέας εκπαίδευσης, στα πλαίσια της δραστηριοποίησής του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και έχοντας πρωταγωνιστικό ρόλο στην υλοποίηση της πολιτικής για την ψυχική υγεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Παράλληλα, παρέχει κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Στους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εντάσσονται ή ανάπτυξη περισσότερων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, όπως ξενώνες, μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης, με τη μορφή μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με σκοπό τη σταδιακή μείωση των κλινών. Στο ΨΝΘ εργάζονται 940 άτομα, εκ των οποίων 403 ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό και 137 στο ιατρικό. Το ΨΝΘ είναι μονάδα ενταγμένη στο ΕΣΥ<sup>10</sup> ([www.psychotes.gr](http://www.psychotes.gr)).

### 4.2 Οργάνωση του Νοσοκομείου

Με βάση το γενικότερο σχεδιασμό που ισχύει για το χώρο της υγείας, η διάρθρωση του ΨΝΘ αποτελείται από τα εξής τμήματα (Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 2011):

- Διοικητική Υπηρεσία, όπου συντονίζονται οι οικονομικές και διοικητικές λειτουργίες, όπως και οι συναλλαγές με τους πολίτες.
- Τεχνική Υπηρεσία, που παρακολουθεί και συντηρεί τα κτίρια και τον περιβάλλοντα χώρο.
- Νοσηλευτική Υπηρεσία, που αποτελείται από το προσωπικό, ως αναπόσπαστο μέρος της διεπιστημονικής ομάδας, που εργάζεται στο νοσοκομείο. Οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν αποκτήσει την ειδικότητα του ψυχιατρικού νοσηλευτή. Στο προσωπικό ανήκουν και οι Επισκέπτριες Υγείας.
- Ιατρική Υπηρεσία, που αποτελείται από τους γιατρούς (ψυχίατρους και γιατρούς λοιπών ειδικοτήτων) και τους ειδικευόμενους γιατρούς, που εργάζονται σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές του ΨΝΘ. Επίσης συγκαταλέγονται το παραϊατρικό προσωπικό, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

<sup>10</sup> ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Εικόνα 4.2.1:** Οργανόγραμμα ΨΝΘ



Πηγή: Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 2011

Στο ΨΝΘ υπάρχουν επίσης, δίκτυα υπηρεσιών για τον πολίτη, κέντρα κοινωνικής φροντίδας, μονάδες επανένταξης, εργαστήρια κατάρτισης και απασχόλησης, επιτροπές υποστηρικτικών δράσεων, ενταγμένα ευρωπαϊκά προγράμματα, εκπαιδευτικά προγράμματα κατάρτισης-επιμόρφωσης και χορήγησης ειδικοτήτων και οι Μονάδες Απεξάρτησης, όπως ο «Ψυχοκοινωνικός – Θεραπευτικός και Συμβουλευτικός Σταθμός για Άτομα Εξαρτημένα από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχρά Παιχνίδια», το «Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων ‘Αργώ’» και το «Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων ‘ΙΑΝΟΣ’».

#### 4.3 Τμήμα Αποκατάστασης Τοξικομανών «ΙΑΝΟΣ»

Η λειτουργία του τμήματος άρχισε το 1990, πρακτικά όμως χρονολογείται από την 1-11-1992, ημερομηνία έναρξης λειτουργίας του Πολυδύναμου Συμβουλευτικού Σταθμού Θεραπευτικού Χαρακτήρα και της Θεραπευτικής Κοινότητας .

Τα άτομα που εξυπηρετούνται στο τμήμα, είναι αποκλειστικά εξαρτημένοι από παράνομες ουσίες και οι οικογένειές τους. Για τον ίδιο σκοπό λειτουργούν ο «Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Θεραπευτικού Χαρακτήρα» σε κεντρικό σημείο της Θεσσαλονίκης, η Θεραπευτική Κοινότητα στην περιοχή «Καρτερές», 40 χλμ. έξω από τη

Θεσσαλονίκη, η Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX), σε ειδικό για το σκοπό αυτό οίκημα μέσα στο χώρο του ΨΝΘ και η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης και Αποκατάστασης.

Στρατηγικό σημείο της μονάδας είναι ο Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Θεραπευτικού Χαρακτήρα (ΣΣ), που είναι η υπηρεσία πρώτης υποδοχής, όσων αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης. Πρόκειται για πολυδύναμη μονάδα όπου αντιμετωπίζεται και εκτιμάται η κατάσταση του προσερχόμενου. Πρακτικά, τηρείται διαδικασία κατανόησης του προβλήματος, ψυχολογική και ψυχιατρική διερεύνηση, λήψη ιστορικού κλπ., με σκοπό την κατάλληλη θεραπευτική πρόταση για εξατομικευμένη αντιμετώπιση. Μετά την αρχική αυτή εκτίμηση, τα περιστατικά οδηγούνται αρχικά στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) και στη συνέχεια στη Θεραπευτική Κοινότητα, εφόσον αυτό είναι επιθυμητό. Οι ειδικές περιπτώσεις συννοσηρότητας, αντιμετωπίζονται σε ειδικά ανεπτυγμένη μονάδα, διπλής διάγνωσης, που αποτελεί νέα δομή του τμήματος. Οι ανήλικοι παραπέμπονται στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία ή αντιμετωπίζονται ψυχοθεραπευτικά από θεραπευτή του ΣΣ. Στον ίδιο χώρο λειτουργεί και η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης και Αποκατάστασης, που είναι αρμόδια για τα άτομα, που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας και υποβοηθούνται για την επανάταξη στην κοινωνική ζωή (Ζλατάνος, 1999).

#### 4.4 Ιδεολογία του ΨΝΘ και του Τμήματος ΙΑΝΟΣ

Το ΨΝΘ αποτελεί ένα κοινωνικό δεδομένο. Στις υπηρεσίες του απευθύνονται άτομα κάθε κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου και δραστηριοποιείται με κατεύθυνση τον πλέον σημαντικό στόχο, που είναι η ζωή στην κοινότητα. Ενδεικτικό είναι, ότι δεν υπάρχουν πια τα ψηλά τείχη με την περίφραξη στο κτίριο, που έκρυβαν τα παλαιότερα χρόνια την ψυχική νόσο από τον έξω κόσμο (Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 2011).

Στόχος του τμήματος ΙΑΝΟΣ είναι η ουσιαστική παρέμβαση στους εξαρτημένους σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Το τμήμα προσεγγίζει, κατευθύνει και παρακολουθεί το εξαρτημένο άτομο σε όλες τις φάσεις, τόσο κατά την εξάρτησή του, όσο και για την απεξάρτηση, αποκατάσταση και επανάταξη.

Βασική αρχή είναι η ψυχιατρική διερεύνηση της προσωπικότητας του χρήστη, η αξιολόγηση του προβλήματος, η ψυχιατρική διάγνωση - όταν είναι αυτό απαραίτητο - και η παροχή εξατομικευμένης θεραπευτικής πρότασης. Απαραίτητη κρίνεται η ψυχιατρική

υποστήριξη, προκειμένου να επιλεγεί το κατάλληλο θεραπευτικό μοντέλο, αλλά και για να παρασχεθούν εναλλακτικές ψυχοθεραπευτικές προτάσεις.

Μία πρακτική του τμήματος είναι και η επεξεργασία ενός «συμβολαίου τιμής» με τον εξαρτώμενο, που στοχεύει στην ανεξάρτησή του, με σκοπό την υπεύθυνη συμμετοχή του, αλλά και για κάθε άλλη μορφή βοήθειας προς τον ίδιο και την οικογένειά του.

Γενικά, πρόκειται για «φιλελεύθερο και δημοκρατικό» πρόγραμμα, που έχει ευελιξία και αποσκοπεί στην ανάπτυξη της προσωπικής ευθύνης για τον εξαρτώμενο και την κοινωνικοποίησή του. Το προσωπικό καλείται να είναι ειδικευμένο, ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο, να εργασθεί δημιουργικά στον ευαίσθητο αυτό χώρο.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας είναι «οριζόντια» και «αντί-ιεραρχική» με σεβασμό και αποδοχή των ειδικών ρόλων του κάθε μέλους, χωρίς να παραγνωρίζεται και ο δημόσιος χαρακτήρας αυτής της εργασίας (Ρογκότης, 1994).

#### 4.5 Στατιστικά Μεγέθη

Για την περίοδο 1991-2010 καταγράφονται μεταξύ άλλων τα ακόλουθα στατιστικά δεδομένα για το τμήμα ΙΑΝΟΣ:

✓ Από την έναρξη της λειτουργίας του τμήματος μέχρι την 31-12-2010, απευθύνθηκαν σ' αυτό συνολικά 4477 άτομα, απ' τα οποία 3859 (86,2%) άντρες και 618 (13,7%) γυναίκες. Λαμβάνοντας όμως υπόψη και τις επαναλαμβανόμενες αιτήσεις για βοήθεια επανερχόμενων χρηστών, οι κλινικές διαγνωστικές συνεντεύξεις υπερβαίνουν πολλαπλάσια τον παραπάνω αριθμό ατόμων, για το ίδιο χρονικό διάστημα.

✓ Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν συνολικά στο τμήμα με αίτημα την ανεξάρτηση, εισήχθηκαν μέχρι το 2010, στη Θεραπευτική Κοινότητα (ΘΚ) 726 άτομα και ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα παραμονής 270 άτομα (37,2%).

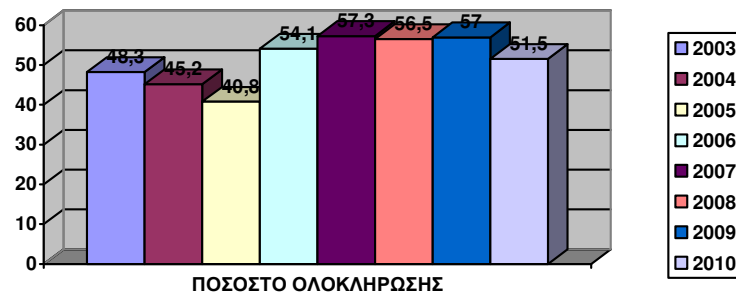
✓ Στη Μονάδα 'DETOX', από την 15-1-1996 έως 31.12.2002 εισήχθηκαν 1.482 άτομα και ολοκλήρωσαν την απαιτούμενη χρονική διάρκεια παραμονής 756 (51,01%) άτομα, ενώ την τελευταία πενταετία, η διάρκεια ολοκλήρωσης τείνει να έχει αυξητικές τάσεις, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα 4.5.1.

Συγκεκριμένα:

- Το 2003 εισήχθησαν 312 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 151 (48,3%)
- Το 2004 εισήχθησαν 270 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 122 (45,2%)
- Το 2005 εισήχθησαν 254 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 104 (40,8%)
- Το 2006 εισήχθησαν 281 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 151 (54,1%)

- Το 2007 εισήχθησαν 318 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 182 (57,3%)
- Το 2008 εισήχθησαν 338 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 191 (56,5%)
- Το 2009 εισήχθησαν 289 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 165 (57%)
- Το 2010 εισήχθησαν 283 άτομα και ολοκλήρωσαν οι 146 (51,5%)

**Γράφημα 4.5.1 Ποσοστό Ολοκλήρωσης DETOX**



Η χρονική διάρκεια παραμονής στη ΘΚ είναι οι 12 μήνες, που θεωρείται ικανό χρονικό διάστημα θεραπείας, ενώ στο DETOX οι τρεις βδομάδες, θεωρείται επίσης ικανό χρονικό διάστημα για σωματική αποτοξίνωση.

✓ Οι προγνωστικοί δείκτες ολοκλήρωσης νοσηλείας ενός ατόμου στην Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης είναι: α) τα χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά την εισαγωγή του, β) η ύπαρξη υποστηρικτικών συστημάτων, γ) η μειωμένη χρήση κοκαΐνης, δ) εμπλοκή με το Δικαστικό / Σωφρονιστικό σύστημα (Κεφαλάς, 2008).

✓ Σε έρευνα του τμήματος, σε στατιστικό δείγμα 176 ατόμων, από το 1996 – 2007, αναφορικά με την ικανοποίηση του χρήστη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είχαμε τα εξής αποτελέσματα όπως αποτυπώνονται στο παρακάτω γράφημα

### Γράφημα 4.5.2 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων



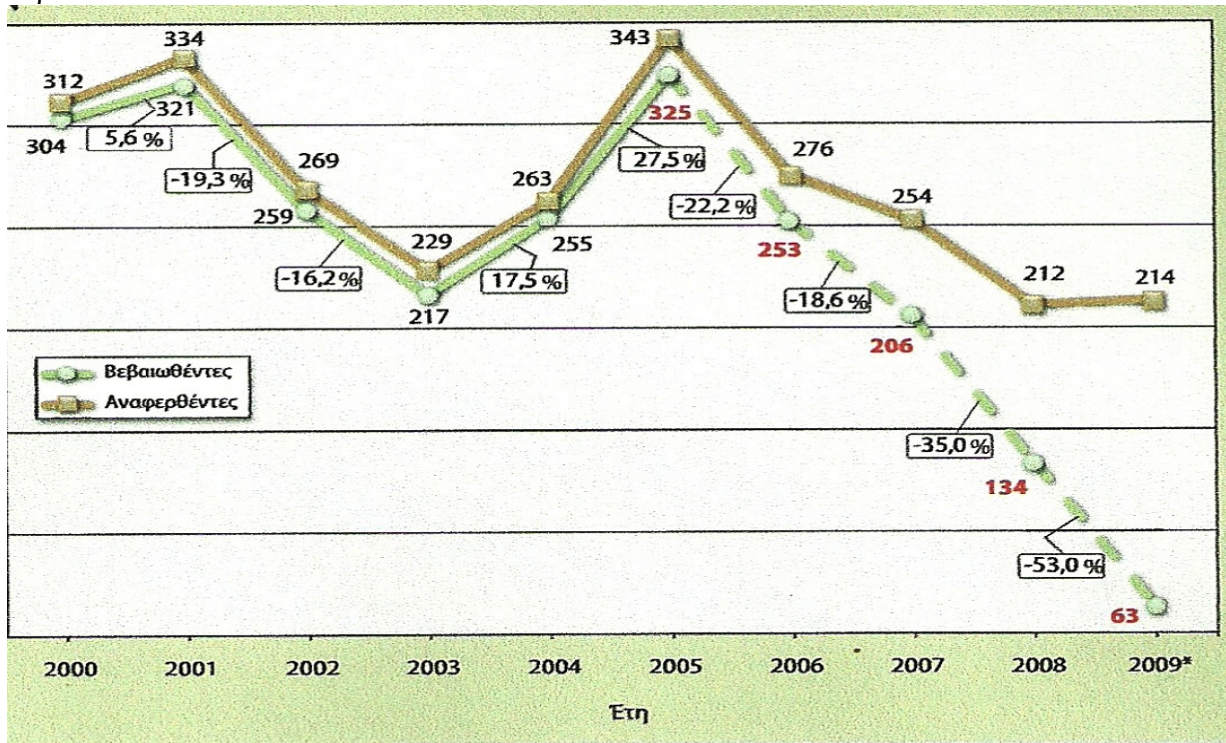
Όσον αφορά τον τομέα των δαπανών του τμήματος ΙΑΝΟΣ, σημειώνονται τα εξής:

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ<sup>11</sup> για το 2009, οι δαπάνες της Μονάδας Απεξάρτησης του ΨΝΘ ανήλθαν σε 2.706.923,21 ευρώ, μειωμένες κατά 20% από το 2008. Από αυτό το ποσό (όπως παρουσιάζεται στα στοιχεία του ΨΝΘ), ποσό 2.272.709,33 ευρώ αφορά τη μισθοδοσία προσωπικού (που καλύπτεται από πιστώσεις του Υπουργείου), ενώ το υπόλοιπο ποσό αφορά λειτουργικά έξοδα (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

Σε πανελλαδικό επίπεδο, σύμφωνα με την ίδια πρόσφατη Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για το 2009, τα στοιχεία θανάτων από ναρκωτικά, όπως διατίθενται από το Τμήμα Ναρκωτικών της Διεύθυνσης Δημόσιας Ασφάλειας της Ελληνικής Αστυνομίας, παρουσιάζουν μεγάλη μείωση του αριθμού τους (2005:325 βεβαιωμένοι θάνατοι/2009:63 βεβαιωμένοι θάνατοι), η οποία μείωση καταγράφεται από το έτος 2005. Αναμένεται ωστόσο η ολοκλήρωση της διαδικασίας επιβεβαίωσης των αναφερθέντων θανάτων, οπότε η μείωση αυτή πιθανολογείται να είναι σημαντικά μικρότερη (ΕΚΤΕΠΝ, στο ίδιο). (Σχετικό το ακόλουθο Γράφημα 3.1):

<sup>11</sup> ΕΚΤΕΠΝ: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

**Γράφημα 4.5.3** Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά (μέχρι 31-8-2010) και ποσοστιαία μεταβολή των βεβαιωθέντων θανάτων ανά έτος, κατά την περίοδο 2000-2009



Πηγή: ΕΚΤΕΠΝ, 2010





\

## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## 5. ΣΚΟΠΟΣ, ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 5.1 Σκοπός της μελέτης

#### 5.1.1 Γενικός σκοπός και στόχοι

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

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης, είναι η συγκριτική εκτίμηση και αξιολόγηση των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων, που απευθύνθηκαν στο τμήμα 'ΙΑΝΟΣ' του ΨΝΘ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης), εντάχθηκαν και ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα επιτυχώς και απέχουν έκτοτε από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών.

Η χρησιμότητα της παρούσης συγκριτικής μελέτης, έγκειται στη διερεύνηση και εντόπιση των όποιων αλλαγών στην ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου, που περιλαμβάνει την δομή της προσωπικότητας και την απορρέουσα συμπεριφορά, καθώς και τη νέα λειτουργική ικανότητα του ατόμου, ως συνέπεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη διάρκεια της ένταξής του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

#### 5.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι:

1) Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών πρακτικών στη δομή της προσωπικότητας των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών.

2) Η χρησιμότητα της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού προγράμματος.

### 5.2 Υλικό της μελέτης

#### 5.2.1 Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Υλικό της μελέτης απετέλεσαν, χρόνιοι χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών που απευθύνθηκαν στον Συμβουλευτικό Σταθμό του τμήματος Αποκατάστασης

Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αίτημα τη θεραπευτική βοήθεια για σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση, στη χρονική διάρκεια 1993 - 2010.

Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Σ.Σ του τμήματος, επελέγησαν εκείνοι που ολοκλήρωσαν όλο το φάσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, - Σωματική Αποτοξίνωση, Ψυχολογική Απεξάρτηση και Επανένταξη - στο προαναφερόμενο χρονικό διάστημα.

### **5.2.2 Πληθυσμός και Επιλογή του δείγματος**

Οι εξεταζόμενοι αποτελούν δείγμα 58 ατόμων, που πληρούν τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, όπως αυτά αναφέρθηκαν παραπάνω. Το δείγμα αυτό, αποτελεί περίπου, το 1/5 του συνολικού αριθμού των ατόμων, που ολοκλήρωσαν τον κύκλο της θεραπευτικής διαδικασίας. Από τους υπόλοιπους, δεν συμμετείχαν στην έρευνα, είτε γιατί υποτροπίασαν, είτε δε δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, είτε γιατί ήταν αδύνατη η πρόσβαση, λόγω διαμονής σε απομακρυσμένες περιοχές.

Η αρχική ερευνητική υπόθεση περιελάμβανε, την ανίχνευση τυχόν διαφορών του δείγματος, όσον αφορά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων, σε δύο περιόδους: στην έναρξη της θεραπείας και υπό καθεστώς λήψης ουσιών και στην φάση ολοκλήρωσης του θεραπευτικού έργου.

Η διαπίστωση αυτή γέννησε την ιδέα της σύγκρισης, των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, καθώς και τη μελέτη και στατιστική σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητάς τους.

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

Τα κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητα των μελών του δείγματος που ανιχνεύονται μέσω της ψυχομετρικής δοκιμασίας (test) του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), αφορούν τα άτομα που στην πρώτη επαφή υποβλήθηκαν στην εν λόγω δοκιμασία και έγινε επανεκτίμηση των στοιχείων της προσωπικότητάς τους, μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας.

## 5.3 Μεθοδολογία της μελέτης

### 5.3.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

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

Στη συγκριτική μελέτη των κλινικών και των στοιχείων της προσωπικότητας του δείγματος της έρευνας, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας MMPI, επειδή η συγκεκριμένη δοκιμασία, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο ανάλυσης της προσωπικότητας και προσφέρεται ως ερευνητικό μέσο σύγκρισης των στοιχείων προσωπικότητας ατόμων, που ανήκουν σε ανεξάρτητα δείγματα (Μάνος και Butcher, 1982).

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

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

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

### 5.3.2 Εργαλείο στατιστικής σύγκρισης αποτελεσμάτων της έρευνας

Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics for Windows, έκδοση 20. Περιλαμβάνουν περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος καθώς και επαγωγικές στατιστικές μεθόδους ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα δημογραφικά στοιχεία περιλάμβαναν τις συχνότητες, τους μέσους όρους, τυπικές αποκλίσεις και τυπικά λάθη των μέσων όρων ως προς φύλο και την ηλικία των ασθενών. Συγκρίθηκαν τα δύο φύλα ως προς την μέση ηλικία τους, με τη δοκιμασία t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Ακόμη διερευνήθηκε κατά πόσο το αρχικό

επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται με την μεταβολή στις κλίμακες MMPI με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman  $r$ .

#### *5.3.2.1 Σύγκριση μεταξύ των μετρήσεων στις κλίμακες MMPI πριν και μετά την παρέμβαση*

Διεξήχθη στατιστικός έλεγχος των διαφορών στις κλίμακες του MMPI πριν και μετά την παρέμβαση με τη χρήση της δοκιμασίας t-test για εξαρτημένα δείγματα. Ο στατιστικός έλεγχος έγινε ξεχωριστά για τα δύο φύλα καθώς υπάρχουν διαφορετικές τιμές αναφοράς για κάθε φύλο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 4 έως και 7. Μαζί με τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ( $p$ ) παρατίθενται και οι δείκτες μεγέθους ( $d$ ) των διαφορών ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση της σημαντικότητας των ευρημάτων. Σύμφωνα με τον Cohen (1988) οι δείκτες μεγέθους των διαφορών αξιολογούνται ως:

- Μικρότερος δείκτης μεγέθους  $d$  του 0,2: η διαφορά υποδηλώνει μικρή ισχύ της σχέσης μεταξύ των συγκρινόμενων μεταβλητών
- δείκτης μεγέθους 0,5: η διαφορά υποδηλώνει μεσαία (τυπική) ισχύ της σχέσης μεταξύ των συγκρινόμενων μεταβλητών
- δείκτης μεγέθους 0,8: η διαφορά υποδηλώνει μεγάλη ισχύ της σχέσης μεταξύ των συγκρινόμενων μεταβλητών
- δείκτης μεγέθους μεγαλύτερος της μονάδος: η διαφορά υποδηλώνει πολύ μεγαλύτερη της τυπικής ισχύς της σχέσης μεταξύ των συγκρινόμενων μεταβλητών

Συνοπτικά τα αποτελέσματα οπτικοποιούνται στα γραφήματα 3, 4 και 5. Στο γράφημα 3 παρουσιάζονται οι μεταβολές μεταξύ των μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI και για τα δύο φύλα ενώ στα γραφήματα 4 και 5 παρατίθενται σε παράλληλα ραβδογραφήματα οι βαθμολογίες στις κλίμακες MMPI μετά και πριν την παρέμβαση (σημειώνονται και τα εύρη των διαστημάτων  $\pm 1$  τυπικό λάθος του μέσου όρου).

### *5.3.2.2 Έλεγχος της επίπτωσης του διαμεσολαβούντος χρόνου μεταξύ των μετρήσεων, της ηλικίας και του φύλου των υποκειμένων στις μεταβολές των κλιμάκων MMPI.*

Παρόλο που τα αποτελέσματα από τις συγκρίσεις μεταξύ των δύο μετρήσεων στο χρόνο είναι ενδεικτικά της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, δεν είναι αρκετά ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα ως προς την συνεισφορά κάθε παράγοντα στη τελική έκβαση. Είναι λογικό να αναμένουμε ότι τα άτομα τα οποία μένουν μακριά από τη χρήση ουσιών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα έχουν και περισσότερα οφέλη σε σύγκριση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν πρόσφατα το πρόγραμμα παρέμβασης. Ακόμη, ο χρόνος ως μοναδικός και ανεξάρτητος παράγοντας οδηγεί σε ήπιες μεταβολές της ψυχοσύνθεσης οι οποίες περιμένουμε να αντανακλώνται στα ευρήματα ενός ερωτηματολογίου όπως το MMPI. Η ηλικία κατά την οποία γίνεται η έναρξη της παρέμβασης ακόμη ενδέχεται να έχει έναν σημαντικό ρόλο, καθώς τα νεαρότερα άτομα τείνουν να έχουν λιγότερο αποκρυσταλλωμένες απόψεις για τον εαυτό και το περιβάλλον τους, με λογικό επακόλουθο την δυνατότητα μεγαλύτερης θετικής μεταβολής σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος, άτομα διαφορετικού φύλου ενδέχεται να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη σε διαφορετικές παραμέτρους της προσωπικότητάς τους.

Καθώς τα στοιχεία τα οποία βρίσκονται στη διάθεση μας έχουν συλλεχθεί σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της ζωής των ασθενών, ενώ και οι ηλικίες κατά τις οποίες ολοκληρώθηκε η παρέμβαση διαφέρουν, παρουσιάστηκε η ευκαιρία να εκτιμηθεί η συγκριτική σημασία των προαναφερθέντων παραγόντων στη τελική μεταβολή των κλιμάκων του MMPI. Για την λύση αυτού του ιδιαίτερου στατιστικού προβλήματος επιλέχθηκε η χρησιμοποίηση της μεθόδου μοντελοποίησης με χρήση του γραμμικού μικτού μοντέλου (Linear Mixed Model), στο οποίο συμπεριλαμβάνονται σαν παράγοντες μεταξύ των ομάδων το φύλο και η ηλικία έναρξης της παρέμβασης (between subjects factor) όπως και ένας παράγοντας μέσα στις ομάδες (2μετρήσεις, πριν και μετά την εφαρμογή της μεθόδου, repeated measurements).

Οι υπολογισμοί διενεργήθηκαν ξεχωριστά για κάθε κλίμακα του MMPI. Χρησιμοποιήθηκε η παραμετροποίηση των πινάκων συμεταβλητότητας με την υπόθεση ότι υπάρχει μία συσχέτιση της δεύτερης απάντησης του κάθε ατόμου με την αρχική του απάντηση (autoregressive relationship), καθώς πρόκειται για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Verbeke, 2000).

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αρχική εκτίμηση των στοιχείων της προσωπικότητας - με βάση την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI – χρηστών παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, κατά την περίοδο 1993-2010, ανέδειξε τρεις κυρίως κατηγορίες χαρακτηριστικών προσωπικότητας:

- I. Με προεξέχοντα τα αντικοινωνικά στοιχεία (ιστορικό περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων, αδιαφορία για τον νόμο και παράνομη συμπεριφορά, εκμετάλλευση και χειραγώγηση των άλλων για προσωπικό όφελος, αδυναμία για σταθερές σχέσεις). Στην ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, είναι ιδιαίτερα ανεβασμένη η τιμή της κλίμακας Pd (ψυχοπαθητικότητα).
- II. Με προεξέχοντα τα νευρωσικά στοιχεία: κατάθλιψη, υποχονδρίαση, υστερία. Σ' αυτήν την περίπτωση, στην ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, αναδεικνύονται οι παθολογικές τιμές των κλιμάκων D (κατάθλιψη), Hb (υποχονδρίαση), Hy (υστερία).
- III. Με προεξέχοντα τα ψυχωσικά στοιχεία: ψυχασθένεια, παράνοια, Σχιζοφρένεια, Υπομανία. Οι ανυψωμένες τιμές των αντίστοιχων κλιμάκων Pt (ψυχασθένεια), Pa (παράνοια), Sc (Σχιζοφρένεια) Ma (υπομανία), ανευρίσκονται σε μικρότερο αριθμό ασθενών σε σχέση με τις παραπάνω κλίμακες.

Η κλίμακα Mf (Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια), εμφανίζει να έχει φυσιολογικές τιμές

Στα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης του δείγματος, όπως καθορίστηκαν και αναφέρονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 5.2. Υλικό της Μελέτης, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα και η στατιστική σύγκριση των Δημογραφικών χαρακτηριστικών και στη συνέχεια των Στοιχείων της Προσωπικότητας με τη σύγκριση και στατιστική αξιολόγηση των διαγραμμάτων της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI.

### 6.1 Συγκρίσεις ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

#### 6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία με βάση το φύλο και την ηλικία

Συγκρίθηκαν τα δύο φύλα ως προς τη μέση ηλικία τους και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, με τις γυναίκες να έχουν μικρότερο μέσο όρο ηλικίας.



Τα άτομα που αποτελούν το δείγμα μελέτης, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το φύλο, τον μέσο όρο της ηλικίας τους ανά ομάδα, καθώς και το εύρος των ηλικιών στις επί μέρους ομάδες, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 6.1.1.1.

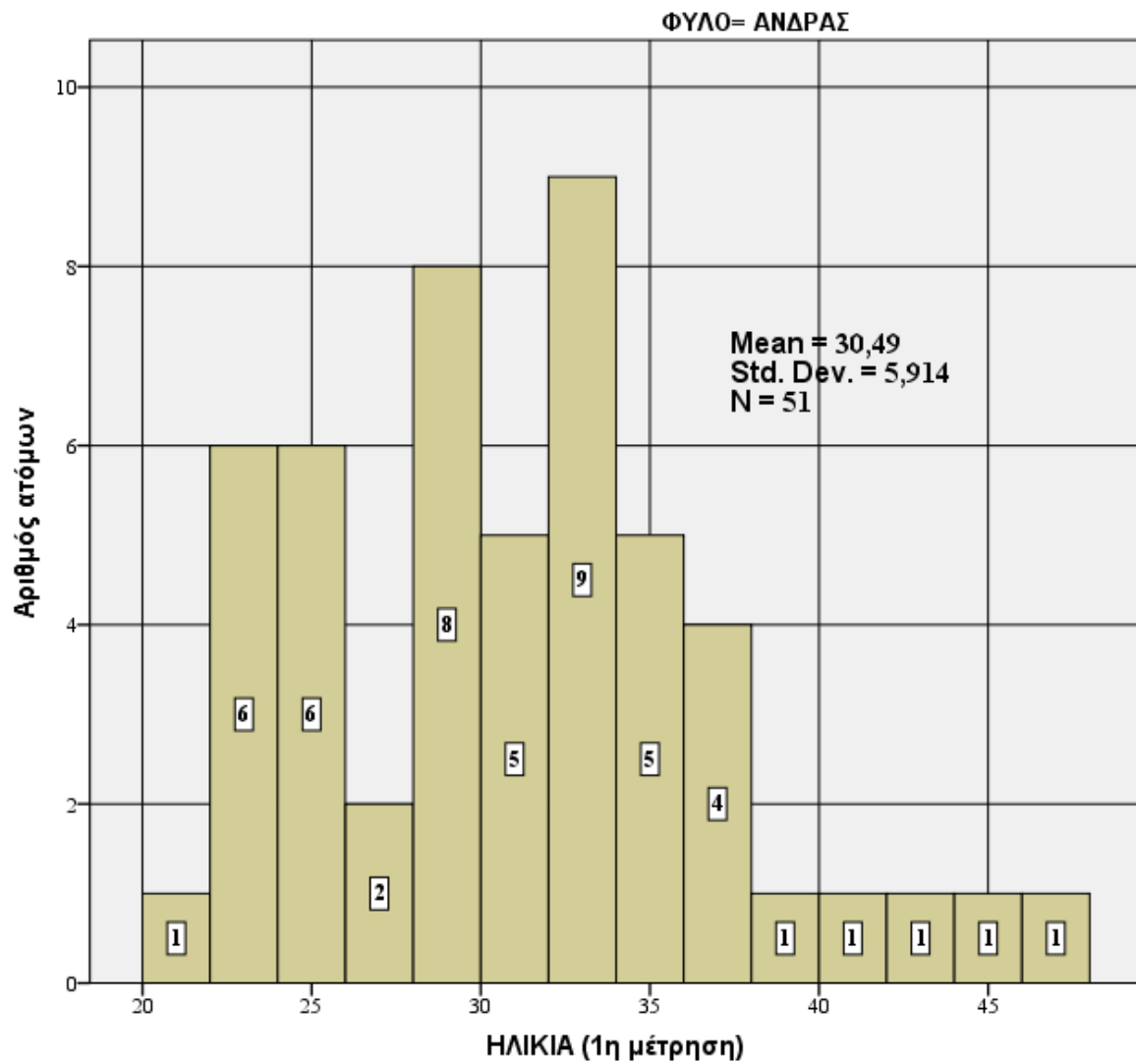
Η στατιστική σύγκριση ως προς το φύλο και ηλικία του δείγματος εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $X^2 = 2,393$ , B.E = 1,  $p < 0,02$ ).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παραστατικά στον πίνακα 1, καθώς και με κατάλληλα ραβδογράμματα (Γράφημα 1 και 2).

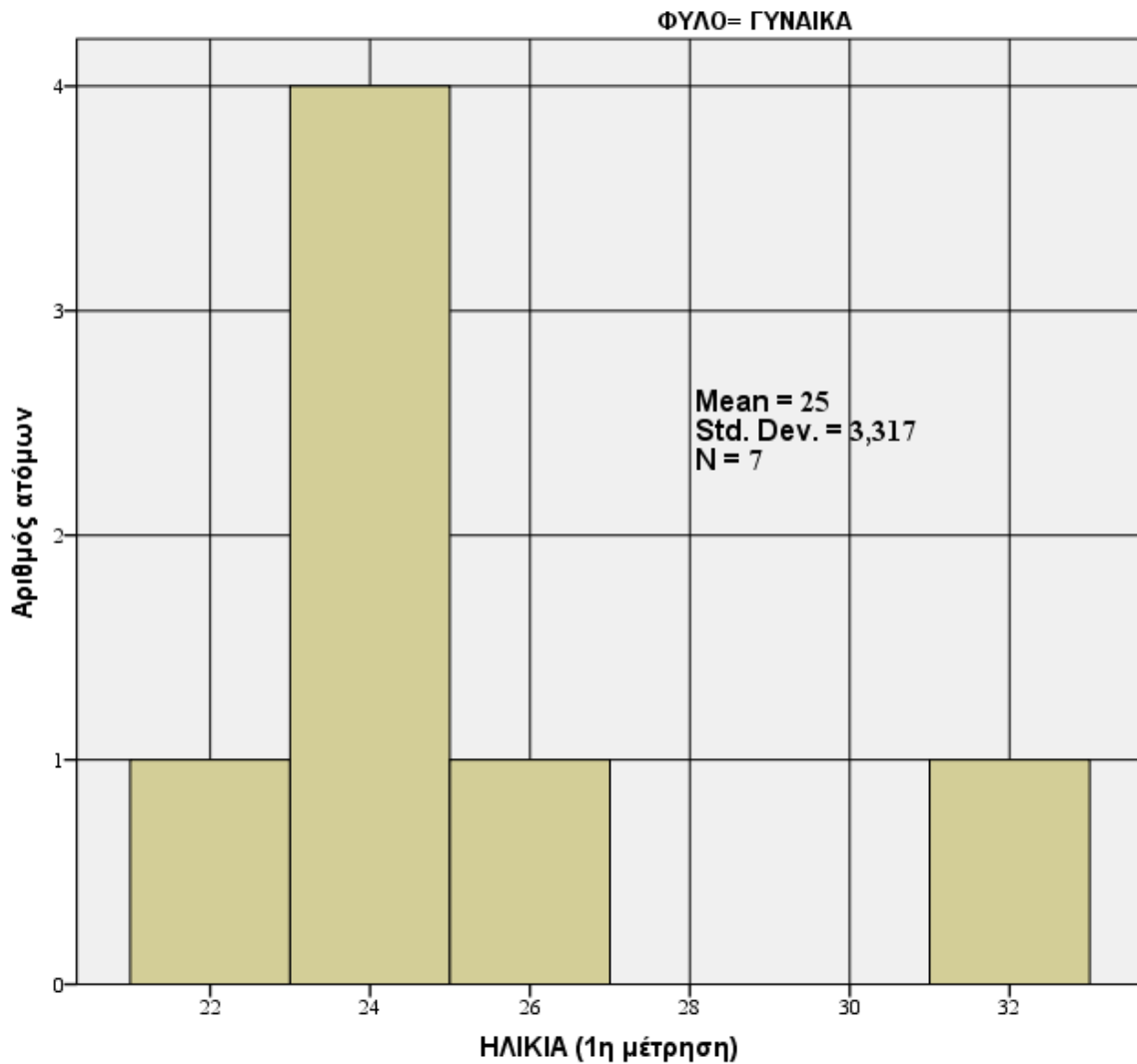
**Πίνακας 6.1.1.1. Φύλο και ηλικία των ασθενών**

ΦΥΛΟ	N	Μέσος όρος ηλικίας	Τυπική απόκλιση (s.d)	Τυπικό λάθος μέσου όρου	Σύγκριση μεταξύ φύλων	
					t (56)	p
ΑΝΔΡΑΣ	51	30,49	5,914	,828	2.393	.02
ΓΥΝΑΙΚΑ	7	25,00	3,317	1,254		

Γράφημα 6.1.1.2. κατανομή ανδρών ανά ηλικία κατά την έναρξη του προγράμματος



**Γράφημα 6.1.1.3. κατανομή γυναικών ανά ηλικία κατά την έναρξη του προγράμματος**



### **6.1.2 Δημογραφικά στοιχεία με βάση την Εκπαίδευση**

Διερευνήθηκε κατά πόσο το αρχικό επίπεδο εκπαίδευσης, (πίνακας 6.1.2.2), συσχετίζεται με τη μεταβολή στις κλίμακες MMPI. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 6.1.2.3, δείχνουν ότι στην κλίμακα της αμυντικότητας (Κ) και μόνο υπήρξε συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με το εύρος της βελτίωσης, με άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, να παρουσιάζουν υψηλότερη βελτίωση σε αυτήν την κλίμακα.

### Πίνακας 6.1.2.1. Επίπεδο εκπαίδευσης

	Έναρξη προγράμματος		Δεύτερη μέτρηση	
	Συχνότητα	Ποσοστιαία αναλογία	Συχνότητα	Ποσοστιαία αναλογία
Ολοκλήρωσε το Δημοτικό	4	6,9	3	5,2
Έως Β' Γυμνασίου	3	5,2	2	3,4
Έως Γ' Γυμνασίου	11	19,0	9	15,5
Ολοκλήρωσε το Γυμνάσιο	7	12,1	8	13,8
Έως Α' Λυκείου	6	10,3	3	5,2
Έως Β' Λυκείου	3	5,2	1	1,7
Έως Γ' Λυκείου	12	20,7	19	32,8
Ολοκλήρωσε το Λύκειο	4	6,9	4	6,9
ΤΕΣ	1	1,7	1	1,7
ΙΕΚ	1	1,7	2	3,4
ΤΕΙ	6	10,3	6	10,3

### Πίνακας 6.1.2.2. Συσχέτιση των μεταβολών στις κλίμακες MMPI συναρτήσει του αρχικού επιπέδου εκπαίδευσης

	Κλίμακες MMPI												
	(K) Αμυντικ ότητα	(F) Αξιοπι στία	(Hs) Υποχο νδρίασ η	(D) Κατάθ λιψη	(Hy) Υστερ ία	(Pd)Ψ υχοπα θητικό τητα	(Mf) Ανδρο πρέπει α- Θηλυπ ρέπεια	(Pa) Παράν οια	(Pt) Ψυχασ θένεια	(Sc) Σχιζοφ ρένεια	(Ma) Υπομα νία	(Si) Κοινο νική Ενδοσ τρέφει α	(L) Ψεύδος
Συντελεστής συσχέτισης (Spearman r)	<b>0,358</b>	0,018	0,120	0,025	0,017	0,040	0,077	0,081	0,040	0,134	0,115	0,107	0,187
p	<b>0,006</b>	0,892	0,372	0,850	0,897	0,764	0,567	0,545	0,765	0,315	0,392	0,426	0,161

## 6.2 Διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων

### 6.2.1 Ψυχομετρική Δοκιμασία MMPI.

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

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια επιλογής, τα έγκυρα διαγράμματα προσωπικότητας της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI, ήταν στον απόλυτο βαθμό. Τα παραπάνω έγκυρα διαγράμματα αφορούν πενήντα οκτώ 58 (100%).

Στους πίνακες που ακολουθούν, εμφανίζονται οι τιμές της ψυχομετρικής δοκιμασίας MMPI στις κλίμακες αξιοπιστίας και τις κλινικές κλίμακες, μετά την μετατροπή των ακέραιων τιμών των κλιμάκων σε T τιμές και έτσι μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν, τόσο στο σύνολο των ατόμων του δείγματος, όσο και με βάση το φύλο.

### 6.2.2 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI

Σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων στις κλίμακες MMPI εξετάζοντας ανεξάρτητα ως προς το φύλο αλλά και όταν εξετάζουμε χωριστά τα δύο φύλα, παρά το μικρό αριθμό γυναικών.

#### 6.2.2.1 Σύγκριση στο σύνολο του δείγματος

Στη σύγκριση, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη το φύλο, (πίνακας 6.2.2.1.1 και 6.2.2.1.4), οι τιμές στη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες για τις κλίμακες Αξιοπιστίας (F), Υποχονδρίασης (Hs), Κατάθλιψης (D), Υστερίας (Hy), Ψυχοπαθητικότητας (Pd), Παράνοιας (Pa), Ψυχασθένειας (Pt), Σχιζοφρένειας (Sc), Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si) (με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ ) και στην κλίμακα της Υπομανίας (Ma) (με επίπεδο σημαντικότητας  $p = 0,002$ ). Οι τιμές της κλίμακας Αμυντικότητας (K) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες (με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ ). Δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές των κλιμάκων Ανδροπρέπειας-Θηλυπρέπειας (Mf) και Ψεύδους (L). Οι δείκτες μεγέθους d των στατιστικά

σημαντικών διαφορών κυμαίνονται από 0,608 για την κλίμακα Αμυντικότητας (K) (τυπική ισχύς της διαφοράς) έως 1,592 για την κλίμακα της Ψυχασθένειας (Pt) (πολύ μεγαλύτερη της τυπικής). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες (6.2.2.1.1 και 6.2.2.1.4), με ανάλογο γράφημα (6.2.2.1.2). Χαρακτηριστικές είναι οι μεταβολές των κλιμάκων όπως εμφανίζονται και στο γράφημα 6.2.2.1.1.

#### 6.2.2.2 Σύγκριση σε δείγμα ανδρών

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα εφόσον δούμε μόνο τους άνδρες. Οι τιμές στη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες για τις κλίμακες Αξιοπιστίας (F), Υποχονδρίασης (Hs), Κατάθλιψης (D), Υστερίας (Hy), Ψυχοπαθητικότητας (Pd), Παράνοιας (Pa), Ψυχασθένειας (Pt), Σχιζοφρένειας (Sc), Κοινωνικής Ενδοστρέφειας (Si), (με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ ) και στην κλίμακα της Υπομανίας (Ma), (με επίπεδο σημαντικότητας  $p = 0,011$ ). Οι τιμές της κλίμακας K (Αμυντικότητα), ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες (με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ ). Δε σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές των κλιμάκων Mf (Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια) και L (Ψεύδος). Οι δείκτες μεγέθους  $d$  των στατιστικά σημαντικών διαφορών κυμαίνονται από 0,573 για την κλίμακα K (Διόρθωσης) (τυπική ισχύς της διαφοράς) έως 1,556 για την κλίμακα Pt (Ψυχασθένειας) (πολύ μεγαλύτερη της τυπικής). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παραστατικά στους πίνακες 6.2.2.2.2 και 6.2.2.2.5, καθώς και με ανάλογο ραβδόγραμμα (γράφημα 6.2.2.2.3).

#### 6.2.2.3 Σύγκριση σε δείγμα γυναικών

Στις γυναίκες, οι τιμές στη δεύτερη μέτρηση ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες για τις κλίμακες Αξιοπιστίας (F), Υποχονδρίασης (Hy), Ψυχοπαθητικότητας (Pd), Παράνοιας (Pa), Ψυχασθένειας (Pt), Σχιζοφρένειας (Sc) και Υπομανίας (Ma). Το γεγονός ότι βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές παρά το μικρό αριθμό γυναικών οφείλεται στις πολύ μεγάλες τιμές των δεικτών μεγέθους των διαφορών, οι οποίοι στις περισσότερες περιπτώσεις (κλίμακες Αμυντικότητας K, Αξιοπιστίας F, Υποχονδρίασης Hy, Ψυχοπαθητικότητας Pd, Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια Mf, Παράνοιας Pa, Ψυχασθένειας Pt, Σχιζοφρένειας Sc, Υπομανίας Ma) ήταν μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες των ανδρών, καταδεικνύοντας ότι οι γυναίκες μπορεί να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη από την παρέμβαση. Το μικρό μέγεθος του δείγματος όμως δεν επιτρέπει ασφαλή συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες 6.2.2.3.3 και 6.2.2.3.6, με ανάλογο ραβδόγραμμα (γράφημα 6.2.2.3.4).

Εφόσον συγκρίνουμε τη μεταβολή στη συνολική βαθμολογία των κλιμάκων έχουμε στατιστικά σημαντική μείωση και στα δύο φύλο ( $p < .001$  στους άνδρες και  $p = 0,017$  στις γυναίκες) με συγκρίσιμους, μεγάλους δείκτες μεγέθους της διαφοράς.

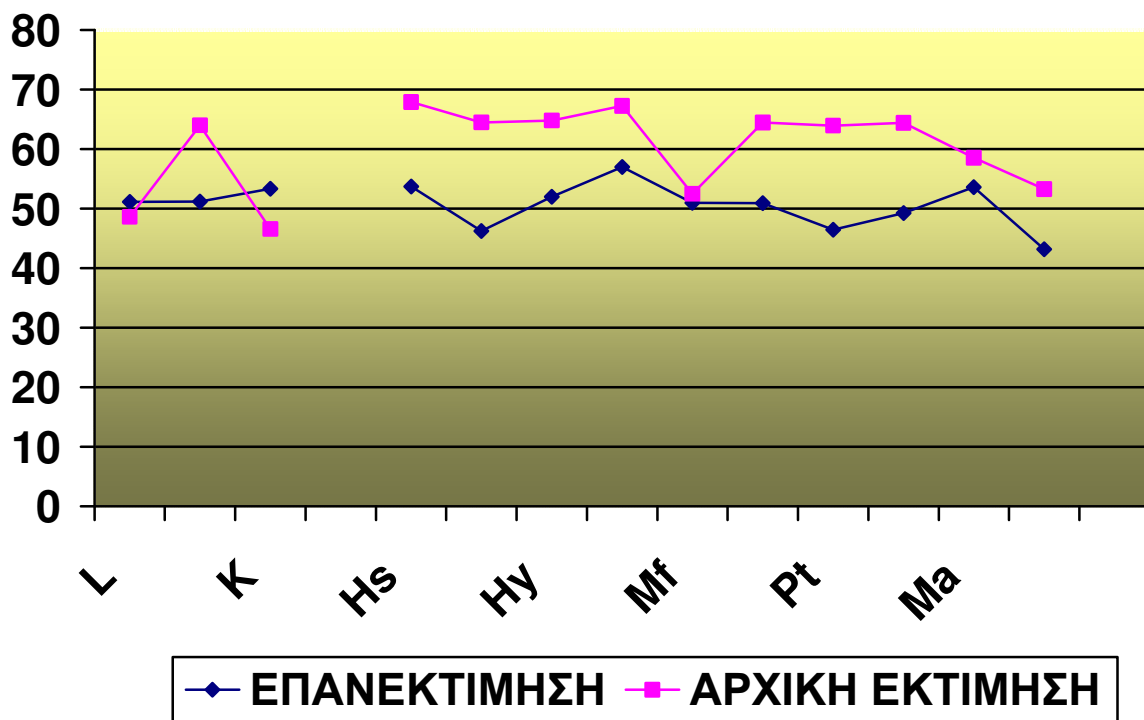
## ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΚΛΙΜΑΚΑ MMPI

**Πίνακας 6.2.2.1.1. Αποτελέσματα και των 2 φύλων στις κλίμακες MMPI**

	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση (s.d)	Τυπικό λάθος μέσου όρου
K-Διόρθωση (2η μέτρηση)	53,31	58	10,780	1,416
K -Διόρθωση (1η μέτρηση)	46,55	58	9,065	1,190
F-Αξιοπιστία (2η μέτρηση)	51,16	58	11,105	1,458
F -Αξιοπιστία (1η μέτρηση)	63,97	58	13,139	1,725
Hs-Υποχονδρίαση (2η μέτρηση)	53,71	58	9,828	1,291
Hs-Υποχονδρίαση (1η μέτρηση)	67,88	58	11,374	1,493
D -Κατάθλιψη (2η μέτρηση)	46,24	58	9,730	1,278
D -Κατάθλιψη (1η μέτρηση)	64,47	58	12,393	1,627
H <sub>y</sub> -Υστερία (2η μέτρηση)	51,98	58	9,172	1,204
H <sub>y</sub> -Υστερία (1η μέτρηση)	64,79	58	11,340	1,489
Pd -Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)	56,95	58	7,848	1,031
Pd -Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)	67,24	58	9,116	1,197
Mf -Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση)	50,93	58	8,598	1,129
Mf -Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)	52,47	58	9,748	1,280
Pa -Παράνοια (2η μέτρηση)	50,91	58	8,247	1,083
Pa -Παράνοια (1η μέτρηση)	64,43	58	11,422	1,500
Pt-Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)	46,43	58	9,321	1,224
Pt -Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)	63,93	58	9,628	1,264
Sc -Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)	49,26	58	10,457	1,373
Sc Σχιζοφρένεια (1η μέτρηση)	64,38	58	11,860	1,557
Ma -Υπομανία (2η μέτρηση)	53,60	58	10,033	1,317
Ma -Υπομανία (1η μέτρηση)	58,52	58	9,131	1,199
Si-Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)	43,16	58	7,276	,955

Si -Κοινωνική Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)	53,24	58	10,257	1,347
L- Ψεύδος (2η μέτρηση)	51,12	58	11,972	1,572
L -Ψεύδος(1η μέτρηση)	48,60	58	9,351	1,228
Σύνολο (1η μέτρηση)	620,28	58	70,431	9,248
Σύνολο (2η μέτρηση)	503,16	58	51,948	6,821

Γράφημα 6.2.2.1.1 Συγκριτικό διάγραμμα απεικόνισης των μεταβολών των κλιμάκων στις δυο μετρήσεις του MMPI





**Πίνακας 6.2.2.2.2. Αποτελέσματα ανδρών στις κλίμακες MMPI**

	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση (s.d)	Τυπικό λάθος μέσου όρου
K- Διόρθωση (2η μέτρηση)	52,41	51	10,534	1,475
K- Διόρθωση (1η μέτρηση)	46,14	51	8,924	1,250
F- Αξιοπιστία (2η μέτρηση)	52,06	51	11,330	1,587
F- Αξιοπιστία (1η μέτρηση)	64,24	51	11,813	1,654
Hs- Υποχονδρίαση (2η μέτρηση)	53,86	51	10,159	1,423
Hs- Υποχονδρίαση (1η μέτρηση)	68,76	51	11,366	1,592
D- Κατάθλιψη (2η μέτρηση)	45,59	51	9,809	1,373
D- Κατάθλιψη (1η μέτρηση)	65,18	51	12<,001	1,680
Hy- Υστερία (2η μέτρηση)	51,73	51	9,665	1,353
Hy- Υστερία (1η μέτρηση)	65,29	51	11,595	1,624
Pd- Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)	57,27	51	7,492	1,049
Pd- Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)	67,04	51	9,071	1,270
Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση)	51,02	51	8,564	1,199
Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)	52,90	51	9,896	1,386
Pa- Παράνοια (2η μέτρηση)	51,29	51	8,526	1,194
Pa- Παράνοια (1η μέτρηση)	64,84	51	11,592	1,623
Pt- Ψυχασθένεια (2η μέτρηση)	46,57	51	9,766	1,367

Pt- Ψυχασθένεια (1η μέτρηση)	64,49	51	9,605	1,345
Sc- Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)	49,76	51	10,808	1,513
Sc- Σχιζοφρένεια (1η μέτρηση)	65,00	51	11,846	1,659
Ma- Υπομανία (2η μέτρηση)	54,96	51	9,883	1,384
Ma- Υπομανία (1η μέτρηση)	59,18	51	9,057	1,268
Si- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)	43,65	51	7,255	1,016
Si- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)	53,76	51	9,815	1,374
L- Ψεύδος (2η μέτρηση)	50,02	51	11,043	1,546
L- Ψεύδος (1η μέτρηση)	47,73	51	9,336	1,307
Σύνολο (1η μέτρηση)	625,98	51	66,187	9,268
Σύνολο (2η μέτρηση)	505,69	51	53,303	7,464

**Πίνακας 6.2.2.3.3. Αποτελέσματα γυναικών στις κλίμακες MMPI**

Κλίμακες MMPI	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση (s.d)	Τυπικό λάθος μέσου όρου
K- Διόρθωση (2η μέτρηση)	59,86	7	11,067	4,183
K- Διόρθωση (1η μέτρηση)	49,57	7	10,245	3,872
F-Αξιοπιστία (2η μέτρηση)	44,57	7	6,655	2,515
F- Αξιοπιστία (1η μέτρηση)	62,00	7	21,726	8,211
Hs- Υποχονδρίαση (2η μέτρηση)	52,57	7	7,480	2,827
Hs- Υποχονδρίαση (1η μέτρηση)	61,43	7	9,863	3,728
D- Κατάθλιψη (2η μέτρηση)	51,00	7	8,226	3,109
D- Κατάθλιψη (1η μέτρηση)	59,29	7	14,952	5,651
Hy- Υστερία (2η μέτρηση)	53,86	7	4,018	1,519
Hy- Υστερία (1η μέτρηση)	61,14	7	9,137	3,453
Rd- Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)	54,57	7	10,486	3,963
Rd- Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)	68,71	7	10,045	3,797
Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση)	50,29	7	9,517	3,597
Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)	49,29	7	8,558	3,235
Pa- Παράνοια (2η μέτρηση)	48,14	7	5,490	2,075
Pa- Παράνοια (1η μέτρηση)	61,43	7	10,374	3,921
Pt- Ψυχασθένεια (2η μέτρηση)	45,43	7	5,412	2,045

Pt- Ψυχασθένεια (1η μέτρηση)	59,86	7	9,477	3,582
Sc- Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)	45,57	7	6,876	2,599
Sc- Σχιζοφρένεια (1η μέτρηση)	59,86	7	11,824	4,469
Ma- Υπομανία (2η μέτρηση)	43,71	7	3,546	1,340
Ma- Υπομανία (1η μέτρηση)	53,71	7	8,826	3,336
Si- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)	39,57	7	6,876	2,599
Si- Κοινωνική- Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)	49,43	7	13,315	5,033
L- Ψεύδος (2η μέτρηση)	59,14	7	16,129	6,096
L- Ψεύδος (1η μέτρηση)	55,00	7	7,071	2,673
Σύνολο(1η μέτρηση)	578,71	7	91,257	34,492
Σύνολο (2η μέτρηση)	484,71	7	38,845	14,682

**Πίνακας 6.2.2.1.4. Σύγκριση μεταξύ των μετρήσεων και των 2 φύλων μετά και πριν την παρέμβαση. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p < 0,05$ ) σημειώνονται με έντονη γραμματοσειρά**

Σύγκριση μεταξύ μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI	Διαφορές μεταξύ ζευγών				
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό λάθος μέσου όρου	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
				Κατώτερο	Ανώτερο
<b>K- Διόρθωση (2η μέτρηση)</b> <b>K- Διόρθωση (1η μέτρηση)</b>	6,759	11,112	1,459	3,837	9,680
<b>F-Αξιοπιστία (2η μέτρηση)</b> <b>F- Αξιοπιστία (1η μέτρηση)</b>	-12,810	15,204	1,996	-16,808	-8,813
<b>Hs-Υποχονδρίαση (2η μέτρηση)</b> <b>Hs- Υποχονδρίαση (1η μέτρηση)</b>	-14,172	13,385	1,758	-17,692	-10,653
<b>D- Κατάθλιψη (2η μέτρηση)</b> <b>D- Κατάθλιψη (1η μέτρηση)</b>	-18,224	14,622	1,920	-22,069	-14,380
<b>Hy – Υστερία (2η μέτρηση)</b> <b>Hy- Υστερία (1η μέτρηση)</b>	-12,810	13,249	1,740	-16,294	-9,327
<b>Pd- Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)</b> <b>Pd- Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)</b>	-10,293	10,345	1,358	-13,013	-7,573
Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση) Mf- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)	-1,534	11,090	1,456	-4,450	1,382
<b>Pa-Παράνοια (2η μέτρηση)</b> <b>Pa- Παράνοια (1η μέτρηση)</b>	-13,517	11,958	1,570	-16,661	-10,373
<b>Pt- Ψυχασθένεια (2η μέτρηση)</b> <b>Pt- Ψυχασθένεια (1η μέτρηση)</b>	-17,500	10,990	1,443	-20,390	-14,610
<b>Sc- Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)</b> <b>Sc- Σχιζοφρένεια (1η μέτρηση)</b>	-15,121	13,335	1,751	-18,627	-11,614
<b>Ma- Υπομανία (2η μέτρηση)</b> <b>Ma- Υπομανία (1η μέτρηση)</b>	-4,914	11,424	1,500	-7,918	-1,910
<b>Si- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)</b> <b>Si- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)</b>	-10,086	10,262	1,347	-12,784	-7,388
L- Ψεύδος (2η μέτρηση) L- Ψεύδος (1η μέτρηση)	2,517	11,644	1,529	-,544	5,579
<b>Σύνολο (1η μέτρηση) - Σύνολο (2η μέτρηση)</b>	117,121	75,663	9,935	97,226	137,015

**Πίνακας 6.2.2.2.5. Σύγκριση μεταξύ των μετρήσεων ανδρών μετά και πριν την παρέμβαση. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p < 0,05$ ) σημειώνονται με έντονη γραμματοσειρά**

Σύγκριση μεταξύ μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI	Διαφορές μεταξύ ζευγών				
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό λάθος μέσου όρου	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
				Κατώτερο	Ανώτερο
<b>Διόρθωση (2η μέτρηση)</b> <b>- Διόρθωση (1η μέτρηση)</b>	6,275	10,951	1,533	3,195	
<b>Αξιοπιστία (2η μέτρηση)</b> <b>- Αξιοπιστία (1η μέτρηση)</b>	-12,176	14,931	2,091	-16,376	
<b>Υποχονδρίαση (2η μέτρηση)</b> <b>- Υποχονδρίαση (1η μέτρηση)</b>	-14,902	13,518	1,893	-18,704	
<b>Κατάθλιψη (2η μέτρηση)</b> <b>- Κατάθλιψη (1η μέτρηση)</b>	-19,588	13,977	1,957	-23,519	
<b>Υστερία (2η μέτρηση)</b> <b>- Υστερία (1η μέτρηση)</b>	-13,569	13,748	1,925	-17,435	
<b>Ψυχοπαθητικότητα (2η μέτρηση)</b> <b>- Ψυχοπαθητικότητα (1η μέτρηση)</b>	-9,765	9,852	1,380	-12,536	
<b>Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση)</b> <b>- Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)</b>	-1,882	11,625	1,628	-5,152	
<b>Παράνοια (2η μέτρηση)</b> <b>- Παράνοια (1η μέτρηση)</b>	-13,549	12,135	1,699	-16,962	
<b>Ψυχασθένεια (2η μέτρηση)</b> <b>- Ψυχασθένεια (1η μέτρηση)</b>	-17,922	11,511	1,612	-21,159	
<b>Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)</b> <b>- Σχιζοφρένεια (1η μέτρηση)</b>	-15,235	14,024	1,964	-19,180	
<b>Υπομανία (2η μέτρηση)</b> <b>- Υπομανία (1η μέτρηση)</b>	-4,216	11,469	1,606	-7,441	
<b>Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)</b> <b>- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)</b>	-10,118	9,294	1,301	-12,732	
<b>Ψεύδος (2η μέτρηση)</b> <b>- Ψεύδος (1η μέτρηση)</b>	2,294	11,477	1,607	-,934	
<b>Σύνολο (1η μέτρηση)</b> <b>- Σύνολο (2η μέτρηση)</b>	120,294	75,814	10,616	98,971	

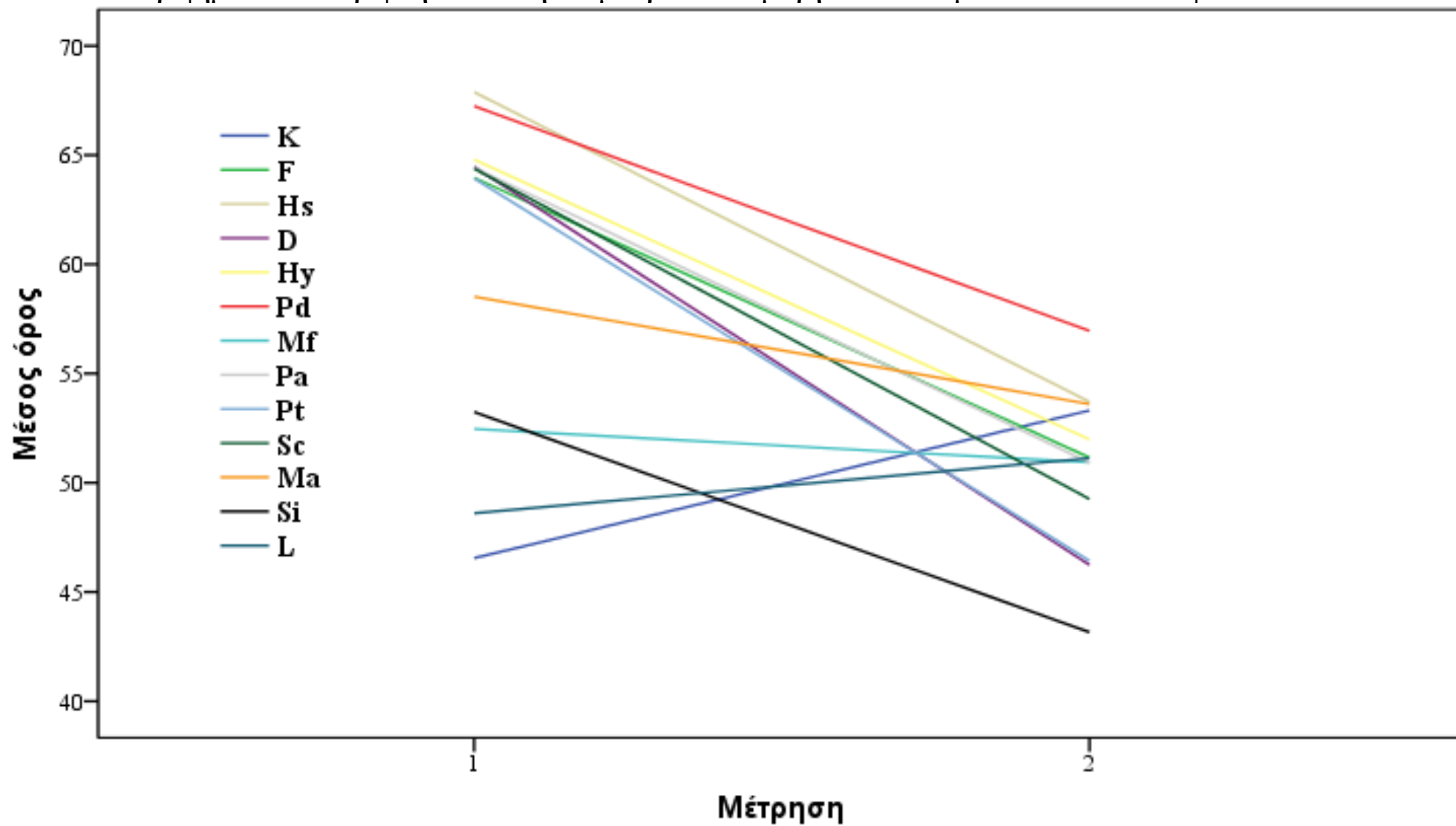
**Πίνακας 6.2.2.3.6. Σύγκριση μεταξύ των μετρήσεων γυναικών μετά και πριν την παρέμβαση. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές (p<0,05) σημειώνονται με έντονη γραμματοσειρά**

Σύγκριση μεταξύ μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI	Διαφορές μεταξύ ζευγών					t	df	p	d
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό λάθος μέσου όρου	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης					
				Κατώτερο					
Διόρθωση (2η μέτρηση) -Διόρθωση (1η μέτρηση)	10,286	12,539	4,739	-1,311	21,883	2,170	6	0,073	0,82
<b>Αξιοπιστία (2η μέτρηση)</b> <b>-Αξιοπιστία (1η μέτρηση)</b>	-17,429	17,605	6,654	-33,711	-1,146	-2,619	6	<b>0,040</b>	0,99
Hs-Υποχονδρίαση (2η μέτρηση) -Υποχονδρίαση(1μέτρηση)	-8,857	11,908	4,501	-19,871	2,156	-1,968	6	0,097	0,743
Κατάθλιψη(2η μέτρηση) Κατάθλιψη (1η μέτρηση)	-8,286	16,490	6,232	-23,536	6,965	-1,329	6	0,232	0,502
<b>Υστερία (2η μέτρηση)</b> <b>-Υστερία (1η μέτρηση)</b>	-7,286	7,204	2,723	-13,949	-,623	-2,676	6	<b>0,037</b>	1,011
<b>Ψυχοπαθητικότητα(2η μέτρηση) -</b> <b>Ψυχοπαθητικότητα(1ημέτρηση)</b>	-14,143	13,717	5,184	-26,829	-1,457	-2,728	6	<b>0,034</b>	1,031
Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (2η μέτρηση) - Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια (1η μέτρηση)	1<,001	5,802	2,193	-4,366	6,366	,456	6	0,664	0,172
<b>Παράνοια (2η μέτρηση)</b> <b>- Παράνοια (1η μέτρηση)</b>	-13,286	11,456	4,330	-23,881	-2,691	-3,068	6	<b>0,022</b>	1,159
<b>Ψυχασθένεια (2η μέτρηση)</b> <b>-Ψυχασθένεια (1η μέτρηση)</b>	-14,429	5,533	2,091	-19,546	-9,311	-6,899	6	<b>&lt;0,001</b>	2,607
<b>Σχιζοφρένεια (2η μέτρηση)</b> <b>- Σχιζοφρένεια(1η μέτρηση)</b>	-14,286	7,041	2,661	-20,797	-7,774	-5,368	6	<b>0,002</b>	0,82
<b>Υπομανία(2η μέτρηση)</b> <b>- Υπομανία(1η μέτρηση)</b>	-10<,001	10,456	3,952	-19,670	-,330	-2,530	6	<b>0,045</b>	0,99

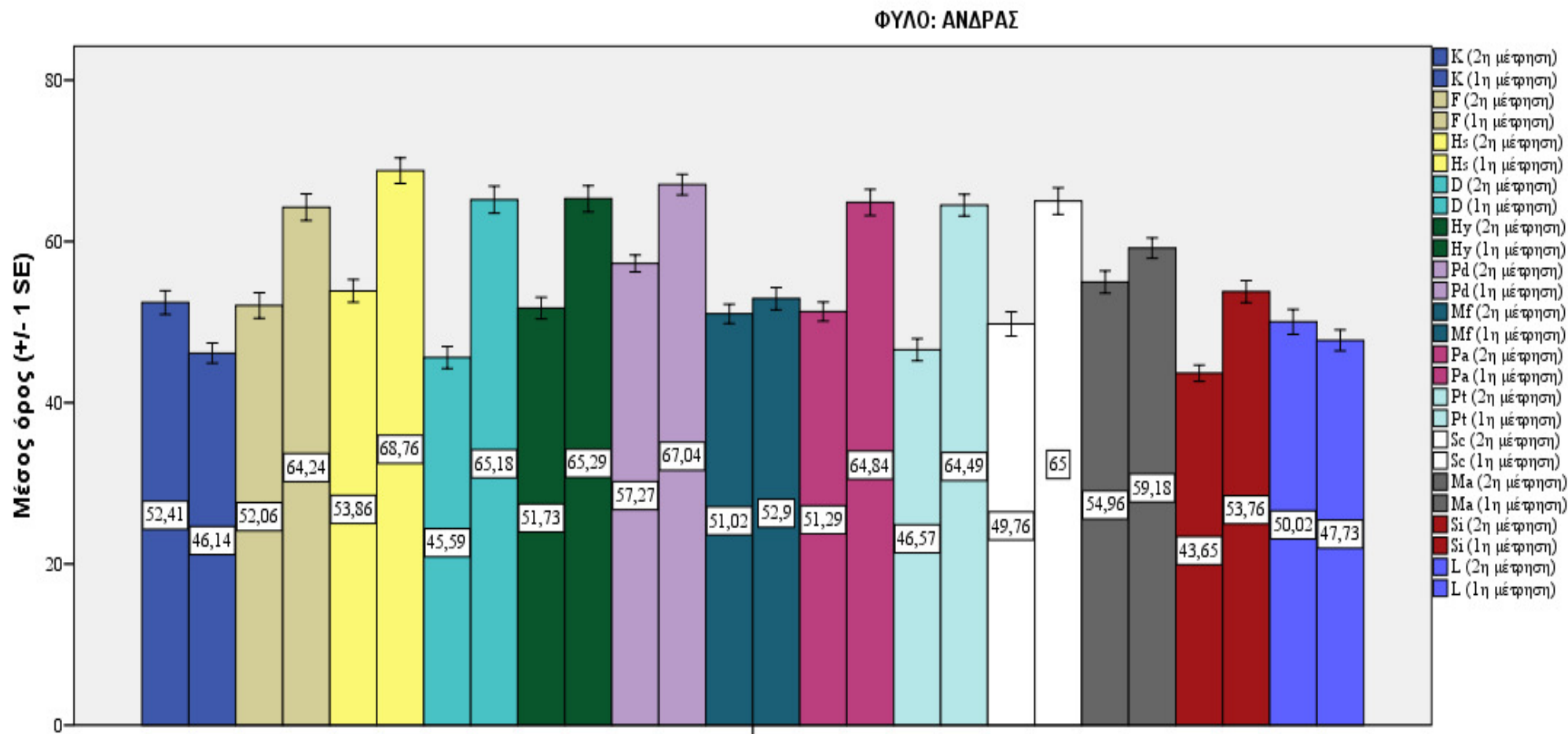
Κοινωνική Ενδοστρέφεια (2η μέτρηση)	-9,857	16,747	6,330	-25,346	5,632	-1,557	6	0,170	0,743
- Κοινωνική Ενδοστρέφεια (1η μέτρηση)									
Ψεύδος (2η μέτρηση)	4,143	13,668	5,166	-8,498	16,783	,802	6	0,453	0,502
- Ψεύδος (1η μέτρηση)									
<b>Σύνολο (1η μέτρηση)</b>	<b>94,000</b>	<b>76,022</b>	<b>28,734</b>	<b>23,691</b>	<b>164,309</b>	<b>3,271</b>	<b>6</b>	<b>0,017</b>	<b>1,236</b>
<b>- Σύνολο (2η μέτρηση)</b>									



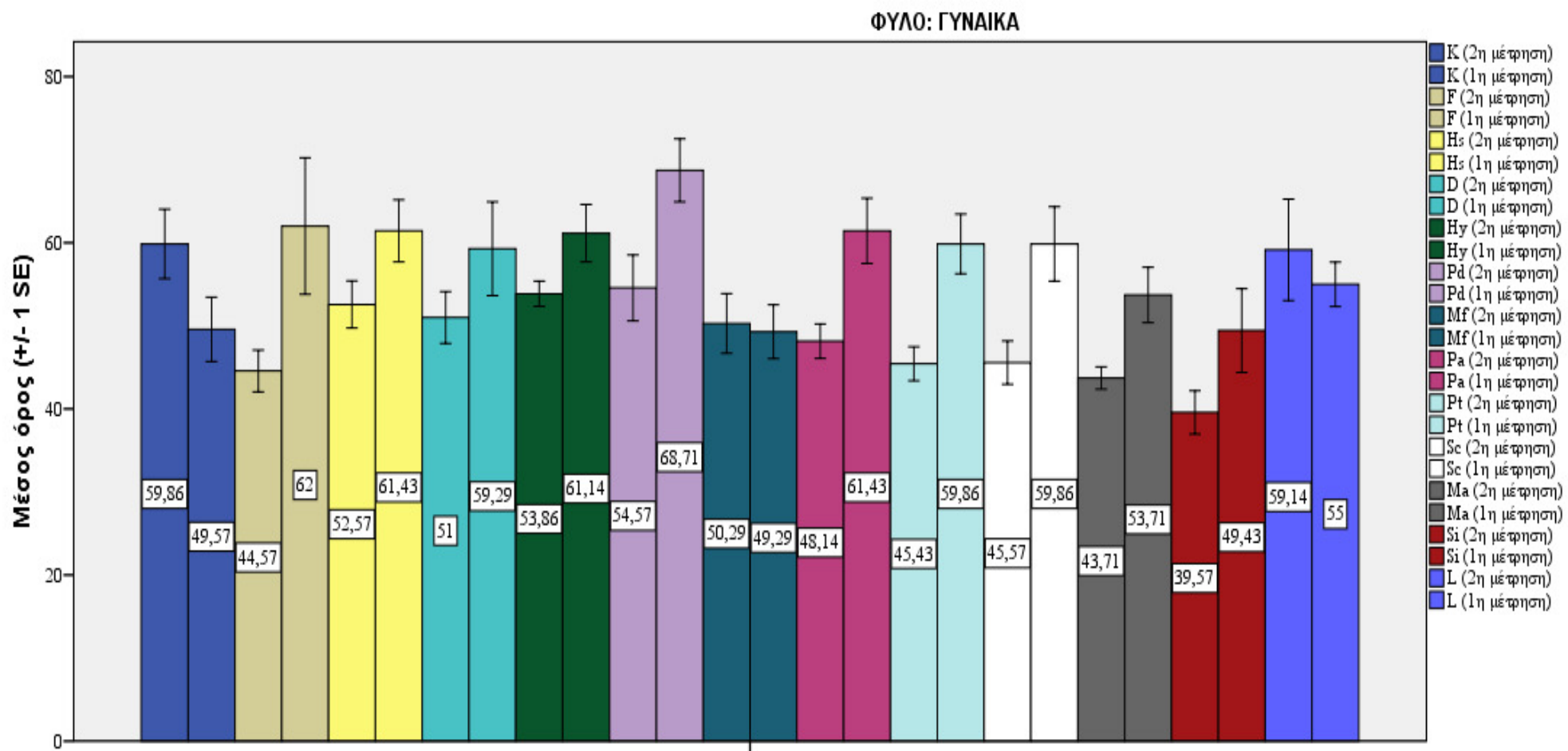
Γράφημα 6.2.2.1.2. Γραφική απεικόνιση των μεταβολών των μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI και στα 2 φύλα.



Γράφημα 6.2.2.2.3. Γραφική απεικόνιση των μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI μετά και πριν την παρέμβαση (άνδρες).



Γράφημα 6.2.2.3.4. Γραφική απεικόνιση των μετρήσεων ανά κλίμακα MMPI μετά και πριν την παρέμβαση (γυναίκες).



### 6.3 Εξέταση της επίπτωσης του χρόνου, ηλικίας και φύλου στις διαφορές

Τα αποτελέσματα από τη χρήση του γραμμικού μικτού μοντέλου παρουσιάζονται σε δύο πίνακες ανά κάθε κλίμακα MMPI (χαρακτηριστικοί είναι οι πίνακες του Παραρτήματος).

Ο πρώτος πίνακας ανά κάθε μεταβλητή, με τίτλο «Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων», παρουσιάζει την επίπτωση της ηλικίας και του φύλου στις διαφορές των δύο μετρήσεων της κλίμακας. Η τιμή όπου τέμνονται οι άξονες των συντεταγμένων (intercept) δίνει τη βασική τιμή έναρξης υπολογισμού της κλίμακας. Η τιμή της ηλικίας αφορά την μεταβολή που επέρχεται στην βασική τιμή για κάθε έτος ηλικίας του ατόμου. Τέλος η τιμή για τους άνδρες δίνει τη μεταβολή στη βασική τιμή σε σχέση με την αντίστοιχη τιμή των γυναικών. Έτσι, ενδεικτικά για την κλίμακα F, έχουμε βασική τιμή 71,84, η οποία μειώνεται για κάθε έτος ηλικίας του ατόμου κατά 0,673 μονάδες και αυξάνεται στη περίπτωση των ανδρών κατά 8,35 μονάδες. Αυτές οι τιμές ισχύουν καθώς ισχύει η προϋπόθεση πως οι παράμετροι είναι στατιστικά σημαντικές ( $p < 0,05$ ).

Ο δεύτερος πίνακας ανά κάθε μεταβλητή, με τίτλο «Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας», παρουσιάζει την επίπτωση της παρόδου του χρόνου μεταξύ των δύο μετρήσεων στη τελική διαφορά. Η πρώτη παράμετρος (AR1 diagonal) εφόσον είναι στατιστικά σημαντική, μας δείχνει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης του μοντέλου με την εισδοχή και άλλων παραμέτρων. Η δεύτερη παράμετρος (AR1 rho), εφόσον είναι στατιστικά σημαντική, μας δείχνει την συσχέτιση μεταξύ δύο συνεχόμενων μετρήσεων η οποία έχει αποδοθεί από το μοντέλο. Ενδεικτικά για την κλίμακα K, ο παράγοντας χρόνος έχει αποδοθεί επαρκώς, λόγω του ότι υπάρχει σημαντική επίπτωση του χρόνου που διαμεσολάβησε μεταξύ των μετρήσεων, συναρτήσει της ηλικίας του υποκειμένου. Συγκεκριμένα, από έτος σε έτος υπάρχει μία αύξηση της κλίμακας K κατά 0,28 μονάδες, η οποία δεν οφείλεται στο φύλο ή στην μεταβολή της ηλικίας του ατόμου.

## 7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η συγκριτική εκτίμηση και αξιολόγηση των στοιχείων της προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων, που απευθύνθηκαν στο τμήμα 'ΙΑΝΟΣ' του ΨΝΘ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης), εντάχθηκαν και ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα επιτυχώς και απέχουν έκτοτε από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών.

Η χρησιμότητα της παρούσης συγκριτικής μελέτης, έγκειται στη διερεύνηση και εντόπιση των όποιων αλλαγών στην ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου, που περιλαμβάνει την δομή της προσωπικότητας και την απορρέουσα συμπεριφορά, καθώς και τη νέα λειτουργική ικανότητα του ατόμου, ως συνέπεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη διάρκεια της ένταξής του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Αξίζει, πιστεύουμε αναφοράς το γεγονός ότι, στον Ελλαδικό χώρο δεν υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές που να σχετίζονται με μελέτες αξιολόγησης προγραμμάτων, στηριζόμενες στη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών ή άλλων tests. Η μοναδική αντίστοιχη δημοσιευμένη ελληνική μελέτη είναι του 2001 (Ζλατάνος, 2001). Έτσι, οι συγκρίσεις της παρούσας μελέτης, γίνονται κυρίως, με βάση τις διεθνείς ερευνητικές μελέτες.

Από το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Σ.Σ του τμήματος, επελέγησαν εκείνοι που ολοκλήρωσαν όλο το φάσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, Σωματική Αποτοξίνωση, Ψυχολογική Απεξάρτηση και Επανένταξη.

Το δείγμα μελέτης αποτελούν 58 άτομα (51 άνδρες και 7 γυναίκες), που πληρούν τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, όπως αυτά αναφέρθηκαν παραπάνω.

Η αρχική ερευνητική υπόθεση περιελάμβανε, την ανίχνευση τυχόν διαφορών του δείγματος, όσον αφορά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων, σε δύο περιόδους: Στην έναρξη της θεραπείας και υπό καθεστώς λήψης ουσιών και στην φάση ολοκλήρωσης του θεραπευτικού έργου.

Η διαπίστωση αυτή γέννησε την ιδέα της σύγκρισης, των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, καθώς και τη μελέτη και στατιστική σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων που απαρτίζουν τη δομή της προσωπικότητάς τους.

Μέθοδος συλλογής των στοιχείων των εξαρτημένων στην πρώτη επαφή με την υπηρεσία μας απετέλεσε η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, καθώς και η ψυχομετρική δοκιμασία προσωπικότητας Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), ενώ όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics for Windows, έκδοση 20.

Η μέση ηλικία του δείγματος είναι, 30,49 έτη (τυπική απόκλιση  $TA=5,914$ ) για τους άνδρες και 25 έτη για τις γυναίκες (τυπική απόκλιση  $TA=3,317$ ) (πίνακας 1). Επίσης, η μέση ηλικία στο σύνολο του δείγματος είναι, 29,57 έτη (τυπική απόκλιση  $TA=5,66$ ) στην έναρξη της θεραπείας και 34,17 έτη (τυπική απόκλιση  $TA=6,06$ ), στη φάση επανεκτίμησης (πίνακας 6.1.1.1). Ο μέσος χρόνος, που μεσολαβεί μεταξύ των δύο ψυχομετρικών δοκιμασιών είναι, 4,56 έτη (τυπική απόκλιση 2,03). Τα στοιχεία αυτά, συνάδουν με το γενικό επιδημιολογικό προφίλ των ασθενών, που προσέρχονται στα προγράμματα με αίτημα την απεξάρτηση. Η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας,- των προσερχόμενων για θεραπεία – σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία, όπου ο μέσος όρος ήταν 26,5 έτη, αιτιολογείται από τη μετακίνηση των ασθενών προς τα προγράμματα υποκατάστασης και τη σημαντική αύξηση των επανερχομένων. Το δημογραφικό αυτό στοιχείο επιβεβαιώνουν ελληνικές ερευνητικές μελέτες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η μέση ηλικία των ατόμων, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης και η αναλογία του φύλου των προσελθόντων, είναι ενδεικτικά μιας κατάστασης που διαφοροποιείται από τα συνηθισμένα και καθιερωμένα της τελευταίας 20ετίας. Ενώ στο σύνολο των προσελθόντων η αναλογία φύλου είναι 1/6,5, στους έφηβους η αναλογία είναι 1/2. Το σύνολο των εφήβων όταν απευθύνθηκαν στον Σ.Σ του τμήματος, ήταν ήδη εξαρτημένοι και η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ήταν τα  $14 \pm 1,4$  έτη για τα αγόρια και τα  $14,6 \pm 1,2$  έτη για τα κορίτσια και η μέση διάρκεια χρήσης των ουσιών είναι  $3,2 \pm 1,4$  και  $2,8 \pm 1,2$  έτη αντίστοιχα. Η περίπτωση των εφήβων χρηστών, ενώ δεν αποτελεί αντικείμενο της μελέτης, μπορεί όμως να γίνει μια ελάχιστη αναφορά, αφού αποτελούν μέρος του πληθυσμού που προήλθε το δείγμα της μελέτης και μια επισήμανση για ένα σημαντικό δείγμα για διεξοδική διερεύνηση στο εγγύς μέλλον (Ζλατάνος 2001, ΕΚΤΕΠΝ 2011).

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης (πίνακας 6.1.2.2), η έρευνα έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με αναλογικά ποσοστά να κυμαίνονται ως εξής:

46,6% των ατόμων, ήταν απόφοιτοι Λυκείου ή με μερικές τάξεις Λυκείου, το 37,8% των ατόμων ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου ή με μερικές τάξεις Γυμνασίου, το 5,2% των ατόμων ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 10,3% των ατόμων ήταν απόφοιτοι Ανώτερης σχολής (ΤΕΙ). Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με τα ερευνητικά επιδημιολογικά δεδομένα των ασθενών σε πανελλήνιο επίπεδο, κυρίως όσον αφορά την τάση που υπάρχει την τελευταία πενταετία, να αυξάνεται το ποσοστό των ατόμων που ολοκληρώνουν το Λύκειο ή μερικές τάξεις (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Τα ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά της έρευνας σε σχέση με αυτά του ΕΚΤΕΠΝ, μπορούν να αποδοθούν στη λειτουργία Σχολείου Δεύτερης Ευκαιρίας, που αναφέρεται σε

πρώην χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και λειτουργεί υπό την εποπτεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ([www.psychotes.gr](http://www.psychotes.gr)).

Επίσης, υπάρχουν αναφορές που καλύπτουν αρκετά μεγάλο φάσμα της ψυχιατρικής ψυχοπαθολογίας, που αναφέρουν συννοσηρότητα με την κατάχρηση ή την εξάρτηση από ουσίες. Συνήθως οι διαταραχές που συνυπάρχουν σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, είναι οι αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές και οι διαταραχές της διάθεσης (Steer και συν. 1989, Bukstein και συν. 1989). Υπάρχουν επίσης μελέτες, που στη συννοσηρότητα με την εξάρτηση από ουσίες αναφέρονται και διάφορες ψυχωτικές συνδρομές. (Λογοθέτης 1976, Στεφανής 1980, APA 1987 & 1994, WHO 1992, Kokkevi και Stefanis 1995, Serper και συν. 1995, Τουλούμης και συν. 1999, Κοβάτση 2007).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει το εύρημα, όπου το δείγμα μελέτης – κατά την έναρξη της θεραπείας - αποτελείται από άτομα, που συνυπάρχει και κάποια άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή, κυρίως Αντικοινωνική και Μεταιχμιακή διαταραχή, ταυτόχρονα με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από την μελέτη, στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών δοκιμασιών MMPI (πίνακες 6.2.2.1.4, 6.2.2.2.5., 6.2.2.3.6).

Η στατιστική σύγκριση και αξιολόγηση των τιμών T των κλινικών κλιμάκων του MMPI, μεταξύ των ατόμων του δείγματος, κατά την έναρξη της θεραπείας, δείχνει ότι πρόκειται για άτομα με σχεδόν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η μόνη κλίμακα που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά, είναι η κλίμακα αξιοπιστίας F που ανυψώνεται, εκτός από τις περιπτώσεις που το test κρίνεται αναξιόπιστο, σε ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές ή σε άτομα που έχουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα και θεωρείται η υψηλή τιμή της F ως "κραυγή για βοήθεια". (Μάνος 1982). Η διαπίστωση αυτή, σε συνδυασμό με την στατιστική σημαντικότητα ( $p < 0,001$ ) στην κλίμακα Hs της Υποχονδρίας, μπορεί να ερμηνευτεί ως ασυνείδητη έκφραση της ενόχλησης λόγω των υποχονδριακών (μηρυκασμών) ενασχολήσεων και της ανώριμης προσέγγισης της ζωής, σε σχέση με την ανάγκη για εξάρτηση και την υποκειμενική αίσθηση δυσφορίας και δυστυχίας.

Σημαντική διαπίστωση στο δείγμα της συγκριτικής μελέτης  $N = 58$ , αποτελεί η σαφής διαφοροποίηση του μέσου διαγράμματος προσωπικότητας του MMPI, στις διαδοχικές μετρήσεις, καθώς και η εμφανώς σημαντική ύφεση των ψυχοπαθολογικών στοιχείων της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος και των δύο φύλων (πίνακας 6.2.2.1.4, γράφημα 6.2.2.1.1 και 6.2.2.1.2).

Η μετατροπή των τιμών των κλιμάκων του MMPI σε τιμές T, έδωσε την ευκαιρία να εξαχθούν αποτελέσματα στο σύνολο των ατόμων του δείγματος ανεξάρτητα από το φύλο, όπου η συνολική διαφοροποίηση είναι επίσης εμφανής και στατιστικά σημαντική σε πολύ μεγάλο βαθμό στις (9) από τις (10) κλινικές κλίμακες του MMPI. Ανάλογο πόρισμα έχουμε από μελέτες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Iwashige et al., 1997).

Στην κλίμακα της Υπομανίας (Ma), η διαφοροποίηση είναι απλά στατιστικά σημαντική, ενώ στην κλίμακα Mf δεν εμφανίζεται διαφοροποίηση στις διαδοχικές μετρήσεις. Στη συνεκτίμηση όμως των κλινικών κλιμάκων του διαγράμματος, προκύπτει ότι στην επανεκτίμηση, η διάσταση της ταυτότητας του φύλου είναι περισσότερο Εγώ - σύντονη και σε συνάρτηση με τη συνολική εικόνα που εμφανίζεται στο διάγραμμα προσωπικότητας.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα των πινάκων, έχουμε ότι για τις μεταβλητές **K (Διόρθωση)** και **Mf (Ανδροπρέπεια-Θηλυπρέπεια)**, δε σημειώθηκε σημαντική επίπτωση στη μεταβολή των τιμών της λόγω του φύλου ή της φυσιολογικής αύξησης της ηλικίας του ατόμου, όμως υπάρχει σημαντική μεταβολή λόγω του χρόνου που μεσολάβησε μεταξύ των μετρήσεων. Αυτό μας δείχνει ότι αναμένουμε ένα άτομο που παραμένει μακριά από τη χρήση ουσιών να αυξάνει την τιμή σε αυτή την κλίμακα, μεγεθύνοντας το όφελος του από την αποχή.

**Στη κλίμακα L (Ψεύδος)**, σημειώνεται σημαντική επίπτωση του φύλου, με τους άνδρες να έχουν μεγαλύτερες πτώσεις της αρχικής τιμής σε σχέση με τις γυναίκες. Ο ρυθμός της πτώσης στις τιμές της κλίμακας, τείνει όμως να γίνεται μικρότερος, όσο μεγαλώνει το διάστημα της αποχής. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, τα μεγαλύτερα οφέλη τείνουν να έρχονται νωρίς, μετά τη διακοπή της χρήσης και σταδιακά να ελαττώνονται.

**Οι μεταβολές στις κλίμακες D (Κατάθλιψη) και Si (Κοινωνική Ενδοστρέφεια)**, δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία ή το ενδιάμεσο χρονικό διάστημα που ο πρώην χρήστης παραμένει καθαρός. Οι μεταβολές στις μετρήσεις, πριν και μετά την παρέμβαση, μπορούν να αποδοθούν μόνο στη φύση και αποτελεσματικότητα της ίδιας της παρέμβασης.

**Οι μεταβολές στις κλίμακες Hs (υποχονδρίαση), Hy (Υστερία), Pd (ψυχοπαθητικότητα) και Pt (Ψυχασθένεια)**, επηρεάζονται από την ηλικία των ατόμων, με τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη. Δεν επηρεάζονται όμως οι μεταβολές από το φύλο ή από το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ των μετρήσεων με τον πρώην χρήστη «στεγνό». Φαίνεται λοιπόν ότι, συνδέονται περισσότερο με την ωριμότητα του ατόμου να δεχτεί την παρέμβαση και να εσωτερικεύσει τα θετικά στοιχεία στη προσωπικότητα του.

**Παρομοίως, στις κλίμακες F (Αξιοπιστία), Pa (Παράνοια), Sc (Σχιζοφρένεια) και Ma (Υπομανία)**, παρουσιάζεται μεγαλύτερη πτώση σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, σε



σύγκριση σε άτομα μικρότερης ηλικίας Τα οφέλη και εδώ δεν εξαρτώνται από το χρονικό διάστημα που ο πρώην χρήστης παραμένει “στεγνός”, όμως σημειώνεται μικρότερη πτώση σε άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες φαίνεται λοιπόν να αποκομίζουν περισσότερα οφέλη από την παρέμβαση σε σχέση με τους άνδρες, ενώ παράλληλα, η ωριμότητα του ατόμου έχει σημαντικό ρόλο. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα, εφόσον εξετάσουμε τη συνολική μεταβολή σε όλες τις κλίμακες του MMPI.

Τα αποτελέσματα, ουσιαστικά επιβεβαιώνουν ότι, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, τα άτομα του δείγματος έχουν κοινά στοιχεία προσωπικότητας. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι πρόκειται για άτομα ανώριμα, αντικοινωνικά (αδυναμία συμμόρφωσης σε κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα, έλεγχο των παρορμήσεων, έντονη αμυντικότητα ή έντονη επιθετικότητα). Βασικά στοιχεία αποτελούν η κατάθλιψη, το άγχος και η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση και ο ναρκισσισμός. Η άποψη αυτή, συνάδει με την άποψη πολλών θεωρητικών στο χώρο των εξαρτήσεων (Raistrick & Davidson, 1985, Magoudi & Merbos, 1986, Streer, 1989, Μάτσα, 2001, Γεωργάκας, 2007).

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

Η απομόνωση και στροφή προς τον εαυτό, ενισχύεται και από τα συναισθήματα εχθρότητας προς τους άλλους, που αποκλείουν την κοινωνική εμπλοκή και τη δραστηριοποίηση σε κοινές – ομαδικού τύπου ενασχολήσεις.

Στις ψυχοπαθολογικές περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, η ψυχοπαθητική ή νευρωσική ή ψυχωσική προσωπικότητα δημιουργεί, εμπνέει ή εμπνέεται ή συνυπάρχει με καταστάσεις, όπως ατελείς διαπροσωπικές σχέσεις, επαγγελματικές ατυχίες, προσωπικές ή οικογενειακές δυσκολίες ομαλής συμβίωσης, οικονομικά προβλήματα (Stanton et al, 1982, Glynn & Haenlein, 1988, Ζλατάνος και συν. 1994, Μάτσα, 2001, Γεωργάκας, 2007).

Με βάση τις μεταβολές που προήλθαν, σε όλες σχεδόν τις κλίμακες στη φάση επανεκτίμησης της προσωπικότητας των ατόμων του δείγματος, προκύπτει ότι εμφανίζεται βελτίωση στις καθημερινές δραστηριότητες, καλύτερη λειτουργικότητα και προσαρμοστικότητα στις διάφορες δραστηριότητες, σταθερότητα στις αποφάσεις και τις επιλογές, αξιοπιστία, υπευθυνότητα και καλύτερη εκτίμηση της πραγματικότητας. Επίσης, βρέθηκε ότι πλέον, έχει αυξηθεί η αισιοδοξία και η διάθεση για ζωή και δημιουργικότητα, έχει

μειωθεί αισθητά η ανάγκη για κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και η ανάγκη για εξαρτήσεις γενικότερα.

Σαφέστατα, υπάρχει αύξηση της υπευθυνότητας και της αίσθησης της πραγματικότητας, καθώς και της ανάπτυξης και διατήρησης στενών συναισθηματικών δεσμών και την αποφυγή των χαοτικών σχέσεων του παρελθόντος. Οι εκτιμήσεις αυτές, συνάδουν με διεθνείς ερευνητικές μελέτες, με ογκωδέστερα δείγματα (Ravndal & Vaglum, 1998, Hser et al, 2001).

Η λειτουργικότητα των ατόμων του δείγματος, γενικά, έχει διαφοροποιηθεί αισθητά, σε οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο. Σ' αυτή τη διαφοροποίηση, θεωρούμε ότι συνετέλεσε η συνολική θεραπευτική προσπάθεια, καθώς και η θεραπευτική διεργασία που συντελέστηκε.

Η εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας του δείγματος μελέτης, συσχετίζεται με άλλες ψυχιατρικές, νευροενδοκρινολογικές και κλινικές εξετάσεις, - που επιτελέστηκαν στην έναρξη της θεραπείας τους - με σκοπό την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής, καθώς επίσης, και την θεραπευτική επιλογή, σύμφωνα με την ψυχοδραστική ουσία που χρησιμοποιείται ως κύρια ουσία κατάχρησης, σε συνδυασμό με στοιχεία της δομής της προσωπικότητας του χρήστη. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και άλλοι ερευνητές (Craig & Olson, 1992, Schweizer et al, 1998, Ladd, 1998, Gerra et al, 2001, Sanchez Huesca, 2002).

Σημαντική διαπίστωση επίσης αποτελεί το γεγονός ότι, για την πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος, συμμετείχαν οι γονείς τους στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γονέων - συγγενών των εξαρτημένων, που γίνονται στο χώρο του Συμβουλευτικού Σταθμού του τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων. Το συγκεκριμένο εύρημα, η εμπλοκή δηλαδή των γονέων στο θεραπευτικό γίγνεσθαι, λαμβάνει γνώση και σε παλαιότερες μελέτες (Ζλατάνος, 1994, Μάτσα, 1997, Γεωργάκας, 2007).

Τα παραπάνω στοιχεία, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη με επιφυλακτικότητα, καθώς οι χρήστες που προσέρχονται στο τμήμα, κινούνται σ' ένα ιδιαίτερο κοινωνικό πλαίσιο για πολλά χρόνια.

Έτσι λοιπόν, στο πλαίσιο αυτό, τα ψυχοδυναμικά αυτά στοιχεία της προσωπικότητας, παίρνουν μια πιο κοινωνική διάσταση και είμαστε υποχρεωμένοι να τα δούμε, στην κοινωνική βάση που δημιουργήθηκαν και συντηρούνται.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη των στοιχείων της προσωπικότητας, 58 πρώην χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, με εργαλείο μέτρησης την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI, προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η ανάλυση των αποτελεσμάτων, επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα της πλήρους και σφαιρικής διερεύνησης του παράγοντα της προσωπικότητας του χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς στο σχεδιασμό και στην εξέλιξη της θεραπείας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του χρήστη παίζουν αποφασιστικό ρόλο.
- Με βάση τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών, καταδεικνύεται η ψυχοδυναμική πορεία που διαμορφώνει ορισμένα κοινά στοιχεία των ατόμων του δείγματος, γεγονός που δεν θα 'πρεπε να μας οδηγήσει στην αγνόηση των κοινωνικών παραγόντων, που επίσης συνδιαμορφώνουν τα κοινά αυτά στοιχεία προσωπικότητας.
- Τα αποτελέσματα της μελέτης, μπορεί να οδηγήσουν στο αισιόδοξο συμπέρασμα, ότι όλοι οι εξαρτημένοι χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, έχουν τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης, με βάση την παρόμοια δομή της προσωπικότητάς τους.
- Επίσης, οι αναφορές που σχετίζονται με την εκτίμηση της δομής της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών, παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, με την ψυχομετρική δοκιμασία MMPI ή άλλες δοκιμασίες εκτίμησης της προσωπικότητας, προσανατολίζονται στη συγκριτική μελέτη της προσωπικότητας των εξαρτημένων, ανάλογα με την ουσία ή τις ουσίες που χρησιμοποιούν, την συγκριτική μεταθεραπευτική εκτίμηση της προσωπικότητας ή την επιλογή της θεραπευτικής τακτικής, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητας των εξαρτημένων χρηστών (Donovan et al, 1998, Riesco et al, 1998, Belding et al, 1998, Patalano, 1998, Schweizer et al, 1998, Kozlov & Buzina, 1999, Smith & Hilsenroth, 2001 ).
- Τα άτομα τα οποία μένουν μακριά από τη χρήση ουσιών, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, θα έχουν και περισσότερα οφέλη σε σύγκριση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν πρόσφατα το πρόγραμμα παρέμβασης.

- Ακόμη, ο χρόνος ως μοναδικός και ανεξάρτητος παράγοντας οδηγεί σε ήπιες μεταβολές της ψυχοσύνθεσης, οι οποίες αντανακλώνται στα ευρήματα της διαγνωστικής δοκιμασίας MMPI.
- Η ηλικία κατά την οποία γίνεται η έναρξη της παρέμβασης, έχει έναν σημαντικό ρόλο, καθώς τα νεαρότερα άτομα τείνουν να έχουν λιγότερο αποκρυσταλλωμένες απόψεις για τον εαυτό και το περιβάλλον τους, με λογικό επακόλουθο την δυνατότητα μεγαλύτερης θετικής μεταβολής σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.
- Τέλος, άτομα διαφορετικού φύλου, αποκομίζουν περισσότερα οφέλη σε διαφορετικές παραμέτρους της προσωπικότητάς τους (Verbeke, 2000).
- Με βάση τα παραπάνω, για τη δευτερογενή πρόληψη (θεραπεία) και την τριτογενή πρόληψη (αποκατάσταση), πρέπει να ληφθούν υπόψη, το ειδικό κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο κινούνται τα συγκεκριμένα άτομα.
- Επεκτείνοντας τη σημασία του ψυχοδυναμικού και κυρίως του κοινωνικού παράγοντα και στην πρωτογενή πρόληψη, θα έπρεπε να δοθεί η βαρύνουσα σημασία στα πρώτα εκείνα σημεία σύγκρουσης του ατόμου με το κοινωνικό πλαίσιο, ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβικής ηλικίας.
- Η μεταθεραπευτική εκτίμηση έδειξε, ότι η ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα, την βελτίωση των ατόμων στις κοινωνικές τους δεξιότητες, αλλά δεν συνέβαλε στην ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την κατάχρηση ουσιών. Η επανεκτίμηση των στοιχείων της προσωπικότητας των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, μεταθεραπευτικά, μπορεί να δώσει την δυνατότητα ώστε, να προσδιοριστούν οι αδυναμίες του θεραπευτικού προγράμματος και να αναζητηθούν οι κατάλληλες λύσεις.

## 9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

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



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson, A.L., Dent O.B., Kline C. D., (1996), Cross – validation of MMPI and MMPI – 2 predictor scales, *Clin. Psychol.*, 52 (3): 311 – 5
- Abadinsky, H. (2008), *Drug Use and Abuse: A comprehensive introduction*, 6<sup>th</sup> ed., Thomson Higher Education, USA.
- Adam P. & Herzlich C. (1999), *Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, ΕΑΠ, Πάτρα
- American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, D.C.
- Ausloos, (1981), La dimension familial, dans l' alcoolisme et les autres toxikomanies, *les cahiers du great No 2*: 5 – 36
- Belding MA, Igychi MY, Morral AR, Husband SD. (1998), MMPI profiles of opiate addicts: predicting response to treatment, *Pers Assess* 1998 Apr; 70: 324 – 39
- Bergins J.I., (1974), Subgroups among Opiate Addicts: A Typological investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 1: 65-73.
- Berman, J. J., Meyer, J., Coats, G. (1984), Effects of program characteristics on treatment outcome: *on interrupted time series analysis*, *Stud. Alcohol*, 45 (5): 405 - 10
- Butcher JN. and Pancheri P. (1976), *Handbook of cross-national MMPI research*. University of Minnesota Press, Mineapolis.
- Bukstein O.G., Brent D. A., Kaminer Y. (1989), Comorbidity of Substance Abuse and Other Psychiatric Disorders in Adolescents, *American Journal Psychiatric* 146
- Cohen J., (1988), *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ:L: Erlbaum Associates; 1988
- Comerici GD. and Schwebel R. (2000), Substance abuse: an overview, *Adolesc Med*, 11(1): 79-101.
- Cox M. (1979), *The Alcoholic Personality: A Review of the Evidence*, in B. Maher, ed., *Progress in Experimental Personality Research*, Volume 9, New York.
- Craig, R. & Olson, R. (1992), MMPI subtypes for cocaine abusers. *Am. J. Alcohol Abuse*, vol. 18, no. 2, pp. 197-205.

- Dalton, και συν. (2003), Substance abuse linked to bipolar suicide risk. *Bipolar Disorders*, vol. 5, pp. 58-61.
- Dell Ortho A. E. (1974), The Role and Resources of the Family, During the Drug Rehabilitation Process, Presented at APGA Convention, New Orleans.
- Dumas, P., Saoud, M., Bouafia, S., Gutknecht, C., Ecochard, R., Dalery, J., Rochet, T. and D' Amato, T. (2002), Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy people. *Psychiatry Res.*, vol. 109, no. 1, pp. 27-35.
- Fabry, JJ., Bertinetti, JF., Guzman-Cavazos, L. (2011), Characteristics of juvenile offenders with invalid and valid MMPI-a profile. *Psychol Rep.* 2011 Jun;108(3):908-18.
- Fingl, E. & Woodbury, DM. (1975), General Principles. *In* L.S. Goodman and Gilman (eds), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, MacMillan, New York, Ch. 1.
- Freedman A.M., Kaplan H.I. and Sadock B.J. (1975), *Comprehensive Textbook of Psychiatry – II*. The Williams and Wilkins Co, Baltimore, p. 694.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Raggi, M., Giusti, F., Delsignore, R., Bertacca, S. & Brambilla, F. (2001), Aggressive responding of male heroin addicts under methadone treatment: psychometric and neuroendocrine correlates. *Drug Alcohol Depend*, vol. 65, no. 1, pp. 85-95.
- Gerra, G., Bertacca, S., Zaimovic, A., Pirani., M., Branchi., B., Ferri, M. (2008), Relationship of personality traits and drug of choice by cocaine addicts and heroin addicts, *Subst Use Misuse*, 2008;43(3-4):317-30.
- Gerstley L. J., Alterman A. I., McLellan A. I., et al, (1990), Antisocial Personality Disorders in Patients with Substance Abuse Disorders: A problematic Diagnosis, *American Journal Psychiatry*, 147 :173
- Glynn T. and Haenlein M. (1988), Family theory and research on adolescent drug use. A review, *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 1(2): 39-56.
- Goldberg, R. (2009), *Drugs across the Spectrum*, 6<sup>th</sup> ed., Wadsworth, USA.
- Goldstein A. (1983), Some thoughts about endogenous opioids and addiction, *Drug Alcohol. Dep.* 11: 11.
- Goodman and Gilman (1990), *The pharmacological basis of therapeutics*, 8<sup>th</sup> ed. Pergamon Press, N.Y., p. 1811.



- Gurling WN, Glifford CA, Murray RM. (1981), Genetic Contributions to Alcohol Dependence and its Effect on Brain Function, In: L. Gedder, P. Parisi, W.E. Nance (Eds), Alan Liss, New York.
- Hill H., Haertzen C., Davis H. (1962), An MMPI Factor Analytic Study of Alcoholics, Narcotic Addicts and Criminals. *Quart J. Stud Alcohol* 23: 411.
- Hodgson R.J. – Stockwell T.R. (1983), The Theoretical and Empirical Basis of the Alcohol Dependence Model: A Social Learning Perspective, In: N. Heather, I. Robertson, P. Davies (eds), *Alcohol Misuse: three crucial questions*, Junction Books, London.
- Hemby E.S. (2006), Assessment of genome and proteome profiles in cocaine abuse. *Progress in Brain Research*, vol. 158 (ch 9), 173 – 195, 2006
- Hodgson R.J. (1984), Craving and Priming, In: G. Edwards, J. Littleton (eds), *Pharmacological Treatments for Alcoholism*, Groom Helm, London, Methuen, New York.
- Hofman F.G. (1983), *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse*, 2nd ed, Oxford University Press, Oxford.
- Hosztafi, S. (2011), Heroin Addiction. *Acta pharm Hung.* 2011;81(4):173-83. *Review Hungarian.*
- Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. (2001), A 33-year follow-up of narcotics addicts, *Arch. Gen. Psychiatry*, 58(5): 503-8.
- Huberty D.J. (1975), Treating the Adolescent Drug Abuser: A Family Affair, *Contemporary Drug Problems*, 4, pp. 179-194.
- Hurt S.W., Clarkin J.F., Morey L.C. (1990), An examination of the stability of the MMPI Personality Disorder Scales, *Pers. Assess.*, 54(1-2): 16-23.
- Husband SD. and Iguchi MY. (1995), Comparison of MMPI-2 and MMPI clinical scales and high-point scores among methadone maintenance clients, *Pers Assess*, 64(2): 371-5.
- Iwashige T., Myojin T, Ohi K., Shibasaki M., Atsukawa R. (1997), Effects of a rehabilitation program for alcoholic inpatients based on the MMPI, *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 32(6): 548-57. (Article in Japanese).
- Jaffe, H. (1980), Drug Addiction and Drug Abuse. In Goodman & Gilman (eds), *the Pharmacological Basis of Therapeutics*, MacMillan, New York, p. 535.

- Kelley J.L. and Petry N.M. (2000), HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder, *J. Subst. Abuse Treat.*, 19(1): 59-66.
- Kleinman P.H., Wish E.D., Deren S. et. al. (1986), Multiple Drug Use: A Symptomatic Behavior, *Jour. Psychoact. Drugs*, 8 (2): 77.
- Kolb L.C. (1977), *Modern Clinical Psychiatry*, 9th edition, Saunders Co., Philadelphia – London – Toronto, p. 63.
- Kozlov AA and Buzina TS. (1999), The psychological characteristics of patients with drug addiction, *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1999; 99(10): 14-9.
- Ladd J.S. (1998), The F(p) Infrequency Psychopathology scale with chemically dependent inpatients, *J. Clin. Psychol.* 54(5): 665-71.
- Laqueille X., Poirier M.F., Jalfre V., Bourdel M.C., Willard D., Olie J.P. (2001), Predictive factors of response to buprenorphine in the substitutive treatment of heroin addicts. Results of a multicenter study of 73 patients, *Presse Med.*, 30(32): 1581-5. (Article in French).
- Levy T. and Joff W. (1973), *The Family Systems Approach to Substance Abuse*, The Family Program of Dade County Comprehensive Drug Program, Miami.
- Lingford-Hughes AR, Davies SJ, McIver S, Williams TM, Daglish MR, Nutt DJ. (2003), *Addiction*, *Br Med Bull*, 65: 209-22.
- London M. and Ghodse AH. (1989), Types of Opiate Addiction and Notification to the Home Office, *Brit. Jour. Psychiat.* 154: 835.
- Madden, J. (1979), *A Guide to Alcohol and Drug Dependence*, J. Wright & Sons, Bristol.
- Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A. (1995), Familiar correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology*, vol. 28, pp. 85-94.
- Magoudi A. and Ferbos C. (1986), *Approche psychanalytique des toxicomanes*, Paris, PUF.
- Maldonado, T. (2003), The neurobiology of addiction. *J Neural Transm Suppl.* 3 (66) : 1-14, 2003
- Marshall L.L. and Roiger R.J. (1996), Substance user MMPI-2 profiles: predicting failure in completing treatment, *Subst. Use Misuse*, 31(2): 197-206.

- Mass, R., Bardong, C., Kindl, K. & Dahme, B. (2001), Relationship between cannabis use, schizotypal traits and cognitive function in healthy people. *Psychopathology*, vol. 34, no. 4, pp. 209-14.
- Maurer R., Cortes R., Probst A. et. al. (1983), Multiple opiate receptor in human brain: An auto radio graphic investigation, *Life Sci. Suppl. I*, 33: 231.
- McClung C.A. (2006), The molecular mechanisms of morphine addiction. *Rev. Neurosci*, 17 (4): 393-402, 2006
- Mendelson H., Mello K. (1979), *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism*, New York.
- Menicussi L.D. and Wermuth L. (1989), Expanding the Family systems approach: cultural, class, developmental and gender influences in drug abuse, *Am. Jour. of family therapy: Sum. No 1*, 17(2): 129-142.
- Miller, N. & Gold, M. (1993), A neurochemical basis for alcohol and other drug addiction. *Psychoactive Drugs*, v. 25, no. 2, pp. 121-8.
- Miles D.R., Svikis D.S., Kulstad J.L. and Haug N.A. (2001), Psychopathology in pregnant drug-dependent women with and without comorbid alcohol dependence, *Alcohol Clin. Exp. Res*, 25 (7): 1012-7.
- Mirin SM, Meyer RE, McNamee B. (1976), Psychopathology and mood duration in heroin use: Acute and chronic effects. *Arch Gen. Psychiatry* 33: 1503-1508.
- Mirin SM, Weiss RD, Sollogul A., Michael J. (1984), Psychopathology in families of drug abusers in *Ins. M. Mirin (ed): Substance abuse and psychopathology*, Washington DC American Psychiatric Association Press, pp. 80-106.
- Mirin SM, Weiss RD, Griffin MI, Michael JK. (1991), Psychopathology in drug abusers and their families, *Compr. Psychiatry* 32: 36-51.
- Mulder, RT., Frampton, CM., Peca, H., Hampton, G., Marsters, T. (2009), Predictors of 3-month retention in a drug treatment therapeutic community. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Jul ;28(4) :366-71.
- Nace E. P, Davis C. W. (1991), Axis II Comorbidity in Substance Abusers, *American Journal Psychiatry*, 148: 118 – 120
- Nadeau L, Landry M, Racine S. (1999), Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction, *Can J Psychiatry*, 44(6): 592-6.

- Nie N, Hull C, Bent D. IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Version 20). *Computer Software. Chicago, IL: SPSS. Available from: [www.spss.com](http://www.spss.com)*. 2011
- Nunn, J., Rizza, F. & Peters, E. (2001), The incidence of schizotypy among cannabis and alcohol users. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 189, no. 11, pp. 741-8.
- O'Boyle, M. & Brandon, E. (1998), Suicide attempts, substance abuse and personality. *J. Subst. Abuse Treat.* vol. 15, no. 4, pp. 353-6.
- Olievenstein Cl. (1987), Place et Object des Thérapies Transitionnelles dans le Traitement des Grands Toxicomanes, dans *La Clinique du Toxicomane*. Les éditions universitaires.
- Pacula, R. & Chaloupka, F. (2001), the effects of macro-level interventions on addictive behavior. *Subst Use Misuse*, vol. 36, no. 13, pp. 1901-22.
- Patalano F. (1998), MMPI diagnostic classification of substance abusers of the 1970s, *Psychol Rep* 1998 Apr;82(2): 505-6.
- Penk W. (1981), *Assessing the Substance Abuse with the MMPI*, Dallas, Texas.
- Pervin A.L. and John P.O. (1997), *Personality: Theory and Research*. J. Wiley and Sons, Inc. (Μετάφραση στα ελληνικά, Αλεξανδροπούλου Α. και Δασκαλοπούλου Ε.) εκδ. Δάρδανος, Αθήνα, 2001.
- Petersen R. (1987), *Drug Abuse and Drug Abuse Research: The Second Triennial Report to Congress*, NIDA, Rockville, Maryland.
- Pihl O., Spiers P. (1978), Individual Characteristics in the Etiology of Drug Abuse, In: B. Maher ed., *Progress in Experimental Personality Research*, Volume 8, New York.
- Plant MA. (1980), Drugtaking and Prevention: The Implications of Research for Social Policy, *Brit. Jour. Addict.* 75: 245.
- Platt J., Labate C. (1976), *Heroin Addiction*, Willey, New York.
- Plomin R. (1994), *Genetic and experience: The interplay between nature and nurture*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Plomin R., Chipuer H.M., Loehlin J.C. (1990), Behavioral genetics and personality. In: L.A. Pervin (ed), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 225-243). New York: Guilford Press.
- Poirier, MF., Laqueille, X., Willard, D., Bourdel, MC., Fermanian, J., Olie, Jp. (2004), Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin

addicts: results of a multicenter study of 73 patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 Mar;28(2):267-72

- Polimeni, AM., Moore, SM., Gruenert, S. (2010), Mental health improvements of substance-dependent clients after 4 months in a Therapeutic Community. *Drug Alcohol Rev*. 2010 Sep;29(5):546-50.
- Raistrick, D. & Davidson, R. (1985), *Alcoholism and Drug Addiction*, Churchill, London.
- Ravndal E. and Vaglum P. (1998), Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers, *J. Subst. Abuse Treat.*, 15(2): 135-42.
- Riesco, Y., Perez-Urdaniz, A., Rubio, V., Izquierdo, J., Sanchez-Iglesia, S., Santos, J. & Carrasco, J. (1998), the evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, vol. 26, no. 3, pp. 151-4.
- Sanchez-Huesca, R., Guisa-Cruz, V., Cedillo-Conzalez, A. & Pascual-Blanco, Y. (2002), Personality profile among cocaine users. *Actas Esp. Psiquiatr.*, Vol. 30, no. 2, pp. 91-8.
- Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G, Garcia – Espana F. (1998), The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients, *Psychol Med* 1998 May; 28(3): 713-20.
- Serper MR, Albert M, Richardson NA, Dickson S, Allen M, Werner A. (1995), Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia, *Am. J. Psych*. 152(10): 1464-9.
- Shalev U, Grimm JW, Shaham Y. (2002), Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review, *Pharmacol Rev*, 54(1): 1-42.
- Skinstad A.H. and Swain A. (2001), Comorbidity in a clinical sample of substance abusers, *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 27(1): 45-64.
- Skosnik PD, Spatz-Glenn L, Park S. (2001), Cannabis use is associated with schizotypy and attentional disinhibition, *Schizophr Res*, 48(1): 83-92.
- Smith, S. & Hilsenroth, M. (2001), Discriminative validity of the MacAndrew Alcoholism Scale with Cluster B personality disorders. *J Clin Psychol*, vol. 57, no. 6, pp. 801-13.
- Stanton D. (1979), Family treatment approaches to drug abuse problems: a review, *Family process*. 18: 251-280.

- Steer R.A., Platt J.J., Hendrighs M.V. et. al. (1989), Types of Self-reported Psychopathology in Dutch and American Heroin Addicts, in *Drug Alcohol Dependence* 24: 175.
- Stimmel, B. (2002), *Alcoholism, Drug Addiction and the Road to Recovery*, the Haworth Medical Press Inc., NY.
- Szczepanska L. (2001), Analysis of psychopathological symptoms in patients dependent on “Polish heroin”, treated in the detoxification unit, *Przegl. Lek.* 58(4): 281-6. (Article in Polish).
- Swadi H. (1990), “Experimenting” with Drugs: A Critical Evaluation, *Drug Alcoh. Dep.* 26: 189.
- Tran G.Q., Bux D.A., Haug N.A., Stitzer M.L., Svikis D.S. (2001), MMPI-2 typology of pregnant drug-dependent women in treatment, *Psychol. Assess.* 13(3): 336-346.
- Verbeke G, Molenberghs G., (2000), *Linear mixed models for longitudinal data.* Springer – Verlag; 2000
- Ward LC. and Perry MS. (1998), Measurement of social introversion by the MMPI-2, *Pers Assess*, 70(1): 171-82.
- World Health Organization (WHO) (1992), *The ICD – 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva. (Απόδοση στα ελληνικά: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. & Μαυρέας, Β. (1993), Βήτα, Αθήνα.)
- Williams, J., Wellman, N. & Rawlins, J. (1996), Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, vol. 91, no. 6, pp. 869-77.
- Wong J.L., Besett T.M. (1999), Sex differences on the MMPI-2 substance abuse scales in psychiatric inpatients, *Psychol. Rep.* 84(2): 582-4.
- Wurmser L. (1981), Addictive Personalities, in: JR Lion (ed): *personality Disorders: Diagnosis and Management*, Williams and Wilkins.
- Γεωργάκας, Π. (2007), ΕΞΑΡΤΗΣΗ μια Ατομική Επιλογή ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ Μία συλλογική διαδικασία, *Επίκεντρο*, Θεσσαλονίκη
- Γκιουζέπας, Ι. (1988), Διαταραχές Προσωπικότητας, (κεφάλαιο στον τόμο) “Ψυχιατρική”, Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.

- Γρίβας, Κ. (1995), Οπιούχα, Μορφίνη – Ηρωίνη – Μεθαδόνη, Νέα Σύνορα-Λιβάνη, Αθήνα.
- Γρίβας, Κ. (2002), Οπιούχα: Εξάρτηση και Απεξάρτηση, Εγχειρίδιο Αυτοβοήθειας και Αυτοάμυνας, Ιανός, Αθήνα.
- ΕΚΤΕΠΙΝ (2010), Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, Αθήνα.
- ΕΚΤΕΠΙΝ, (2011), Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ελλάδα, Αθήνα
- Ζλατάνος, Δ., Χριστοφορίδου, Μ., Τζουβάρα, Ξ., Αλεκτορίδης, Π. (2001), Επανεκτίμηση (follow-up) πρώην χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκριτική Προκαταρκτική μελέτη. Τετράδια Ψυχιατρικής, 73: 77-88.
- Ζλατάνος Δ. (2001), Έφηβοι Χρήστες Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών. Προκαταρκτική Μελέτη. Το Στίγμα, Περιοδική Επιστημονική Έκδοση, Ψ.Ν.Θ., 5: 22-31.
- Ζλατάνος, Δ. (2001), Επανεκτίμηση (follow-up) πρώην χρηστών παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκριτική μελέτη. Τετράδια Ψυχιατρικής, 76-77: 56-70 & 80-82.
- Ζλατάνος, Δ. (1999), Η οργάνωση του Συμβουλευτικού Σταθμού του τμήματος Αποκατάστασης Τοξικοεξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ, *Πεπραγμένα και Προοπτικές, Ανακοίνωση στο Επιστημονικό Συνέδριο, Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Αξιολόγηση και Προοπτικές, Ιωάννινα*
- Ζλατάνος, Δ., Χριστοφορίδου, Μ., Ρογκότης, Χ. (1994), Η Συνεργασία με την Οικογένεια του Χρήστη σαν Συντελεστής στη Διαδικασία Απεξάρτησης, Ανακοίνωση στο 14<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (ΕΨΕ), Περιλήψεις, σελ. 80
- Κεφαλάς, Α. και Καπαγιαννίδης, Β., (2008). Μονάδα Σωματικής Απεξάρτησης (DETOX), Φιλοσοφία – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, *Στίγμα*, 19, σσ. 22 - 26
- Κοβάτση, Λ. (2007), Ναρκωτικά, Ιατρική Σχολή, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.

- Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού Ο. & Πάντζου Π. (2000), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β., ΕΑΠ, Πάτρα
- Κωνσταντινίδης, Γ. (2004), Ο Μίτος της Αριάδνης για την Έξοδο από το Λαβύρινθο της Ηρωίνης, Θυμάρι, Αθήνα.
- Λιάππας, Γ. (1992), Ναρκωτικά, Πατάκη. Αθήνα
- Λογοθέτης, Κ. (1990), Συμβολή στη Μελέτη του Προβλήματος της Θεραπείας των χρηστών Ναρκωτικών από Νομικής και Κοινωνικής Πλευράς, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη.
- Μαδιανού, Δ., Μαδιανός Μ., Κοκκέβη Α., και Στεφανής Κ. (1992), Τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα, τ. 3, *Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη*, Αθήνα.
- Μάνος, Ν. (1980), Συγκριτική Διερεύνηση της Προσωπικότητας του Έλληνα με το MMPI, Διατριβή για υφηγεσία, Θεσσαλονίκη.
- Μάνος, Ν. (1982), MMPI οδηγός χρήσης και ερμηνεία, Θεσσαλονίκη
- Μάτσα, Κ. (1997), Ο τοξικομανής και η οικογένειά του (χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος), Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ψυχιατρική Κλινική, Ιωάννινα.
- Μάτσα, Κ. (2001), Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές – Το αίνιγμα της Τοξικομανίας, *Άγρα*, Αθήνα
- Μενούτης, Β., Κρητικού, Π. (1990), Τοξικοεξάρτηση, Περιβάλλον, Προσωπικότητα στα Ναρκωτικά (άρθρο στον τόμο) ‘Ναρκωτικά: Κοινωνικά αίτια, πρόληψη, θεραπεία’, *ΕΣΥΚΑΝΑ*, Σύγχρονη Εποχή, σελ. 122 – 127
- Παραδέλης, Α., (1992), Κλινική Φαρμακολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Παρασκευόπουλος, Ν. (1997), Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, Σάκκουλα, Αθήνα.
- Πιπερόπουλος, Γ. (2001), Αλκοολισμός και Ναρκωτικά, *Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος*, Αθήνα.
- Ρογκότης, Χ. (1994), Μια θεραπευτική πρόταση για την Αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη.
- Σπέντζος, Δ. (1993), Απαγορευμένες Ουσίες, Όμβρος, Αθήνα.



- Στεφανής, Κ. (1980), Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα
- Τάιλερ, Α. (1996), Τα Ναρκωτικά (από το Α ως το Ω), Μέδουσα-ΣΕΛΑΣ, Αθήνα.
- Φιλιππόπουλος, Γ. (1980), Κλινική Ψυχιατρική, Αθήνα

DSM-IV & DSM-IV TR (2000), “Substance Dependence”, στο  
<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/subdep.htm>  
Προσπελάστηκε την 20/10/2011

Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (2011), στο  
<http://www.psychotes.gr/profile.asp>  
Προσπελάστηκε την 15/9/2011

### III. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Αποτελέσματα συγκρίσεων με τη χρήση γραμμικού μικτού μοντέλου

### **Κλίμακα K**

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	49,963658	5,543868	72,596	9,012	<,001	38,913710	61,013607
ΗΛΙΚΙΑ	,172303	,164966	85,725	1,044	,299	-,155653	,500258
Άνδρες	-6,334591	3,487131	51,793	-1,817	,075	-13,332698	,663517
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Κ.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	109,838654	15,396396	7,134	<,001	83,452599	144,567455
AR1 rho	,280602	,134391	2,088	,037	,002421	,518473

### **Κλίμακα F**

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	71,849422	6,576602	65,578	10,925	<,001	58,717238	84,981607
ΗΛΙΚΙΑ	-,673295	,198598	73,859	-3,390	,001	-1,069023	-,277567
Άνδρες	8,357953	4,019218	51,097	2,079	,043	,289408	16,426497
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	173,116685	23,160571	7,475	<,001	133,186487	225,018223
AR1 rho	,073078	,145724	,501	,616	-,210734	,345528

## Κλίμακα Hs

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	68,015024	5,922150	60,976	11,485	<,001	56,172860	79,857188
ΗΛΙΚΙΑ	-,399509	,180011	67,130	-2,219	,030	-,758800	-,040218
Άνδρες	6,388485	3,570094	49,611	1,789	,080	-,783654	13,560623
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Hs.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	155,509578	20,705897	7,510	<,001	119,790056	201,880102
AR1 rho	-,060226	,149222	-,404	,687	-,339771	,229096

## Κλίμακα D

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	60,615894	6,179720	56,802	9,809	<,001	48,240285	72,991503
ΗΛΙΚΙΑ	-,198504	,189142	60,770	-1,049	,298	-,576745	,179737
Άνδρες	1,270382	3,669798	48,894	,346	,731	-6,104759	8,645523
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:D.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	204,277237	28,023184	7,290	<,001	156,117053	267,294244
AR1 rho	-,246558	,141675	-1,740	,082	-,498565	,043877

## Κλίμακα Hy

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	68,591545	5,757075	60,786	11,914	<,001	57,078741	80,104348
ΗΛΙΚΙΑ	-,402284	,174683	67,568	-2,303	,024	-,750899	-,053669
Άνδρες	3,098976	3,483646	48,569	,890	,378	-3,903245	10,101197
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Hy.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	142,204982	18,918792	7,517	<,001	109,565017	184,568555
AR1 rho	-,020677	,152739	-,135	,892	-,309661	,271804

## Κλίμακα Pd

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	73,993504	4,906606	61,500	15,080	<,001	64,183752	83,803256
ΗΛΙΚΙΑ	-,447951	,147907	70,718	-3,029	,003	-,742889	-,153013
Άνδρες	2,840339	3,009414	46,217	,944	,350	-3,216531	8,897209
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Pd.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	94,432659	12,708912	7,430	<,001	72,538075	122,935810
AR1 rho	,103711	,158463	,654	,513	-,206845	,395281

## Κλίμακα Mf

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	55,022104	4,884966	77,422	11,264	<,001	45,295739	64,748469
ΗΛΙΚΙΑ	-,189921	,145217	89,848	-1,308	,194	-,478426	,098584
Άνδρες	3,161382	3,078302	56,769	1,027	,309	-3,003357	9,326121
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Mf.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	84,913962	11,842798	7,170	<,001	64,604617	111,607828
AR1 rho	,291316	,122274	2,382	,017	,038108	,509371

## Κλίμακα Pa

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	73,171188	5,600013	62,073	13,066	<,001	61,977182	84,365193
ΗΛΙΚΙΑ	-,666831	,169461	69,782	-3,935	<,001	-1,004829	-,328832
Άνδρες	6,745950	3,407691	48,565	1,980	,050	-,103613	13,595512
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Pa.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	129,010001	17,201044	7,500	<,001	99,341738	167,538648
AR1 rho	,034165	,152927	,223	,823	-,259808	,322343

## Κλίμακα Pt

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	71,149723	5,558549	56,582	12,800	<,001	60,017137	82,282309
ΗΛΙΚΙΑ	-,671233	,169372	61,986	-3,963	<,001	-1,009806	-,332661
Άνδρες	6,372456	3,333375	46,488	1,912	,062	-,335379	13,080291
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Pt.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	144,569950	19,356864	7,469	<,001	111,200910	187,952332
AR1 rho	-,119730	,155906	-,768	,443	-,405590	,187464

## Κλίμακα Sc

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	74,714113	6,250237	61,754	11,954	<,001	62,219076	87,209150
ΗΛΙΚΙΑ	-,797921	,188990	69,770	-4,222	<,001	-1,174871	-,420971
Άνδρες	8,811893	3,809522	47,883	2,313	,025	1,151851	16,471936
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Sc.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	158,988640	21,227082	7,490	<,001	122,382538	206,544072
AR1 rho	,049099	,154716	,317	,751	-,249455	,339130

## Κλίμακα Ma

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	60,537980	4,826691	73,533	12,542	<,001	50,919573	70,156386
ΗΛΙΚΙΑ	-,428839	,144471	84,212	-2,968	,004	-,716125	-,141552
Άνδρες	10,581420	3,002205	55,407	3,525	,001	4,565859	16,596980
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Ma.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	86,019552	11,762903	7,313	<,001	65,795780	112,459543
AR1 rho	,209333	,130439	1,605	,109	-,054842	,446120

## Κλίμακα Si

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	48,573253	5,086962	62,245	9,549	<,001	38,405358	58,741149
ΗΛΙΚΙΑ	-,147735	,153633	70,687	-,962	,340	-,454094	,158625
Άνδρες	4,973109	3,108070	47,815	1,600	,116	-1,276711	11,222929
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:Si.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	103,727916	13,883151	7,471	<,001	79,793800	134,841061
AR1 rho	,070904	,154621	,459	,647	-,229403	,358886



## Κλίμακα L

Εκτίμηση των σταθερών παραμέτρων <sup>a</sup>							
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	df	t	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
Intercept	55,049833	5,687894	80,519	9,678	<,001	43,731682	66,367983
ΗΛΙΚΙΑ	,073322	,167536	95,370	,438	,663	-,259263	,405907
Άνδρες	-8,579662	3,644709	56,600	-2,354	,022	-15,879186	-1,280138
Γυναίκες	0 <sup>b</sup>	0	.	.	.	.	.

a. Εξαρτημένη μεταβλητή:L.

b. Αυτή η παράμετρος παρουσιάζεται ως μηδενική καθώς είναι το μέτρο σύγκρισης

Εκτιμήσεις των παραμέτρων συμμεταβλητότητας						
Παράμετρος	Εκτίμηση	Τυπικό λάθος	Wald Z	P	95% Διαστήματα εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο όριο	Ανώτερο όριο
AR1 diagonal	111,812259	16,048377	6,967	<,001	84,395005	148,136508
AR1 rho	,379191	,115170	3,292	,001	,134655	,580191