



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**



**ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ «ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ»**

Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας:

«Η μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης σε σχέση με την αυτό- συμπόνια και την ψυχική ανθεκτικότητα σε δείγμα εξαρτημένων ατόμων από αλκοόλ ή ουσίες»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Δερμιτζάκη Πελαγία

A.M: 9389

Ακαδημαϊκό έτος: 2019-2020

Η τριμελής Επιτροπή:

Επόπτρια: Αναγνωστάκη Λήδα

Μέλος: Γιοβαζολιάς Θεόδωρος

Μέλος: Μαλικιώση- Λοΐζου Μαρία

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	3
1. ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΥΣΙΕΣ.....	7
1.1. Διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης.....	7
1.2. Δεδομένα των τελευταίων ετών στην Ελλάδα.....	10
1.3. Το άγχος και η κατάθλιψη στις εξαρτήσεις.....	13
2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑΣ.....	20
2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο της αυτοσυμπόνιας.....	20
2.2. Η σημαντικότητα της αυτοσυμπόνιας στην ψυχική υγεία.....	23
2.3. Η έννοια της αυτοσυμπόνιας στις εξαρτήσεις.....	26
3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	30
3.1. Θεωρητικό υπόβαθρο της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	30
3.2. Η σημαντικότητα της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχική υγεία.....	34
3.3. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας στις εξαρτήσεις.....	35
4. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	42
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
5.1. Δείγμα.....	43
5.1.1. Κλινικό δείγμα.....	43
5.1.2. Γενικός πληθυσμός.....	44
5.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	46
5.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	49
5.3.1. Κλίμακα Νοσοκομειακής μέτρησης άγχους και κατάθλιψης (HADS).....	49
5.3.2. Κλίμακα Αυτό-συμπόνιας (Self-Compassion Scale {SCS}).....	50
5.3.3. Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (The Connor- Davidson Resilience Scale {CD- RISC}).....	51
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	52
6.1. Στατιστικές αναλύσεις.....	52
7.2. Διαφορές μέσω των όρων των μεταβλητών.....	55
7.3. Συσχετίσεις μεταβλητών.....	61
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
7.1. Συζήτηση.....	62
7.2. Περιορισμοί.....	63
7.3. Προτάσεις για εφαρμογές στον τομέα της συμβουλευτικής.....	71
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92

Περίληψη

Τις τελευταίες δεκαετίες, ολοένα και αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον αποκτά ο χώρος της θετικής ψυχολογίας. Η θετική ψυχολογία αποτελεί ένα σύγχρονο κλάδο στον χώρο της ψυχικής υγείας που ξεκίνησε με απώτερο στόχο να μετατοπίσει το ερευνητικό ενδιαφέρον από την ψυχοπαθολογία των ατόμων και τις αιτίες που την προκαλούν, στη διερεύνηση των θετικών στοιχείων της ανθρώπινης οντότητας, όπως τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα των ατόμων και τα θετικά τους συναισθήματα. Στα ελληνικά δεδομένα, μολονότι έχει γίνει πληθώρα ερευνών σε ποικίλους τομείς υπό το πρίσμα της θετικής ψυχολογίας, όπως η εκπαίδευση και η εργασία, ωστόσο στο πεδίο των εξαρτήσεων οι ερευνητικές προσπάθειες είναι περιορισμένες. Το ερευνητικό αυτό κενό, σε συνδυασμό με την αναγνώριση της σημασίας που έχουν οι ψυχολογικές συνιστώσες, όπως είναι η αυτοσυμπόνια και η ψυχική ανθεκτικότητα, στη διαχείριση των προβλημάτων εξάρτησης και των συνακόλουθων συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης γέννησαν την ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Ως αυτοσυμπόνια ορίζεται η θετική- ζεστή στάση από τον εαυτό προς τον εαυτό και απαρτίζεται από τρία συνθετικά στοιχεία: την αυτό-καλοσύνη έναντι της αυτοκριτικής, την οικουμενικότητα έναντι της απομόνωσης του εαυτού και την ενσυνειδητότητα έναντι της υπέρ-ταύτισης. Από την άλλη, ως ψυχική ανθεκτικότητα ορίζεται η θετική προσαρμογή στις εκάστοτε αντιξοότητες ή τραυματικές εμπειρίες και η δυνατότητα ανάκαμψης από αυτές χωρίς την αποδιοργάνωση της ψυχικής ή/ και σωματικής υγείας. Ο πρωταρχικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με την αυτοσυμπόνια και την ψυχική ανθεκτικότητα σε άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες, η σύγκριση τους με άτομα που είναι σε διαδικασία απεξάρτησης (αποχής) από το αλκοόλ ή τις ουσίες, αλλά και η σύγκριση του κλινικού δείγματος με τον γενικό

πληθυσμό. Η έρευνα διεξήχθη στο πρόγραμμα «Αθηνά» του Αιγινήτειου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και του ΟΚΑΝΑ, όπως και σε φορείς του ΚΕΘΕΑ. Για τις ανάγκες της έρευνας συμμετείχαν 80 άτομα εκ των οποίων 40 παρουσίαζαν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες (ενεργοί χρήστες) και 40 ήταν σε αποχή από τις εξαρτώμενες ουσίες, όπως επίσης και 80 άτομα γενικού πληθυσμού με προϋπόθεση να μην παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης. Για τη συλλογή των δεδομένων έγινε χορήγηση ερωτηματολογίων τα οποία περιλάμβαναν την κλίμακα μέτρησης της αυτοσυμπόνιας (SCS), την κλίμακα μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας των Connor-Davidson (CD- RISC) και την κλίμακα Νοσοκομειακής μέτρησης άγχους και κατάθλιψης (HADS). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα ως προς τις διαφορές της αυτοσυμπόνιας και των συνθετικών της στοιχείων, της ψυχικής ανθεκτικότητας και των συνθετικών της στοιχείων, πλην της πνευματικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης ανάμεσα στους χρήστες και στους μη χρήστες αλκοόλ ή ουσιών. Επίσης, στατιστικώς σημαντικές ήταν και οι διαφορές των ενεργών χρηστών με τον γενικό πληθυσμό, με τους πρώτους να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ψυχικής ανθεκτικότητας και υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Από την άλλη, ως προς τις διαφορές ανάμεσα στα άτομα που ήταν σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τον γενικό πληθυσμό, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα για την αυτοσυμπόνια με μεγαλύτερα επίπεδα για τους απεξαρτημένους και για την κατάθλιψη με χαμηλότερα επίπεδα των ίδιων συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, ενώ δεν παρουσίασαν διαφορές ως προς το άγχος και την ψυχική ανθεκτικότητα. Τέλος, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως και αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών με το άγχος και την κατάθλιψη τόσο στα άτομα που παρουσίαζαν εξάρτηση, όσο και σε εκείνα που ήταν σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες.

Abstract

In recent decades, the field of positive psychology has become increasingly interesting. Positive psychology is a modern branch in the field of mental health, initiated with the ultimate goal of shifting the research interest from the psychopathology of individuals and the causes that cause it, to the investigation of positive elements of the human entity, such as the strengths of the character of individuals and their positive feelings. In Greek reality, although there has been a wealth of research in a variety of fields in the light of positive psychology, such as education and work, however in the field of addictions research efforts are limited. This research gap, combined with the recognition of the importance of psychological components such as self-symptoms and mental resilience in the management of dependency problems and the resulting symptoms of anxiety and depression, have given rise to the need to conduct this research. Self-agreement is defined as a positive-warm attitude from self to self and consists of its three synthetic elements: self-kindness, versus self-criticism, shared human experience in the face of self-isolation and self-consciousness versus over-identification. On the other hand, mental resilience is defined as a positive adaptation to adversity or traumatic experiences and the possibility of recovering from them as soon as possible, without disrupting mental and/or physical health. The primary objective of this research is to investigate possible associations between the symptomatology of anxiety and depression, in relation to self-symptoms and mental resilience in people who are dependent on alcohol or substances, their comparison with people who are in the process of detoxification (abstinence) from alcohol or substances, as well as the comparison of the clinical sample with the general population. The survey involved 80 people, 40 of whom were dependent on alcohol or substances (active users) and 40 were abstinence from dependent substances, as well as 80 people in the general population, provided they did not have

dependency problems. Questionnaires were provided for the collection of the data, including the SCS measurement scale, the Connor-Davidson mental resilience measurement scale (CD-RISC) HAD Sand the Hospital Anxiety and Depression Measurement (HADS) scale. The results showed statistical significance in terms of differences in self-symptoms and its synthetic elements, mental resilience, and synthetic elements, other than spirituality, anxiety and depression between users and non-users of alcohol or substances. Also, statistically significant were the differences between active users and the general population, with the former exhibiting lower levels of self-symptoms and mental resilience and higher levels of anxiety and depression. On the other hand, in terms of differences between people who abstained from alcohol or substances with the general population, statistical significance was found for self-symptoms, with higher levels for the dependents, and for depression, with lower levels of the same, compared to the general population, and showed no differences in stress and mental resilience. Finally, a positive association was found between self-compatibility and mental resilience, as well as a negative association between those with anxiety and depression, both in people who were dependent, and in those who abstained from alcohol or substances.

Λέξεις- κλειδιά: Εξάρτηση, άγχος, κατάθλιψη, αυτοσυμπόνια, ψυχική ανθεκτικότητα

1. ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΥΣΙΕΣ

1.1. Διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας (ΠΟΥ, 1992), ως ναρκωτικά ορίζονται οι «εξαρτησιογόνες ή εθιστικές ουσίες» που έχουν ψυχοτρόπες ιδιότητες και, ως εκ τούτου, επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα προκαλώντας αλλαγές στην αντίληψη, τη διάθεση, τη συμπεριφορά αλλά και τις φυσιολογικές λειτουργίες του. Στις ουσίες αυτές περιλαμβάνονται ένα ευρύ φάσμα παράνομων ουσιών, όπως οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η κάνναβη, η ηρωίνη κ.α. αλλά και νόμιμων, όπως είναι το αλκοόλ, η νικοτίνη και τα συνταγογραφούμενα ηρεμιστικά και αγχολυτικά φάρμακα (APA, 2013. Doweiko, 2011. Inaba και συν., 1997). Σύμφωνα με την 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5) έχουν διακριθεί δέκα διαφορετικές κατηγορίες ουσιών που συνδέονται με την κατάχρηση ή εξάρτηση (APA, 2013).

Η ουσιοεξάρτηση από τις προαναφερόμενες εθιστικές ουσίες συνιστά μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή του εγκεφάλου (καθώς παίρνει την έκταση ενός «ιατρικού» προβλήματος), χαρακτηριστικά της οποίας είναι η καταναγκαστική αναζήτηση και λήψης μιας ουσίας, η απώλεια αυτοελέγχου αναφορικά με τη λήψη της ουσίας και η τροποποίηση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, όταν η λήψη ή πρόσβαση σε αυτή δεν επιτυγχάνεται προξενώντας έντονο εκνευρισμό, ανησυχία ή μειωμένη διάθεση (Παπαρηγόπουλος, 2018). Συνεπώς, η επαναλαμβανόμενη χρήση οδηγεί τόσο σε σωματική εξάρτηση εκδηλώνοντας συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου λόγω υψηλής ανοχής στην ουσία, όσο και ψυχολογική εξάρτηση λόγω της πρόσκαιρης ανακούφισης ψυχικών συμπτωμάτων που προσφέρει η ουσία (APA, 2013).

Η κατάχρηση ουσιών και η επερχόμενη εξάρτηση από αυτές χαρακτηρίζεται ως χρόνια διαταραχή, καθώς αποτελεί το αποτέλεσμα δράσης πολλών διαφορετικών παραγόντων οι οποίοι ξεκινούν από την παιδική (ίσως και προγεννητική περίοδο) και εφηβική περίοδο (βιολογικοί, αναπτυξιακοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες κ.α.) προετοιμάζοντας το έδαφος ανάπτυξης της και ακολουθούνται από μια σειρά παραγόντων διαιώνισης της (ψυχολογικοί, κοινωνικοί ή η ίδια η δράση της ουσίας κ.α.). Ο μηχανισμός ανάπτυξης και διατήρησης της μπορεί να περιγράψει ως μια διαδοχική διαδικασία η οποία περνάει από διάφορα στάδια. Η πρώτη φάση είναι αυτή του πειραματισμού, δηλαδή της πρώτης επαφής με την ουσία η οποία μπορεί να γίνει είτε από απλή περιέργεια και αναζήτηση νέων εμπειριών είτε για ψυχολογικούς λόγους. Τα θετικά συναισθήματα που προξενούν οι ουσίες είναι και ο λόγος ανατροφοδότησης της συμπεριφοράς χρήσης προχωρώντας στη δεύτερη φάση της αναζήτησης της ουσίας η οποία μοιραία καταλήγει και στην τρίτη φάση της συνεχής ενασχόληση με την ουσία. Σε αυτή τη φάση, η χρήση αυξάνεται και, ως εκ τούτου, υπάρχει σωματική ή/και ψυχική εξάρτηση (ανάλογα με το είδος της ουσίας). Στην τέταρτη και τελευταία φάση, η ουσία έχει καταλάβει τη ζωή του ατόμου και, ως εκ τούτου, οι συνέπειες είναι ορατές σε όλους τους τομείς της ζωής του (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Συνεπώς, η διαταραχή χρήσης ουσιών καθιστά το άτομο δυσλειτουργικό και αδύναμο να ανταπεξέλθει σε όλους τους ρόλους της ζωής του (οικογενειακούς, κοινωνικούς, εργασιακούς κ.α.), όπως και στην επίτευξη των υποχρεώσεων που αυτοί φέρουν (APA, 2013. Weiten, 2005).

Σύμφωνα με την 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), η διάγνωση της διαταραχής της χρήσης ουσιών (SUD) ορίζεται από έντεκα κριτήρια τα οποία αναφέρονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (APA, 2013).

Πίνακας 1 Κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής της χρήσης ουσιών (APA, 2013)

Διαγνωστικά Κριτήρια

1. Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το τυπικό.
2. Υπάρχει μια επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για τη μείωση ή τον έλεγχο της χρήσης της ουσίας.
3. Πολύς χρόνος δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση και χρήση της ουσίας ή την εξασθένηση των αποτελεσμάτων της ουσίας.
4. Υπάρχει έντονη ανάγκη, επιθυμία ή/και παρόρμηση για της ουσίας.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία να εκπληρωθούν σημαντικές υποχρεώσεις ρόλων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι.
6. Συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις της.
7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω χρήσης της ουσίας.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις όπου είναι επικίνδυνη σωματικά.

9. Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι υπάρχει ένα επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που πιθανόν να προκλήθηκε ή να επιδεινωθεί από την ουσία.

10. Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

(α) Η ανάγκη για σημαντικά αυξημένη ποσότητα της ουσίας για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα (π.χ. μέθη).

(β) Αξιοσημείωτη μειωμένη επίδραση με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.

11. Στέρηση, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

(α) Το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης για την κάθε ουσία.

(β) Λήψη τη ουσίας (ή μιας στενά σχετικής ουσίας, όπως μια βενζοδιαζεπίνη στη θέση αλκοόλ) για την ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης.

1.2. Δεδομένα των τελευταίων ετών στην Ελλάδα

Η συνεχώς αυξανόμενη διαθεσιμότητα των εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στην Ελλάδα όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω του τεράστιου κέρδους που αυτές αποφέρουν αυξάνει και τις πιθανότητες δημιουργίας εξάρτησης από αυτές στους πληθυσμούς χρήσης τους (Καφετζόπουλος, 2018). Ενδεικτικά αναφέρεται πως το 2013 διαπιστώθηκε ότι 17,7 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν διαταραχή χρήσης αλκοόλ (NIDA, 2010. USDHHS, 2014), ενώ τα νούμερα της Ελλάδας δεν διαφέρουν αναλογικά με τον πληθυσμό της.

Τα τελευταία στοιχεία για τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα στηρίζονται στη σχετική έρευνα της Eurostat (2017) σε σχέση με τη χρήση ουσιών στη χώρα. Πιο συγκεκριμένα, τα στοιχεία στηρίζονται σε έρευνα που έλαβε χώρα το 2004 σε νοικοκυριά και σε άλλες τρεις αντίστοιχες έρευνες που διενεργήθηκαν το 2006 σε τρεις μεγάλες ελληνικές πόλεις . Παράλληλα, στοιχεία

προήλθαν από έρευνα του 2016 που άπτεται της πανευρωπαϊκής εκστρατείας λυμάτων στην οποία συμμετείχε η Αθήνα και όπου εξετάστηκε η ποσότητα των ουσιών ή καταλοίπων αυτών στα λύματα της πόλης. Η χρήση ουσιών σε άτομα ηλικίας 15-16 ετών διερευνήθηκε με βάση τα στοιχεία της έρευνας ESPAD που λαμβάνει χώρα ετησίως στην Ελλάδα μετά το 1999 (στοιχεία 2015).

Από τα στοιχεία προκύπτουν οι κάτωθι τάσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα (Eurostat, 2017):

- Η πιο ευρέως διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη, με την ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών να αποτελεί την πλειονότητα των χρηστών.
- Η χρήση διεγερτικών (κοκαΐνη και MDMA) παρουσιάζει σαφή αύξηση τα Σαββατοκύριακα σε σχέση με τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας, ενώ τα γενικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι η χρήση στην Αθήνα είναι σαφώς μικρότερη του Ευρωπαϊκού μέσου όρου παρουσιάζοντας παράλληλα πτωτική τάση.
- Η χρήση ουσιών σε μαθητές (ηλικίες 15-16 ετών) είναι αρκετά χαμηλότερη του Ευρωπαϊκού μέσου όρου με αυξητική τάση στη χρήση κάνναβης.
- Η χρήση άλλων ουσιών, όπως ηρεμιστικά άνευ ιατρικής συνταγής και νέων συνθετικών ουσιών, βρέθηκε αρκετά κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.
- Το κάπνισμα σε νεαρά άτομα στην Ελλάδα ήταν στο επίπεδο του μέσου όρου της έρευνας ESPAD.
- Ο πειραματισμός και η χρήση εισπνεόμενων διαλυτών εμφανίστηκε να είναι μεγαλύτερος του μέσου όρου των 35 ευρωπαϊκών χωρών.
- Η χρήση αλκοόλ από νεαρά άτομα βρέθηκε να είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με τα επίπεδα των 35 ευρωπαϊκών χωρών.

- Η χρήση επικίνδυνων ουσιών στην Ελλάδα που αφορά κατά κύριο λόγο την ενέσιμη χρήση των οπιοειδών (κυρίως ηρωίνης) παρουσιάζει μείωση από τα επίπεδα του 2010.
- Η εξάρτηση από την ηρωίνη αποτελεί την κύρια αιτία αναζήτησης θεραπείας στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου, φαίνεται να παρουσιάζει μείωση σε αντίθεση με την κάνναβη που έχει αυξητική τάση.
- Οι χρήστες ηρωίνης που ξεκινούν θεραπεία είναι μεγαλύτερη ηλικίας από τους αντίστοιχους που αναζητούν θεραπεία λόγω της εξάρτησης από κάνναβη.
- Η ένεση της ηρωίνης ως τρόπος λήψης μειώθηκε από το 44 στο 33% το 2015, ενώ έχει αντικατασταθεί με την εισπνεόμενη χρήση.

Αναφορικά με τους κινδύνους που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών, τα σχετικά στοιχεία είναι τα εξής (Eurostat, 2017):

- Μέχρι το 2010, το ποσοστό νοσημάτων που συνδέονται με τη χρήση βελόνας ήταν περίπου 2-3%, αλλά από το 2011 και μετά, αυτό το ποσοστό αυξήθηκε σημαντικά (33% των νέων διαγνώσεων αντίστοιχων ασθενειών το 2012) και το 2015 περίπου μια στις δέκα νέες διαγνώσεις αντιστοιχούσε σε χρήση βελόνας.
- Ο HIV αποτελεί την κύρια ασθένεια που σχετίζεται με της βελόνας με επικράτηση μεταξύ 5.7 και 9.4%.
- Η θνησιμότητα που σχετίζεται με τις ουσίες φαίνεται να έχει αυξητική τάση, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της ΕΛ.ΑΣ (2015), με την πλειονότητα των θυμάτων να είναι άνδρες μεγαλύτεροι των 31 ετών και χρήστες οπιοειδών ως επί το πλείστο. Εντούτοις, οι θάνατοι από ουσίες ήταν περίπου 8.7 άτομα ανά εκατομμύριο, αρκετά χαμηλότερα του ευρωπαϊκού μέσου όρου που είναι αντίστοιχα 14.3 θάνατοι ανά εκατομμύριο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ από το Κέντρο Απεξάρτησης από Ναρκωτικά και Αλκοόλ (2020), η κατανάλωση στην Ελλάδα είναι σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα με τον μέσο όρο κατανάλωσης ανά κάτοικο στα 10.3 λίτρα κατατάσσοντας την Ελλάδα στη δεύτερη ζώνη βαρύτητας σε σχέση με την κατανάλωση. Η τάση της κατανάλωσης είναι σταθεροποιητική στο επίπεδο αυτό (στοιχεία 2010). Τα είδη ποτών στα οποία οι χρήστες έχουν μεγαλύτερη προτίμηση είναι το κρασί (7,1%), η μπύρα (43,3%), τα «βαριά» ποτά (42,3%) και τα προσσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά (alcorops) με 37,1%. Επίσης, από το 1984 έως το 2011 είχε παρατηρηθεί μία τάση μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλ στους νέους η οποία, όμως, φαίνεται να αντιστρέφεται τα τελευταία χρόνια σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).

1.3. Το άγχος και η κατάθλιψη στις εξαρτήσεις

Έχει διαπιστωθεί πως πολλά άτομα που αναπτύσσουν διαταραχές της χρήσης ουσιών (SUD) διαγιγνώσκονται με ψυχικές διαταραχές και αντίστροφα. Το φαινόμενο συνύπαρξης δύο ψυχικών διαταραχών στο ίδιο άτομο ορίζεται ως συννοσηρότητα (Graham & Massak, 2007).

Πολλαπλές μελέτες εθνικών πληθυσμών κατέληξαν ότι περίπου οι μισοί από όσους εμφανίζουν ψυχική ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους θα βιώσουν, επίσης, μια διαταραχή που σχετίζεται με χρήση ουσιών και αντίστροφα (Kelly & Daley, 2013. Ross & Peselow, 2012). Μάλιστα, σε μία πιο συγκεκριμένη έρευνα των Hser και συν.(2001) βρέθηκε πως πάνω από το 60% των εφήβων σε κοινοτικά προγράμματα θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών ικανοποιούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για άλλη μία ψυχική ασθένεια. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, οι διαταραχές της χρήσης ουσιών συνυπάρχουν σε υψηλό επιπολασμό με ψυχικές διαταραχές (Flórez-Salamanca και συν., 2013. Hartz και συν., 2014) , όπως η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή (Conway και συν., 2006. Pettinati και συν., 2013. Torrens και συν., 2011), η

διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ADHD) (De Alwis και συν., 2014. Harstad & Levy, 2014), οι διαταραχές προσωπικότητας (Pennay και συν., 2011), μεταξύ των οποίων και η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας (Flórez-Salamanca και συν., 2013) και οι ψυχωτικές διαταραχές (Lubman και συν., 2010). Σε μία γενικότερη εικόνα, η συνηθέστερη ψυχιατρική διάγνωση στους χρήστες ουσιών είναι η διαταραχή προσωπικότητας (50-90 %), ακολουθούμενη από τις συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές (20-60 %), και τις ψυχωτικές διαταραχές (20 %) (Καφετζόπουλος, 2018).

Η κατάθλιψη, ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, εμφανίζεται συχνά σε συνάρτηση με την κατάχρηση ουσιών. Προηγούμενες έρευνες υπογράμμισαν τον υψηλό επιπολασμό (20-60%) της αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών και ισοδύναμα, το ένα τρίτο αυτών με συναισθηματική διαταραχή αναφέρουν ιστορικό διαταραχής κατάχρησης ουσιών (Kessler και συν., 1994. Regier και συν., 1990. Robins & Regier, 1991). Περαιτέρω, ο ρυθμός επικράτησης σε όλη τη ζωή για οποιαδήποτε διαταραχή της διάθεσης που συμβαίνει ταυτόχρονα με μια διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ βρέθηκε να είναι 21,8% (Hides και συν., 2010. NIDA, 2010. Petersen & Zettle, 2009). Η διάγνωση είτε με κατάθλιψη είτε με διαταραχή κατάχρησης ουσιών έχει επίσης αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της άλλης διαταραχής. Επιπλέον, οι ερευνητές αναφέρουν ότι τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ χρειάζονται εν γένει περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν από την κατάθλιψη (Pettinati και συν., 2010).

Αντίστοιχα, οι διαταραχές άγχους συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις διαταραχές της χρήσης ουσιών (Goodwin και συν., 2004). Οι διαταραχές της χρήσης ουσιών μπορεί να εμφανιστούν παράλληλα με το άγχος στους ενήλικες, με τη χρήση ουσιών και το άγχος να χρησιμεύουν ως παράγοντες κινδύνου μεταξύ τους, όπως φαίνεται τόσο στα επιδημιολογικά όσο

και στα κλινικά δείγματα. Για παράδειγμα, μια 7ετής μελέτη έδειξε ότι η παρουσία μιας διαταραχής άγχους τετραπλασίασε τον κίνδυνο για την εμφάνιση της εξάρτησης από το αλκοόλ (Kushner και συν., 1999). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης μιας διαταραχής άγχους κατά τρεις έως πέντε φορές. Η παρουσία μιας διαταραχής κατάχρησης ουσιών μπορεί να επηρεάσει και την πορεία των διαταραχών άγχους. Σύμφωνα με αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές, μια 12-ετή προοπτική μελέτη έδειξε ότι η παρουσία μιας διαταραχής κατάχρησης ουσιών μείωσε τον ρυθμό αποκατάστασης και αύξησε την πιθανότητα επανεμφάνισης της διαταραχής του άγχους (Bruce και συν. 2005). Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν ότι η παρουσία μιας διαταραχής χρήσης ουσιών συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με διαταραχές πανικού, σε σύγκριση με ασθενείς με διαταραχή πανικού χωρίς συνυπάρχουσα διαταραχή χρήσης ουσιών (Hornig & McNally, 1995). Τα σχετικά δεδομένα στη βιβλιογραφία δείχνουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας διαταραχών χρήσης ουσιών και διαταραχών άγχους, όπως τη γενικευμένη διαταραχή άγχους, τη διαταραχή πανικού και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Brady και συν., 2013. Conway και συν., 2006. Magidson και συν., 2012. Torrens και συν., 2011. Wolitzky-Taylor και συν., 2011).

Όπως, λοιπόν, διαφαίνεται από την παρουσιαζόμενη βιβλιογραφική επισκόπηση, τόσο η κατάθλιψη όσο και οι αγχώδεις διαταραχές συνδέονται άμεσα και εμφανίζονται με σημαντική συχνότητα σε άτομα που έχουν διαταραχές χρήσης ουσιών ή αλκοόλ. Εντούτοις, ο υψηλός επιπολασμός της συννοσηρότητας μεταξύ διαταραχών κατάχρησης ουσιών και άλλων ψυχικών ασθενειών δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το ένα προκάλεσε το άλλο, έστω και αν εμφανιζόταν πρώτα. Η διαπίστωση της αιτιότητας είναι δυσδιάκριτη για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, τα συμπεριφορικά ή συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να μην είναι αρκετά σοβαρά για να

προκαλέσουν διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, αλλά η τελευταία να είναι αποτέλεσμα άλλων θεμάτων ψυχικής υγείας (Torrens και συν., 2011). Επίσης, οι αναμνήσεις των ανθρώπων για το πότε ξεκίνησε η χρήση ουσιών ή ο εθισμός από αυτές μπορεί να είναι ατελείς καθιστώντας δυσδιάκριτο τον προσδιορισμό του τι εμφανίστηκε πρώτο, δηλαδή η χρήση ουσιών ή τα θέματα ψυχικής υγείας (Wolitzky-Taylor και συν., 2011). Σημαντικό ρόλο στη διπλή διάγνωση (συναισθηματικών διαταραχών και χρήσης ουσιών) κατέχει η ακολουθούσα διερεύνηση της υποβόσκουσας αιτίας είτε της κάθε διαταραχής ξεχωριστά είτε η κοινή αιτία και των δύο.

Συνοπτικά, βάση των δεδομένων που υπάρχουν στη σχετική βιβλιογραφία μπορεί να σημειωθεί ότι οι διαταραχές της χρήσης ουσιών προκαλούνται από επικαλυπτόμενους και λανθάνοντες παράγοντες οι οποίοι είναι: βιολογικοί ή κληρονομικοί παράγοντες, όπως οι γενετικές και επιγενετικές ευπάθειες (Pelayo-Terán και συν., 2012) ή θέματα σε παρόμοιες περιοχές του εγκεφάλου (Kelly & Daley, 2013. Ross & Peselow, 2012), ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η πρόωρη έκθεση σε στρες ή τραύμα (Kelly & Daley, 2013) και κοινωνικοί παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνονται οι σχέσεις με την οικογένεια, το σχολείο, τους ομότιμους ή οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες (Πουλόπουλος, 2005). Όπως σε κάθε άλλη διαταραχή, έτσι και στη διαταραχή χρήσης ουσιών επικρατεί το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της αιτιοπαθογένειας της το οποίο πρεσβεύει τόσο την ύπαρξη πολλών διαφορετικών παραγόντων που συσχετίζονται με την εμφάνιση της, όσο και την αλληλεπίδραση αυτών διαιωνίζοντας την (Καφετζόπουλος, 2018).

Εν γένει, σε σχέση με τους βιολογικούς ή κληρονομικούς παράγοντες αναφέρεται ότι η χρήση ουσιών (θεωρώντας την ως αρχικά εμφανιζόμενη διαταραχή) ενέχει σαφώς τον κίνδυνο να διεγείρει ή να επηρεάσει σημαντικά τις περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται με τη διαταραχή

άγχους ή την κατάθλιψη (ή και άλλου είδους διαταραχές, όπως η ψύχωση) ενισχύοντας με αυτό το τρόπο την επικράτηση της διαταραχής και/ή συντομεύοντας δραστικά τον χρόνο της εκδήλωσης και ανάπτυξης της (Kelly & Daley, 2013. Ross & Peselow, 2012).

Αξίζει να κάνουμε ιδιαίτερα μνεία στους ψυχολογικούς παράγοντες, καθότι έχει αποδειχθεί πως συνδέονται άρρηκτα τόσο με την έναρξη όσο και με τη διαίωσιση της διαταραχής χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με τη θεωρία των πέντε παραγόντων ή αλλιώς «Big five Theory», το προφίλ των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης σκιαγραφείται από μία σειρά χαρακτηριστικών. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, δηλαδή, βιώνουν αυξημένα συναισθήματα άγχους η κατάθλιψης τα οποία ενδεχομένως διαχειρίζονται με τη χρήση ουσιών ή αλκοόλ ως τρόπος αυτοθεραπείας. Επίσης, έχουν χαμηλά επίπεδα ευσυνειδησίας, δηλαδή, δεν έχουν ένα συγκροτημένο αξιακό σύστημα βάσει του οποίου να θέτουν μακροπρόθεσμους στόχους για τη ζωή τους. Αντιθέτως, επιλέγουν να ζουν παρορμητικά το σήμερα αναζητώντας ευχαρίστηση ή διέγερση μέσα από την εμπειρία της χρήσης ως καινοτόμα εμπειρία για εκείνους η οποία τους εξιτάρει (Terracciano και συν., 2008).

Οι ενδείξεις νευρωτισμού στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης συνδέονται σε ένα μεγάλο βαθμό με την έκθεση τους σε κάποιο επώδυνο τραύμα στην παιδική ηλικία, όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, εγκατάλειψη, προδοσία κ.α. Ως απόρροια των τραυμάτων αυτών, τα άτομα αρχίζουν να βιώνουν έντονες εσωτερικές συγκρούσεις στην εφηβεία με συναισθήματα άγχους, θλίψης, θυμού, φόβου αλλά και έντονης ενοχής (θυματοποίηση σε περιπτώσεις κακοποίησης ή χειραγώγησης) να εναλλάσσονται μεταξύ τους και να έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία χαμηλής αυτοεκτίμησης και γενικότερα λανθασμένων αντιλήψεων για τους ίδιους, τον κόσμο γύρω τους και την ίδια τη ζωή. Τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις

αυτές είναι αρκετά επώδυνα για τα άτομα και, ως εκ τούτου, επιλέγουν ασυνείδητα τον εύκολο δρόμο διαχείρισης τους, δηλαδή τη χρήση αλκοόλ ή ουσιών στην προσπάθεια αποσυμφόρησης τους (Wumser, 1985). Ωστόσο, επειδή η αγχώδης και καταθλιπτική συμπτωματολογία προκαλεί και σωματικά συμπτώματα, όπως ένταση, τρέμουλο, εφίδρωση ή ψυχοκινητική ανησυχία, τα άτομα τείνουν να πίνουν αλκοόλ ως προσπάθεια μείωσης της αμηχανίας που προξενούν οι σωματικές αισθήσεις. Αντ' αυτού, τα σωματικά συμπτώματα εντείνονται και κυρίως με τη χρήση αλκοόλ (Pullen, 1994). Από την άλλη, οι Hayes και συν. (1996) διαπίστωσαν πως η χρήση αλκοόλ συνιστά μια στρατηγική συναισθηματικής αποφυγής των ατόμων, δηλαδή μια πρόσκαιρη απόσπαση από αρνητικές σκέψεις, σωματικά συμπτώματα ή ακόμα και αναμνήσεις επώδυνων γεγονότων. Ωστόσο, έχει επίσης διαπιστωθεί πως η αποφυγή αυτή συνιστά ένα λάθος τρόπο μη αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων και, ως εκ τούτου, αποτελεί και ένα από τους βασικότερους παράγοντες υποτροπής των ατόμων (Kushner, Sher & Beitman, 1990).

Σε αντιδιαστολή με την έννοια της αυτοσυμπόνιας και των συνθετικών παραγόντων, τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω, έρευνες δείχνουν πως η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί έναν τρόπο διαχείρισης του κοινωνικού άγχους, του φόβου επίκρισης από τους άλλους, της μοναχικότητας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που συνάδουν με τα προηγούμενα (Kenneth και συν., 1988). Επίσης, τα άτομα αυτά τείνουν να είναι πιο επικριτικά προς τον εαυτό τους, δηλαδή, να αισθάνονται αποτυχημένα, με χαμηλή αυτοαξία, αδύναμοι να αυτονομηθούν και, ως εκ τούτου, αισθάνονται θλίψη και ενοχές. Και σε αυτές τις περιπτώσεις η χρήση αλκοόλ φαίνεται να προσφέρει μια πρόσκαιρη ψυχική ανακούφιση από τον πόνο της εσωτερικής επικριτικής τους φωνής (Fellows, 1992). Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένα και αντιμετωπίζουν κατάθλιψη (Farris & Fenaughty, 2002).

Υπό ένα πιο ψυχαναλυτικό πρίσμα, τα άτομα με ροπή προς την εξάρτηση φαίνεται να έχουν μια αδυναμία αναγνώρισης και διάκρισης των συναισθημάτων τους ενώ, αντίθετα, βιώνονται ως συνολικές σωματικές καταστάσεις ή εντάσεις (Krystal, 1978). Ως εκ τούτου, δεν έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν ψυχικά και να αποκτήσουν αυτογνωσία, συμπεριλαμβανομένου της επαφής με τα συναισθήματά τους. Η έναρξη χρήσης αλκοόλ ή ουσιών εντείνει την έλλειψη ταυτότητας με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν ποιοι πραγματικά είναι (Hull, 1981).

Δεδομένης της τάσης των ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών να αντιλαμβάνονται τη χρήση ως σύστημα αυτοθεραπείας, οι καταστάσεις αυτές οδηγούν συνήθως σε ένα καθοδικό σπирάλ που εντείνει τόσο τη χρήση των ουσιών όσο και την ένταση των διαταραχών άγχους ή κατάθλιψης. Τα άτομα αυτά, όντας αρκετά πληγωμένα από τη ζωή τους, αναζητούν γρήγορες λύσεις στα ψυχικά τους προβλήματα αδυνατώντας να κατανοήσουν πως ότι και αν προσπαθούν να θεραπεύσουν (άγχος κάθε μορφής, κατάθλιψη, σωματική ένταση, απομόνωση, αίσθηση ότι αξίζουν ή είναι κάποιοι) με τη χρήση κάποιας ουσίας, στην ουσία εντείνουν το πρόβλημα βυθιζόμενοι ακόμα περισσότερο στην εξάρτηση. Έτσι, συνεχίζουν να έχουν συγκρουσιακή σχέση με τον ίδιο τους τον εαυτό, αφού τόσο η αυτοεκτίμησή τους όσο και η αντίληψη που έχει ο κοινωνικός του περίγυρος για τους ίδιους συνεχώς βάλλεται (Wiklund, 2008).

2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο της αυτοσυμπόνιας

Η αυτοσυμπόνια αποτελεί μια από τις σχετικά νέες έννοιες της Δυτικής Ψυχολογίας η οποία είχε ήδη εργαστεί εμπειρικά στις έννοιες της συμπόνιας προς τους άλλους και της ενσυναίσθησης και, πιο συγκεκριμένα, υπάγεται στον κλάδο της θετικής ψυχολογίας. Η φιλοσοφική της βάση ανήκει στη Βουδιστική σκέψη η οποία πρεσβεύει πως στην έννοια της συμπόνιας ενυπάρχουν η ευαισθησία και η κατανόηση τόσο για τους άλλους όσο και για τον εαυτό και, ως εκ τούτου, τις εκφράζουν αμφότερες (συμπόνια και αυτοσυμπόνια) χρησιμοποιώντας την ίδια θιβετιανή λέξη “*tsewa*” (Neff, 2003a. Neff, 2003, a, b).

Η αυτοσυμπόνια, όπως άλλωστε δηλώνει και η ετυμολογία της λέξης, συνιστά τη συμπόνια προς τον εαυτό, δηλαδή την κατανόηση, τη φροντίδα και την καλοσύνη προς τον ίδιο όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις, όπως δοκιμασίες ή αποτυχίες, αλλά και στη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, όπως το άγχος, ο πόνος και η θλίψη (Neff, 2003). Όταν οι άνθρωποι βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες μάχες της ζωής ή όταν αντιμετωπίζουν προσωπικά λάθη, αστοχίες και ανεπάρκειες (όπως η χρήση ουσιών), συχνά σχηματίζουν αρνητική άποψη για τον εαυτό τους που περιλαμβάνει αυτοκριτική, αυτο-ενοχοποίηση, δυσμενείς συγκρίσεις του εαυτού τους με άλλους και μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό τους (Rosenberg, 2003). Εν αντιθέσει, η αυτοσυμπόνια απαντά με καλοσύνη και όχι με σκληρή αυτοκριτική αναγνωρίζοντας ότι τα λάθη είναι μέρος της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας. Οι αυτο-συμπνευτικοί άνθρωποι βλέπουν δύσκολες εμπειρίες της ζωής ως μέρος της ανθρώπινης κατάστασης και μέσω του εσωτερικού διαλόγου ενθαρρύνουν τον εαυτό τους να προβληματιστούν σχετικά με τις γνώσεις και τα συναισθήματά τους ενισχύοντας τη θετική και όχι την αρνητική άποψη για τους ίδιους (Terry & Leary, 2010a,b). Έτσι, η αυτοσυμπόνια υποδεικνύει μια στάση αναγνώρισης (μέσω της

αυτοπαρατήρησης) και έπειτα κατανόησης (αντί άγνοιας) του πόνου, των ελλείψεων και τις ανεπαρκειών του ανθρώπου (Neff, 2009). Ως εκ τούτου, η αυτοσυμπόνια λειτουργεί ως κινητήριος μοχλός μιας εσωτερικής αλλαγής, η οποία θα έχει ως κίνητρο τον ενδιαφέρον προς τον εαυτό και ως επιτεύγματα την υγεία (ψυχική και σωματική) και την ευτυχία. Όπως άλλωστε επισημαίνει η Neff, 2009:

“The more you open your heart to this reality instead of constantly fighting against it, the more you will be able to feel compassion for yourself and all your fellow humans in the experience of life” page 1

Η αυτό-συμπόνια δεν είναι οίκτος για τον εαυτό ούτε και υπερβολική επιείκεια καταλήγοντας σε οκνηρία, όπως έχει κατηγορηθεί από πολλούς. Η αυτό-λύπηση, σε αντίθεση με την αυτοσυμπόνια, απομονώνει το άτομο στην προσωπική του δυστυχία και του στερεί μια πιο αντικειμενική και ισορροπημένη προοπτική αντιμετώπισης της. Ωστόσο, στην πραγματικότητα ο ρόλος της αυτοσυμπόνιας είναι εντελώς διαφορετικός και στην πράξη λειτουργεί ως κινητήριος μοχλός που ωθεί το άτομο στη διεύρυνση του συναισθηματικού του δράματος. Από την άλλη πλευρά, η αυτό-επιείκεια αποφέρει πρόσκαιρες ευχαριστήσεις στον εαυτό (όπως οι ουσίες και η υπερφαγία) και δεν αναγνωρίζει τις ανεπάρκειες του εαυτού, ενώ η αυτοσυμπόνια στοχεύει σε μία μακροπρόθεσμη υγεία και ευημερία μέσα από την αλλαγή. Αυτό σημαίνει πως το άτομο υποβάλλεται σε δραστικές και συχνά δυσάρεστες διαδικασίες αντιμετώπισης του ίδιου του εαυτού, αντί να εθελουφλεί για τις αδυναμίες του. Μόνο με αγάπη και φροντίδα προς αυτόν μπορεί να επέλθει η προσδοκώμενη αλλαγή και η προσωπική ανάπτυξη χωρίς τον φόβο του αυτό-μαστιγώματος και της αυτό-καταδίκης του (Neff, 2011).

Η Neff (2003) προσδιόρισε την αυτοσυμπόνια ως μία έννοια στην οποία ενυπάρχουν τρία στοιχεία τα οποία είναι η αυτό-καλοσύνη έναντι της αυτοκριτικής, η οικουμενικότητα έναντι της

απομόνωσης και η ενσυνειδητότητα έναντι της υπερταύτισης. Οι παράγοντες της, λοιπόν, όπως έχουν ευρέως μελετηθεί από την Neff (2003) παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω.

- **Αυτο-Καλοσύνη (Self- Kindness):** Περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση, την ευαισθησία, τη συγχώρεση και την υπομονή που επιδεικνύονται σε όλες τις πτυχές του εαυτού για πράξεις, συναισθήματα και παρορμήσεις (Gilbert & Irons, 2005. Neff, 2003a). Στην ουσία αποτελεί την άνευ όρων αποδοχή του εαυτού (Ellis, 1973. Maslow, 1968. Rogers, 1961) αναγνωρίζοντας ότι το άτομο αξίζει αγάπη και ευτυχία, όπως όλοι οι άνθρωποι. Η αυτο-καλοσύνη αντιτίθεται στην αυτοκριτική που είναι η εχθρική στάση προς τον εαυτό με επικριτική γλώσσα (Neff, 2003a), η οποία συνήθως είναι αμείλικτη προκαλώντας ίδιο ή και μεγαλύτερο πόνο από την ίδια την επώδυνη κατάσταση (Germer, 2009). Το γεγονός ότι εκλαμβάνεται ως φυσιολογική ή απαραίτητη από τους ανθρώπους, δεν τους επιτρέπει να αντιληφθούν τον πόνο που προκαλούν στους ίδιους, ώστε να "αγκαλιάσουν" με αγάπη κάθε τους αδυναμία (Brown, 1998).

Μαθαίνοντας τον σεβασμό αλλά και την αποδοχή των αδυναμιών, εξαλείφεται ο φόβος της απόρριψης και της αποτυχίας με αποτέλεσμα την αποκατάσταση της ψυχικής ηρεμίας (Johnson & Bloom, 1995. Schouwenburg & Lay, 1995. Watson, 2001).

- **Οικουμενικότητα (Common Humanity):** Συνιστά τη διεύρυνση της προσωπικής εμπειρίας σε ανθρώπινη. Το στοιχείο αυτό συνάδει με τη βουδιστική σκέψη, η οποία θεωρεί πως όλοι ανήκουμε στο ίδιο σύστημα, είμαστε στενά συνδεδεμένοι και ότι είναι ψευδαίσθηση να πιστεύουμε πως διαχωριζόμαστε από τους άλλους (Brown, 1998). Η κοινή ανθρωπότητα αναγνωρίζει το άτομο ως άνθρωπο που έχει το δικαίωμα να υποκύπτει σε λάθη λόγω της ατέλειας της ανθρώπινης φύσης. Ανεξάρτητα από το πόσο κάποιος προσπαθεί να αποφύγει τα λάθη ή να κρύψει τις απογοητεύσεις του νιώθοντας ντροπή για τον ίδιο, όλοι οι άνθρωποι

αντιμετωπίζουν προβλήματα και έχουν αδυναμίες ή ανεπάρκειες. Με το να κατανοήσει ότι δεν είναι ο πρώτος που το αντιμετωπίζει αποκτά δύναμη να το αντιμετωπίσει (Neff, 2003a).

- Ενσυνειδητότητα (Mindfulness) : Περιλαμβάνει τη γνωστική προσοχή, την αποδοχή και το στοργικό ενδιαφέρον προς τον εαυτό σε μία εμπειρία του εδώ και τώρα (Shapiro και συν., 2005. Shapiro και συν., 2007). Σε αυτήν την εμπειρία, το άτομο καλείται να παρατηρήσει, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, αντί να αντιδρά σε αυτά (Kabat-Zinn, 2003). Εστιάζοντας στην τωρινή εμπειρία υπάρχει το κέρδος της μάθησης από αυτήν, αντί της ψυχικής επιβάρυνσης με ανήσυχες σκέψεις για το παρελθόν και το μέλλον (Neff, 2003). Η επίγνωση του πόνου και της αποτυχίας αποτελεί από μόνη της την πιο ουσιαστική αντιμετώπιση του. Συνήθως παρεμποδίζεται ή ματαιώνεται από την υπερταύτιση ή την αποφυγή της επώδυνης εμπειρίας. Με την υπερταύτιση, στην ουσία, οι άνθρωποι τείνουν να μεγαλοποιούν τις αποτυχίες και εγκλωβίζονται σε ένα τούνελ που το μυαλό τους δημιουργεί κάτω από τη πίεση του άγχους (Neff και συν., 2005, Shapiro και συν., 2007). Από την άλλη, με το να γίνουν φυγόπονοι, όπως με την κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, διαιωνίζουν τα αρνητικά συναισθήματα (Germer, 2009). Ως εκ τούτου, η επίγνωση και συναίσθηση των δυσάρεστων συναισθημάτων είναι μονόδρομος προς τη διαχείριση τους.

2.2. Η σημαντικότητα της αυτοσυμπόνιας στην ψυχική υγεία

Οι Breines & Chen (2012) μελετώντας την έννοια της αυτό-συμπόνιας απέδειξαν τη σημασία της στην ψυχική υγεία από την εξής παρακάτω περίπτωση: Σε δυσάρεστες καταστάσεις το άτομο θα μπορούσε να αντιδράσει με τους εξής διάφορους τρόπους:

- Ωθηση αυτοπεποίθησης (Self-esteem boost): εστιάζει σε θετικές πτυχές του εαυτού, ώστε να προάγει την αυτοπεποίθησή.

- **Θετικός περισπασμός (Positive distraction):** στρέφει το μυαλό σε θετικές αναμνήσεις, ώστε να δημιουργήσει έναν περισπασμό σε όποια δυσκολία αντιμετωπίζεται.
- **Αυτοσυμπόνια (Self-compassion):** σκέφτεται τον εαυτό με καλοσύνη και συμπόνια βλέποντάς τον σε αυτήν την περίοδο χαμηλής αυτοπεποίθησης σε ένα γενικό πλαίσιο, χωρίς να τον αξιολογεί ή να τον κρίνει.

Οι ερευνητές της ψυχολογίας μελέτησαν τις παραπάνω προσεγγίσεις και παρατήρησαν ότι ο τρίτος τρόπος της αυτοσυμπόνιας ήταν σαφώς πιο αποτελεσματικός σε σύγκριση με τους άλλους δύο τρόπους. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η αυτοσυμπόνια μπορεί να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να:

- Να δουν ποιες είναι οι δυνατότητες αλλαγής,
- Να αυξήσουν το κίνητρο για αλλαγή,
- Να κάνουν τα πρώτα βήματα της αλλαγής,
- Να συγκρίνουν τους εαυτούς τους με αυτούς που τα πηγαίνουν καλύτερα, ώστε να παρακινούνται περισσότερο προς τη θετική αλλαγή (Breines & Chen, 2012).

Η αυτοσυμπόνια έχει χαρακτηριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι Van και συν. (2010) στην συγκριτική έρευνά τους μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας (mindfulness) διαπίστωσαν πως η πρώτη είναι ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αλλά και για τη βέλτιστη ποιότητα ζωής των ατόμων. Επίσης, η Neff και συν. (2005) ανέφεραν ότι η αυτοσυμπόνια συσχετίζεται θετικά με προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και μπορεί να θεωρηθεί ως ένας προστατευτικός παράγοντας κατά των καταστροφικών συμπεριφορών.

Εν γένει, στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται ότι τα άτομα που εμφανίζουν αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο πιθανό να κάνουν υγιή βήματα για να αντιμετωπίσουν είτε τις

αρνητικές και αδύναμες πλευρές του ίδιου τους του εαυτού είτε τις δύσκολες καταστάσεις και αποτυχίες της ζωής τους (Leary και συν., 2007). Σύμφωνα με τη Neff (2003a, 2003b), η αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι μια διαδικασία προσαρμογής, επειδή αυξάνει την ψυχική ευελιξία και την υγεία και, ως εκ τούτου, φαίνεται να συνδέεται με τη γενικότερη ευημερία (Neely και συν., 2009). Σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, την αισιοδοξία, την ευτυχία (Neff και συν., 2007. Shapira & Mongrain, 2010), τις κοινωνικές σχέσεις (Neff & McGehee, 2010), τη συναισθηματική νοημοσύνη και αυτο-αποδοχή (Neff, 2003). Οι Baker & McNulty (2011) έδειξαν ότι η αυτοσυμπόνια σχετίζεται με τη δράση για την πραγματοποίηση θετικών αλλαγών και τη συμμετοχή σε χρήσιμες επικοινωνιακές συμπεριφορές. Ένα άλλο σημαντικό για την παρούσα έρευνα εύρημα είναι πως η αυτοσυμπόνια συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα (όπως και με τα χαρακτηριστικά περιέργειας και εξερεύνησης), σε μεγάλο αριθμό εφήβων ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ φάνηκε πως το αποτέλεσμα αυτό είναι πιο ισχυρό σε άνδρες παρά γυναίκες. Συνεπώς, η ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ατόμων (Bluth και συν., 2018).

Από την άλλη, η αυτοσυμπόνια έχει αρνητική συσχέτιση με αρνητικές καταστάσεις του ατόμου (Neff, 2003). Έχει μια αντίστροφη συσχέτιση με τη ντροπή (Gilbert & Irons ,2005), την αρνητική αυτοκριτική και τα αντίστοιχα συναισθήματα που προκύπτουν από αυτή (Gilbert & Irons, 2004. Raes, 2010. Shapira & Mongrain, 2010), τις αρνητικές αυτοπροσδιοριστικές ιδιότητες και την κατάθλιψη (Neff και συν., 2007. Neff & Vonk, 2009. Terry, 2012), δηλαδή, όλα εκείνα που συνδέονται με το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών.

Έτσι, παρόλο που πολλοί θα θεωρούσαν ότι η συμπόνια προς τον εαυτό είναι ο λιγότερο αποτελεσματικός και δυναμικός τρόπος για εσωτερικές αλλαγές ή επίτευξη των στόχων, συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Όντας συμπονετικοί και μη επικριτικοί προς τους εαυτούς τους,

οι άνθρωποι είναι ικανοί να αποφύγουν τόσο τη σκληρή αυτοκριτική όσο και μια ενδεχομένως εύθραυστη αυτοβελτίωση (Breines & Chen, 2012).

2.3 Η έννοια της αυτοσυμπόνιας στις εξαρτήσεις

Στη σχετική βιβλιογραφία, οι μελέτες που εξετάζουν την αυτοσυμπόνια σε πληθυσμό εξαρτημένων και μάλιστα σχέση με το άγχος ή την κατάθλιψη είναι σχετικά λίγες καθώς, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί έναν σχετικά νέο επιστημονικό όρο που υπάγεται στον κλάδο της θετικής ψυχολογίας.

Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών που έχουν γίνει αποδεικνύουν την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια, την ψυχοπαθολογία και τη ροπή προς τη χρήση ουσιών. Ένα πρόσφατο τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η ηλεκτρονική μελέτη των Paniagua και συν. (2017), στην οποία βρέθηκε πως τόσο οι ενεργοί όσο και οι πρώην χρήστες μαριχουάνας, οπιοειδών αναλγητικών και αλκοόλ έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο συνέχισης της χρήσης. Μάλιστα, το φύλο φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο με τους άνδρες να βρίσκονται σε πιο μειονεκτική θέση από τις γυναίκες και κυρίως άτομα νεαρότερης ηλικίας και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Panagua, και συν., 2017).

Μια έρευνα-πυλώνας για την παρούσα έρευνα είναι των Brooks και συν. (2012), οι οποίοι αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και των επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και στρες σε άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών πριν από τη θεραπεία και 15 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Κατά την έναρξη, οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας (και των συστατικών αυτής) και υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από ό, τι η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει για τον γενικό πληθυσμό. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, εφόσον η κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από τους συμμετέχοντες είχε μειωθεί, παρατηρήθηκε πως και τα συνολικά επίπεδα της αυτοσυμπόνιας και των

συστατικών αυτής είχαν αυξηθεί (αν και εξακολουθούσαν να είναι χαμηλότερα από τα επίπεδα που αναφέρει η συναφής βιβλιογραφία για τον γενικό πληθυσμό), ενώ παράλληλα είχαν μειωθεί τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί άλλη μια απόδειξη της αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και ψυχοπαθολογίας άγχους και κατάθλιψης σε πληθυσμό εξαρτημένων ατόμων, αλλά και της διαφοροποίησης των τελευταίων από τον γενικό πληθυσμό ως προς τις υπό μελέτη έννοιες (Brooks και συν., 2012).

Από την άλλη, ο Rendon (2006) βρήκε μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της αυτοσυμπόνιας. Ο ίδιος διεξήγαγε μια μελέτη με την οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και αυτοεκτίμησης σε ένα δείγμα από 300 φοιτητές ψυχολογίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χρήση αλκοόλ συσχετίζεται αρνητικά με την αυτοεκτίμηση και την αυτοσυμπόνια και θετικά με τα ψυχολογικά συμπτώματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ. Επιπλέον, η αυτοσυμπόνια βρέθηκε ως ισχυρότερος παράγοντας πρόβλεψης της ψυχολογικής υγείας από την ενσυνειδητότητα (Rendon, 2006).

Αντίστοιχα, μια παρόμοια μελέτη για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ αυτοσυμπόνιας και της χρήσης ουσιών και αλκοόλ ήταν των Moeller & Crocker (2009). Οι ίδιοι έλεγξαν τους στόχους της αυτο-εικόνας και τους στόχους που σχετίζονται με την υψηλή αυτοσυμπόνια σε σχέση με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ σε άτομα με βαριά επεισοδιακή χρήση αλκοόλ χρησιμοποιώντας 258 προπτυχιακούς φοιτητές. Τα αποτελέσματα της μελέτης διαπίστωσαν ότι οι στόχοι της αυτο-εικόνας συνδέονται θετικά με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ αλλά, αντιθέτως, οι στόχοι που σχετίζονταν με την υψηλή αυτοσυμπόνια είχαν σαφή αρνητική συσχέτιση (Moeller & Crocker, 2009).

Περαιτέρω έρευνες διερεύνησαν τη συμβολή της αυτοσυμπόνιας στην ενίσχυση του γνωστικού αυτοελέγχου ατόμων με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή ουσιών, ώστε και τα δύο να

αποτελέσουν παράγοντες αντιμετώπισης των εν λόγω προβλημάτων. Ο αυτοέλεγχος είναι ένα από τα συστατικά του γνωστικού ελέγχου, το οποίο ορίζεται ως η ικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων (Vohs & Baumeister, 2004). Σχετική έρευνα αποδεικνύει την αρνητική συσχέτιση της σφοδρής επιθυμίας (craving), ως ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες διαιώνισης των προβλημάτων χρήσης ουσιών λόγω των υποτροπών που προκαλεί, με την αυτοσυμπόνια, τον γνωστικό αυτοέλεγχο και την αντίληψη για τις ασθένειες, όπως και την αντίστροφη (δηλαδή θετική) σχέση της με την αυτό-επίκριση. Συνεπώς, άτομα με χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, άρα πιο επικριτικά προς τον εαυτό, και με χαμηλότερο αυτοέλεγχο είναι πιο πιθανό να μην μπορούν να διαχειριστούν την επιθυμία της στιγμής για τη χρήση και, επομένως, είναι πιο επίφοβο να υποτροπιάζουν (Basharpoor και συν., 2014).

Μολονότι πολλές από τις παραπάνω έρευνες εστιάζουν στη μειονεκτική θέση των εξαρτημένων αναφορικά με τη συμπόνια που οι ίδιοι επιδεικνύουν προς τον εαυτό τους καθιστώντας την έλλειψη της ως έναν αρκετά ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την έναρξη της χρήσης ή διαιώνισης της επακόλουθης εξάρτησης, ωστόσο από την άλλη πολλές μελέτες αποδεικνύουν και την άλλη όψη του νομίσματος. Πως, δηλαδή, η αυτοσυμπόνια μπορεί να ενισχυθεί μέσω της διαδικασίας απεξάρτησης των ατόμων και επομένως πως μπορεί να μετουσιωθεί σε προστατευτικό παράγοντα. Σε αυτή την ερευνητική κατεύθυνση αντιστοιχεί η μελέτη του Newcombe (2015) που διεξήχθη στο θεραπευτικό πρόγραμμα 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε πως το επίπεδο εμπλοκής των θεραπευόμενων, ο χρόνος παρακολούθησης των συνεδριών και η διατήρηση της αποχής/νηφαλιότητας τους (στο 5^ο και 9^ο στάδιο βρέθηκε ως κύριος μεσάζων παράγοντας) στα διάφορα στάδια του θεραπευτικού προγράμματος φαίνεται να συνάδουν με τη σταδιακή αύξηση των

επιπέδων αυτοσυμπόνιας και τη μείωση της ντροπής τους για το πρόβλημα της εξάρτησης. Επιπροσθέτως, ο ενεργητικός τους ρόλος σε κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η συνάντηση με άλλα μέλη εκτός ομάδων, οι συνεδρίες με τους υποστηρικτές – θεραπευτές τους και η ενεργητική συμμετοχή τους ως ομιλητές στις ομάδες, αποτέλεσαν προγνωστικούς παράγοντες της ενίσχυσης της αυτοσυμπόνιας τους (Newcombe, 2015). Ομοίως, η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης της αυτοσυμπόνιας σε πληθυσμό εξαρτημένων (ενεργών χρηστών) φάνηκε να ενισχύει τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, τη συναισθηματική νοημοσύνη, το νόημα της ζωής και τις φροντιστικές -καταπραϋντικές προς τον εαυτό συμπεριφορές τους. Από την άλλη, η αύξηση της αυτοσυμπόνιας συνδέθηκε με τη μείωση χρήσης και της επιθυμίας της καθώς και διάφορων ψυχικών συμπτωμάτων, όπως το αίσθημα ντροπής που συνδέεται με κάποιο τραύμα, το συναισθηματικό φορτίο και τις γνωσίες, που οφείλονται σε αγχώδη μετατραυματική διαταραχή (Gilbert, 2014. Held και συν., 2018).

Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν μια λεπτή προσέγγιση στην κατανόηση της αυτοσυμπόνιας στον πληθυσμό των εξαρτημένων. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές μεταξύ ηλικίας, φύλου και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, τα συνθετικά συστατικά της αυτοσυμπόνιας (αυτοκαλοσύνη, κοινή ανθρωπιά και ενσυνειδητότητα) έχουν σαφώς κάποιο ρόλο στην κατανόηση, την πρόβλεψη και την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τις ουσίες. Η αυτοσυμπόνια και η ενίσχυση των επιπέδων αυτής στα άτομα που είτε έχουν μια ροπή προς τη χρήση ουσιών είτε αντιμετωπίζουν διαταραχή χρήσης ουσιών, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την επιτυχή θεραπεία τόσο της ίδιας της εξάρτησης όσο και των συναισθηματικών προβλημάτων (όπως άγχους και κατάθλιψης) που προκύπτουν από αυτήν.

3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

3.1. Θεωρητικό υπόβαθρο της ψυχικής ανθεκτικότητας

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί άλλη μια πολυμελετημένη έννοια που, όπως και η αυτοσυμπόνια, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη Θετική Ψυχολογία. Τα στοιχεία που δικαιολογούν αυτή τη σύνδεση είναι η εστίαση στο θετικό καθώς, όπως η θετική ψυχολογία, έτσι και η ανθεκτικότητα εστιάζει και μελετά εκείνες τις ικανότητες και τα θετικά χαρακτηριστικά που ωθούν τους ανθρώπους να ανταπεξέλθουν σε αντίξοες συνθήκες ή τραυματικές εμπειρίες. Επίσης, ο απώτερος στόχος και των δύο είναι η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (μεταξύ αυτών και η διαταραχή χρήσης ουσιών) μέσα από τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και παράλληλα την ανάπτυξη ή ενίσχυση των θετικών χαρακτηριστικών που λειτουργούν προστατευτικά προς την ανθεκτικότητα και κατ' επέκταση την ψυχική υγεία. Τέλος, η ιστορική αναδρομή της μελέτης της ανθεκτικότητας ταυτίζεται με ολόκληρη τη φιλοσοφία της Θετικής Ψυχολογίας, δηλαδή την απαγκίστρωση από το «Τι προκαλεί τη διαταραχή και τα συμπτώματά της ή τη δυσκολία προσαρμογής;», άρα τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου και την εστίαση στο «Τι δυνατότητες ωθούν τα άτομα στη θετική προσαρμογή και τι την προστατεύει;», άρα τη μελέτη των προστατευτικών παραγόντων της ανθεκτικότητας (Λακιώτη, 2011).

Η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας ξεκίνησε από τα μέσα της δεκαετίας του '70 περίοδος που αρκετοί ψυχολόγοι και παιδοψυχίατροι άρχισαν να παρατηρούν ότι ορισμένα παιδιά παρά τις δεινές συνθήκες της ζωής τους όχι μόνο δεν ανέπτυσαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, αλλά αντίθετα έδειχναν να προσαρμόζονται σε αυτές με ψυχικό σθένος (Masten, 2001, 2011). Από τους πρώτους αυτούς μελετητές ήταν η Werner (1971), η οποία διερεύνησε μια ομάδα παιδιών της Χαβάης και παρατήρησε ότι περίπου το ένα τρίτο του συνόλου των παιδιών υψηλού

κινδύνου μολονότι μεγάλωσαν σε ένα ψυχικά επώδυνο κοινωνικό περιβάλλον, επέδειξαν «ανθεκτικότητα». Μάλιστα, τα παιδιά που έζησαν στις πιο αντίξοες συνθήκες (συγκριτικά με τα υπόλοιπα) έγιναν ακόμα πιο ανθεκτικοί ενήλικες, δηλαδή σπλαχνικοί και ικανοί παρά το επιβαρυσμένο ιστορικό τους (Werner, 1971).

Έκτοτε, η ψυχική ανθεκτικότητα έχει διερευνηθεί σε διάφορους τομείς και με έναν μεγάλο αριθμό ομάδων οδηγώντας σε έναν αντίστοιχα μεγάλο αριθμό πιθανών παραγόντων που θεωρείται είτε ότι συμβάλλουν είτε ότι προλέγουν πιο ανεπτυγμένη ψυχική ανθεκτικότητα. Η διερεύνηση τους έχει ακολουθήσει τέσσερα «κύματα» (Masten & Wright, 2010. Richardson, 2002. Wright & Masten, 2006), καθένα από τα οποία την προσεγγίζει από άλλη φιλοσοφική βάση ανάλογα με το ερευνητικό πλαίσιο και κυρίως τη θεωρητική κατάρτιση του εκάστοτε ερευνητή. Η αδυναμία κατάληξης σε ένα συγκεκριμένο ορισμό προκάλεσε και προκαλεί αδυναμίες στην ίδια τη μελέτη της έννοιας (Fletcher & Sarkar, 2013). Η διάσταση απόψεων των ερευνητών έγκειται στο αν η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό προσωπικότητας των ατόμων (Connor & Davidson, 2003), μια δυναμική άρα μεταβαλλόμενη διαδικασία ή ακόμη αποτέλεσμα των δύσκολων εμπειριών τους (Mancini & Bonanno, 2010). Το ερευνητικό σκεπτικό των μελετητών που χαρακτηρίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια δυναμική διαδικασία φαίνεται να έχει πληθώρα ισχυρών επιχειρημάτων λαμβάνοντας υπόψη περισσότερους παράγοντες, όπως η αλληλεπίδραση του ατόμου με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει (οικογένεια και κατ' επέκταση κοινωνία) (Luthar και συν., 2000), το πεδίο στο οποίο ανήκουν οι αντιξοότητες (π.χ. μόνο στο σχολείο) (Masten & Wright, 2010), η φύση της αντιξοότητας (π.χ. το πόσο αντικειμενικά δύσκολη είναι), ο χρόνος εκδήλωσης της ανθεκτικότητας (κατά τη διάρκεια ή μετά το πέρας της αντιξοότητας) και κυρίως ο χρόνος

έκθεσης στην αντιξοότητα αφού, όταν αυτή διαρκεί, τότε η ψυχική ανθεκτικότητα φαντάζει με μια δυναμική διαδικασία που χτίζεται στη διάρκεια των ετών (Mancini & Bonanno, 2010).

Παρά τις διαφωνίες των μελετητών της, η πλειονότητα αυτών συγκλίνει πως η ανθεκτικότητα είναι μια αναπτυξιακή διαδικασία που ενσωματώνει κανονιστικές και προσαρμοστικές τάσεις ενός ατόμου (Bonanno & Levenson, 2014. Ebersöhn & Eloff, 2006. Luthar και συν., 2000. Malholmes, 2014. Masten, 2001. Southwick & Charney, 2012). Έτσι, ένας αρκετά αποδεκτός όρος είναι πως: *«Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η θετική προσαρμογή των ατόμων σε στρεσογόνες, τραυματικές και γενικότερα αντίξοες καταστάσεις, η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους και η ανάκαμψη από αυτές»*. Υπό αυτήν την έννοια γίνεται, λοιπόν, σαφές πως υπάρχουν δύο κύριες προϋποθέσεις/διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας. Αφενός η ύπαρξη της αντιξοότητας, δηλαδή των δυσχερών συνθηκών στις οποίες εκτίθενται τα άτομα (Luthar και συν., 2000), αφετέρου η επιτυχής θετική προσαρμογή και ανάρρωση από αυτές τις αντίξοες συνθήκες μέσω της ενεργοποίησης ορισμένων μηχανισμών που κινητοποιούν τα άτομα σε αυτή την κατεύθυνση (Masten & Obradovic, 2008). Ως εκ τούτου, η μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να γίνει έμμεσα, καθώς αποτελεί απόρροια συνύπαρξης και των δύο προαναφερόμενων συστατικών στοιχείων (Luthar, 2006).

Άλλη μία αρκετά αποδεκτή προσέγγιση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι των Connor & Davidson (2003) θεωρώντας πως το να είναι κάποιος ψυχικά ανθεκτικός είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το αν και κατά πόσο μπορεί να διαχειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις. Ως εκ τούτου, η ψυχική ανθεκτικότητα φαίνεται να ταυτίζεται με την ικανότητα διαχείρισης του άγχους, ενώ παράλληλα αντικατοπτρίζει μία σειρά από χαρακτηριστικά και δυνατότητες που ωθούν τα άτομα να ανταπεξέλθουν σε αντίξοες συνθήκες, όπως η προσωπική επάρκεια, η αντοχή- επιμονή, ο έλεγχος, το αίσθημα ασφάλειας και η πνευματικότητα. Ωστόσο,

.όπως και οι ερευνητές συγκλίνουν, η ανθεκτικότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με το πλαίσιο στο οποίο ανήκει εκείνο αλλά και τις αντιξοότητες που προσπαθεί να διαχειριστεί (Connor & Davidson, 2003).

Εν κατακλείδι, ένας γενικότερος ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας αναφέρεται «στην ύπαρξη ατόμων, τα οποία είτε γεννιούνται και μεγαλώνουν μέσα σε αντίξοες συνθήκες (όπως φτώχεια, πόλεμος ή τοξικό οικογενειακό περιβάλλον) είτε βιώνουν απροσδόκητα μια ποικιλία οδυνηρών και ενδεχομένως τραυματικών εμπειριών της ζωής (ασθένεια, απώλεια αγαπημένων προσώπων) και αποδεικνύονται αρκετά ικανά να ανταπεξέλθουν, ώστε να μην αναπτύξουν κάποια ψυχολογική διαταραχή» (Δημητριάδου και συν., 2011). Έτσι, ψυχικά ανθεκτικά περιγράφονται τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στις εκάστοτε απαιτήσεις, ενώ παράλληλα μετασχηματίζουν τις συνθήκες αντλώντας ευκαιρίες από το περιβάλλον τους (Masten, 2011).

Όπως προαναφέρθηκε, η διερεύνηση της ανθεκτικότητας από ψυχολογική σκοπιά περιλαμβάνει πληθώρα παραγόντων, όπως και την αλληλεπίδραση τους (Mancini & Bonanno, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο «κύμα» μελέτης της ανθεκτικότητας μετατόπισε την εστία ενδιαφέροντος στο «Τι κάνει ανθεκτικό ένα άτομο;» κατηγοριοποιώντας όλους εκείνους τους παράγοντες σε α) ατομικά χαρακτηριστικά β) οικογενειακά χαρακτηριστικά και γ) χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος (Luthar και συν, 2000). Επίσης, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν ορισμένοι προστατευτικοί παράγοντες που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της απόκτησης ή διατήρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας και στους οποίους φαίνεται να συγκλίνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ορισμένοι από αυτούς είναι η κοινωνική στήριξη και οι συνακόλουθες στενές σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, η γνωστική

ευελιξία, η νοημοσύνη, οι θετικές αντιλήψεις για τον εαυτό, τα θετικά συναισθήματα, η αίσθηση νοήματος στη ζωή, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η αυτορρύθμιση (Λακιώτη, 2011).

3.2. Η σημαντικότητα της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ψυχική υγεία

Η ανθεκτικότητα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό ενισχυτικό παράγοντα έναντι της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας (Gloria & Steinhardt, 2016. Grant και συν., 2013. Keyes και συν., 2010. Trompetter και συν., 2017), ώστε τα άτομα με υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα είναι λιγότερο καταθλιπτικά, λιγότερο ανήσυχα και έχουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα (Beutel και συν., 2017).

Οι Trompetter και συν. (2017) πρότειναν ότι εκείνοι που έχουν υψηλά επίπεδα θετικής ψυχικής υγείας έχουν αυτό-συμπληρωτικές δεξιότητες που προάγουν την ανθεκτικότητα έναντι της ψυχοπαθολογίας. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως μια προσαρμοστική στρατηγική ρύθμισης συναισθημάτων μέσω της θετικής γνωστικής επανεκτίμησης και της αποδοχής των αρνητικών συναισθημάτων. Οι Mayordomo και συν. (2016) προσδιόρισαν την ανθεκτικότητα ως θετική και αποτελεσματική αντιμετώπιση της αντίδρασης στις αντιξοότητες. Χρησιμοποίησαν ένα δομικό μοντέλο για να προσδιορίσουν τις επιδράσεις της ανθεκτικότητας στην ευημερία και διαπίστωσαν ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν προβλεπόταν από την ανθεκτικότητα.

Επιπλέον, στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι άνθρωποι με σημαντική ψυχική ανθεκτικότητα έχουν καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας, περισσότερες δεξιότητες αυτορρύθμισης, υψηλότερη αυτοεκτίμηση, περισσότερη γονική υποστήριξη και, ως εκ τούτου, είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως η χρήση ουσιών (Buckner και συν., 2003. Cuomo και συν., 2008. Waller, 2003). Επίσης, φαίνεται ότι οι

δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και η θετική αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης απέναντί τους ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων (Bonanno και συν., 2007).

Η ανθεκτικότητα φαίνεται να σχετίζεται και με θετικά συναισθήματα που με τη σειρά τους διαδραματίζουν προστατευτικό ρόλο κατά της κατάθλιψης και της χρήσης ουσιών μετά από μια κρίση (Bonanno και συν., 2007. Fredrickson, 2003). Οι Arce και συν. (2009) αναφέρουν ότι οι άνθρωποι που είναι ψυχικά ανθεκτικοί συχνά αποκαθιστούν την κανονικότητα τους μετά από αγχωτικές καταστάσεις βιώνοντας θετικά συναισθήματα. Δηλαδή, τα ανθεκτικά άτομα αφήνουν πίσω τους τα αγχωτικά γεγονότα χωρίς να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ψυχική υγεία (Waugh και συν., 2008).

Οι κλινικοί ψυχολόγοι εξέτασαν πρόσφατα μοντέλα ανθεκτικότητας υπό συνθήκες απώλειας, έλλειψης, κατάθλιψης και πόνου (Charney, 2004. Southwick και συν., 2005. Zautra και συν., 2005). Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν τις θετικές, παραγωγικές και προστατευτικές επιδράσεις της ανθεκτικότητας στην αντοχή και την ανάπτυξη προσαρμογής σε αγχωτικές καταστάσεις. Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας συσχετίζονται με ψυχολογικές διαταραχές (Campbell-Sills και συν., 2006).

3.3. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας στις εξαρτήσεις

Για την κατανόηση της αρνητικής επίδρασης των συμπεριφορών εξάρτησης στην ψυχική ανθεκτικότητα καθιστώντας τη χρήση κάποιας ουσίας ως παράγοντα κινδύνου της, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί μια συναφής έννοια, η ανθεκτικότητα του εγώ. Ο Block (1955) εισήγαγε την ανθεκτικότητα του εγώ (ego-resiliency) ως μια "χαρακτηριολογική" ικανότητα προσαρμογής, της οποίας απαραίτητη και άρρηκτα συνδεδεμένη προϋπόθεση είναι ο μαθημένος από πρώιμη ηλικία έλεγχος των παρορμήσεων. Εμπνευσμένος από την ψυχοδυναμική θεωρία και αναγνωρίζοντας τη συμβολή της, επισημαίνει πως ο έλεγχος των παρορμήσεων στην ενήλικη

ζωή είναι αποτέλεσμα της πρώιμης κατασκευής δομών της προσωπικότητας (οι οποίες στο σύνολό του συνιστούν το σύστημα του Εγώ) βάσει της ικανότητας ελέγχου του συναισθήματος της (άμεσης) ευχαρίστησης κατά συνθήκες. Οι δομές του Εγώ επικοινωνούν και συσχετίζονται με τρόπο που επιτρέπει τον ισορροπημένο έλεγχο του συστήματος του Εγώ, όταν το άτομο θα εκτίθεται σε εξωτερικά ερεθίσματα και, επομένως, το καθιστούν ικανό να προσαρμοστεί στις εκάστοτε συνθήκες. Η δόμηση ενός ελεγχόμενου και, ως εκ τούτου, ανθεκτικού Εγώ είναι το αποτέλεσμα μάθησης του παιδιού σε συμπεριφορές, όπως η συμμόρφωση με τους κανόνες των γονέων, η καθυστέρηση της ευχαρίστησης, η αναστολής της επιθετικότητας, η προσοχή επικίνδυνων καταστάσεων, η πρόβλεψη των συνεπειών επικίνδυνων συμπεριφορών (όπως η χρήση ουσιών) κ.α. Αντίθετα, στην άλλη άκρη του συνεχές της ανθεκτικότητας βρίσκονται οι περιπτώσεις του Εύθραυστου Εγώ. Όταν, δηλαδή, το σύστημα του Εγώ του παιδιού είναι δομημένο με μαθήσεις παρορμητικών συμπεριφορών και απουσία ελέγχου τους κάτι που συνεπάγεται έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των δομών, η οποία μοιραία οδηγεί το άτομο σε ανεξέλεγκτη έκθεση του σε επικίνδυνες καταστάσεις στην ενήλικη ζωή του. Έτσι, υποβόσκει ο κίνδυνος εμφάνισης άγχους (ανησυχίες από υπαρξιακές αβεβαιότητες), το οποίου η διαχείριση με επίσης παρορμητικές στρατηγικές επιβαρύνει τη ρύθμιση του ελέγχου του Εγώ με κύριο αντίκτυπο την έλλειψη προσαρμοστικότητας. Συνεπώς, η ανθεκτικότητα του Εγώ συνιστά μια δυναμική ικανότητα αναπροσαρμογής και αποκατάσταση της ισορροπίας του ατόμου, όταν αυτή απειλείται από το περιβάλλον, μέσα από τον υγιή έλεγχο (και όχι υπερέλεγχο) των παρορμήσεων. Τα άτομα που φέρουν αυτή την ικανότητα χαίρουν της αποτελεσματικής διαχείρισης άγχους και της θετικής εμπλοκής με τους άλλους όντας ανοιχτοί σε νέες εμπειρίες. (Block & Kremen, 1996).

Ως προς την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας στο πεδίο των εξαρτήσεων, παρατηρείται η ίδια διάσταση απόψεων με τα υπόλοιπα ερευνητικά της πεδία. Η εννοιολογική της κατανόηση εξαρτάται από το οπτικό σημείο του εκάστοτε ερευνητή, δηλαδή, από την ερευνητική βάση που την προσεγγίζει (αν αποτελεί εγγενές στοιχείο της προσωπικότητας ή αν είναι αποτέλεσμα μιας δυναμικής διαδικασίας, στην οποία συμμετέχουν και αλληλοεπιδρούν τόσο ενδογενείς όσο και εξωγενείς παράγοντες) (Karlan, 1999). Ωστόσο, και πάλι ο επικρατέστερος ορισμός είναι των Luthar και συν. (2000) πως *«η ανθεκτικότητα είναι η θετική προσαρμογή παρά τις εκάστοτε αντιξοότητες»*. Επίσης, με βάση τον ορισμό των Eisen και συν. (2014), *«η ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε πολύ έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως βίαιες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, να διατηρούν υγιή την ψυχική και σωματική τους λειτουργικότητα συμπεριλαμβάνοντας την απουσία χρήσης ουσιών»*.

Βάσει του πρώτου και επικρατέστερου ορισμού, αναγκαία προϋπόθεση της ανθεκτικότητας αποτελεί η ύπαρξη κάποιας αντιξοότητας. Στο πεδίο της χρήσης ουσιών, βάσει της ερευνητικής επισκόπησης των Rudzinski και συν. (2017) βρέθηκαν τρεις κύριες κατηγορίες της αντιξοότητας:

- α) Τραυματικά γεγονότα (traumatic events), όπως : σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση/ κακομεταχείριση κατά την παιδική ηλικία, βία, θύμα εγκλήματος.
- β) Διαδικασίες ασθένειας (disease processes) που είναι υπό διερεύνηση, όπως: εξαρτήσεις, προβλήματα ψυχικής υγείας, η εξέλιξη HIV/HCV και διάγνωση καρκίνου.
- γ) Στρεσογόνοι παράγοντες της καθημερινότητας (daily stressors) που συχνά επικαλύπτονται από άλλους παράγοντες κινδύνου και περιλαμβάνουν συνθήκες ή εμπειρίες,

όπως: η διαβίωση σε γειτονιές υψηλού κινδύνου, φτώχεια, αστεγία, διακρίσεις, σχολικά προβλήματα, διαζύγιο γονέων, μετάβαση στην ανάδοχη φροντίδα.

Ως προς τον δεύτερο παράγοντα της ψυχικής ανθεκτικότητας, δηλαδή τη θετική προσαρμογή στην ύπαρξη των παραπάνω μορφών αντιξοότητας, η πλειονότητα των ερευνών αναδεικνύει τη μη καταφυγή στη χρήση ουσιών θεωρώντας την εξάρτηση ως ένδειξη αδυναμίας και, κατά συνέπεια, έλλειψης ψυχικής ανθεκτικότητας (Rudzinski και συν., 2017).

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, το ερευνητικό ενδιαφέρον των μελετητών της ψυχικής ανθεκτικότητας εστιάζει (και οφείλει να εστιάζει) στους εσωτερικούς και εξωτερικούς προστατευτικούς της παράγοντες (και της αλληλεπίδρασής τους), οι οποίοι προϋποθέτουν ή ενισχύουν την πιθανότητα ύπαρξης της. Στο πεδίο των εξαρτήσεων, η πλειονότητα των ερευνών αυτών προσεγγίζει την ανθεκτικότητα ως μια εσωτερική κατάσταση ή ένα εγγενές χαρακτηριστικό αναφερόμενες στις ψυχολογικές πτυχές της προσωπικότητας οι οποίες θωρακίζουν το άτομο από την εμπλοκή με τη χρήση ουσιών και, ως εκ τούτου, η απουσία τους δηλώνει την ανάγκη ανάπτυξης της. Ως εσωτερικοί προστατευτικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας θεωρούνται η αυτοεκτίμηση, η αυτοαποτελεσματικότητα, οι προσωπικές δεξιότητες (όπως η επίλυση προβλημάτων ή η αναζήτηση βοήθειας), η πνευματικότητα, η αισιοδοξία και η διανοητική ικανότητα. Επίσης, ένας συναφής με τη χρήση ουσιών εσωτερικός παράγοντας θεωρείται ή ίδια η στάση των ατόμων απέναντι στις ουσίες, όπως ο φόβος για εκείνες, οι προσωπικοί κανόνες κατά της χρήσης των ουσιών, οι πεποιθήσεις για τις συνέπειες τους αναφορικά με την επίτευξη μελλοντικών στόχων κ.α. Από την άλλη, οι εξωτερικοί προστατευτικοί παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας στο πεδίο των εξαρτήσεων εκτείνονται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο αφορά την οικογένεια (περιλαμβάνοντας τη γονική υποστήριξη, τη γονική επίβλεψη, τον οικογενειακό δεσμό κ.α.), το δεύτερο το σχολείο (περιλαμβάνοντας την ύπαρξη καλής σχέσης

με τους δασκάλους, ένα θετικό σχολικό περιβάλλον, τη συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες, την ύπαρξη θετικών σχέσεων με τους συνομήλικους κ.α.) και το τρίτο την ίδια την κοινωνία (περιλαμβάνοντας υποστηρικτικές σχέσεις με τα άλλα μέλη της κοινωνίας, συμμετοχή σε θρησκευτικές ή άλλες πνευματικές τελετές, υποστήριξη της κοινωνίας με παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, προγράμματα για τον εθισμό, στέγαση κ.α.). Συνεπώς, όπως παρατηρείται, κοινός παρονομαστής και των τριών επιπέδων αποτελεί η κοινωνική υποστήριξη, η οποία κρίνεται καίριας σημασίας για τη θωράκιση της ψυχικής ανθεκτικότητας έναντι της ανάπτυξης συμπεριφορών εξάρτησης και η οποία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο (Rudzinski και συν., 2017).

Η πλειονότητα των ερευνών για την ψυχική ανθεκτικότητα στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων εστιάζει στα αποτελέσματα της συγκλίνοντας πως τα άτομα που παρουσιάζουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως η κατάχρηση ουσιών, είναι λιγότερο ανθεκτικά και ευάλωτα στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Friedli, 2009. Rudzinski και συν., 2017.). Οι Goldstein και συν. (2012), στο πλαίσιο της διερεύνησης τόσο της εσωτερικής όσο και εξωτερικής ανθεκτικότητας ατόμων που είχαν υποστεί οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης (σεξουαλική, σωματική, συναισθηματική, παραμέληση) στην παιδική ηλικία εντόπισαν, πως τα άτομα που κάπνιζαν περισσότερο ή έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, είχαν χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικής ανθεκτικότητας και πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Παράλληλα, βρέθηκε η θετική επίδραση της εσωτερικής ανθεκτικότητας, και κυρίως της πνευματικότητας, στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κυρίως στα άτομα που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση υποδεικνύοντας την ανάγκη της πρώιμης θωράκισης της. Σε παρόμοια μελέτη πολύ μεγαλύτερου δείγματος (2024 συμμετέχοντες και των δύο φύλων), αναδείχθηκε η σημασία των χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας αμβλύνοντας τους κινδύνους όχι μόνο έναντι των

διαταραχών μετατραυματικού στρες, μείζονας κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας , αλλά και των συμπεριφορών εξάρτησης από ουσίες σε άτομα που έχουν υποστεί παιδική κακοποίηση (Wingo και συν., 2014). Αντίστοιχα, και οι Fadardi και συν. (2010) έδειξαν ότι η ανθεκτικότητα και η προσαρμοστική δομή κινήτρων αποτελούν αντίστροφους προβλεπτικούς παράγοντες της χρήσης ουσιών.

Μια άλλη εκτενής ερευνητική κατεύθυνση των μελετητών της ψυχικής ανθεκτικότητας υπό το πρίσμα των εξαρτήσεων εστιάζει στην κοινωνική επιρροή των νέων όταν εκείνοι εκτίθενται στην προσφορά ουσιών (Rudzinski και συν., 2017). Οι Burdzovic και συν. (2016) διερευνώντας ποια είναι εκείνα τα άτομα που λένε όχι στην προσφορά κάνναβης τα κατηγοριοποίησαν σε τρεις ομάδες: στους χρήστες κάνναβης, εκείνους που είναι αθώοι ως προς την κάνναβη (εφόσον δεν έχουν εκτεθεί ποτέ σε προσφορά της) και σε αυτούς που επιδεικνύουν ανθεκτικότητα απέναντι στην κάνναβη. Σε δεύτερο επίπεδο εντόπισαν πως τα χαρακτηριστικά που τους διαφοροποιούν είναι οι θετικές σχέσεις με τους γονείς, η αρνητική στάση απέναντι στις ουσίες, η απουσία επαφής με χρήστες κάνναβης, η χαμηλή παραβατικότητα και το περιστασιακό (και όχι τακτικό) κάπνισμα ή χρήση αλκοόλ. Αντίστοιχες έρευνες προσθέτουν πως ο φόβος για τις συνέπειες της χρήσης , η επαφή με τους συνομηλίκους, η ενημέρωση από τα κοινωνικά δίκτυα, οι αντιλήψεις τόσο των ίδιων όσο και των γονιών τους για τις συνέπειες των ουσιών, αλλά και η ίδια η επίγνωση του ποιοι είναι, καθιστά τους νέους ανθεκτικούς, δηλαδή αντίθετους στη χρήση κάνναβης και άλλων ουσιών (Davis και συν., 2016).

Ένα οργανωμένο μοντέλο ανάπτυξης της ανθεκτικότητας στον πληθυσμό των εξαρτημένων είναι αυτό τους Harris και συν. (2011) με την ονομασία «a process model of addiction and recovery» , το οποίο υπάγεται στον τομέα της πρόληψης και συνιστά μια εξέλιξη της συστημικής θεραπείας. Σε αυτό το μοντέλο διερευνώνται οι παράγοντες κινδύνου της χρήσης ,κυρίως στους

εφήβους, και επιδιώκεται η ενίσχυση των παραγόντων της ανθεκτικότητας τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειας ή άλλων κοινωνικών πόρων ως προσπάθεια θωράκισής τους από την χρήση ουσιών. Συνήθως, η θεραπεία γίνεται με όλη την οικογένεια προκειμένου να αλλάξει το σύστημα στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Στην θεραπευτική διαδικασία, η χρήση ουσιών αντιμετωπίζεται σαν μια αρνητική στρατηγική αντιμετώπισης του στρες ή της όποιας αντιξοότητας και έτσι πάλι μέσα από την οικογενειακή θεραπεία το άτομο βοηθιέται να αυξήσει την ανθεκτικότητά του, ώστε να μην αντιδρά στην αντιξοότητα με τη χρήση ουσιών. Επίσης, στην πρόληψη υποτροπής γίνεται προσπάθεια να αλλάξουν οι στρατηγικές αντιμετώπισης, αλλά και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση του ατόμου, ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας της ανθεκτικότητας. Τέλος, στην ανάκαμψη (recovery) όπου στόχος είναι η διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ ή τις ουσίες για μεγάλο χρονικό διάστημα εντείνεται η ανάπτυξη θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Εξάλλου η ανθεκτικότητα, όπως αναφέρεται και στην έρευνα των Fadardi και συν., (2010) , σχετίζεται θετικά με το κίνητρο για θεραπεία από τη χρήση ουσιών.

Είναι συνεπώς σαφές από τα στοιχεία που παρατέθηκαν ότι η ανθεκτικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη δυνατότητα του ατόμου να αντισταθεί στην παρόρμηση της χρήσης ουσιών και, συνεπώς, αποτελεί παράγοντα αποφυγής της ανάπτυξης διαταραχών χρήσης ουσιών. Ωστόσο, το σημαντικότερο συμπέρασμα που προκύπτει έχει να κάνει με τους ήδη χρήστες όπου, ακόμα και αν δεν αναφέρεται ρητώς στη βιβλιογραφία, προκύπτει το συμπέρασμα ότι ως άτομα έχουν χαμηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας που δεν τους επιτρέπουν να διατηρήσουν μια θετική και αισιόδοξη στάση και να αντιμετωπίσουν με σωστό και εποικοδομητικό τρόπο τις καταστάσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ως εκ τούτου, η ψυχική τους υγεία πλήττεται από τις αρνητικές τους σκέψεις και αντιλήψεις τόσο ως προς τον ίδιο τους τον εαυτό όσο και σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονται την αντίδραση σε αυτά από το κοινωνικό τους σύνολο.

4. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Κύριος στόχος της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με την αυτοσυμπόνια και την ψυχική ανθεκτικότητα σε άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες, η σύγκριση τους με άτομα, που παρουσίαζαν εξάρτηση και πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες και η σύγκριση του κλινικού δείγματος με τον γενικό πληθυσμό.

Οι ερευνητικές υποθέσεις, που τίθενται στην επικείμενη έρευνα είναι οι εξής: Αναμένεται ότι:

1. Τα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως και υψηλότερα επίπεδα άγχους και τα κατάθλιψης συγκριτικά με τα άτομα που παρουσίαζαν εξάρτηση και πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες.

2. Θα υπάρξουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως και υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο κλινικό δείγμα, δηλαδή τόσο στους ενεργούς χρήστες αλκοόλ ή ουσιών όσο και σε αυτούς που είναι σε αποχή από την ουσία εξάρτησής τους συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

3. Θα υπάρξει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την αυτοσυμπόνια και την ψυχική ανθεκτικότητα στο σύνολο του κλινικού δείγματος.

4. Η αυτοσυμπόνια θα συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα στο κλινικό δείγμα, δηλαδή, στα άτομα που έχουν περάσει ή παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ουσίες.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Δείγμα

Όπως αναδύθηκε και από το προηγούμενο κεφάλαιο, ο κύριος πληθυσμός στον οποίο εστιάζει το ερευνητικό ενδιαφέρον είναι αυτός των ατόμων που είχαν ή έχουν προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ ή τις ουσίες, αλλά και η σύγκρισή τους με τον γενικό πληθυσμό. Συνολικά, το δείγμα μας αποτελείται από 160 άτομα (N=160) το οποίο χωρίστηκε σε δύο κύριες ομάδες, το κλινικό δείγμα (N=80) και τον γενικό πληθυσμό (N =80). Και οι δύο κύριες ομάδες αποτελούνται από άτομα ελληνικής καταγωγής με σκοπό την πλήρη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και την αποφυγή ανακριβών απαντήσεων. Η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε για το κλινικό δείγμα είναι η συμπτωματική δειγματοληψία και για τον γενικό πληθυσμό η τυχαία δειγματοληψία.

5.1.1. Κλινικό δείγμα

Το κλινικό δείγμα με τη σειρά του χωρίστηκε σε δύο μικρότερες υποομάδες, αυτή των ενεργών χρηστών είτε αλκοόλ (N=20) είτε ουσιών (N=20), συνολικά 40 άτομα, και αυτή των ατόμων που είναι σε αποχή από το αλκοόλ (N=20) ή τις ουσίες (N=20), συνολικά 40 άτομα. Οι ενεργοί χρήστες θα έπρεπε να πληρούν τα κλινικά κριτήρια της διαταραχής χρήσης ουσιών (APA,2013), ενώ τα άτομα που ήταν σε αποχή θα έπρεπε να είναι αρκετούς μήνες, ώστε να έχουν υποχωρήσει τα κλινικά συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης. Οι δύο υποομάδες του κλινικού δείγματος παρουσίασαν παρόμοια ποσοστά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους στα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν. Για την ακρίβεια, η αναλογία ανδρών με γυναικών ήταν ακριβώς η ίδια , δηλαδή 28 άνδρες και 12 γυναίκες, που συναθροιστικά ανέρχονται σε 56 άνδρες (70%) και 24 γυναίκες (30%). Η ηλικία τους κυμαίνεται 21 με 65 έτη (Μ.Ο=41, Τ.Α=10,33) και η πλειοψηφία τους, δηλαδή 75 άτομα (93,8 %), είχαν την Αθήνα ως τόπο διαμονής.

Επιπρόσθετα, η οικογενειακή τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και η επαγγελματική τους κατάσταση παρουσιάζουν παραπλήσια ποσοστά, ορισμένα από τα οποία παρουσιάζονται ενδεικτικά και συναθροιστικά περιλαμβάνοντας και τις δύο ομάδες. Περίπου, λοιπόν, οι μισοί είναι άγαμοι, με ποσοστό 52,5 %, η πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 43,8 %, και ως προς την εργασιακή τους κατάσταση, το 42,5 % έχουν σταθερή απασχόληση έναντι του 36,3 %, που είναι άνεργοι.

5.1.2 Γενικός πληθυσμός

Ο γενικός πληθυσμός αποτελείται από 80 άτομα, εκ των οποίων τα 47 είναι άνδρες (58,8 %) και τα 33 είναι γυναίκες (41,3 %). Η ηλικία τους κυμαίνεται από 21 με 64 έτη (Μ.Ο=40, Τ.Α=9,30). Η πλειοψηφία των ατόμων διαμένει σε πόλη, δηλαδή 51 άτομα (63,7 %), ενώ 20 διαμένουν σε κωμόπολη (25%) και 9 άτομα σε χωριό (11,3 %). Η πλειονότητα του γενικού πληθυσμού έχει ως τόπο διαμονής το Ηράκλειο Κρήτης και ως κωμόπολη το Αρκαλοχώρι Ηρακλείου Κρήτης. Ενδεικτικά, αναφέρεται πως το 61,3% είναι έγγαμοι έναντι του 30% που είναι άγαμοι. Ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το 42,5% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ ή ιδιωτικού κολλεγίου και η εργασιακή τους κατάσταση είναι ,ως επί το πλείστο ,σταθερή απασχόληση με ποσοστό 81,3 %.

Κατόπιν παραθέσεως των παραπάνω στοιχείων, κρίνεται χρήσιμο να αναδειχτούν ορισμένες αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στο κλινικό δείγμα και τον γενικό πληθυσμό ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, μολονότι το ερευνητικό μας ενδιαφέρον δεν εστιάζει σε αυτά.

Πίνακας 1

*Σύγκριση γενικού πληθυσμού με κλινικό δείγμα (εξαρτημένων και σε αποχή από αλκοόλ ή ουσίες)
ως προς δημογραφικά χαρακτηριστικά τους*

	Γενικός πληθυσμός	Κλινικό Δείγμα (Εξαρτημένοι και σε αποχή)
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι	61,3%	22,5%
Άγαμοι	30%	52,5%
Διαζευγμένοι ή σε διάσταση	8,8%	25%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτοι Γυμνασίου	3,8%	12,5%
Απόφοιτοι Λυκείου	25%	43,8%
Απόφοιτοι ΑΕΙ ή Ιδ. Κολλεγίου	42,5%	25%
Κάτοχοι μεταπτυχιακού	17,5%	3,8%
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενοι (Σταθερά ή περιστασιακά)	86,3%	51,3%
Άνεργοι	3,8%	36,3%

5.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η εν λόγω έρευνα συνιστά μια ποσοτική έρευνα και, ως εκ τούτου, διεξήχθη μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίων. Επίσης, συνιστά μια συγχρονική μελέτη, δηλαδή, μια μελέτη που αναδεικνύει εκείνα τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο μεταξύ Νοεμβρίου 2019 και Φεβρουαρίου 2020. Δεδομένου της δυσκολίας ανεύρεσης του κλινικού δείγματος που να τηρεί τα κλινικά κριτήρια και τις προϋποθέσεις που είχαν τεθεί για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε σε τέσσερις διαφορετικές θεραπευτικές δομές για προβλήματα εξαρτήσεων, του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ. Πιο συγκεκριμένα, 56 άτομα (70%) συμμετείχαν από το πρόγραμμα «Αθηνά» του Αιγινήτειου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και του ΟΚΑΝΑ, εκ των οποίων 31 ήταν σε ενεργή χρήση αλκοόλ ή ουσιών και πληρούσαν τα κριτήρια διαταραχής χρήσης ουσιών (APA,2013) σύμφωνα με τις διαγνωστικές εκτιμήσεις των θεραπειών του φορέα, ενώ 25 συμμετέχοντες ήταν πρώην εξαρτημένοι από αλκοόλ ή ουσίες που στην παρούσα φάση ήταν σε αποχή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να έχουν υποχωρήσει τα κλινικά συμπτώματα. Τα υπόλοιπα 24 άτομα (30%) του κλινικού δείγματος συμπληρώθηκαν από τις θεραπευτικές δομές του ΚΕΘΕΑ, όπου και πάλι οι θεραπευτές των εκάστοτε φορέων επιβεβαίωσαν τα προαπαιτούμενα κλινικά κριτήρια της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, 7 άτομα συμμετείχαν από το ΚΕΘΕΑ "Α", τα οποία ήταν σε αποχή από το αλκοόλ, 11 άτομα από το ΚΕΘΕΑ Διάβαση , εκ των οποίων 9 ήταν ενεργοί χρήστες ουσιών και 2 σε αποχή από αυτές, και 6 άτομα από το ΚΕΘΕΑ Νόστος τα οποία ήταν σε πλήρη αποχή από ουσίες λιγότερο (αυτοί που ήταν στη θεραπευτική κοινότητα) ή περισσότερο (αυτοί που ήταν στο τμήμα επανένταξης) διάστημα. Η συνεργασία με το πρόγραμμα «Αθηνά» του Αιγινήτειου έγινε διαμέσου του μεταπτυχιακού προγράμματος «Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και

Συμβουλευτικής στην Εκπαίδευση, την Υγεία και την Εργασία» του Πανεπιστημίου Αθηνών και Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, καθώς αποτέλεσε τον φορέα πρακτικής άσκησης και, ως εκ τούτου, υπήρχε η άδεια συλλογής δεδομένων. Για τη συλλογή δεδομένων από το ΚΕΘΕΑ, ακολουθήθηκε ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο διαμέσου του τμήματος έρευνας. Αυτό συμπεριελάμβανε την κατάθεση του αιτήματος διεξαγωγής της συγκριμένης έρευνας σε φορείς του ΚΕΘΕΑ, όπως και του ερευνητικού πλάνου, και τη βεβαίωση πραγματοποίησης της σε εκπαιδευτικό και μόνο πλαίσιο με απώτερο στόχο τη θωράκιση της ασφάλειας των θεραπευόμενων των φορέων. Αφού εγκρίθηκε το αίτημα, υπεγράφη το πρωτόκολλο συμφωνίας διεξαγωγής της έρευνας το οποίο κατοχύρωνε τις υποχρεώσεις της ερευνήτριας απέναντι στο ΚΕΘΕΑ, όπως και τα δικαιώματα του ΚΕΘΕΑ έναντι της παρούσας έρευνας.

Εν συνεχεία, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διέφερε ανάλογα με το εκάστοτε θεραπευτικό πλαίσιο. Στο πρόγραμμα «Αθηνά», η προσέγγιση των ατόμων έγινε διαμέσου των υπεύθυνων θεραπευτών τους οι οποίοι τους ενημέρωναν για τον εκπαιδευτικό χαρακτήρα της έρευνας και, αφού έπαιρναν την έγκριση συμμετοχής τους σε αυτήν, διεξαγόταν η χορήγηση του ερωτηματολογίου είτε την ίδια στιγμή (δηλαδή στο τέλος της συνεδρίας) είτε σε επόμενο ραντεβού ανάλογα με τη διαθεσιμότητα χρόνου του ατόμου. Από την άλλη, στους φορείς του ΚΕΘΕΑ, η επαφή γινόταν διαμέσου του τμήματος έρευνας δίνοντας τα στοιχεία των υπευθύνων των φορέων. Οι τελευταίοι έδωσαν μια συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα για τη διεξαγωγή της έρευνας η οποία έγινε σε ομαδικό πλαίσιο και στους τρεις φορείς (ΚΕΘΕΑ Διάβαση, ΚΕΘΕΑ Νόστος και ΚΕΘΕΑ Α). Μία εξαίρεση αποτέλεσε το ΚΕΘΕΑ Νόστος, όπου ζητήθηκε να πραγματοποιηθεί μια πρώτη συνάντηση της ερευνήτριας με τους συμμετέχοντες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, προκειμένου να υπάρξει εξοικείωση, να λυθούν τυχόν απορίες και κυρίως να κατοχυρωθεί η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων. Τέλος, τα δεδομένα του

γενικού πληθυσμού συλλέχθηκαν ηλεκτρονικά με τη συμπλήρωση όλων των ερωτημάτων σε φόρμα της Google, και την προώθηση της μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων.

Όποιο και αν ήταν το θεραπευτικό πλαίσιο είτε διαπροσωπική επαφή (πρόγραμμα «Αθηνά») είτε ομαδικό πλαίσιο (φορείς του ΚΕΘΕΑ) είτε ηλεκτρονική επαφή (για τον γενικό πληθυσμό), αυτό που εξηγήθηκε με σαφήνεια σε όλους τους συμμετέχοντες τόσο γραπτά στην αρχή του ερωτηματολογίου όσο και προφορικά ήταν πως η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι καθαρά εθελοντική και πως τηρείται το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων, κάτι που φαντάζει εξαιρετικά σημαντικό ιδίως για το κλινικό δείγμα. Επίσης, δόθηκαν εξηγήσεις σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και έγινε ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχουν κατάλληλες ή ακατάλληλες απαντήσεις. Τέλος, θεωρήθηκε αναγκαία η ενημέρωσή τους για τον σκοπό και τη χρησιμότητα της έρευνας καθιστώντας σαφές πως πλην του εκπαιδευτικού χαρακτήρα της έρευνας τους δίνεται και μια δυνατότητα αυτοπαρατήρησης ως κινητήριος δύναμη να συνεχίσουν τον αγώνα της απεξάρτησης. Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 20- 30 λεπτά (Μ.Ο=25).

Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχαν και γραπτώς όλες οι προαναφερόμενες πληροφορίες μαζί φυσικά με τα στοιχεία της ερευνήτριας. Ακολουθούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και συγκεκριμένα το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση και το επάγγελμα. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως έγινε σημαντική προσπάθεια αναλογικής δειγματοληψίας, ως προς τον αριθμό των εξαρτημένων με αυτών που ήταν σε αποχή(40 και 40), την ουσία εξάρτησης (40 αλκοόλ και 40 ουσίες) και την αναλογία ανδρών και γυναικών των δύο κύριων ομάδων.

5.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μία σειρά από ψυχομετρικά εργαλεία για τη μέτρηση της κάθε μεταβλητής. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα Νοσοκομειακής μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης (HADS), η Κλίμακα αξιολόγησης της Αυτό-συμπόνιας (SCS) και η Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας των Connor-Davidson (CD-RISC) (βλ. Παράρτημα).

5.3.1 Κλίμακα Νοσοκομειακής μέτρησης άγχους και κατάθλιψης (HADS)

Η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) σχεδιάστηκε το 1983 από το Zigmond και τους συνεργάτες στα πλαίσια των εξωτερικών ιατρείων ενός γενικού νοσοκομείου (Zigmond & Snaithe, 1983). Τα άτομα κλήθηκαν να σημειώσουν τη συχνότητα, ένταση ή διάρκεια που έχουν βιώσει τα αναφερόμενα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας μέσα από 14 δηλώσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά στοιχεία που αντανακλούν το άγχος (HADS-A) και επτά που αντανακλούν την κατάθλιψη (HADS-D). Κάθε στοιχείο λαμβάνει μία απάντηση 4 βαθμών (0-3), με αποτέλεσμα η πιθανή βαθμολογία να κυμαίνεται από 0 έως 21 για το άγχος και 0 έως 21 για την κατάθλιψη. Περαιτέρω ανάλυση της κλίμακας αυτής κατέληξε ότι μία βαθμολογία 0-7 για κάθε υποκλίμακα μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική, μία βαθμολογία 11 και άνω ότι υποδηλώνει πιθανή παρουσία της διαταραχής διάθεσης, ενώ μία βαθμολογία από 8 έως 10 ότι είναι μόνο ενδεικτική της παρουσίας της εκάστοτε κατάστασης (Snaithe, 2003).

Η κλίμακα HADS έχει αξιολογηθεί στα ελληνικά, όπου έδειξε καλές ψυχομετρικές παραμέτρους και ικανοποιητική εσωτερική σταθερότητα (Michopoulos και συν., 2008). Στη μελέτη αυτή από τον Μιχόπουλο και συνεργάτες, η HADS αξιολογήθηκε σε 521 άτομα (246

ασθενείς και 275 μάρτυρες). Η HADS παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha = 0,88) και αξιοπιστία (test- retest Intraclass Correlation Coefficient = 0,94).

5.3.2 Κλίμακα Αυτό-συμπόνιας (Self-Compassion Scale {SCS})

Η κλίμακα της αυτό- συμπόνιας δημιουργήθηκε από την Kristian Neff (2003). Η Neff θεώρησε πως η αυτό-συμπόνια είναι εξίσου σημαντική με τη συμπόνια προς τους άλλους. Έτσι, δημιούργησε την κλίμακα της αυτοσυμπόνιας και στο άρθρο της περιγράφει την ανάπτυξη της συγκεκριμένης κλίμακας, τη σχέση μεταξύ της αυτό- συμπόνιας με την ψυχική υγεία, αλλά και την αυτοεκτίμηση. Τα υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας συνδέονται με την ψυχική ευημερία χωρίς, όμως, αυτό να σημαίνει ότι υπάρχουν ναρκισσιστικές τάσεις με τον τρόπο που η υψηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να σχετίζεται (Neff, 2003).

Σκοπός της κλίμακας είναι η μέτρηση των τριών παραγόντων που απαρτίζουν την αυτό-συμπόνια (καλοσύνη απέναντι στον εαυτό, οικουμενικότητα και ενσυνειδητότητα), όπως επίσης και των τριών αντιθέτων τους (αυστηρή κριτική απέναντι στον εαυτό, απομόνωση, συναισθηματική υπέρ-εμπλοκή) (Neff, 2003). Η κλίμακα απαρτίζεται από 26 δηλώσεις, οι απαντήσεις των οποίων αποδίδονται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (σχεδόν ποτέ) έως το 5 (σχεδόν πάντα) δηλώνοντας τη συχνότητα εμφάνισης της κάθε συμπεριφοράς και επομένως το επίπεδο του κάθε στοιχείου (ή του αντιθέτου της) της αυτοσυμπόνιας.

Το SCS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios, Wilson & Giannou (2013) όπου, έπειτα από μια σειρά μελετών, αποδείχθηκε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί αποτελεσματικό μέσο μέτρησής της αυτό- συμπόνιας στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο με καλό ψυχομετρικό εύρος, εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cronbach's alpha= 0.82) (Mantzios, Wilson & Giannou, 2013).

5.3.3. Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (The Connor- Davidson Resilience Scale {CD- RISC})

Όπως προαναφέρθηκε, οι Connor & Davidson συγκαταλέγονται στους υποστηρικτές της άποψης πως η ψυχική ανθεκτικότητα συνιστά ένα στοιχείο προσωπικότητας των υπό μελέτη ατόμων και πως όσοι χαίρουν αυτής μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις. Έτσι, δόμησαν τη δική τους κλίμακα ανθεκτικότητας η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα και η οποία αποτελείται από 25 αυτοαναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0=καθόλου αληθές, έως 4=σχεδόν πάντα αληθές) που μετρούν πέντε παράγοντες της ψυχικής ανθεκτικότητας των ατόμων. Οι πέντε παράγοντες της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας CD-RISC ελέγχονται με το σύνολο των δηλώσεων και αυτοί είναι: η προσωπική επάρκεια, η αντοχή- επιμονή, ο έλεγχος, το αίσθημα ασφάλειας και η πνευματικότητα (Connor & Davidson, 2003).

Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα και καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's alpha = 0,89) καθώς και καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87) (Dimitriadou & Stalikas, 2012).

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Στατιστικές αναλύσεις

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (version:25). Συνολικά αναλύθηκαν 160 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 80 αποτέλεσαν το κλινικό δείγμα (εξαρτημένοι και άτομα που ήταν σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες εξάρτησης) και 80 τον γενικό πληθυσμό. Αναφέρεται πως έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των ερωτηματολογίων.

Αρχικά, έγιναν τα πρώτα κύρια βήματα, δηλαδή οι κύριοι έλεγχοι των εκκλιπόντων τιμών (missing values) και των ανώτερων και κατώτερων τιμών των μεταβλητών, ώστε να διασφαλιστεί η ορθή συμπλήρωση των δεδομένων. Έπειτα, έγινε η κωδικοποίηση των μεταβλητών, όπου έγινε η επανακωδικοποίηση της μεταβλητής της αυτοσυμπόνιας με την αντιστροφή των τιμών των υπομεταβλητών της αυτό- επικριτικότητας (self-judgment), της απομόνωσης (isolation) και της υπέρ-ταύτισης (over-identification). Στη συνέχεια, δεδομένου πως οι αναλύσεις των δεδομένων θα έπρεπε να γίνει με στατιστικά κριτήρια για παραμετρικά δείγματα, αναφέρεται πως έγινε και ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών με του κριτηρίου Kolmogorov – Smirnov και τις τιμές κύρτωσης (με εύρος τιμών από -1 έως 1), και κύρτωσης (με εύρος τιμών από -2 έως 2). Έτσι, παρατηρώντας τα θηκογράμματα και τα ιστογράμματα και υπολογίζοντας τον λόγο της κύρτωσης προς το τυπικό σφάλμα της κύρτωσης και αντίστοιχα της λοξότητας ως προς το τυπικό σφάλμα της λοξότητας, εντοπίστηκαν ποιες μεταβλητές δεν πληρούσαν τις προδιαγραφές της κανονικότητας και, ως εκ τούτου, έγινε προσαρμογή των έκτοπων τιμών όπου κρίθηκε απαραίτητο (Ρούσσοι & Τσαούσης, 2011).

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων, τα οποία αποτελούν τις απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Για τον έλεγχο των δύο πρώτων ερευνητικών υποθέσεων, δηλαδή για τον έλεγχο των διαφορών των δύο υποομάδων του κλινικού δείγματος, των εξαρτημένων και των ατόμων που διατηρούν αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες, όπως και τον έλεγχο διαφορών του κλινικού δείγματος με τον γενικό πληθυσμό ως προς τις μεταβλητές της αυτοσυμπόνιας, της ψυχικής ανθεκτικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης εφαρμόστηκε το παραμετρικό κριτήριο t ανεξάρτητων δειγμάτων. Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων συσχέτισης των μεταβλητών μεταξύ τους εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson r . Και στις δύο περιπτώσεις, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5 %.

Πίνακας 2

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές των μεταβλητών για το κλινικό δείγμα, δηλαδή, τα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τα άτομα που παρουσίαζαν εξάρτηση και πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες.

Μεταβλητές	Μ.Ο		Τ.Α		Ελάχιστη / Μέγιστη			
	Εξαρτημένοι	Σε αποχή	Εξαρτημένοι	Σε αποχή	Εξαρτημένοι	Σε αποχή	Εξαρτημένοι	Σε αποχή
Αυτοκαλοσύνη	10.00	18.65	2.85	3.69	5.00	16.00	12.00	25.00
Αυτοκριτική	10.88	17.53	3.16	3.46	5.00	17.00	10.00	25.00
Οικουμενικότητα	9.40	12.90	2.99	3.29	4.00	17.00	6.00	20.00
Απομόνωση	10.38	15.20	3.54	3.21	5.00	19.00	9.00	20.00
Ενσυνειδητότητα	10.40	15.28	2.79	2.96	4.00	16.00	9.00	20.00
Ταύτιση	8.95	13.45	2.75	3.14	4.00	13.00	7.00	20.00
Αυτοσυμπόνια	60.83	93.00	10.22	13.37	41.00	82.00	65.00	120.00
Προσωπική επάρκεια	18.93	25.53	5.37	3.74	6.00	30.00	17.00	32.00
Ανοχή	14.50	20.75	2.91	4.30	8.00	20.00	13.00	28.00
Ασφάλεια	12.63	15.98	2.14	2.24	9.00	17.00	11.00	20.00
Έλεγχος	6.60	9.48	1.97	1.80	2.00	11.00	6.00	12.00

Πίνακας 3

Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή των μεταβλητών για το γενικό πληθυσμό

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Μ.Ο</i>	<i>Τ.Α</i>	<i>Ελάχιστη</i>	<i>Μέγιστη</i>
Αυτοσυμπόνια	84.58	14.70	42.00	115.00
Ανθεκτικότητα	72.91	11.61	45.00	97.00
Αγχος	6.63	3.41	1.00	14.00
Κατάθλιψη	5.05	3.24	.00	12.00

6.2. Διαφορές μέσων όρων των μεταβλητών

Όπως φαίνεται από τους πίνακες 4 και 5, στις στατιστικές αναλύσεις βρέθηκαν αρκετά μεγάλα μεγέθη επίδρασης σε πολλές από τις μεταβλητές. Ως εκ τούτου, ενδεικτικά αναφέρεται πως σύμφωνα με τον Cohen (1988), ως πολύ μικρό μέγεθος επίδρασης ορίζεται το 0.01, ως μικρό το 0.2, ως μέτριο το 0.5, ως μεγάλο το 0.8 ενώ σύμφωνα με τον Sawilowsky (2009), ορίζεται ως πολύ μεγάλο το 1.2 και ως τεράστιο το 2.00.

Πίνακας 4

Έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της αυτοσυμπόνιας και των υπομεταβλητών της, της ψυχικής ανθεκτικότητας και των υπομεταβλητών της, του άγχους και της κατάθλιψης ανάμεσα στα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τα άτομα που παρουσίαζαν εξάρτηση και πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες.

Μεταβλητές	t	Df	Sig (-2 tailed)	Διαφορά M.O	Διαστήματα		Μέγεθος επίδρασης Hedges'g
					εμπιστοσύνης lower	upper	
Αυτοκαλοσύνη	-11.74	78	.00	-8.65	-10.12	-7.18	2.62
Αυτοκριτική	-8.98	78	.00	-6.65	-8.13	-5.17	2.01
Οικουμενικότητα	-4.98	78	.00	-3.50	-4.90	-2.10	1.11
Απομόνωση	-6.39	78	.00	-4.83	-6.33	-3.32	1.43
Ενσυνειδητότητα	-7.58	78	.00	-4.88	-6.16	-3.59	1.69
Ταύτιση	-6.83	78	.00	-4.50	-5.81	-3.19	1.53
Αυτοσυμπόνια	-12.09	78	.00	-32.18	-37.47	-26.88	2.70
Προσωπική Επάρκεια	-6.38	78	.00	-6.60	-8.66	-4.54	1.43
Ανοχή	-7.62	78	.00	-6.25	-7.88	-4.62	1.70
Ασφάλεια	-6.84	78	.00	-3.35	-4.33	-2.37	1.53
Έλεγχος	-6.82	78	.00	-2.88	-3.71	-2.04	1.52
Πνευματικότητα	-2.07	78	.042	-1.15	-2.26	-.04	0.46
Ανθεκτικότητα	-8.57	78	.00	-20.08	-24.74	15.41	1.92
Άγχος	5.90	78	.00	5.93	3.93	7.92	1.32
Κατάθλιψη	8.43	78	.00	6.50	4.97	8.03	1.89

Από την εφαρμογή του t-test ανεξάρτητων δειγμάτων βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά των μέσων όρων όλων των υπομεταβλητών της αυτοσυμπόνιας μεταξύ των δύο υποομάδων του κλινικού δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το αποτέλεσμα του t- test έδειξε πως για την καλοσύνη προς τον εαυτό (self-kindness) και το αντίθετο στοιχείο της, την επικριτικότητα απέναντι στον εαυτό (self- judgment), υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με $[t(78) = -11.74 p < .01, d = 2.62]$ και $[t(78) = -8.98 p < .01, d = 2.01]$ αντίστοιχα με τεράστια μεγέθη επίδρασης. Το αποτέλεσμα επαληθεύεται και από την απόκλιση των μέσων όρων τους, όπου παρατηρείται μεγαλύτερος μέσος όρος στα άτομα που πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες, ($M.O = 18.65 > 10.00$) για την καλοσύνη προς τον εαυτό και ($M.O = 17, 53 > 10.88$) για την αυτό-επικριτικότητα σε σύγκριση με τα άτομα που είναι σε ενεργή χρήση αλκοόλ ή ουσιών και επομένως παρουσιάζουν κάποια εξάρτηση. Ως προς την κοινή ανθρώπινη εμπειρία (Common humanity) $[t(78) = -4.98 p < .01, d = 1.11]$ και την ενσυνειδητότητα (mindfulness) $[t(78) = -7.58 p < .01, d = 1.69]$ και τα αντίθετα στοιχεία τους, την απομόνωση (isolation) $[t(78) = -6.39 p < .01, d = 1.43]$ και την υπέρ- ταύτιση (over-identification), $[t(78) = -6.83 p < .01, d = 1.53]$ και πάλι τα άτομα που απέχουν από την ουσία εξάρτησης τους φαίνεται να υπερτερούν σε σύγκριση με τα εξαρτώμενα από το αλκοόλ ή τις ουσίες άτομα με στατιστικώς σημαντικές διαφορές και πολύ μεγάλα μεγέθη επίδρασης. Επίσης, η εφαρμογή του κριτηρίου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έδειξε πως και οι διαφορές των μέσων όρων της αυτοσυμπόνιας (self-compassion) στο σύνολό της ήταν στατιστικώς σημαντικές $[t(78) = -12.09 p < .01, d = 2.70]$ και μάλιστα με τεράστιο μέγεθος επίδρασης. Τα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας ($M.O = 60.83 < 93.00$) από τα άτομα που διατηρούν αποχή από την ουσία εξάρτησης τους.

Για τις υπομεταβλητές της ψυχικής ανθεκτικότητας, το αποτέλεσμα από την εφαρμογή του κριτηρίου t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έδειξε πως τα τέσσερα από τα πέντε συνθετικά στοιχεία της, δηλαδή η προσωπική επάρκεια (personal competence) [$t(78) = -6.38 p < .01, d = 1.43$], η ανεκτικότητα (tolerance) [$t(78) = 7.62 p < .01, d = 1.70$], η ασφάλεια (security) [$t(78) = -6.82 p < .01, d = 1.52$] και ο έλεγχος (control) [$t(78) = -2.07 p < .01, d = 0.46$] εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους τους ανάμεσα στους νυν και πρώην εξαρτημένους από το αλκοόλ ή τις ουσίες με πολύ μεγάλα μεγέθη επίδρασης, πλην του ελέγχου (control) που έχει μικρό προς μέτριο μέγεθος επίδρασης ($d = 0.46$). Και στις τέσσερις υπομεταβλητές τα άτομα που πλέον είναι σε πλήρη αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες υπερτερούν από τους εξαρτημένους. Αντίθετα, η πνευματικότητα (spirituality) δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντικές διαφορές των μέσων όρων των δύο υποομάδων του κλινικού δείγματος. Η ψυχική ανθεκτικότητα στο σύνολό της φαίνεται να διαφοροποιείται ανάμεσα στα άτομα που είναι σε ενεργή χρήση και εκείνα που είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες με στατιστικά σημαντικές διαφορές [$t(78) = -8.57 p < .01, d = 1.92$] και πολύ μεγάλο προς τεράστιο μέγεθος επίδρασης. Η απόκλιση των μέσων όρων αποδεικνύει το αποτέλεσμα αυτό δείχνοντας πως τα άτομα που πλέον είναι σε αποχή έχουν μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα ($M.O = 76.98 > 56.90$).

Τέλος, ο έλεγχος των μέσων όρων του άγχους και της κατάθλιψης έδειξε επίσης στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο υποομάδες του κλινικού δείγματος με [$t(78) = 5.90 p < .01, d = 1.32$] και [$t(78) = 8.43 p < .01, d = 1.89$] αντίστοιχα με πολύ μεγάλα μεγέθη επίδρασης. Παρατηρούνται, λοιπόν, μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες στην παρούσα φάση, όπως φαίνεται και από τη διαφορά

των μέσων όρων με ($M.O = 11.03 > 9.73$) για το άγχος και ($M.O = 5.10 > 3.23$) για την κατάθλιψη.

Πίνακας 5

Έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της αυτοσυμπόνιας, της ψυχικής ανθεκτικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης ανάμεσα στα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τον γενικό πληθυσμό.

Μεταβλητές	t	Df	Sig (- 2 tailed)	Διαφο ρά M.O	Διαστήματα εμπιστοσύνης		Μέγεθος επίδρασης Hedges' g
					lower	upper	
Αυτοσυμπόνια	9.16	118	.000	23.75	18.62	28.88	1.88
Ανθεκτικότητα	7.59	118	.000	16.01	11.84	20.19	1.52
Άγχος	-5.51	118	.000	-4.40	-5.98	-2.82	0.99
Κατάθλιψη	-6.78	118	.000	-4.68	-6.04	-3.31	1.26

Πίνακας 6

Έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της αυτοσυμπόνιας, της ψυχικής ανθεκτικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης ανάμεσα στα άτομα που είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες και στον γενικό πληθυσμό που δεν παρουσιάζει κάποια εξάρτηση

Μεταβλητές	t	Df	Sig (-2 tailed)	Διαφορά M.O	Διαστήματα εμπιστοσύνης		Μέγεθος επίδρασης Hedges' g
					lower	upper	
Αυτοσυμπόνια	-3.05	118	.003	-8.43	-13.90	-2.95	0.60
Ανθεκτικότητα	-1.81	118	.073	-4.06	-8.51	0.38	0.35
Άγχος	2.28	118	.024	1.53	0.20	2.85	0.44
Κατάθλιψη	3.10	118	.002	1.83	0.66	2.99	0.62

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, παρατηρείται πως από την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου *t*-test για ανεξάρτητα δείγματα βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές των μέσων όρων για όλες τις υπό μελέτη μεταβλητές ανάμεσα στην ομάδα των εξαρτημένων από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τον γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, για τις μεταβλητές της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας στο σύνολό τους, τα αποτελέσματα [$t(118) = 9.16$ $p < .01$, $d = 1.88$] και [$t(118) = 7.59$ $p < .01$, $d = 1.52$] επιβεβαιώνουν την ερευνητική υπόθεση και δείχνουν πως οι εξαρτημένοι φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ψυχικής ανθεκτικότητας από τον γενικό πληθυσμό σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό και με πολύ μεγάλο προς τεράστιο μέγεθος επίδρασης. Αντίστοιχα, και τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των μέσων όρων του άγχους και της κατάθλιψης [$t(118) = -5.51$ $p < .01$, $d = 0.99$] και [$t(118) = -6.78$ $p < .01$, $d = 1.26$] δείχνουν πως τα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες έχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές από τον γενικό πληθυσμό που δεν έχει προβλήματα εξάρτησης παρουσιάζοντας υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Ως προς το μέγεθος επίδρασης είναι μεγάλο για τις διαφορές του άγχους και πολύ μεγάλο για τις διαφορές της κατάθλιψης. Προς επαλήθευση των αποτελεσμάτων, αναφέρεται πως υπάρχει μεγάλη απόκλιση των μέσων όρων, ($M.O = 60.83 < 84.58$) για την αυτοσυμπόνια, ($M.O = 56.90 < 72.91$) για την ψυχική ανθεκτικότητα, ($M.O = 11.03 > 6.63$) για το άγχος και ($M.O = 9.73 > 5.05$) για την κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, παρατηρείται πως από την εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου *t*-test για ανεξάρτητα δείγματα βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές των μέσων όρων για τη μεταβλητή της αυτοσυμπόνιας και την κατάθλιψη ανάμεσα στα άτομα, που παρουσίαζαν εξάρτηση και πλέον είναι σε αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες και τον γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των μέσων όρων της αυτοσυμπόνιας [$t(118) = -$

3.05 $p = .003$, $d = 0.60$] και της κατάθλιψης [$t(118) = 3.10$ $p = .002$, $d = 0.62$] δείχνουν πως τα άτομα που διατηρούν αποχή από το αλκοόλ ή τις ουσίες έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τον γενικό πληθυσμό σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό και με μέτριο μέγεθος επίδρασης. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από την απόκλιση των μέσων όρων παρατηρώντας πως τα άτομα που είναι σε αποχή από την ουσία εξάρτησής τους έχουν υψηλότερο μέσο όρο αυτοσυμπόνιας ($M.O = 93.00 > 84.58$) και χαμηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης ($M.O = 3.23 < 5.05$) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, οι αναλύσεις των διαφορών των μέσων όρων της ψυχικής ανθεκτικότητας και του άγχους έδειξαν μη στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα με [$t(118) = -1.81$ $p = .073$, $d = 0.35$] για την ψυχική ανθεκτικότητα και [$t(118) = 2.28$ $p = .024$, $d = 0.44$] για το άγχος απορρίπτοντας την ερευνητική υπόθεση της ύπαρξης διαφορών ανάμεσα στους πρώην εξαρτημένους και τον γενικό πληθυσμό.

6.3. Συσχετίσεις μεταβλητών

Στη συνέχεια των αναλύσεων πραγματοποιήθηκε έλεγχος των συσχετίσεων των υπό διερεύνηση μεταβλητών. Στον πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιώντας τον δείκτη συνάφειας Pearson's r .

Όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα του πίνακα, οι ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν υπό έλεγχο επιβεβαιώθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, η αυτό-συμπόνια σχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα ($r(80) = .774$, $p < .01$) και αρνητικά με το άγχος ($r(80) = -.596$, $p < .01$) και την κατάθλιψη ($r(80) = -.698$, $p < .01$). Η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται αρνητικά με το άγχος ($r(80) = -.515$, $p < .01$) και την κατάθλιψη ($r(80) = -.592$, $p < .01$). Τέλος, κατάθλιψη βρέθηκε να

σχετίζεται θετικά με το άγχος ($r(80) = .556, p < .01$) και αρνητικά με την αυτό-συμπόνια ($r(80) = -.698, p < .01$) και την ψυχική ανθεκτικότητα ($r(80) = -.592, p < .01$).

Πίνακας 7

Συσχέτιση μεταβλητών για το κλινικό δείγμα. Συντελεστής συσχέτισης: *Pearson r*

Μεταβλητές	1.	2.	3.	4.
1.Αυτοσυμπόνια	-	.774**	-.596**	-.698**
2.Πνευματικότητα		-	-.515**	-.592**
3.Άγχος			-	.556**
4.Κατάθλιψη				-

Σημείωση. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Συζήτηση

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των δύο εννοιών της θετικής ψυχολογίας, της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογία του άγχους και της κατάθλιψης στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων. Ανάγκη που προέκυψε από το ερευνητικό κενό της μελέτης των δύο εννοιών στο πεδίο των εξαρτήσεων στα ελληνικά δεδομένα με μοναδική έρευνα του Δημητρίου (2018) για την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων που παρακολούθησαν τα προγράμματα βουπρενορφίνης του OKANA. Από την άλλη, η βιβλιογραφική ανασκόπηση και των δύο εννοιών επισφραγίζει τα μακροπρόθεσμα οφέλη της διερεύνησης τους στη διαδικασία της απεξάρτησης (Gilbert, 2014. Harris και συν., 2011. Held και συν., 2018)

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση αναφορικά με την ύπαρξη διαφορών των υπό μελέτη εννοιών ανάμεσα στους ενεργούς χρήστες αλκοόλ ή ουσιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και σε αυτούς που είναι σε αποχή μεγάλο χρονικό διάστημα επιβεβαιώθηκε από τις στατιστικές αναλύσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που καλύπτουν τα κλινικά κριτήρια της διαταραχής χρήσης ουσιών (APA, 2013), φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, από εκείνους που κατάφεραν να διατηρήσουν την αποχή από τις ουσία εξάρτησής τους, όπως επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση (Brooks και συν., 2012. Rendon, 2006, 2007). Μάλιστα, η διαφοροποίηση των δύο υποομάδων του κλινικού μας δείγματος, ήταν στατιστικώς σημαντική και για τους τρία συστατικά στοιχεία της αυτοσυμπόνιας, αποδεικνύοντας πως τα εξαρτώμενα από ουσίες άτομα έχουν περισσότερο επικριτική φωνή προς τον ίδιο τους τον εαυτό (Fellows, 1992), αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένοι σκεπτόμενοι τις ανεπάρκειες τους που ενδεχομένως οφείλονται στη χρήση (Farris & Fenaughty, 2002) και

τείνουν να απορρίπτουν ή να αποφεύγουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα που έχουν αρνητική χροιά (Hayes και συν. 1996). Συνεπώς, διαιωνίζουν το πρόβλημα της χρήσης, αφού ακόμα και οι προσπάθειες να διατηρήσουν αποχή σαμποτάρονται από την έλλειψη αληθινής επαφής με τα συναισθήματά τους και τους λόγους ανάπτυξής τους (Hull, 1981) και οι πιθανότητες υποτροπής είναι αυξημένες (Kushner, Sher & Beitman, 1990).

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για την ψυχική ανθεκτικότητα καθώς, όπως φάνηκε από τους μέσους όρους, οι ενεργοί χρήστες αλκοόλ ή ουσιών φαίνεται να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητα συγκριτικά με εκείνους που είναι σε διαδικασία απεξάρτησης. Οι αντίστοιχες συγκριτικές μελέτες της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης ανάμεσα σε φυλακόβιες χρήστριες και μη επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα αυτά (Cuomo και συν., 2008. Sutherland και συν., 2009). Επίσης, όπως και η μελέτη των Dufour & Nadeau (2001) έδειξε, οι ενεργοί χρήστες ακόμα και στη φάση που ξεκινούν θεραπεία κάνοντας το πρώτο βήμα προς την απεξάρτηση, δεν έχουν το αίσθημα του ελέγχου της ζωής τους κάτι που αποτελεί ένα από τα συνθετικά στοιχεία της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ως εκ τούτου, οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε ανθεκτικούς και εθισμένους, κάτι που διαφάνηκε και στην παρούσα έρευνα. Ωστόσο, ο παράγοντας της πνευματικότητας παρουσίασε απόκλιση από τις διαφορές των δύο ομάδων, αποτέλεσμα που φάνηκε να είναι αντιφατικό με την έρευνα των Goldstein και συν. (2012) οι οποίοι ανέδειξαν τη σημασία της στους μη χρήστες, ως υποπαράγοντας της εσωτερικής ανθεκτικότητας τους και επομένως ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της εξάρτησης.

Όπως εμπεριστατωμένα δείχνουν όλες οι σχετικές έρευνες, τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών αντιμετωπίζουν αυξημένη αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία (Brady και συν., 2013. Conway και συν., 2006. Magidson και συν., 2012. Torrens και συν., 2011. Wolitzky-

Taylor και συν., 2011). Ομοίως, και στην παρούσα έρευνα φάνηκε πως οι ενεργοί χρήστες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συγκριτικά με τα άτομα που είναι σε αποχή, αφού η κατάχρηση ουσιών φαίνεται να διαιωνίζει τον φαύλο κύκλο με τα ψυχικά τους προβλήματα (Καφετζόπουλος, 2018). Άλλωστε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων, τα άτομα που έχουν ροπή προς την εξάρτηση έχουν στοιχεία νευρωτισμού (Terracciano και συν., 2008), τα οποία μπορεί να οφείλονται σε εσωτερικές συγκρούσεις ως απόρροια τραυμάτων της παιδικής ηλικίας (Wumser, 1985). Αυτό σε συνδυασμό με τα προαναφερόμενα στοιχεία αυτοεπίκρισης, αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης ή έλλειψης επίγνωσης των συναισθημάτων τους, εύλογα συνάδουν με συμπτώματα κοινωνικού άγχους ή φόβου επίκρισης από τους άλλους (Kenneth και συν., 1988), σωματικής έντασης (Pullen, 1994) και κατάθλιψης (Farris & Fenaughty, 2002), τα οποία έχει φανεί να οδηγούν στη χρήση ουσιών και κυρίως αλκοόλ (σύμφωνα με τις έρευνες), αλλά και να εντείνονται από αυτήν.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορούσε τη σύγκριση του κλινικού δείγματος, όπως αυτό απαρτιζόταν από τις δύο υποομάδες, με τον γενικό πληθυσμό ως προς τις υπό μελέτη μεταβλητές. Αναφορικά με την υποομάδα των ενεργών χρηστών που παρουσιάζουν εξάρτηση είτε από αλκοόλ είτε από ουσίες, βρέθηκε πως η αυτοσυμπόνια στην ολότητα της είχε σημαντικές διαφορές με τον γενικό πληθυσμό. Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύει το πρόβλημα της εξάρτησης ως παράγοντας κινδύνου για την ύπαρξη μιας συμπονετικής σχέσης με τον εαυτό. (Moeller & Crocker, 2009) συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν αναπτύξει συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως είναι η χρήση ουσιών (Brooks και συν., 2012. Rendon, 2006, 2007). Αντίστοιχα, ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα στην ολότητα της, η διαφοροποίηση των δύο υποομάδων επιβεβαιώνει τόσο τις συγκριτικές μελέτες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Cuomo και συν., 2008. Sutherland και συν., 2009) όσο και τις μελέτες που έμμεσα ορίζουν την ανθεκτικότητα ως

ένα χαρακτηριστικό, του οποίου προϋπόθεση είναι η μη εμπλοκή με τις ουσίες (Fadardi και συν., 2010. Friedli, 2009. Goldstein και συν., 2012. Wingo και συν., 2014)

Αναφορικά με τη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης, και πάλι η ζυγαριά φάνηκε να γέρνει προς τα άτομα που παρουσιάζουν εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, κάτι που έχει διαφανεί από πληθώρα μελετών. Είτε τα συμπτώματα προϋπάρχουν ως ψυχολογικές συνιστώσες ώθησης προς τη χρήση ως κακή στρατηγική διαχείρισης τους (Hayes και συν, 1996), είτε είναι απόρροια της χρήσης (Pettinati και συν., 2010) είτε πάλι συντελεστές διαιώνισης της (Καφετζόπουλος, 2018), ωστόσο, φαίνεται πως είναι άρρηκτα συνυφασμένα με το πρόβλημα της εξάρτησης αφού αυτό είναι και η ειδοποιός διαφορά των δύο συγκριτικών υποομάδων.

Από την άλλη η σύγκριση της υποομάδας των ατόμων που είναι σε αποχή από τις ουσίες εξάρτησης ,δηλαδή σε διαδικασία απεξάρτησης, με τον γενικό πληθυσμό βρέθηκε να διαφοροποιείται ανά μεταβλητή. Πιο συγκεκριμένα, τα υπό απεξάρτηση άτομα φάνηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας αλλά και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα αυτά δεν συνάδουν με την έρευνα των Brooks και συν. (2012) καθώς η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε πως, μολονότι τα άτομα που πέρασαν τη μακρόχρονη θεραπεία απεξάρτησης εμφάνισαν μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και συνακόλουθη αύξηση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας, ωστόσο δεν ξεπέρασαν τον γενικό πληθυσμό όπως βρέθηκε στην παρούσα έρευνα. Συνεπώς, το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για περεταίρω διερεύνηση, δεδομένου πως το ως τώρα ερευνητικό ρεπερτόριο γύρω από την έννοια της αυτοσυμπόνιας σε πληθυσμό εξαρτημένων ή /και απεξαρτημένων είναι περιορισμένο.

Εν αντιθέσει, τα αποτελέσματα της σύγκρισης της ανθεκτικότητας και του άγχους δεν φάνηκε να έχουν σημαντικές διαφορές, κάτι που αποδεικνύει πως η αποστασιοποίηση από τις ουσίες φάνηκε να φέρνει τα άτομα πιο κοντά στον μέσο όρο. Οι Davis & Spillman (2011), διερευνώντας τους παράγοντες που ωθούν τα άτομα να σταματήσουν τη χρήση, εντόπισαν την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας τους η οποία φυσικά είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την αποστασιοποίηση.

Μία τρίτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας, η οποία και επιβεβαιώθηκε, αφορούσε την αρνητική συσχέτιση τόσο της αυτοσυμπόνιας, όσο και της ψυχικής ανθεκτικότητας με τη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης στο κλινικό δείγμα. Αναφορικά ,λοιπόν, με την αυτοσυμπόνια, όπως έχει ήδη αναφερθεί και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, λειτουργεί ως παράγοντας της ψυχικής υγείας και της γενικότερης ευημερίας (Neely και συν., 2009) υποδεικνύοντας την αντίστροφη σχέση με την ψυχοπαθολογία, όπως χαρακτηριστικά έδειξε και η έρευνα των Brooks και συν. (2012). Στην ίδια βάση κυμαίνεται και η ψυχική ανθεκτικότητα η οποία όπως έχει διαφανεί από πληθώρα ερευνών λειτουργεί προστατευτικά στην ψυχική υγεία και ως απόρροια αυτής της ανάπτυξης διαταραχής χρήσης ουσιών (Beutel και συν., 2017). Επίσης, οι έρευνες τόσο των Goldstein και συν. (2012) όσο και Wingo και συν. (2014) αποδεικνύουν την αμφίδρομη σχέση της με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τόσο στα άτομα που έχουν προβλήματα χρήσης όπου παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και αυτοκτονικότητας, όσο και σε εκείνα που είναι ανθεκτικά στη χρήση και επομένως φέρουν καλύτερη ψυχική υγεία.

Τέλος, η αυτοσυμπόνια βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα. Μολονότι οι έρευνες είναι περιορισμένες για τη συγκεκριμένη συσχέτιση στον πληθυσμό των εξαρτημένων, ωστόσο σε ένα γενικότερο επίπεδο αυτή η θετική συσχέτιση έχει αποδειχθεί από

τους Bluth και συν. (2018). Όπως είναι άλλωστε εύλογο, η ύπαρξη μιας συμπονετικής σχέσης από τον εαυτό για τον εαυτό μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ενίσχυσης του κινήτρου να ανταπεξέλθει σε αντιξοότητες, όπως η εξάρτηση ή οι συνέπειες αυτής. Αντίστροφα, χτίζοντας ψυχική ανθεκτικότητα μέσα από τη διαχείριση της εξάρτησης ή απεξάρτησης αυξάνεται η κατανόηση, η ενσυνειδητότητα και το αίσθημα της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας (ότι για παράδειγμα υπάρχουν και άλλοι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης). Ως εκ τούτου, η σχέση των δύο εννοιών αποτελεί ένα ντόμινο που είτε το ένα χτίζεται δίπλα στο άλλο, είτε το ένα παρασέρνει το άλλο στην καθοδική του πτώση.

Συμπερασματικά, μολονότι η παρούσα έρευνα παρουσιάζει αρκετούς περιορισμούς, οι οποίοι θα αναφερθούν παρακάτω, ωστόσο φαίνεται να επαληθεύει την πλειονότητα των ερευνητικών υποθέσεων, γεγονός που αποδεικνύει πως τόσο η αυτοσυμπόνια όσο και η ψυχική ανθεκτικότητα συνιστούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι της εξάρτησης από ουσίες και της ψυχοπαθολογίας που αυτή φέρει, και ως εκ τούτου, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ώστε να αναδειχθεί ο θετικός ρόλος τους στη απεξάρτηση.

7.2. Περιορισμοί

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς οι οποίοι κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν, προτού ο εκάστοτε αναγνώστης προβεί σε κάποιο συμπέρασμα.

Αρχικά, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας ενδεχομένως να μην μπορούσαν να γενικευτούν για τους παρακάτω λόγους. Αφενός γιατί συνιστά μια συγχρονική μελέτη η οποία, δηλαδή, εστιάζει στη διερεύνηση στοιχείων της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής, αφετέρου γιατί το δείγμα μας θα μπορούσε να θεωρηθεί μικρό ώστε να χαρακτηριστεί ως

αντιπροσωπευτικό. Ο λόγος δυσκολίας συλλογής μεγαλύτερου δείγματος οφείλεται στο ευρύτερο εκπαιδευτικό πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας, και ως εκ τούτου, στον χρονικό περιορισμό της. Επίσης, η αδυναμία τήρησης του πλαισίου από την πλευρά του υπό μελέτη πληθυσμού (με ιδιαίτερη μνεία στους ενεργούς χρήστες) αιτιολογεί το μέγεθος του δείγματος.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένοι περιορισμοί που θα μπορούσαν να ελλοχεύουν κινδύνους αναφορικά με την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Έτσι, ορισμένοι εξ αυτών εστιάζουν στον τρόπο προσέγγισης της ερευνητικής προσπάθειας από το κλινικό δείγμα. Δεδομένου των αλληπάλληλων ερευνών που γίνονται στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων, πολλά άτομα έδειξαν δυσαρέσκεια, θυμό, αγανάκτηση ή ανυπομονησία σχετικά με τη συμπλήρωση των χορηγούμενων ερωτηματολογίων. Από την άλλη, παρατηρήθηκαν και γνωστικές εκπτώσεις (είτε λόγω ψυχοπαθολογίας, είτε λόγω χρήσης), όπως η διατήρηση συγκέντρωσης και η κατανόηση των ερωτημάτων που, αν και φαινομενικά απλά, από πολλά άτομα θεωρήθηκαν περίπλοκα. Ως εκ τούτου, ο τρόπος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων συνιστά έναν πιθανό περιορισμό, αρκετά συχνό στον υπό μελέτη πληθυσμό. Επίσης, δεδομένου πως τα ερωτήματα είναι αυτοαναφορικά και άρα προϋποθέτουν την υποκειμενική προσέγγιση τους, ενδεχομένως να ελλοχεύει ο κίνδυνος ωραιοποίησης της εικόνας τους είτε λόγω υψηλών προσδοκιών είτε ανάγκης να επιδείξουν μια καλύτερη κλινική εικόνα. Η τελευταία με τη σειρά της αποτελεί άλλο έναν ενδεχόμενο περιορισμό λόγω της δυσκολίας διάκρισης της. Για παράδειγμα, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να επικαλύψει τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, ενώ η μη έγκαιρη διάγνωση κάποιας διαταραχής προσωπικότητας μπορεί επίσης να αλλοιώσει τα αποτελέσματα (όπως σε περιπτώσεις που έρχονται για πρώτη φορά στο εκάστοτε θεραπευτικό πλαίσιο). Εξίσου δύσκολη είναι και η

διάκριση των κλινικών κριτηρίων αναφορικά με τη χρήση δεδομένου του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, οι αναφορές των θεραπευόμενων για διατήρηση αποχής, ενώ μπορεί να γίνεται περιστασιακή χρήση, είναι πάντα ένα ενδεχόμενο σενάριο ή από την άλλη, η αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης ως εξάρτησης από τους ίδιους (π.χ. περίπτωση binge – drinking).

Ένας τελευταίος περιορισμός που θα πρέπει να αναφερθεί, καθώς θα μπορούσε να επηρεάσει την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, είναι ο ευκαιριακός τρόπος συλλογής του δείγματος. Τόσο το κλινικό δείγμα όσο και ο γενικευμένος πληθυσμός συλλέχθηκε χωρίς δημογραφικούς περιορισμούς, γεγονός που θα μπορούσε να προκαλέσει αλλοίωση των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, κάτι που δεν μπορεί να φανεί με ακρίβεια είναι αν και κατά πόσο η εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις ουσίες αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου της άμβλυνης των υπό μελέτη μεταβλητών, της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς εν προκειμένω δεν αποτελεί τη μοναδική ειδοποιό διαφορά ανάμεσα στις υπό μελέτη ομάδες. Δεδομένου του ήδη αναφερόμενου χρονικού περιορισμού λόγω του εκπαιδευτικού πλαισίου της έρευνας, η ακόμα εκτενέστερη διάκριση του δείγματος βάσει συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών (π.χ. εργαζόμενοι, έγγαμοι χρήστες και μη) θα καθιστούσε ακόμα πιο δυσεύρετο το ερευνητικό δείγμα. Συνεπώς, θα μπορούσε εναλλακτικά να γίνει μια περεταίρω στατιστική ανάλυση ως προς τη διαμεσολάβηση άλλων μεσαζόντων παραγόντων, η απόκλιση των οποίων θα οδηγούσε με μεγαλύτερη ακρίβεια στην εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας.

7.3. Προτάσεις για εφαρμογές στον τομέα της συμβουλευτικής

Δεδομένου των περιορισμένων ερευνητικών προσπαθειών ως προς τις έννοιες της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας στο πεδίο των εξαρτήσεων (Δημητρίου, 2018), κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω μελέτη τους.

Εν συνεχεία, λοιπόν, και βασιζόμενοι στους προαναφερόμενους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών ως μεσαζόντων παραγόντων με ιδιαίτερη μνεία στις κοινωνικές επιπτώσεις της διαταραχής χρήσης ουσιών, όπως είναι η ανεργία ή το διαζύγιο, με σκοπό να γίνει πιο ξεκάθαρη η ύπαρξη συσχέτισης της προβληματικής χρήσης ουσιών ή της εξάρτησης από αυτές με τις έννοιες της αυτοσυμπόνιας και της ψυχικής ανθεκτικότητας. Επίσης, προτείνονται περαιτέρω συγκριτικές μελέτες ανάμεσα στους χρήστες και τους μη χρήστες, όπως και στον κλινικό πληθυσμό με τον γενικό πληθυσμό με μετρήσεις στα διαφορετικά θεραπευτικά στάδια της απεξάρτησης, όπως του Newcombe (2015), ώστε να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο επαληθεύονται τα αποτελέσματα βελτίωσης της αυτοσυμπόνιας και της ανθεκτικότητας και μείωσης της ψυχοπαθολογίας. Παράλληλα, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης αν τα άτομα που καταφέρνουν να απεξαρτηθούν τείνουν να είναι πιο συμπονετικοί προς τον εαυτό τους και να εμφανίζουν πιο ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα από τον γενικό πληθυσμό, όπως φάνηκε στην παρούσα έρευνα.

Σε ένα δεύτερο και πιο πρακτικό επίπεδο, θα είχε ενδιαφέρον να εφαρμοστούν δομημένα και εμπειρικά τεκμηριωμένα προγράμματα παρέμβασης ενίσχυσης της αυτοσυμπόνιας (Gilbert, 2014. Held και συν., 2018) και της ψυχικής ανθεκτικότητας (Harris και συν., 2011) που όπως έχει φανεί μπορούν να ενισχύσουν ψυχικά τα άτομα με διαταραχής χρήσης ουσιών και να αποτελέσουν θεραπευτικά εργαλεία στο αγώνα της απεξάρτησης τους και ακόμα περισσότερο

της διατήρησής της, διαχειριζόμενοι την παρορμητική τάση τους ή τη σφοδρή επιθυμία για χρήση (craving) (Basharoor και συν., 2014).

Τέλος, οι επόμενες ερευνητικές προσπάθειες θα μπορούσαν να ακολουθήσουν τη γενικότερη κατεύθυνση της θετικής ψυχολογίας, δηλαδή, την απαγκίστρωση από την ψυχοπαθολογία και τι καθιστά την εξάρτηση ως παράγοντα κινδύνου και την εστίαση στα φωτεινά σημεία της προσπάθειας των ατόμων να απεξαρτηθούν, δηλαδή, την ανθεκτικότητα και την αυτοσυμπόνια που επιδεικνύουν στην πορεία της απεξάρτησης τους (Rudzinski και συν., 2017).

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δημητρίου, Γ. (2018). *Η ψυχική ανθεκτικότητα των θεραπευόμενων στα προγράμματα βουπρενορφίνης του OKANA και η σχέση της με τα στάδια θεραπείας*, Διπλωματική εργασία, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών- Τμήμα Ιατρικής
- Καφετζόπουλος, Ε. (2018). Παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση: κληρονομικότητα και περιβάλλον, στο Θ. Παπαρηγόπουλος & Χ. Δάλλα, *Οι Εξαρτήσεις: Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση (41-61)*. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης/ Ιατρική & Κοινωνία Κέντρο Απεξάρτησης Από Ναρκωτικά Και Αλκοόλ, (2020), Στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα, Ανακτήθηκε τον 1^ο 2020 από το <http://www.alkool.gr/to-blog/96-statistika-stixia-gia-tinellada>
- Λακιώτη Α., (2011). Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, στο Α. Σταλίκας & Π. Μυτσκίδου, *Εισαγωγή στη θετική ψυχολογία (117-140)*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΟΠΟΣ
- Παπαρηγόπουλος, Θ. (2018) Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα της εξάρτησης στο Θ. Παπαρηγόπουλος & Χ. Δάλλα, *Οι Εξαρτήσεις: Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση (31-40)*. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης/ Ιατρική & Κοινωνία
- Ρούσσοι, Π., Τσαούσης, Γ. (2011). Η κανονική κατανομή, στο Π. Ρούσσοι & Γ. Τσαούσης, *Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS (127-154)*. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΟΠΟΣ
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). Αιτιολογικές προσεγγίσεις στην τοξικοεξάρτηση, στο Χ. Πουλόπουλος *Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες (29-92)*. Ελληνικά Γράμματα

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

- Arce, E. Simmons, A. N. Stein, M. B. Winkielman, P. Hitchcock, C. & Paulus, M. P. (2009). Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of affective disorders*, 114(1), 286-293.
- Arteaga, I., Chen, C-C., & Reynolds, A.J. (2010). Childhood Predictors of Adult Substance use. *Children and Youth Service Review*, 32, 1108-1120.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 853–873.
- Bandura, A. (1986). Fearful Expectations and Avoidant Actions as Coeffects of Perceived Self-inefficacy. *American Psychologist*, 41, 1389-1391.
- Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). *The Role of Self-compassion, Cognitive Self-control, and Illness Perception in Predicting Craving in People With Substance Dependency*. 2(3), 10.
- Beutel, M. E., Tibubos, A., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R. D., & Brahler, E. (2017). Childhood adversities and distress -the role of resilience in a representative sample. *PLoS One*, 12(3), 1-14.
- Blittner, M, Goldberg, J, Meraum, M. (1978). Cognitive self -control factors in the reduction of smoking behavior. *Behavior Therapy*, 9(4), 553-561.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>

- Bluth, K., Mullarkey, M., & Lathren, C. (2018). Self-Compassion: A Potential Path to Adolescent Resilience and Positive Exploration. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 3037–3047. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1125-1>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14(3), 135-138.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
- Bonanno, C., & Levenson, R. (2014). School Shooters: History, Current Theoretical and Empirical Findings and Strategies for Prevention. *SAGE Journals*, 4(1)
- Brady, K. T., Haynes, L. F., Hartwell, K. J., & Killeen, T. K. (2013). Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. *Social work in public health*, 28(3-4), 407-423.
- Breines, J.G & Chen, S. (2012). Self-compassion increases selfimprovement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1133–1143.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3, 308-317.
- Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala.
- Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, και συν.. (2005) Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry*;162(6):1179–1187.

- Buckner, J. C. Mezzacappa, E. & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 15(01), 139-162.
- Burdzovic Andreas, J., Pape, H., & Bretteville-Jensen, A. L. (2016). Who are the adolescents saying “No” to cannabis offers. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 64–70.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.025>
- Campbell-Sills, L. Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195–216.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 247-257.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, Impulsivity, Personality Traits, and Childhood Trauma of Prisoners with Substance Abuse and

Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339–345.

<https://doi.org/10.1080/00952990802010884>

Davis, S. J., & Spillman, S. (2011). Reasons for Drug Abstinence: A Study of Drug Use and Resilience.

Journal of Psychoactive Drugs, 43(1), 14–19. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.566492>

De Alwis, D., Lynskey, M. T., Reiersen, A. M., & Agrawal, A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addictive behaviors*, 39(8), 1278-1285.

Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.

Dimitriadou, D., & Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). In A. Stalikas, S. Triliva, & P. Roussi (Eds.), *Psychometric Instruments in Greece* (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.

Doweiko, H. (2011). *Concepts of chemical dependency*. New York, NY: Cengage Learning

Dufour MH, Nadeau L. (2001). Sexual abuse: a comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence Victims*, 16, 655–72.

Ebersöhn, L., & Eloff, I. (2006). *Life skills & assets*. Pretoria: Van Schaik.

Eisen, S. V., Schultz, M. R., Glickman, M. E., Vogt, D., Martin, J. A., Osei-Bonsu, P. E., Drainoni, M.-L., & Elwy, A. R. (2014). Postdeployment Resilience as a Predictor of Mental Health in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Returnees. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(6), 754–761. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.049>

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.

Eurostat, (2017), Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ουσιών και Τοξικομανίας, Ανακτήθηκε τον 1^ο 2020 από το

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiY8aCT5I3nAhUBxMQBHaL1DXoQFjABegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fsystem%2Ffiles%2Fpublications%2F4526%2FTD0416907ELN.pdf&usg=AOvVaw1P_hbbQh3Q9d2dZ4LQpzLR

Fadardi, J. S. Azad, H. & Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960.

Farris, C. A., & Fenaughty, A. M. (2002). Social Isolation and Domestic Violence Among Female Drug Users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2), 339–351.

<https://doi.org/10.1081/ADA-120002977>

Fellows-Smith, J. (1992). Sliding limits to safe levels of drinking., *Alcohol & Alcoholism*, 27(1), 81-88.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18,12-23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124

Flórez-Salamanca, L., Secades-Villa, R., Budney, A. J., García-Rodríguez, O., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Probability and predictors of cannabis use disorders relapse: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and alcohol dependence*, 132(1-2), 127-133.

Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it is good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330–335. JSTOR.

Friedli L (2009) *mental health, resilience, and inequalities– a report for WHO Europe and the Mental Health Foundation*. London/Copenhagen: Mental Health. Foundation and WHO Europe.

Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.

- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London, England: Routledge.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P. & Proctor, S. (2006). Compassionate Mind Training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Gilbert, S. E. (2014). *Using Mindful Self-Compassion to Improve Self-Criticism, Self-Soothing, Cravings, and Relapse in Substance Abusers in an Intensive Outpatient Program*. 82.
- Gilliard-Matthews, S., Stevens, R., & Medina, M. (2016). 'If drugs do that to you, then I don't want it.' Resiliency among non-marijuana using adolescents. *Journal of Youth Studies*, 19(9), 1237–1258. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1154934>
- Giovazolias, T., & Themeli, O. (2014). Social Learning Conceptualization for Substance Abuse: Implications for Therapeutic Interventions. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(1), 69-88.
- Glennie, E. J. (2010). Coping and resilience. In *Noncognitive skills in the classroom: New perspectives on education research* (pp. 169-193).
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience, and mental health. *Stress and Health*, 32, 145-156.

- Goldstein, A. L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.007>
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: Results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 38(3), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.09.002>
- Graham, K. & Massak, A. (2007). *Alcohol consumption and the use of antidepressant*. City, PR: Canadian Medical Association.
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *Plos One*, 8(7), 1-6.
- Harris, K. S., Smock, S. A., & Tabor Wilkes, M. (2011). Relapse Resilience: A Process Model of Addiction and Recovery. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 265–274. <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.602622>
- Harstad E, Levy S, (2014), Abuse C on S. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. *Pediatrics*.134(1) 293-301.
- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., ... & Pato, M. T. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*, 71(3), 248-254.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.

- Held, P., Owens, G. P., Thomas, E. A., White, B. A., & Anderson, S. E. (2018). A pilot study of brief self-compassion training with individuals in substance use disorder treatment. *Traumatology*, 24(3), 219–227. <https://doi.org/10.1037/trm0000146>
- Hides, L., Samet, S., & Lubman, D. I. (2010). Cognitive behavior therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508–517.
- Hornig CD, McNally RJ. (1995) Panic disorder and suicide attempt. A reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry*.167(1):76–79.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- Hull, J.G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(6), 586-600.
- Inaba, D. S., Cohen, W. E., & Holstein, M. E. (1997). *Uppers, downers, all arounders: Physical and mental effects of psychoactive drugs*. Ashland, OR: CNS Publications, Inc.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). *The role of vulnerability in understanding psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Ireland, S. J., McMahon, R. C., Malow, R. M., & Kouzekanani, K. (1994). *Coping style as a predictor of relapse to cocaine abuse*. In L. S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence*. 1993: *Proceedings of the 55th Annual Scientific Meeting (National Institute of Drug Abuse Monograph Series No. 141, p.158)*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Johnson, J. L., & Bloom, A. M. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences, 18*(1), 127–133. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00109-6](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00109-6)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 144-156. doi 10.1093/clipsy.bpg016
- Kaplan H. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In: Glantz M, Johnson J, editors. *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum; p. 17–84.
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social work in public health, 28*(3-4), 388-406.
- Leonard, K. E., & Blane, H. T. (1988). Alcohol expectancies and personality characteristics in young men. *Addictive Behaviors, 13*(4), 353–357. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(88\)90041-X](https://doi.org/10.1016/0306-4603(88)90041-X)
- Kessler, R. C., McGonagh, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.
- Keyes, C. L. M., Dhinga, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Mental Health Promotion and Protection, 100*(12), 2366-2371.
- Krystal, H. (1978). Trauma and Affects. *The Psychoanalytic Study of the Child, 33*(1), 81–116. <https://doi.org/10.1080/00797308.1978.11822973>
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Erickson, D. J. (1999). Prospective Analysis of the Relation Between DSM-III Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders. *Am J Psychiatry, 10*.

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, B. A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lubman, D. I., King, J. A., & Castle, D. J. (2010). Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *International review of psychiatry*, 22(2), 191-201.
- Luthar, S.- S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Magidson, J. F., Liu, S. M., Lejuez, C. W., & Blanco, C. (2012). Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 659-666.
- Maholmes, V. (2014). *Fostering Resilience and Well-being in Children and Families in Poverty: Why Hope Still Matters*. New York: Oxford University Press.
- Mancini, A.D. & Bonanno, G.A. (2010). Resilience to Potential Trauma: Toward a Lifespan Approach. In J.W. Reich, A.J. Zautra & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of Adult Resilience*. New York, London: The Guilford Press.
- Manne, S., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., ... Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375-382.
- Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2013). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6, (123-132).

- Maria Pelayo-Teran, J., Suarez-Pinilla, P., Chadi, N., & Crespo-Facorro, B. (2012). Gene-environment interactions underlying the effect of cannabis in first episode psychosis. *Current pharmaceutical design*, 18(32), 5024-5035.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(02), 493-506.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1), 9.
- Masten, W., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan. *Handbook of adult resilience*, 213-237.
- Mayordomo, T., Viguier, P., Sales, A., Santores, E., & Melendez, J. C. (2016). Resilience and coping as predictors of well-being in adults. *The Journal of Psychology*, 1940-1019.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7(1), 4.
- Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). Drinking and desired self-images: path of self-image goals, coping motives, heavy episodic drinking, and alcohol problem. *Psychology of Addictive Behaviour*, 23(2), 334-340.
- Morgenroth, T., Ryan, M.K. & Peters, K. (2015). The Motivational Theory of Role Modelling: How Role Models Influence Role Aspirants' Goals. *Review of General Psychology*.
- National Institute on Drug Use (NIDA). (2010). Comorbidity: Addiction and Mental Illness.

- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. –J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97. doi: 10.1007/s11031 008-9119-8
- Neff, K. D., (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52(4), 211-214. doi: 10.1159/00021507
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751- 9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self & Identity*, 4, 263–87.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self & Identity*, 9, 225–240.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50.
- Newcombe, S. R. (2015). *Shame and self- compassion in members of Alcoholics Anonymous*. 144.

- Olsson, C. A. Bond, L. Burns, J. M. Vella-Brodrick, D. A. & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26(1), 1-11.
- Paniagua, S.M, Phelps, C. L, Rosen, K. D., Potter, J. S. (2017). Self-compassion and substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, e159.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 41(4), 363-373.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychological Record*, 59(4), 521–530.
- Pettinati, H. M., Oslin, D. W., Kampman, K. M., Dundon, W. D., Xie, H., Gallis, T. L. O'Brien, C. P. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 5(1), 668–675.
- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., & Dundon, W. D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 23-30.
- Potter-Efron, R. (2002). Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice. New York: The Haworth Press.
- Pullen, L. M. (1994). The relationships among alcohol abuse in college students and selected psychological/demographic variables. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 40, 36-50
- Raes, F. (2010). Ruminating and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality & Individual Differences*, 48, 757–761.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Rendon, K. P. (2006). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms* (Doctoral dissertation).
- Rendon, K.P. (2007). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion and psychological symptoms*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, TX, USA.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Roddenberry, A. (2007). *Locus of Control and Self-efficacy: Potential mediators of Stress, Illness, and utilization of Health Services in College Students*. PhD dissertation. University of Central Florida
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rohner, R.P. (2016). Introduction to Interpersonal Acceptance-Rejection Theory (IPAR Theory) and Evidence. *Psychology and Culture*, 6 (1).
- Ross, S., & Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clinical neuropharmacology*, 35(5), 235-243.
- Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R., & Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience.

Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 12(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2>

Rutter, M. (1996). Transitions and Turning Points in Developmental Psychopathology: As applied to the Age Span between Childhood and Midadulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 603-626.

Schouwenburg, H. C., & Lay, C. H. (1995). Trait procrastination and the Big-five factors of personality. *Personality and Individual Differences*, 18(4), 481–490. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00176-S](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00176-S)

Schwitzgebel, E. (2016). Phenomenal Consciousness Defined and Defended as Innocently as I can Manage. *Journal of Consciousness Studies*, 23(11-12), 224-235.

Shapira, B. L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 377–389.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>

Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

Sutherland JA, Cook L, Stetina P, Hernandez C. (2009). Women in substance abuse recovery: measures of resilience and self-differentiation. *West J Nurs Res*; 31:905–22.

Southwick, S., & Charney, D. (2012). *Resilience*. New York: Cambridge University Press.

- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Sullivan, M. A., & Rudnik-Levin, F. (2001). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: diagnostic and therapeutic considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 251-270.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvendu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-22>
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self & Identity*, 12, 278–290.
- Torrens, M., Gilchrist, G., & Domingo-Salvany, A. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 147-156.
- Trompetter, H. R., de Klein, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 459-468.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2014). *Healthy people 2010*.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2010). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.

- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R. F. Baumeister, & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 1–12). New York: Guilford.
- Waller, M. A., Okamoto, S. K., Miles, B. W., & Hurdle, D. E. (2003). Resiliency factors related to substance use/resistance: Perceptions of Native adolescents of the Southwest. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 30(4) 79-94.
- Watson, D. C. (2001). Procrastination and the five-factor model: A facet level analysis. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 149–158. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00019-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00019-2)
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*, 42(4), 1031-1046.
- Weiten, W. (2005). *Psychology themes and variations* (6th ed.). Las Vegas, NV: Wadsworth.
- Werner, E. E. (1971). *The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, E. E. (1989). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Wiklund, L. (2008) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426–2434.
- Wingo, A. P., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal of psychiatric research*, 51, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.007>

- Wolitzky-Taylor, K., Operskalski, J. T., Ries, R., Craske, M. G., & Roy-Byrne, P. (2011). Understanding and treating comorbid anxiety disorders in substance users: review and future directions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(4), 233-247.
- WHO, Organization, W. H., & Staff, W. H. O. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.
- Wright, M.O. & Masten, A.S. (2006). Resilience processes in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*. Springer.
- Wurmser, L. (1985). Denial and split identity: Timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2(2), 89–96.
[https://doi.org/10.1016/0740-5472\(85\)90032-7](https://doi.org/10.1016/0740-5472(85)90032-7)
- Zautra, A. J. Johnson, L. M. & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 212.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ημερομηνία.....

Δηλώνω ότι δέχομαι να λάβω μέρος στην έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της κα. Δερμιτζάκη Πελαγία, υπό την εποπτεία του καθηγητή της Ψυχολογίας, Κ. Αναστάσιου Σταλικά, για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «*Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και Συμβουλευτικής στην Εκπαίδευση, την Υγεία και την Εργασία*» των τμημάτων Εκπαίδευσης και Αγωγής στην προσχολική Ηλικία του Πανεπιστημίου Αθηνών και Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Η συμμετοχή μου στην έρευνα αυτή είναι εθελοντική, όλες οι πληροφορίες που θα προκύψουν είναι απόρρητες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία!

➤ Ακολουθούν μια σειρά από ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν βασικές πληροφορίες. Παρακαλώ, κυκλώστε την απάντηση που σας ταιριάζει.

1. Φύλο

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

2. Ηλικία

.....

3. Τόπος διαμονής

.....,το οποίο είναι

1. Πόλη
2. Κωμόπολη
3. Χωριό

4. Οικογενειακή Κατάσταση

1. Άγαμος/-η

2. Έγγαμος/η

3. Σε διάσταση

4. Διαζευγμένος/-η

5. Χήρος/-α

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο

1. Δεν τελείωσα το δημοτικό σχολείο

2. Απόφοιτος Δημοτικού

3. Απόφοιτος Γυμνασίου

4. Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου ή ΕΠΑΛ ή ΙΕΚ ή ΟΑΕΔ

5. Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ/Ιδ. Κολλεγίου

6. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ Ιδ. Κολλεγίου

7. Μεταπτυχιακός τίτλος

6. 6.1 Εργασιακή Κατάσταση

1. Σταθερή απασχόληση
2. Περιστασιακή Απασχόληση
3. Συνταξιούχος/-α
4. Νοικοκυρά
5. Φοιτητής/-Τρία
6. Άνεργος

6.2 Κύριο Επάγγελμα
(Τώρα ή στο παρελθόν)

.....

7. 7.1 Στην παρούσα φάση:

1. Κάνω χρήση αλκοόλ ή ουσιών
2. Είμαι σε αποχή από το αλκοόλ/ουσίες

7.2. Κύρια ουσία εξάρτησης:

1. Αλκοόλ
2. Κάνναβη
3. Ηρωίνη/ Άλλα Οπιοειδή
4. Κοκαΐνη
5. Έκσταση
6. Αμφεταμίνες/ speed
7. LSD/ Παραισθησιογόνα
8. Άλλες ναρκωτικές ουσίες

8. 8.1 Έχετε απευθυνθεί κάπου για θεραπεία για προβλήματα χρήσης ουσιών ή αλκοόλ;

1. Ναι (τόρα ή στο παρελθόν)
2. Όχι

8.2 Αν ναι,

1. Με δική μου πρωτοβουλία
2. Με πρωτοβουλία άλλων (π.χ. συγγενείς, φίλοι, σύντροφος κ.α.)
3. Και τα δύο

9. 9.1 Πιστεύετε πως τη δεδομένη στιγμή έχετε κάποιο πρόβλημα με αλκοόλ ή ουσιών;

1. Ναι
2. Όχι

9.2 Πιστεύετε πως χρειάζεστε θεραπεία/βοήθεια για αλκοόλ ή ουσιών;

1. Ναι
2. Όχι

10. Είχε ή έχει κάποιο μέλος στην οικογένειά σας πρόβλημα με αλκοόλ ή ουσιών;

1. Ναι
2. Όχι

➤ Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Κυκλώστε έναν αριθμό από το **1 έως το 5** για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

α/α		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Ενδιάμεσα	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7	Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται έτσι κι εγώ.	1	2	3	4	5
8	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9	Όταν κάτι με αναστατάσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
10	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
11	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.	1	2	3	4	5

13	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότερα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δεν συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
17	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
18	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και επινοήσια	1	2	3	4	5
23	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
24	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

➤ Παρακαλούμε επιλέξτε δήλωση που περιγράφει καλύτερα δική σας πραγματικότητα κατά διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

Καθόλου αληθές 0	Σπάνια αληθές 1	Κάποιες φορές αληθές 2	Συχνά αληθές 3	Σχεδόν πάντα αληθές 4
-----------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------	--

1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή _____
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις _____
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν _____
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει _____
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις _____
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων _____
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη _____
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια _____
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο _____
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει _____
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου _____
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι _____
13. Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια _____
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά _____
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων _____
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία _____
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο _____
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις _____
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα _____
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ διαίσθησή μου _____
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού _____
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου _____
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις _____
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου _____
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου _____

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

nferNelson
understanding potential

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πως αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοείστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μία μακρόχρονη και αναλυμένη απάντησή.

A	D			A	D
3		Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου		3
2		Τον περισσότερο καιρό	Σχεδόν όλο τον καιρό		2
1		Πολύ καιρό	Πολύ συχνά		1
0		Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Μερικές φορές		0
		Καθόλου	Καθόλου		
		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να		
		συνήθιζα να απολαμβάνω	έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου		
0		Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Καθόλου	0	
1		Όχι στον ίδιο βαθμό	Περιστασιακά	1	
2		Λίγο μόνο	Αρκετά συχνά	2	
3		Καθόλου	Πολύ συχνά	3	
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να	Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου		
		πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	Ακρίβως	3	
3		Ακρίβως, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	2	
2		Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Τίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	1	
1		Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Την φροντίζω όπως πάντοτε	0	
0		Καθόλου			
		Μπορώ να γελάω και να βλέπω την χαροπή όψη	Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει		
		των πραγμάτων	συνέχεια να κινούμαι		
0		Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	3	
1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	2	
2		Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	1	
3		Καθόλου	Καθόλου	0	
		Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα		
3		Πάρα πολύ καιρό	Τόσο όπως και στο παρελθόν	0	
2		Πολύ καιρό	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα	1	
1		Όχι τόσο συχνά	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα	2	
0		Πολύ λίγο	Καθόλου	3	
		Νιώθω κεφάτος	Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού		
3		Ποτέ	Πράγματι πολύ συχνά	3	
2		Όχι συχνά	Αρκετά συχνά	2	
1		Μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	1	
0		Τον περισσότερο καιρό	Καθόλου	0	
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω	Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή		
		χαλαρωμένος	ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα		
0		Ακρίβως	Συχνά	0	
1		Συνήθως	Μερικές φορές	1	
2		Όχι συχνά	Όχι συχνά	2	
3		Καθόλου	Πολύ σπάνια	3	

Τώρα ελέγξετε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛ

A	D

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαραχθεί για χρήση, μέσα στα πλαίσια των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία άδειας από τον εκδότη. HADS copyright © R.P. Snaith and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί πρωτοτύπως στην *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70, πνευματική ιδιοκτησία © (copyright ©) Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρία nferNelson