



ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΑΔΙΕΥΧΑΙΣΤΟ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2011

18

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ
EXARTISIS SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
DRUG ADDICTION IN GREECE • INTERNATIONAL EXPERIENCE • FOR THE READERS

This title
is indexed
in Scopus

SCOPUS

A COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY PROGRAMME FOR ANXIETY MANAGEMENT IN METHADONE MAINTENANCE - A PILOT STUDY

KONSTANTINOU, O.¹, CHARILA, D.²

Abstract

The current pilot study implemented a CBT based group anxiety management programme for drug dependent individuals with high anxiety levels. Clinical anxiety levels were measured using the Symptom Checklist (SCL-90) (Derogatis, 1977). There were two research groups in the study: a therapy group and a control group. Psychometric measures were given both before and after the intervention in both research groups. The anxiety management programme implemented in the therapeutic group included psychoeducation regarding anxiety, explanation of the anxiety mechanism as proposed by CBT, the interrelationship between substance use and anxiety, assertiveness training, coping strategies and problem-solving. The therapeutic intervention lasted for 13 weeks. Results showed significant reduction in anxiety levels for the intervention group.

Key Words: Group CBT, anxiety management, substance dependence, methadone maintenance.

1 Psychologist-Psychotherapist, Dr. of Clinical Psychology, Piraeus Methadone Maintenance Programme, Organization Against Drugs. E-mail: kolga3@yahoo.gr

2 Psychologist-Dr. of Clinical Psychology, Laboratory of Student Psychological Counseling,- University of Athens, trainer and supervisor in the Institute of Behavior Research and Therapy, E-mail: aharija@psych.uoa.gr

ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ – ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΓΝΩΣΙΑΚΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΟΛΓΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ¹ ΚΑΙ ΝΤΙΑΝΑ ΧΑΡΙΛΑ²

Περίληψη

Στόχος: Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ένα ομαδικό πρόγραμμα διαχείρισης άγχους για τοξικοεξαρτημένα άτομα, το οποίο στηρίζεται στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, καθώς περιλαμβάνει τα πρώτα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητά του.

Χώρος: Πρόγραμμα υποκατάστασης μεθαδόνης ΟΚΑΝΑ Πειραιά υπό την επίβλεψη του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Συμμετέχοντες: Μέλη του προγράμματος υποκατάστασης μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ Πειραιά, οι οποίοι κατανέμονται σε δύο ομάδες.

Εργαλεία: Για τη μέτρηση κλινικών επιπέδων άγχους χρησιμοποιήθηκε το Symptom Checklist (SCL-90-R) (Derogatis, 1977). Μόνο άτομα με κλινικά επίπεδα άγχους κλήθηκαν να συμμετέχουν στην ομάδα. Πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης δόθηκαν δυο αυτο-συμπληρούμενες κλίμακες: το Beck Anxiety Inventory (D. Beck & R. Steer, 1987) και το Symptom Checklist (SCL-90-R) (Derogatis, 1977) (Ντώνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991).

Δομή: Η παρέμβαση περιελάμβανε ψυχοεκπαίδευση γύρω από το άγχος, παρουσίαση του γνωσιακού μηχανισμού του άγχους, το ρόλο της χρήσης ως μέσο αποφυγής, καθώς και εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Η διάρκεια της παρέμβασης ήταν 13 εβδομάδες.

Λέξεις κλειδιά: Διαχείριση άγχους, ομαδική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, πρόγραμμα υποκατάστασης μεθαδόνης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αγχώδεις διαταραχές και χρήση ουσιών

Τις τελευταίες δεκαετίες πολυάριθμες έρευνες παρέχουν επιστημονικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Έρευνες δείχνουν (Rounsaville et al., 1982) ότι το 70,3% των χρηστών οπιοειδών που παρακολουθούν προγράμματα διαγιγνώσκεται με μια τρέχουσα ψυχιατρική διατα-

1 Ψυχολόγος- Ψυχοθεραπεύτρια, Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας, Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά, Ο.ΚΑ.ΝΑ. Επικοινωνία: kolga3@yahoo.gr

2 Ψυχολόγος-Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών-ΕΚΠΑ, διδάσκουσα και επόπτρια στο Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Επικοινωνία: aharila@psych.uoa.gr

ραχή, ενώ το 86,9% έλαβε διάγνωση τουλάχιστον μιας διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Farrell et al., (1998) οι αγχώδεις διαταραχές παρατηρούνται στο 28% του πληθυσμού των χρηστών, οι συναισθηματικές διαταραχές ακολουθούν με 26%, οι διαταραχές προσωπικότητας με 18% και τέλος η σχιζοφρένεια με 7% εμφανίζεται αυξημένη συγκριτικά με άτομα που πάσχουν μόνο από τη μια διαταραχή (Kessler, 1995).

Φαίνεται ότι τα εσωτερικευμένα αυτά προβλήματα σχετίζονται με το μέγεθος της χρήσης ουσιών και πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η χρήση ουσιών τόσο αυξάνονται και τα εσωτερικευμένα προβλήματα (Barnea, Teichman & Rahav, 1993; Neighbors et al., 1992; Riggs, Baker, Mikulich, Young & Crowley, 1995). Ακόμη, μεταξύ ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές, όσοι πάσχουν από κρίσεις πανικού έχει βρεθεί ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι χρήστες κοκαΐνης παρά οπιοειδών (Merikangas, Stevens, & Fenton, 1996).

Σε έρευνα των Kessler και συνεργατών (1994) βρέθηκε ότι το 52% των ανθρώπων με πρόβλημα στο αλκοόλ εμφάνιζαν και κάποιο άλλο πρόβλημα ψυχικής υγείας στον Άξονα I, ενώ για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών το ποσοστό αυτό ανέβαινε στο 59%. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ακόμη ότι στις περιπτώσεις χρηστών ναρκωτικών ουσιών, που εμφανίζουν παράλληλα και αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης, τα ποσοστά θετικής πρόγνωσης ως προς τη χρονιότητα και τις υποτροπές εμφανίζονται μειωμένα (Coryell, Endicott, & Winokur, 1992). Το ίδιο ισχύει και ως προς την ανταπόκριση των ατόμων αυτών σε φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Scott, 1994), αλλά και ως προς την κατανάλωση φαρμάκων και άλλων παράνομων ουσιών (Goodwin, Stayner, Chinman, Wu, Tebes & Davidson, 2002).

Διάφορες ερμηνείες που έχουν προταθεί για τη σχέση χρήσης ουσιών και προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι ότι η χρήση ουσιών θα μπορούσε να προκαλεί προβλήματα ψυχικής υγείας σε άτομα που έχουν τέτοια προδιάθεση, αλλά και θα μπορούσε να λειτουργεί ως αυτοίαση των αγχώδων συμπτωμάτων του ατόμου, ιδιαίτερα σε άτομα με σχιζοφρένεια (Soyka, Albus, Immler, Kathmann & Hippus, 2002; Martinez-Cano H, delceta Ibanez deGauna M, Vela-Bueno A, Wittchen HU, 1999; Cowley DS., 1992). Η χρήση ουσιών θα μπορούσε ακόμη να λειτουργεί ως στρατηγική αντιμετώπισης πληθώρας αγχογόνων γεγονότων ή καταστάσεων (Wagner, Meyers & Milnich, 1999) αλλά και ως προσπάθεια ρύθμισης αυξημένων αναγκών διέγερσης ως αποτέλεσμα υπερκινητικότητας και διαταραχών προσοχής (Fergusson & Lynskey, 1996, Putnins, 2006).

Αιτιολογικά μοντέλα συννοσηρότητας χρήσης ουσιών και αγχώδων διαταραχών

Μια εξήγηση που έχει προταθεί για τη συννοσηρότητα αγχώδων διαταραχών και χρήσης ουσιών είναι ότι τα αγχώδη συμπτώματα προκαλούν τη χρήση ουσιών. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο μοντέλο της «αυτοίασης» και υποστηρίζει ότι οι σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της χρήσης ουσιών που σχετίζονται με μείωση του άγχους είναι η αιτία της συνέχισης της χρήσης ουσιών (Quitkin, Rifkin, Kaplan, & Klein, 1972) μέσω διαδικασιών αρνητικής ενίσχυσης (Brady & Lydiard, 1993; Cox et al., 1990; Cowley, 1992; Kushner et al., 1990). Έρευνες δείχνουν ότι, όταν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά τα αγχώδη συμπτώματα, τότε υπάρχει βελτίωση της χρήσης αλκοόλ (Brown, Irwin, & Schuckit, 1991; Brown et al., 1991; Thevos et al.).

Μια άλλη αιτιολογική εξήγηση είναι ότι η χρήση ουσιών οδηγεί σε ανάπτυξη αγχώδων διαταραχών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν βιοψυχοκοινωνική συνέπεια της χρήσης ουσιών και του συνδρόμου στέρησης George, Nutt, Dwyer, & Linnoila, 1990; Ailan, 1995; George et al., 1990; Schuckit, 1996; Schuckit & Hesselbrock, 1994). Η χρόνια χρήση αλκοόλ έχει βρεθεί ότι προκαλεί αλλαγές στο νευροχημικό σύστημα του εγκεφάλου που σχετίζεται με την ανάπτυξη άγχους και πανικού (Borg et al., 1981; Coffman & Petty, 1985). Μια άλλη εναλλακτική εξήγηση για τη συννοσηρότητα υποστηρίζει την ύπαρξη ενός τρίτου παράγοντα που βρίσκεται και στις δυο διαταραχές (Crowe, Noyes, Pauls, & Slymen, 1983; McGue, 1994; Merikangas & Gelernter, 1990; Noyes, Clancy, Crowe, Hoenk, & Slymen, 1978) και ο οποίος μεταφέρεται από γενιά σε γενιά στα πλαίσια της οικογένειας (Merikangas, Stevens, & Fenton, 1996). Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της άποψης αυτής (Merikangas et al. 1996) ο παράγοντας αυτός μπορεί να αφορά τόσο βιολογικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες επικινδυνότητας (π.χ. χρήση αλκοόλ της μητέρας ή κακοποίηση του παιδιού).

Τα αυξημένα ποσοστά συνύπαρξης χρήσης ουσιών και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης και παρεμβάσεων σε χρήστες ουσιών ώστε να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα αυτά. Στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν είναι εύκολο να διευκρινισθεί ποια διαταραχή ξεκίνησε πρώτα. Αυτό που φαίνεται να δημιουργείται είναι ένας φαύλος κύκλος μεταξύ της χρήσης ουσιών και της κατάθλιψης ή των αγχώδων διαταραχών που οδηγούν σε ακόμη μεγαλύτερη χρήση ή αύξηση των εσωτερικευμένων ή εξωτερικευμένων προβλημάτων. Η συγκεκριμένη έρευνα προσπάθησε να αναπτύξει ένα ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης για χρήστες ουσιών οι οποίοι αντιμετώπιζαν και διαταραχές άγχους. Το πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στηρίχθηκε στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία.

Σκοποί της έρευνας

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα του παρεμβατικού θεραπευτικού ομαδικού προγράμματος διαχείρισης άγχους γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης σε χρήστες μεθαδόνης και β) να επεκτείνει τις θεραπευτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στις μονάδες υποκατάστασης μεθαδόνης του OKANA.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν όλοι μέλη του προγράμματος υποκατάστασης μεθαδόνης του OKANA Πειραιά. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή κάποιου στην έρευνα ήταν η βαθμολογία του στις επιμέρους κλίμακες του άγχους ή του φοβικού άγχους του SCL-90-R να είναι πάνω από την τιμή ουδό (T=60). Η απόφαση αυτή ελήφθη, καθώς σύμφωνα με τους δημιουργούς του εργαλείου, για να υποφέρει κάποιος από ένα κλινικό σύνδρομο θα πρέπει η βαθμολογία του να είναι πάνω από την τιμή ουδό. Από τις 20 παραπομπές που έγιναν από τους θεραπευτές, 13 άτομα πληρούσαν το κριτήριο αυτό (7 άνδρες και 6 γυναίκες). Από τα 13 αυτά άτομα τα 6 μπήκαν στην ομάδα ελέγχου, καθώς είτε διέκοψαν το ομαδικό πρόγραμμα νωρίς (πρώτες τρεις συναντήσεις), είτε δεν ξεκίνησαν καθόλου (ή γιατί δεν ήθελαν ή γιατί έφυγαν από το πρό-

γραμμα υποκατάστασης). Τα υπόλοιπα 7 άτομα θεωρήθηκαν ότι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, καθώς παρακολούθησαν το μεγαλύτερο αριθμό των συναντήσεων (από 10 έως 13) και αποτελούν την πειραματική ομάδα.

Ερευνητικά εργαλεία

Το ομαδικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε εφαρμόστηκε πιλοτικά και η αξιολόγηση της έντασης της αγχώδους συμπτωματολογίας πραγματοποιήθηκε σε δυο διαφορετικούς χρόνους, πριν το ξεκίνημα της ομαδικής παρέμβασης και μετά την ολοκλήρωση της.

Τα εργαλεία τα οποία εφαρμόστηκαν ήταν το SCL-90-R ((Derogatis, 1977) και το Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck & Steer, 1973). Το πρώτο είναι σταθμισμένο στα ελληνικά (Ντῶνιας, Καραστεργίου, Μάνος, 1991) και χρησιμοποιείται ως ψυχομετρικό εργαλείο για την ανίχνευση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Πιο συγκεκριμένα, το SCL-90-R αποτελεί μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των παρόντων υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει 9 υποκλίμακες: σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμός, φοβικό άγχος, παρανοειδή ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ενώ από τις υποκλίμακες αυτές εξάγονται 3 συνολικοί δείκτες: ο γενικός δείκτης, το σύνολο θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης ενόχλησης από θετικά συμπτώματα. Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων αφορά το επίπεδο ψυχικής δυσφορίας του ατόμου. Το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων είναι ο δείκτης του εύρους της ψυχοπαθολογίας του ατόμου ενώ ο Δείκτης Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα αντανακλά το μέσο επίπεδο ενόχλησης του ατόμου από τα συμπτώματα. Το BAI αποτελεί μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα εκτίμησης του γενικού επιπέδου έντασης του αυτοαναφερόμενου άγχους και περιλαμβάνει 21 διαπιστώσεις που περιγράφουν τα συμπτώματα άγχους. Το συγκεκριμένο εργαλείο δεν είναι σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό.

Πιλοτικό Ομαδικό Πρόγραμμα για τη διαχείριση του άγχους

Το πιλοτικό ομαδικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση του άγχους αποτελείται από 13 συναντήσεις διάρκειας 1 ½ ώρας η καθεμία. Το συντονισμό των συναντήσεων ανέλαβε η ερευνήτρια (που εργάζεται ως ψυχολόγος στο συγκεκριμένο πρόγραμμα υποκατάστασης) υπό εποπτεία. Σε όλους τους συμμετέχοντες στην παρέμβαση τονίσθηκε η σημασία της εργασίας στο σπίτι που περιελάμβανε βαθμολόγηση του άγχους σε διαφορετικές καταστάσεις, καταγραφή αυτόματων και εναλλακτικών σκέψεων και συσχέτιση τους με το άγχος. Οι συναντήσεις περιελάμβαναν ψυχοεκπαίδευση, παίξιμο ρόλων και συζήτηση. Η συγκεκριμένη παρέμβαση χρησιμοποίησε πληθώρα γνωσιακών και συμπεριφοριστικών τεχνικών, όπως οριζόντια και κάθετη διερεύνηση, συμπεριφοριστικά πειράματα, καταγραφή αυτόματων σκέψεων και αναζήτηση εναλλακτικών, γνωσιακές διαστρεβλώσεις, παίξιμο ρόλων και εργασία για το σπίτι. Μέσω της κάθετης διερεύνησης αναδείχθηκαν ακόμη βαθύτερα δυσλειτουργικά πιστεύω και αντιλήψεις που σχετίζονται κυρίως με γνωσιακά σχήματα απειλής (κινδυνεύω, κάτι κακό μπορεί να συμβεί ανά πάσα στιγμή, είμαι ευάλωτος κτλ.) και τροφοδοτούν το άγχος.

Το περιεχόμενο των συναντήσεων περιελάμβανε στοιχεία γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας που συναντώνται στη διαταραχή πανικού, στην κοινωνική φοβία και στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Αυτό έγινε γιατί τα αγχώδη συμπτώματα των συμμετε-

χόντων κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα αγχώδων διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, από τα 7 άτομα που ολοκλήρωσαν την παρέμβαση ένα πληρούσε κριτήρια για οριακή διαταραχή προσωπικότητας, δυο έπασχαν από κοινωνική φοβία, ένα από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή με κρίσεις πανικού και τρία από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι το πρώτο επεισόδιο έντονου άγχους ήταν πολύ πριν την έναρξη της χρήσης.

Δομή του ομαδικού παρεμβατικού προγράμματος

Οι 13 συναντήσεις του πιλοτικού προγράμματος ήταν δομημένες ως εξής:

- Συνάντηση 1η : Στόχοι της ομάδας, προσδοκίες, γνωριμία, πληροφορίες γύρω από τα σωματικά συμπτώματα του άγχους.
- Συνάντηση 2η : Ενημέρωση γύρω από τη φυσιολογία του άγχους (π.χ. ο ρόλος της αδρεναλίνης, ο μηχανισμός απειλής). Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή καθημερινών καταστάσεων που προκαλούν άγχος.
- Συνάντηση 3η : Συζήτηση γύρω από την πρώτη φορά που βίωσαν έντονο άγχος, πώς το αντιμετώπισαν και ποιες ήταν οι σκέψεις τους τη δεδομένη στιγμή. Εξήγηση του μηχανισμού άγχους σύμφωνα με τη γνωσιακή θεραπεία δίνοντας έμφαση στο φαύλο κύκλο του άγχους, των σκέψεων και των σωματικών συμπτωμάτων. Το άγχος ως βιο-ψυχοκοινωνικό φαινόμενο. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων.
- Συνάντηση 4η : Ενημέρωση γύρω από το πώς επεξεργαζόμαστε πληροφορίες και πώς αυτό σχετίζεται με το βαθμό του άγχους. Συζήτηση για το πώς επεξεργάζονταν πληροφορίες στο παρελθόν και πώς σήμερα. Η επεξεργασία των πληροφοριών γίνεται με τον ίδιο τρόπο και αποκαλύπτονται δυσλειτουργικές αντιλήψεις και πιστεύω που οδηγούν στο άγχος. Με την εφαρμογή κάθετης διερεύνησης αναδεικνύονται τα δυσλειτουργικά πιστεύω του κάθε μέλους με τη βοήθεια της καταγραφής των αυτόματων σκέψεων. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων.
- Συνάντηση 5η : Συζήτηση γύρω από γνωσιακές παγίδες (γνωσιακές διαστρεβλώσεις) που αναδεικνύονται από τις καταγραφές. Η χρήση ουσιών ως αγχολυτικό, αλλά και πώς το άγχος οδηγεί στη χρήση. Εργασία για το σπίτι: Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων από τις καταγραφές τους.
- Συνάντηση 6η : Συζήτηση για τις γνωσιακές παγίδες που κατέγραψαν. Ο ρόλος των εναλλακτικών σκέψεων. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων. Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων. Εναλλακτικές σκέψεις.
- Συνάντηση 7η : Συζήτηση για γνωσιακές παγίδες και εναλλακτικές σκέψεις που κατέγραψαν. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων. Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων. Εναλλακτικές σκέψεις.
- Συνάντηση 8η : Παίξιμο ρόλων με παραδείγματα από τις καταγραφές τους και αμφισβήτηση των αυτόματων σκέψεων. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων. Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων. Εναλλακτικές σκέψεις.
- Συνάντηση 9η : Στόχος της συνάντησης αυτής είναι οι συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν τις γνωσιακές τους παγίδες, να μάθουν να αμφισβητούν τις δυσλειτουργικές τους σκέψεις και να τις αντικαθιστούν με πιο ρεαλιστικές.

Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων. Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων. Εναλλακτικές σκέψεις.

Συνάντηση 10η : Παίξιμο ρόλων με παραδείγματα από τις καταγραφές τους και αμφισβήτηση των αυτόματων σκέψεων. Εργασία για το σπίτι: Καταγραφή αυτόματων σκέψεων. Αναγνώριση γνωσιακών παγίδων. Εναλλακτικές σκέψεις.

Συνάντηση 11η & 12η : Διεκδικητική συμπεριφορά. Παίξιμο ρόλων στη διεκδικητική συμπεριφορά σε καταστάσεις που προκύπτουν από τις καταγραφές.

Συνάντηση 13η : Κλείσιμο της ομάδας (τι έμαθαν, σε τι τους βοήθησε και σε τι όχι, τομείς που χρειάζονται περαιτέρω βοήθεια, σχόλια κτλ).

ΑΝΑΛΥΣΗ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι σταθερές αποκλίσεις των τιμών των κλιμάκων του SCL-90-R και του BAI για τα άτομα που συμμετείχαν στην παρέμβαση τόσο πριν το ξεκίνημα όσο και μετά την ολοκλήρωση της ομάδας.

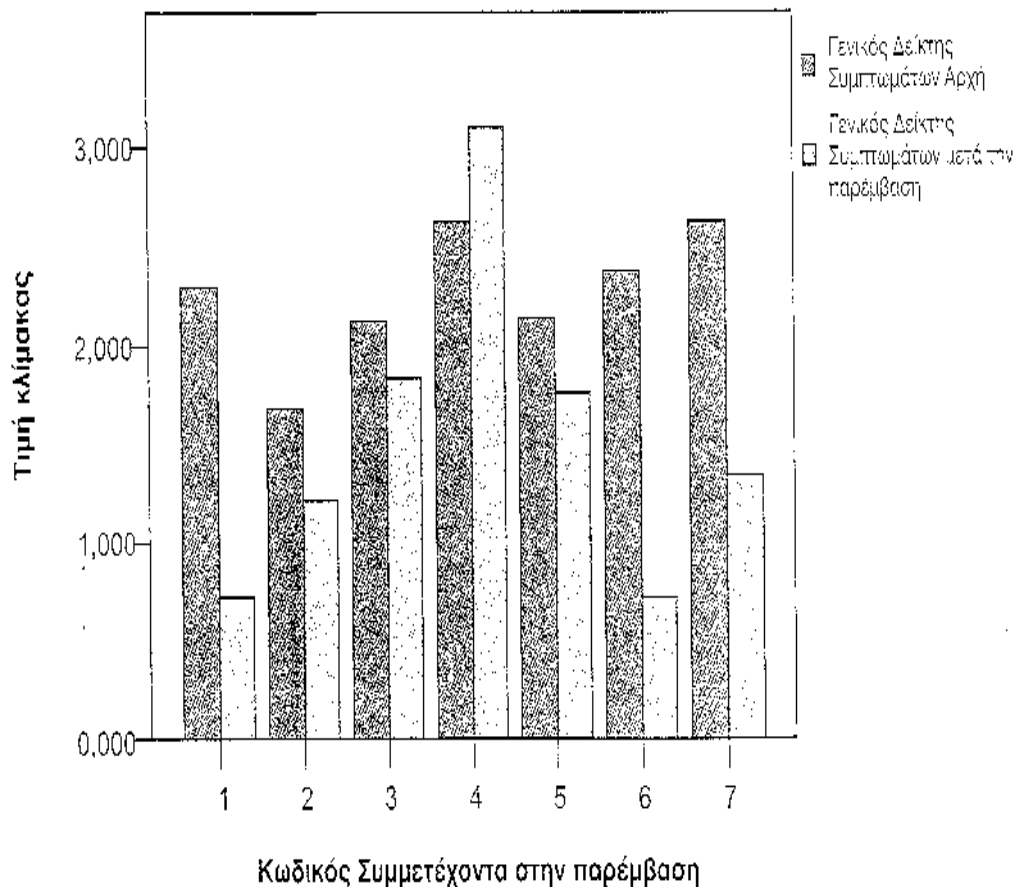
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 – ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ SCL-90-R ΚΑΙ ΤΟΥ BAI

ΚΛΙΜΑΚΕΣ SCL- ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ BAI	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ		ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	
	M.O.	St.Dev.	M.O.	St.Dev.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	2.26	0.33	1.52	0.82
Δείκτης Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα (ΔΕΘΣ)	2.81	0.40	2.07	0.60
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	72.86	8.76	63.29	17.90
Σωματοποίηση	24.14	6.74	13.57	12.45
Ψυχαναγκαστικότητα	27.57	4.72	21.71	7.04
Διαπροσωπική Ευαισθησία	18.43	7.23	12.86	9.28
Κατάθλιψη	33.43	8.18	21.00	8.76
Άγχος	28.00	5.83	16.43	9.52
Θυμός	11.71	6.07	11.43	9.11
Φοβικό Άγχος	12.57	6.45	6.14	7.67
Παρανοειδής Ιδεασμός	14.14	5.37	10.71	6.37
Ψυχωτικά Συμπτώματα	17.57	4.47	12.71	8.42
BAI Βαθμολογία	25.57	20.17	21.71	13.86

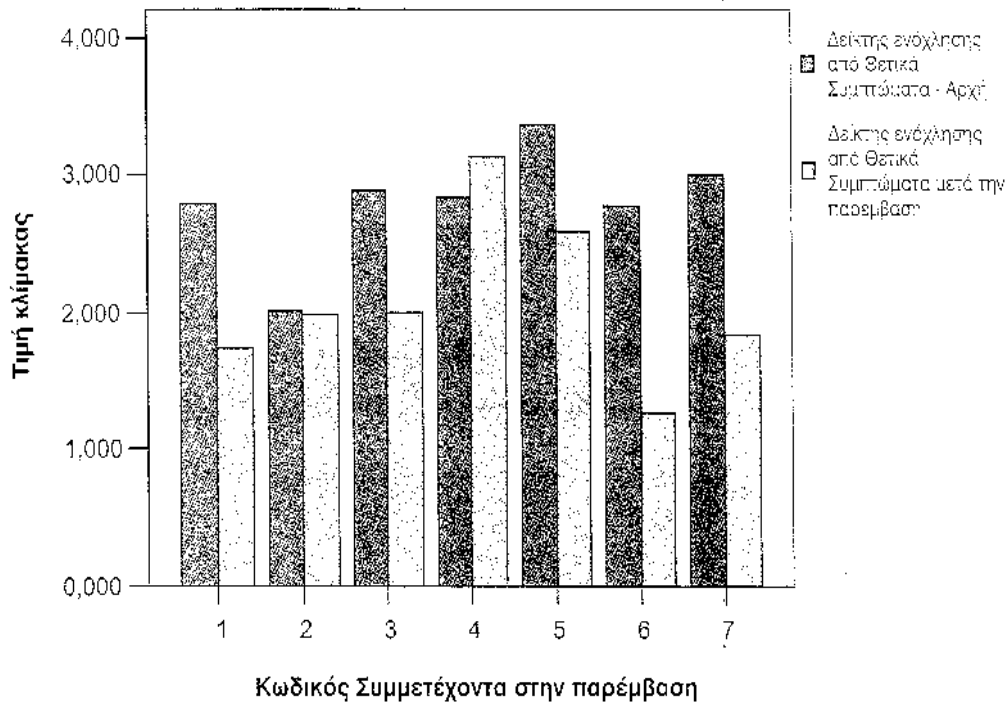
Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν t-τεστ επαναλαμβανόμενης μέτρησης για κάθε κλίμακα του SCL-90-R και για τη βαθμολογία του BAI των συμμετεχόντων στην ομάδα θεραπείας. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν για τις κλίμακες Γενικός Δείκτης Συμπτω-

μάτων (ΓΔΣ) ($t(6)=2,47$, $p=0,04$), Δείκτης Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα (ΔΕΘΣ) ($t(6)=3,03$, $p=0,02$), Σωματοποίηση ($t(6)=3,08$, $p=0,02$), Ψυχαναγκαστικότητα ($t(6)=2,61$, $p=0,04$), Κατάθλιψη ($t(6)=3,29$, $p=0,01$), Άγχος ($t(6)=3,38$, $p=0,01$), Φοβικό Άγχος ($t(6)=3,65$, $p=0,01$) του SCL-90-R. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία του BAI πριν και μετά την παρέμβαση. Όπως φαίνεται από τους μέσους όρους του πίνακα 1 αλλά και από τα γραφήματα που ακολουθούν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που βρέθηκαν σχετίζονται με μείωση των συμπτωμάτων κατά την επαναξιολόγηση. Η μόνη εξαίρεση ήταν ένας συμμετέχων στην παρέμβαση οι τιμές του οποίου σε όλες τις κλίμακες αυξήθηκαν κατά την επαναξιολόγηση. Το συγκεκριμένο άτομο στην πορεία φάνηκε ότι πάσχει από παρανοειδή ιδεασμό αν και τα συμπτώματα δεν ήταν επαρκή για μια τέτοια διάγνωση.

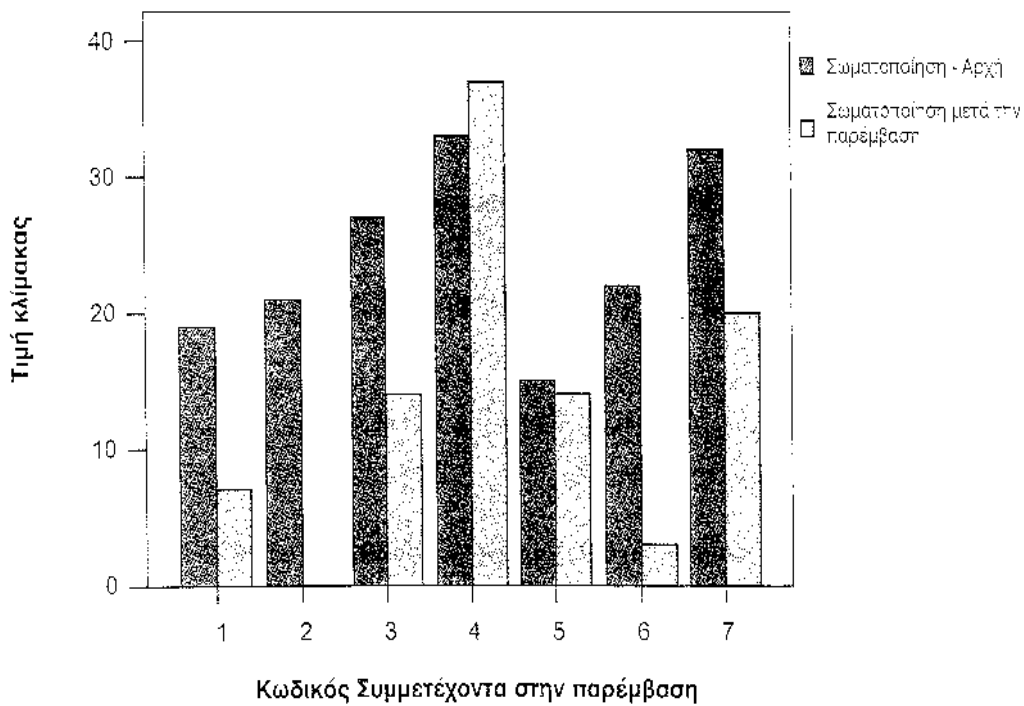
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα



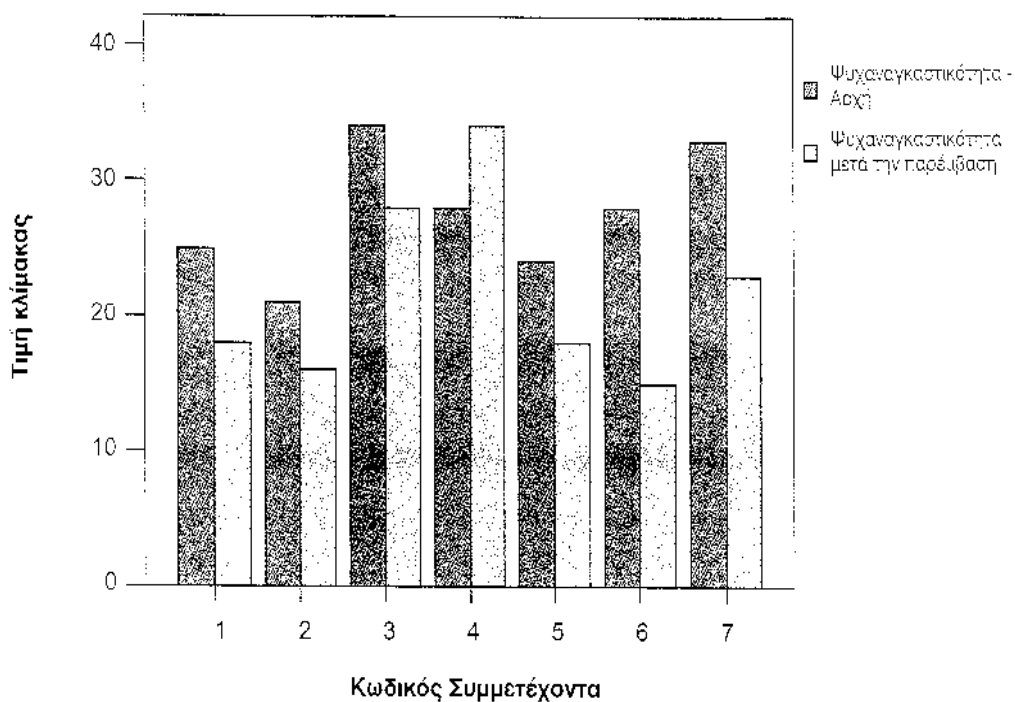
Δείκτης Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα για κάθε συμμετέχοντα πριν και μετά την παρέμβαση



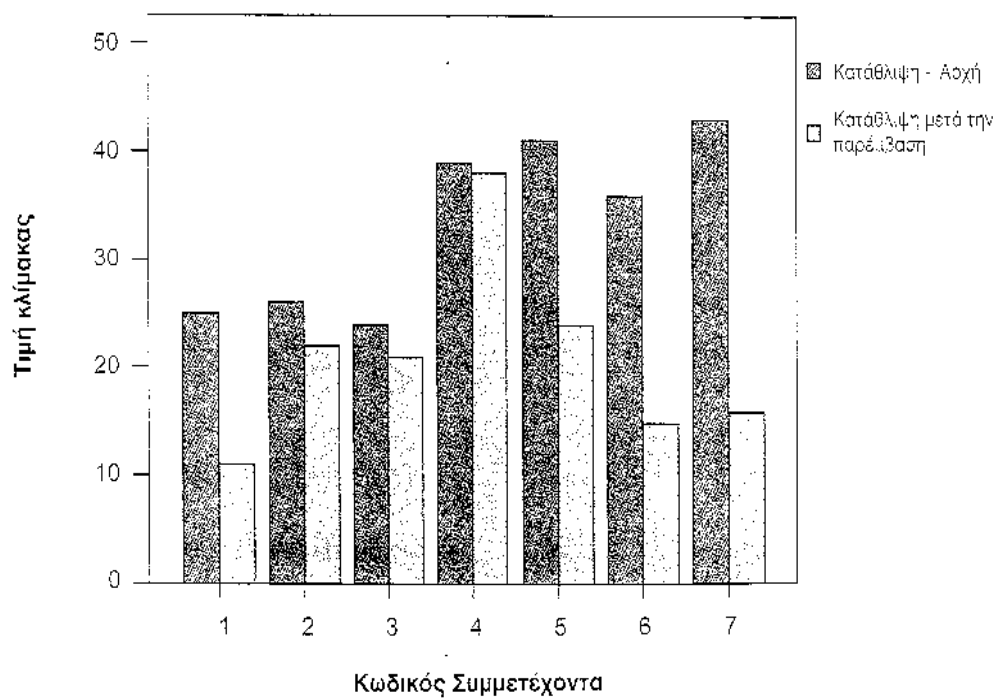
Σωματοποίηση πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα



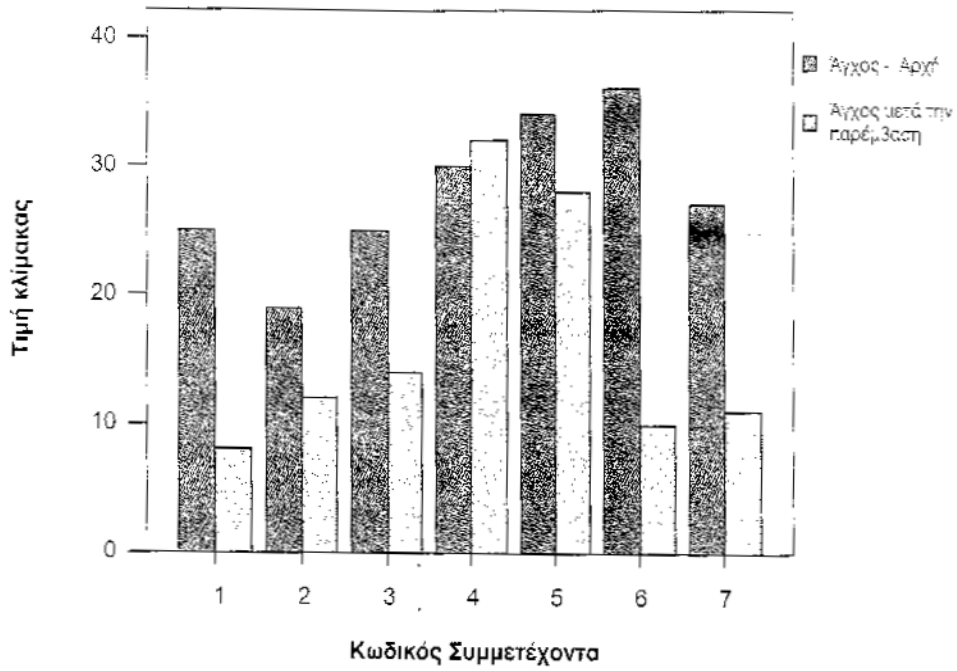
Ψυχαναγκαστικότητα πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα



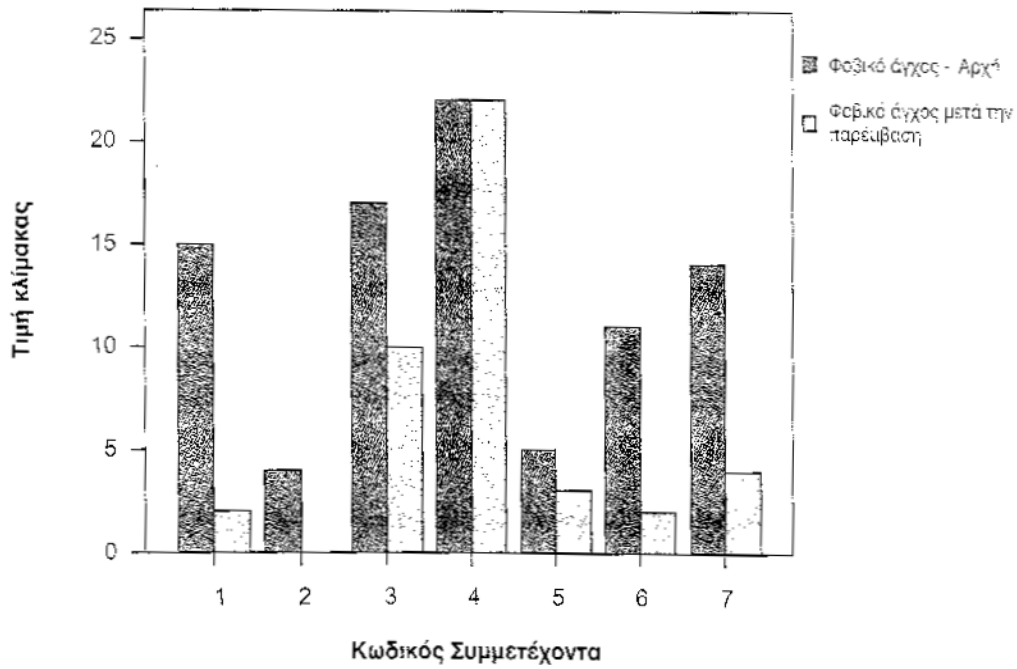
Κατάθλιψη για κάθε συμμετέχοντα πριν και μετά την παρέμβαση



Άγχος πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα



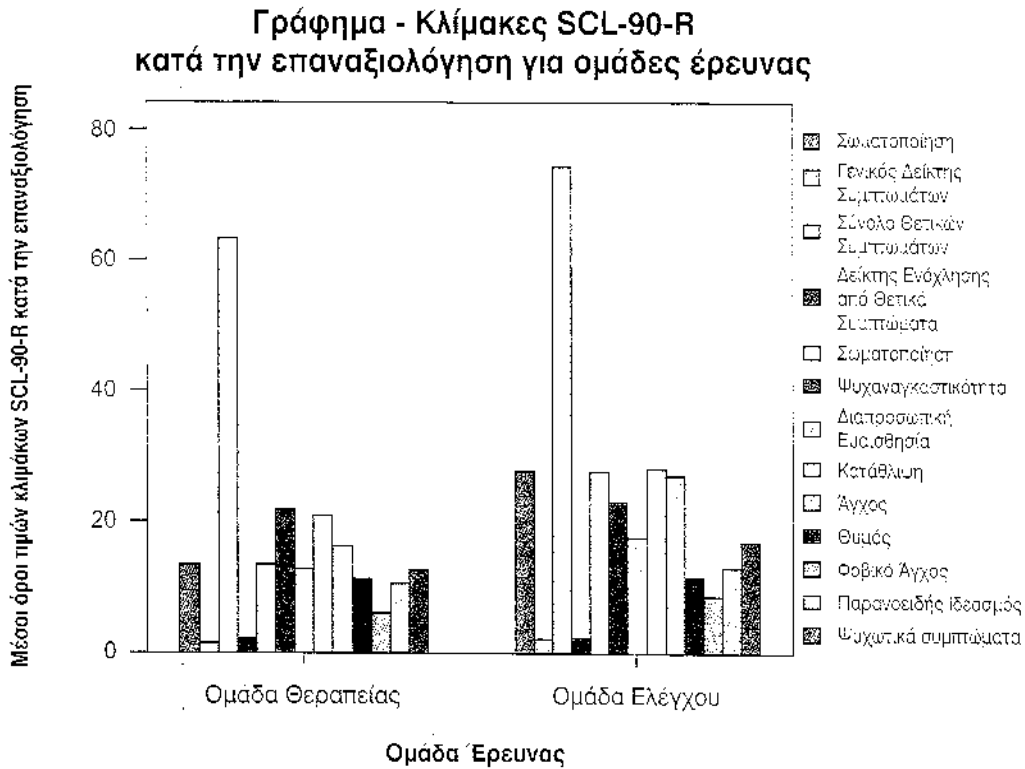
Φοβικό άγχος πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα



Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας θεραπείας και ομάδας ελέγχου δεν φάνηκαν να υπάρχουν στις τιμές των κλιμάκων πριν την έναρξη της παρέμβασης. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων βρέθηκαν μετά το τέλος της παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2 αλλά και στο Γράφημα που ακολουθεί, οι συμμετέχοντες στην ομάδα θεραπείας εμφάνιζαν μειώσεις σε όλες τις κλίμακες του SCL-90-R συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, οι οποίοι παρουσίαζαν είτε σταθερές τιμές είτε αύξηση στις τιμές των κλιμάκων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 – ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ ΤΙΜΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ SCL-90-R ΓΙΑ ΟΜΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ SCL ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΟΜΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	
	M.O.	St.Dev.	M.O.	St.Dev.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	1.52	0.82	2.07	0.77
Δείκτης Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα (ΔΕΘΣ)	2.07	0.60	2.46	0.80
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	63.29	17.8	74.40	8.47
Σωματοποίηση	13.57	12.44	27.60	6.98
Ψυχαναγκαστικότητα	21.71	7.04	23.0	6.85
Διαπροσωπική Ευαισθησία	12.86	9.28	17.60	9.29
Κατάθλιψη	21.00	8.76	28.0	9.56
Άγχος	16.43	9.52	27.0	7.03
Θυμός	11.43	9.11	11.60	3.64
Φοβικό Άγχος	6.14	7.67	8.60	8.96
Παρανοειδής Ιδεασμός	10.71	6.37	13.0	6.59
Ψυχωτικά συμπτώματα	12.71	8.42	17.0	12.41



Στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές των δυο ομάδων ως προς την κλίμακα σωματοποίησης ($F(1,10) = 5.1, p < 0.05$) ενώ άγγιξε τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας και για την κλίμακα άγχους ($F(1,10) = 4.39, p = 0.062$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα έρευνα επιχειρήσει να αναπτύξει και να εφαρμόσει ένα ομαδικό πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης σε μέλη ενός προγράμματος μεθαδόνης τα οποία παρουσίαζαν αγχώδη συμπτωματολογία. Η εφαρμογή αυτού του πιλοτικού προγράμματος είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της αγχώδους συμπτωματολογίας για τα άτομα που παρακολούθησαν την ομάδα, ενώ παράλληλα υπήρξε μείωση και σε άλλους τομείς προβλημάτων όπως κατάθλιψη, ψυχαναγκαστικότητα, παρανοειδής ιδεασμός κτλ. Ακόμη, υπήρξε διαφορά μεταξύ της ομάδας θεραπείας και της ομάδας ελέγχου κατά την επαναξιολόγηση, με την ομάδα θεραπείας να παρουσιάζει μεγαλύτερη μείωση στο σύνολο των κλιμάκων του SCL-90-R συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου η οποία είτε παρέμενε στάσιμη είτε εμφάνιζε επιδείνωση της συμπτωματολογίας.

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία φαίνεται λοιπόν ότι μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των αγχώδων συμπτωμάτων ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Στη βάση της γνωσιακής θεραπείας βρίσκεται η άποψη ότι δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθ'αυτά που οδηγούν σε ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας αλλά η ερμηνεία που τους αποδίδουν οι άνθρωποι, οι προσδοκίες και οι βαθύτερες αντιλήψεις που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, θλίψη, άγχος.

Ως προς το άγχος, οι βαθύτερες αυτές αντιλήψεις ή γνώσιες σχετίζονται με την ύπαρξη μιας απειλής πραγματικής ή όχι. Οι δυσλειτουργικές αυτές αντιλήψεις, συνήθως, αφορούν θέματα που έχουν να κάνουν με αποδοχή, έλεγχο, ικανότητα, υπευθυνότητα. Σύμφωνα με τον Beck (1976), τα αγχώδη άτομα εξαιτίας αυτών των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, συνήθως υπερεκτιμούν την ύπαρξη, το μέγεθος, την ένταση της απειλής σε μια κατάσταση και αυτό έχει ως συνέπεια την αυτόματη ενεργοποίηση της φυσιολογίας του άγχους. Η ενεργοποίηση αυτή περιλαμβάνει αλλαγές στη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αποφυγή ή αναστολή συμπεριφορών, συνεχή αναζήτηση ενδείξεων που σηματοδοτούν την ύπαρξη απειλών. Ο στόχος της γνωσιακής θεραπείας είναι η μείωση της αγχώδους συμπτωματολογίας μέσω της αναγνώρισης, αξιολόγησης, ελέγχου και αλλαγής των αυτόματων αρνητικών σκέψεων και δυσλειτουργικών αντιλήψεων του πελάτη.

Η χρήση ουσιών, σύμφωνα με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι αποτέλεσμα ατομικών και κοινωνικών παραγόντων. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η ανάπτυξη ελλιπών δεξιοτήτων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που οδηγεί στην ανάπτυξη ανεπαρκών δεξιοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων ζωής (Χαρίλα, 2005). Σημαντικό ρόλο στη χρήση ουσιών παίζουν οι αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό, τους άλλους, τον κόσμο, όπου κυριαρχεί συνήθως μια μειωμένη εικόνα εαυτού. Αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα και αυτά έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να αδρανεύει. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος με το άτομο να επιβεβαιώνει τις αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό του, να νιώθει ολοένα και πιο δυσάρεστα και να αδρανεύει ακόμη περισσότερο αντί να προσπαθεί να αναιρέσει τις αντιλήψεις αυτές. Η συνάντηση του ατόμου με τη χρήση μπορεί να του επιφέρει θετικά αποτελέσματα καθώς συντηρεί την αποφυγή του και οδηγεί σε θετικά συναισθήματα αλλά στην πορεία επιβεβαιώνει τις αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό του και δεν μαθαίνει να διαχειρίζεται αρνητικά συναισθήματα.

Το συγκεκριμένο πιλοτικό πρόγραμμα προσπάθησε να ενσωματώσει στο περιεχόμενο του στοιχεία της γνωσιακής προσέγγισης που αφορούν και τις δυο διαταραχές, όπως φυσιολογία του άγχους, δυσλειτουργικές αντιλήψεις, χρήση ως αγχολυτικό, έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων με διεκδικητικό τρόπο. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας διαταραχών άγχους και χρήσης ουσιών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης αγχωδών συμπτωμάτων σε πληθυσμό χρηστών ουσιών, όπως στα προγράμματα υποκατάστασης και ανάπτυξης κατάλληλων παρεμβάσεων ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική χρήση αγχολυτικών ή βενζοδιαζεπινών στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν είναι εύκολο να διευκρινισθεί ποια διαταραχή ξεκίνησε πρώτα. Αυτό που φαίνεται να δημιουργείται είναι ένας φαύλος κύκλος μεταξύ της χρήσης ουσιών και των αγχωδών διαταραχών, που οδηγούν σε ακόμη μεγαλύτερη χρήση ή αύξηση των αγχωδών συμπτωμάτων.

Ένας περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν το πολύ μικρό δείγμα, καθώς αποτέλεσε ένα πιλοτικό πρόγραμμα. Για να μπορέσουν να θεωρηθούν αξιόπιστα τα αποτελέσματα και να οδηγήσουν σε ευρύτερα συμπεράσματα, θα πρέπει να εφαρμοσθεί το πρόγραμμα σε πολύ μεγαλύτερο δείγμα ανθρώπων που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης. Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας ήταν ότι ο ερευνητής ήταν ταυτόχρονα και ο συντονιστής της ομαδικής παρέμβασης. Αν και χρησιμοποιήθηκαν αντικειμενικά κριτήρια ως προς την αξιολόγηση των αγχωδών συμπτωμάτων, οι βαθύτερες υποκειμενικές αντιλήψεις του ερευνητή μπορεί να είχαν επίδραση στο συντονιστικό του ρόλο και το αντίστροφο.

Βιβλιογραφία

- Borg, S., Kvande, H., & Sedvall, G. (1981). Central norepinephrine metabolism during alcohol intoxication in addicts and healthy volunteers. *Science*, *213*, 1135-1137.
- Brady, K. T., & Lydiard, R. B. (1993). The association of alcoholism and anxiety. *Psychiatric Quarterly*, *64*, 135-149.
- Brown, S. A., Irwin, M., & Schuckit, M. A. (1991). Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, *52*, 55-61.
- Coffman, J. A., & Petty, F. (1985). Plasma GABA levels in chronic alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 1204-1205.
- Coryell, W., Endicott, J., & Winokur, G. (1992). Anxiety syndromes as epiphenomena of primary depression: Outcome and familial psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 100-107.
- Cowley, D. S. (1992). Alcohol abuse, substance abuse, and panic disorder. *The American Journal of Medicine*, *92*(Suppl. 1A), 41-48.
- Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 1065-1069.
- Darke, S., Swift, W., Hall, W. (1994) Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction*, *89*, 211-217.
- Derogatis, LR. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, *33*, p:981-989
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., Meltzer, H. (1998) Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the opcs national psychiatric morbidity survey. *Addictive Behaviors*, *94* (11), 1953- 1962.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 533-553.
- George, D. T., Nutt, D. J., Dwyer, B. A., & Linnoila, M. (1990). Alcoholism and panic disorder: Is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *81*, 97-107.
- Kessler, R. C. (1995). The epidemiology of psychiatric comorbidity. In M. Tsuang, M. Tohen, & G. Zahner (Eds.), *Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: Wiley.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 685-695.
- Merikangas, K. R., & Gelernter, C. S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, *13*, 613-632.
- Merikangas, K. A., Stevens, D., & Fenton, B. (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health and Research World*, *20*, 100-105.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. In R. Zucker, G. Boyd, & J. Howard (Eds.), *Development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix: Monograph No. 26* (pp. 1-40). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Noyes, R., Clancy, J., Crowe, R., Hoenk, R. P., & Slymen, D. J. (1978). The family prevalence of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 1057-1059.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό.
- Peeles, E., Schreiber, S., Naumovsky, Y., Adelson, M., (2007). Depression in methadone maintenance treatment patients: Rate and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, *99*, p.213-220.

- Petracca, A., Michelini, S., Perugi, G., Cassano, G.B. (1991). Benzodiazepine withdrawal syndrome. Problems of differential diagnosis against depression, panic attacks and generalized anxiety. *Clin. Ter.*, 137, 191-197.
- Quitkin, F. M., Rifkin, A., Kaplan, J., & Klein, D. F. (1972). Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. *Archives of General Psychiatry*, 27, 159-162.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Kleber, H., Wilber, C. (1982b) Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts, *Arch Gen Psychiatry*, 39, 161-166.
- Scott, J; Gilvarry, G., Farrell, M. (1998). Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Addictive Behaviours*, 23, 6, 919-931.
- Schuckit, M. A. (1996). Alcohol, anxiety and depressive disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20, 81-85.
- Schuckit, M. A., & Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1723-1734.
- M.Soyka, M. Albus, B.Immler, N.Kathmann, H. Hippus (2002) Psychopathology in dualdiagnosis and nonaddicted schizophrenics: are there differences? *Eur J Health Econom*, 3, p 114- 120
- Thevos, A. K., Johnston, A. L., Latham, P. K., Randall, C. L., Adinoff, B., & Malcolm, R. (1991). Symptoms of anxiety in inpatient alcoholics with and without DSM-III-R anxiety diagnoses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15, 102-105.
- Wagner, Eric F. (1996) Substance use and violent behavior in adolescence. *Aggression and Violent Behavior*. Vol 1(4), pp. 375-387
- Χαρίλα, Α. (2005). Χρήση Εξαρτησιογόνων ουσιών, παράγοντες ιδιοσυγκρασίας και αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε φοιτητικό πληθυσμό. Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Ψυχολογίας, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής, Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.